

Suicidprevention vårdprogram VO BUP

VÅRDPROGRAM FÖR SUICIDPREVENTION

**Barn- och ungdomspsykiatri
Region Gävleborg**

Vårdprogram för att säkerställa patientsäkra rutiner avseende suicidnära patienter och generell suicidprevention

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Innehåll

1.	Inledning	3
1.1.	Syfte och omfattning	3
1.2.	Mål	3
2.	Etiska aspekter	3
3.	Patientgrupp	3
3.1.	Den suicidnära patienten	3
3.2.	Förekomst och orsak	4
4.	Bemötande	4
4.1.	Själv mord kan förebyggas	4
4.2.	Bemötande	5
5.	Bedömning	5
5.1.	Samtal med patienten	6
5.2.	Suicidstegen och suicidal process	6
5.3.	Kartläggning av risk- och skyddsfaktorer	7
5.3.1.	Riskfaktorer	7
5.3.2.	Skyddsfaktorer	9
5.4.	Skattnings- och bedömningsinstrument	9
5.5.	Samtal med närstående	9
5.6.	Samlad klinisk bedömning	10
6.	Vårdplan	11
7.	Behandling	11
7.1.	Öppenvård	12
7.1.1.	Hög suicidrisk	12
7.1.2.	Svårbedömd suicidrisk	13
7.1.3.	Måttlig suicidrisk	13
7.1.4.	Låg suicidrisk	14
7.2.	Slutenvård	14
8.	Dokumentation	14
9.	Uppföljning	14
10.	Anmälningsskyldighet	15
11.	Rutiner vid suicidförsök och fullbordad suicid	15
12.	Efterlevandestöd	16
13.	Implementering	16
14.	Dokumentinformation	16
15.	Förteckning över bilagor	16
16.	Referenser	17
17.	Bilagor	18

1. Inledning

1.1. Syfte och omfattning

Syftet med detta vårdprogram är att säkerställa patientsäkra rutiner avseende suicidnära patienter och generell suicidprevention inom Region Gävleborgs Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Vårdprogrammet gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar inom detta verksamhetsområde. Personalen skall genomföra suicidriskbedömningar på alla patienter som är aktuella inom BUP, upprätta vårdplan och dokumentera enligt nedanstående riktlinjer.

1.2. Mål

Ambitionen är att vårdprogrammet ska vara tillgängligt och lätt att använda för personalen samt förståeligt för patienter och närstående. Vårdprogrammet är framtaget utifrån forskning, nationella riktlinjer och beprövad erfarenhet. All hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar ska ha grundläggande kunskap om suicidalitet, god kunskap om innehållet i vårdprogrammet, förmåga att genomföra en semistrukturerad intervju med patient utifrån "Checklistan" ([Bilaga 1](#)), värdera risk- och skyddsfaktorer och erbjuda adekvat vård. Denna kunskapsstyrning antas ge evidensbaserad praktik.

2. Etiska aspekter

Trots att självmord kan upplevas som ett tabubelagt och kontroversiellt område finns i den allmänna suicidpreventionen inget etiskt kontroversiellt. Grundprincipen är att alla som kommer i kontakt med vården ska räddas till livet och hindras från att begå självmordshandlingar. I vissa fall kan detta innebära tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Bristande tillgång på vårdplatser och personal får inte påverka den övergripande principen att rädda liv.

3. Patientgrupp

3.1. Den suicidnära patienten

Begreppen suicid och självmord används synonymt då det inte finns någon enhetlig rekommendation om språkbruk. Ordet suicid används allt oftare till följd av användningen av engelska i forskningssammanhang. Med begreppet suicidnära patient avses en person som under det senaste året gjort suicidförsök eller har haft allvarliga suicidtankar, men det kan också vara en person utan allvarliga suicidtankar som ändå bedöms vara i farozonen för suicid t ex en person med psykisk ohälsa. Detta innebär att alla patienter som är aktuella inom BUP Gävleborg tillhör någon riskgrupp.

3.2. Förekomst och orsak

Förekomsten av självmordstankar hos ungdomar är kartlagda i en studie där ungdomar i 14–16-årsåldern fick uppge om de någon gång hade haft självmordstankar. Mellan 37 och 59 procent rapporterade att de hade haft sådana tankar. Självmordstankar är alltså mera frekventa symtom än handlingar.

Under 2013 dog fler än 1 600 personer av suicid i Sverige. Självmord är den vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15–44 år. För kvinnor i samma åldersgrupp är det den vanligaste dödsorsaken efter cancer. Två tredjedelar av de som tog sitt liv var pojkar. Hälften tog sitt liv genom hängning. Omkring hälften av de som begick självmord hade kontakt med vården sista månaden i livet. Under de senaste femton åren har antalet självmord minskat med cirka 20 procent i Sverige liksom i större delen av EU. Den positiva trenden gäller dock inte ungdomar och unga vuxna, där självmorden legat på samma nivå under en längre tid. Bland de yngsta barnen från 0-10 år är suicid mycket sällsynt. Under åren 1997-2006 har ett dödsfall registrerats som suicid inom åldrarna 5-10 år. Under samma tid inträffade 47 fall bland barn i åldersgruppen 10-14 år. Under perioden 2010–2013 begick i genomsnitt 28 barn årligen självmord, vilket utgjorde nästan 40 procent av samtliga barn som avled till följd av en skadehändelse. Aktuella uppgifter ur dödsorsaksregistret gör gällande att 40–50 ungdomar under 20 år varje år tar sitt liv. Synen på psykisk ohälsa och självdestruktivitet är kulturellt betingad. Risken för suicidförsök är högre hos immigranter från Finland, Ryssland, Ungern, Polen och Iran än hos svenskfödda personer. Orsaken bakom självmord anses alltså vara multidimensionell med en komplex växelverkan mellan biologiska, genetiska, psykologiska och sociologiska faktorer. En självdestruktiv handling utlöses alltså hos en sårbar individ först när flera riskfaktorer anhopas, samtidigt som omgivningens stöd saknas eller upplevs som otillräckligt.

4. Bemötande

4.1. Självmord kan förebyggas

En självmordshandling föregås i de flesta fall av verbal och/eller icke-verbal suicidal kommunikation. Hur kommunikationsförsöken uppfattas av omgivningen, samt på vilket sätt de hanteras, kan vara av avgörande betydelse. Föreställningen om att det inte går att hindra en person från att begå självmord om denna verkligen har bestämt sig är felaktig. För att förebygga självmord krävs att omgivningen vågar uppfatta den suicidala kommunikationen och tala öppet om den. Att våga fråga de svåra frågorna och med empati lyssna in den självmordsnäras upplevelse bidrar till att personen känner sig hörd och förstådd. Detta skapar ett relationellt utrymme för vårdpersonal där de kan inge hopp och ge alternativa lösningar. Den som ser tecken på självmordsrisk ska därför alltid ingripa. Den bästa självmordsförebyggande interventionen, tillsammans med ett

aktivt stöd och snabb behandling, är att tydligt uttrycka viljan att individen ska fortsätta leva.

4.2. Bemötande

För att kunna genomföra en suicidriskbedömning och fortsatt behandling krävs en god relation mellan personal och patient. Den goda alliansen stärks av kunskap, engagemang, värme och respekt. Omedvetna processer av överidentifikation med eller avståndstagande från patienten försvårar alliansbyggandet och i förlängningen behandlingen. För att underlätta ett aktivt lyssnande och en förtroendefull, ömsesidig kontakt bör man rumsligt skapa lugn och avskildhet och avsätta gott om tid. Tolkningar och förhastade beslut eller åtgärder bör undvikas. Fokus bör istället vara på att härbärgera och validera det material som personen lämnar.

5. Bedömning

En psykiatrisk specialistbedömning behöver *alltid* göras när en patient bedöms vara suicidnära. Suicidriskbedömningen ska baseras på samtal med patienten, suicidstegen, kartläggning av risk- och skyddsfaktorer, samtal med närstående, eventuella skattningsformulär och klinisk observation. Den erhållna informationen ska sammanvägas och resultera i en samlad klinisk bedömning som omfattar aktuell suicidrisknivå och ger information om var i den suicidala processen patienten befinner sig. Bedömningen ska vara semistrukturerad och systematisk samt ge underlag för fortsatt vårdplanering. Bedömningssamtalet utgör samtidigt en viktig intervention där bedömarens främsta uppgift är att inge hopp och påminna patienten om att livet är värt att leva och att förändring är möjlig.

Redan i samband med vårdbegäran/remissmottagande ska indikationer på ökad suicidrisk uppmärksammas och bedömas av mottagande personal. Vid första bedömning ska varje patient tillfrågas om förekomst av suicidtankar av ansvarig bedömare. Enskilt samtal ska erbjudas utifrån ålder och mognadsgrad. Vid uppstart av neuropsykiatrisk utredning ska varje patients mående utvärderas och screening för ökad suicidrisk göras av aktuell utredare. Vid påbörjad behandling ska suicidrisk utvärderas av ansvarig behandlare. Inom slutenvården skall kontinuerlig suicidriskbedömning genomföras.

Suicidavsikt påverkas av föränderliga risk- och skyddsfaktorer och varierar över tid. Suicidriskbedömning av patienter med tidigare bedömd ökad suicidrisk, eller med många föreliggande riskfaktorer oavsett tidigare uttalad suicidönskan, ska upprepas över tid. Vid osäkerhet i bedömning bör läkare eller annan erfaren behandlare rådfrågas.

Vid hög eller svårbedömd suicidrisk, med aktuella eller allvarliga suicidplaner ska läkare alltid kontaktas för helhetsbedömning. För rutiner gällande akut bedömning var god se rutin [Akut bedömning VO BUP](#).

5.1. Samtal med patienten

Det enskilda anamnestiska samtalet är vårdens viktigaste bedömningsinstrument och syftar till att ge en bild av patientens mående och av de bakomliggande orsakerna till personens psykiska ohälsa. Förutom aktuell symtombild ska risk- och skyddsfaktorer, förlopp över tid, personens särskilda livserfarenhet och personliga egenskaper samt det aktuella livssammanhang som individen befinner sig i kartläggas. Grad av lidande och funktionsnedsättning orsakad av ohälsotillståndet ska bedömas och *hela förloppet* ska tas i beaktande då det utgör en central komponent för förståelse av tillståndet. Det är viktigt att patienten utifrån mognadsgrad och ålder erbjuds möjlighet till enskilt samtal. Patienten behöver känna sig accepterad, bekräftad och lyssnad på. Suicidal aktivitet, suicidal intention och suicidal kommunikation ska uppmärksammas noggrant. Den suicidala processen ([se bilaga 2](#)) kan ha pågått över tid. En del individer har en latent, kronisk suicidrisk under många år. Det är därför viktigt att vid bedömning fråga efter icke-observerbart beteende som t ex dödslängtan och självmordstankar. Vid akut ökad självmordsbenägenhet bör de utlösande faktorerna kartläggas. En annan viktig företeelse som bör beaktas är att en självmordsnära person ibland kan uppvisa en ovanligt samlad och lugn yta före den suicidala handlingen, det s.k. presuicidala lugnet.

5.2. Suicidstegen och suicidal process

”Suicidstegen” ([bilaga 3](#)) är en serie frågor som följer den suicidala processen från nedstämdhet till aktiva planer på suicid. Den ska användas av all vårdpersonal som stöd för samtal och verktyg vid bedömning av en persons suicidal intention och aktivitet. Suicidstegen underlättar för bedömaren att avgöra vart i den suicidala processen personen befinner sig samt bedöma graden av allvar i ett planerat eller utfört suicidförsök. Suicidstegen kartlägger nedstämdhet/hopplöshet, dödstankar, dödsönskan, självmordstankar, självmordsönskan, självmordsförsök, självmordsplaner, självmordsförberedelser och självmordsavsikt. Information om var, när och på vilket sätt personen planerat att ta sitt liv ger viktig kunskap om handlingens intention; Har personen valt en plats eller tidpunkt med liten risk för att bli upptäckt/räddad? Har personen valt ett tillvägagångssätt som innebär hög risk för dödlighet? Har personen mentalt eller praktiskt påbörjat förbereda sig inför att dö, och/eller på något sätt förvarnat omgivningen? Svaren på dessa frågor har ett viktigt signalvärde gällande risken för och allvaret i en suicidhandling.

Tidigare suicidal aktivitet är en betydande riskfaktor vad gäller framtida självmord. Risken för att en ungdom som tidigare utfört ett självmordsförsök gör ett nytt försök är 15–30 procent och risken för fullbordat självmord inom ett år efter ett självmordsförsök är 0,5–1 procent. Ett allvarligt självmordsförsök med våldsamt metod (skjutning, hängning, strypning, hopp från hög höjd, gasning, användning av fordon) är den viktigaste riskfaktorn för fullbordat suicid och ökar risken med 30–60 gånger. Upprepade mindre allvarliga försök (skärande, mindre mängder tabletter vid intoxikation) ökar risken kraftigt för förnyat

självordsförsök, liksom hög självskattad depressionsgrad och självskadebeteende. Risk för förnyat medicinskt allvarligt försök och för dödlighet ökar om våldsam metod använts. Ibland kan metoden ha varit mindre dödlig men avsikten att dö har varit stark och vald metod kan mer avspegla en felaktig föreställning om metodens dödlighet. Tvärtom kan den egentliga dödsavsikten vara låg men personen kan ha missbedömt metodens farlighet, till exempel vid tablettintag av paracetamol. Såväl metod som avsikt är därför viktigt att ta reda på.

5.3. Kartläggning av risk- och skyddsfaktorer

Kartläggning av suicidala riskfaktorer bör vara multifaktoriell och ska innefatta kognitiv stil, beteendemönster, psykisk ohälsa, somatiska sjukdomar, familjemönster och sociala faktorer. Det är också viktigt att komma ihåg att risken ökar dramatiskt när flera riskfaktorer anhopas och omgivningens stöd saknas eller upplevs som otillräckligt.

5.3.1. Riskfaktorer

Vanligt förekommande symtom och omständigheter hos barn- och ungdomar som påvisar ökad suicidrisk beskrivs nedan och ska kartläggas.

5.3.1.1. Psykiska störningar och sjukdomar

Självordsbeteende är överrepresenterat hos barn och ungdomar som uppvisar psykisk ohälsa.

- a. Affektiva sjukdomar förekommer hos de flesta suicidnära patienter. 75 procent av dem som slutligen tar sitt liv har haft ett eller flera depressiva symtom och många har lidit av svåra depressiva sjukdomar. För varje ny depressionsepisod försvåras sjukdomsbilden och suicidrisken ökar. Ångesttillstånd förekommer ofta hos självordsnära ungdomar. Ångest i kombination med depression ökar risken flerfaldigt för självordsbeteende.
- b. Traumatiserade barn och ungdomar är en riskgrupp.
- c. Alkohol- och drogmissbruk kan vara en typ av självmedicinering och när drogernas verkan upphör och personen nyktrar till upplevs ångesten och depressionen värre.
- d. Personer med ätstörning och framförallt anorektiska flickor drabbas ofta av depressioner och självordsrisken för dem är tjugo gånger högre än för ungdomar generellt.
- e. Vid psykotiska sjukdomar, såsom schizofreni, schizoaffektiv psykos eller bipolär sjukdom ökar självordsrisken.
- f. Personlighetssyndrom, särskilt hos personer med drag av pessimism, rigiditet, impulsivitet, emotionell instabilitet och osäker självbild är risken högre. Självordsrisken kan öka ytterligare om frustration uppstår pga. diskrepans mellan förväntningar och självbild.
- g. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom till exempel ADHD och autismspektrumstörning utgör riskfaktorer för depression och ångest vilka

i sin tur ökar risken för självmord och självmordsförsök. Även intellektuella funktionsnedsättningar försvårar och medför ökad risk.

- h. Somatisk sjukdom som är kronisk, har en negativ prognos och/eller medför svår smärta ökar suicidrisken. Neurologiska sjukdomar utgör en riskfaktor. Sammanfattningsvis är psykisk ohälsa en mycket tungt vägande riskfaktor vid suicid. Desto fler symtom och större samsjuklighet desto högre är risken.

5.3.1.2. Familjemönster och sociala faktorer

Andra mekanismer som påverkar den suicidala processen är kontexten som personen befinner sig i.

- a) Destruktiva familjemönster med missbruk, våld, övergrepp och bristande kommunikation är vanligt förekommande hos barn och ungdomar inom riskgruppen. Psykisk sjukdom hos föräldrarna, tidigare självmord eller självmordsförsök i familjeanamnesen, förälders eller vårdnadshavares död eller annat som stör och föranleder otrygg anknytning och bristande omvårdnadsförmåga utgör negativ påverkan.
- b) Bland unga är social utsatthet och insatser från socialtjänsten en viktig riskfaktor. Om föräldrarna har låg socioekonomisk status och låg ålder påverkas barnet och risken för suicidalitet ökar.
- c) Adopterade barn och fosterhemsplacerade barn har ökad risk för suicid. Heteronormen kan påverka HBTQ-personer negativt. Personens utsatthet och rädsla för familjens och samhällets negativa reaktioner kan öka risken för suicid. Mobbing kan påverka den unge och utgöra den utlösande faktorn för suicidhandling.
- d) Förlust eller hot om förlust, av arbete, hälsa och status men även separation eller hot om separation, från nära relationer utgör riskfaktorer.

Suicidnära barn och unga kommer ofta från familjer med mer än ett av ovanstående problem. Kombinationen av varje negativ omständighet ökar risken för självmordsbeteende. Det är ovanligt att den unge söker stöd eller hjälp från omgivningen då de är lojala mot sin familj.

5.3.1.3. Kön, kognitiv stil och personlighet

Pojkar i övre tonåren löper högst risk för våldsamt suicidförsök och fullbordat självmord (3:1). Könstillhörigheten är en viktig riskmarkör. Även viss kognitiv stil och personlighet gör att strategier för att hantera påfrestande livshändelser försvåras. T ex leder återkommande självmordstankar och dödsönskningar till ökad risk för självmord. Bristande affektreglering kan leda till konflikter i nära relationer. En outvecklad och orealistisk självbild leder lätt till ett pendlande mellan övertro på den egna förmågan och känsla av värdelöshet. Sammantaget gör detta att personen lever i en ond cirkel av dålig realitetsanpassning, låg problemlösningsförmåga, ambivalens i nära relationer och skam vilket kan leda till beteenden som agitation, fientlighet, impulsivitet och oförmåga att be om hjälp. Detta livsmönster leder tillsammans med andra riskfaktorer till ökad suicidrisk.

5.3.2. Skyddsfaktorer

När det gäller vad som motverkar suicidalitet gäller det omvända mot riskfaktorerna t ex god eller s.k. positiv psykisk hälsa är en skyddsfaktor. Stöd från familjen, välfungerade relationer, bra sociala nätverk och en benägenhet att söka hjälp vid svårigheter utgör starkt skyddande faktorer mot suicid. Egna värderingar och religiös tro kan motverka suicid. Andra positiva faktorer kan vara graviditet, gott självförtroende, öppenhet inför andra människors erfarenheter och lösningar, beredvillighet att lära sig nytt liksom god kommunikationsförmåga. Arbete och andra aktiviteter har en skyddande inverkan, men även sådana komponenter som god sömn, allsidig diet och fysisk motion har visat sig vara skyddsfaktorer.

5.4. Skattnings- och bedömningsinstrument

Det finns idag inget skattningsinstrument som har tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att förutsäga framtida suicid. Skattningsinstrument kan däremot med fördel användas som komplement vid bedömningsamtal och bl.a. underlätta för bedömaren att lyfta och fördjupa sig i svåra teman, uppskatta aktuell nivå av föreliggande depression och/eller ångest samt ge information om personens inställning till suicid. Inom barn- och ungdomspsykiatri används följande skalor:

- a. Beck's depressionsinventorium (BDI – II), samt barnversionen BDI-Children (BDI-C) är självskattningsinstrument för personer med misstänkt depression. I BDI-II ger fråga nr. 9 information om personen suicidbenägenhet. I BDI-C ger fråga nr 1 information om självskada och suicidbenägenhet.
- b. MADRS-S är ett självskattningsinstrument för depression.
- c. Scale for suicide ideation (SSI) kan användas av behandlare för stöd vid värdering av personens inställning till livet och döden, suicidtankarnas karaktär och allvar samt om relevanta bakgrundsfaktorer.
- d. Suicidal intent scale (SIS) används av behandlare för att värdera allvaret i ett genomfört suicidfört.
- e. Becks ungdomsskalor är ett självskattningsformulär som kartlägger ångest, depression, ilska, normbrytande beteende och självbild. Frågorna 37 och 39 ger information om känsla av hopplöshet och suicidtankar.

Skattningsformulär är ett verktyg som kan förse bedömaren med värdefull kunskap om individens dagsaktuella mående *men aldrig ersätta* en klinisk suicidriskbedömning. För att genomföra en fullständig suicidriskbedömning är samtalet med den suicidnära och de närstående grundläggande.

5.5. Samtal med närstående

Samtalet med närstående syftar till att få utökad information om bakgrunds-, risk- och skyddsfaktorer för suicidrisk. Närstående ska alltid kontaktas såvida inte särskilt starka skäl talar emot detta. Som närstående räknas i första hand föräldrar/vårdnadshavare, men även andra personer med nära kontakt till patienten

som kan tillhandahålla viktig information och fungera som stöd. En bedömning av omgivningens förmåga att förse den suicidnära personen med stöd, tillsyn och skydd ska *alltid* göras när ökad suicidrisk föreligger. Detta avser både praktiska aspekter såsom bl. a förmåga att ansvara för medicinering, genomföra psykosociala åtgärder och säkra miljön som barnet vistas i, men även psykosociala aspekter såsom förmåga att se och förstå barnets behov, kommunicera med barnet och härbärgera barnets och sina egna känslor. Samtal bör ske med patient och närstående både gemensamt och i enrum. Närstående ska delges suicidriskbedömningens resultat och i ett tidigt skede involveras i vården och vårdplaneringen.

5.6. Samlad klinisk bedömning

Den erhållna informationen ska, tillsammans med klinisk observation och bedömning av förloppet över tid, vägas samman och resultera in en samlad klinisk bedömning av aktuell suicidrisknivå. Vid sammanställningen ska patientens inställning till att få vård beaktas. En bedömning av patientens tillförlitlighet ska göras. Faktorer som kan påverka tillförlitligheten är förvirringstillstånd, substanspåverkan, blockering, känslomässig instabilitet, bristande sanningsenlighet, ovilja och/eller oförmåga att kommunicera information och språkbarriärer. Bedömning av tillförlitligheten ska klassificeras som osäker/dålig/ganska god eller god tillförlitlighet. [Bilaga 4 "Vägledning vid bedömning av suicidrisknivå"](#) kan med fördel användas.

Riskenivå	
Låg risk:	Inga suicidintentioner föreligger, även om dödsönskan kan finnas.
Måttlig risk:	Risikfaktorer och dödsönskan föreligger, dock inga suicidintentioner eller avsikt att dö.
Svårbedömd risk:	Svårt att genomföra tillförlitligt kartläggning ex. pga. bristfällig information, brister i kontakt eller misstanke om manipulation. Svårbedömd risk ska likställas med hög risk tills en säkrare bedömning kan göras.
Hög risk:	Flera riskfaktorer som väger starkt finns, bristande skyddsfaktorer och/eller brister i omgivningens förmåga att tillgodose skyddsbehov. Frånvaro av hopp och framtidstro. Befinner sig långt fram i den suicidala processen. Presuicidalt lugn.

Vid minsta tveksamhet ska en sambedömning med kollega göras. Vid misstanke om hög suicidrisk eller om risken är svårbedömd, ska alltid en läkare konsulteras och nödvändiga åtgärder vidtas för att trygga patientens säkerhet. En fördjupad utredning av suicidrisken kan vara nödvändig om informationen som erhållits under en bedömning är otillräcklig, motstridig eller av annat skäl inte anses tillförlitlig. En fördjupad utredning bör allsidigt belysa eventuella psykiatriska, somatiska, psykologiska, sociala och existentiella aspekter som kan bidra till personens tillstånd.

6. Vårdplan

En vårdplan som utgår från suicidriskbedömningen ska upprättas i överenskommelse med patient och närstående. Det är viktigt att suicidnära patienter känner sig delaktiga i och har en tydlig bild av hur vården planeras. Vårdplanen ska dokumenteras och helst delges i skriftlig form till patient och/eller dess närstående. Målet med vården, vilka åtgärder som vidtagits och vilka som planeras ska tydligt beskrivas och kommuniceras. Vårdplanen ska innehålla problem- och resursinventering samt utvärderingsbara mål till vilka man kopplar behandlingsåtgärder. Den planerade tidsramen för vården och tidpunkt för utvärdering ska beskrivas tydligt. Patienten och dess närstående ska informeras om vem, när och var vårdkontakten fortgår och vilken kontaktväg som är aktuell om behov uppstår.

7. Behandling

Det primära målet vid behandling av patienter med ökad suicidrisk är att vidta åtgärder för att förhindra en suicidhandling. Det är alltså det akuta skyddsbehovet som ska vara i fokus tillsammans med god omvårdnad. Alla suicidriskbedömningar med medelhög till hög risk ska följas av en säkerhetsplan, även kallad krisplan, för att hantera risken. En säkerhetsplan förhandlas fram tillsammans med ungdom och familj och inriktar sig på att minska sårbarhet, hantera utlösare och finna strategier för att hantera självmordstankar och impulser. [Se bilaga 5 "Krisplan"](#). Efter den akut livräddande behandlingen ska grundläggande sjukdom utredas och behandlas. Den multifaktoriella etiologin kräver tillgång till olika behandlingsformer och sociala resurser som ska vara noga utvalda och anpassas över tid utifrån den enskilda individens behov. Behandlingsinsatser som kombinerar farmakologiska, psykoterapeutiska och psykosociala metoder är nödvändiga och insatser från flera verksamheter kan krävas samtidigt. Behandlarens kompetens bör vara adekvat i förhållande till ärendets svårighetsgrad och möjlighet till konsultation och handledning ska säkerställas. Behandlaren ska ha tillgång till ett team och ett välfungerande samarbete är viktigt. Eftersom en somatisk sjukdom kan vara en utlösande faktor i en suicidal process kan somatisk behandling utgöra en suicidpreventiv intervention. Vid vård av minderåriga är vårdnadshavarens engagemang och delaktighet nödvändig. Närståendes kunskap och synpunkter ska tillvaratas och kunskap i att bemöta och skydda barnet ska ges genom kontinuerligt föräldrastöd. Patientens egen förmåga att hitta problemlösningsstrategier ska stimuleras och stärkas. Behandlingsupplägget ska utgå från den samlade kliniska bedömningen, följa vårdplanen och resultera i öppenvård med olika behandlingsintensitet eller slutenvård vid behov.

7.1. Öppenvård

7.1.1. Hög suicidrisk

Vid hög suicidrisk ska akuta åtgärder vidtas för att säkerställa patientens säkerhet:

- a. Patient som har genomfört eller befaras genomföra ett suicidförsök ska inte lämnas ensam.
- b. Läkare ska informeras och sambedömning ske.
- c. Ställningstagande till medicinsk behandling ska göras.
Risk för missbruk/överdosering ska alltid bedömas innan medicinsk behandling påbörjas. Vårdnadshavare ska utses att ansvara för korrekt medicinanvändning samt förses med all nödvändig information inför medicininsättning. Bedöms förmåga till detta ej finnas ska inläggning till slutenvård övervägas under den akuta stabiliseringsfasen.
- d. Både patienten och föräldrarna ska informeras om resultat av gjorda bedömningar inklusive allvarlighetsgraden i suicidförsök eller suicidintentioner samt om syftet med insatser i öppen- eller slutenvård.
- e. En säkerhetsplan ska upprättas gemensamt ([Krisplan, se bilaga 5](#)).
Behandlare ansvarar tillsammans med närstående för att försäkra att patienten förses med tillsyn och skydd. Föräldrarna ska informeras om vikten av att avlägsna potentiella suicidverktyg i närmiljön, t ex vapen, medicin etc. samt att finnas i patientens närhet för tillsyn.
Handlingsstrategier för att förebygga och hantera suicidtankar ska lyftas fram och förstärkas. Vid behov ska intyg för tillfällig föräldrapenning skrivas av läkare. Varje suicidnära patient och dennes närstående ska ges information om hur de kan kontakta psykiatrin dygnet runt om behov uppstår.
- f. Om vården sker i öppenvård är det viktigt att förse patienten med god tillgänglighet till vård och täta återbesök och/eller telefonkontakter samt kontinuitet och trygghet i form av samma behandlingsteam kring patienten och familjen samt extra tider vid behov.
- g. Vårdplan ska upprättas; dokumenteras och kommuniceras till patienten och dennes närstående. Patienten och familjen ska informeras om tid för nästa vårdkontakt.
- h. Närstående ska erbjudas föräldrastöd för att få kunskap i att bemöta, stödja och skydda sitt barn samt få stöd i att hantera egna känslor.
- i. I de fall där vårdnadshavare bedöms ha otillräcklig förmåga att tillgodose nödvändigt skyddsbehov ska anmälan till socialtjänsten övervägas.
- j. Om patientens suicidtankar ökar ska utvärdering av insatserna göras och ställningstagande tas gällande optimal behandling, behov av ändrade behandlingsstrategier, behov av fördjupad diagnostik samt förekomst av omständigheter som försvårar behandling av grundsjukdomen, ex. missbruk eller komorbiditet m.m. Behandlingen ska anpassas därefter.

- k. Alla patienter som har genomfört en suicidhandling ska följas upp i minst ett år efter den genomförda handlingen. Detta gäller även i de fall där patienten pga. förbättring i mående inte längre har pågående behandlingsinsatser.

7.1.2. Svårbedömd suicidrisk

Svårbedömd suicidrisk utesluter inte hög suicidrisk.

- a. Överväg behov av fördjupad suicidriskbedömning.
- b. Patienten ska betraktas som en högriskpatient tills en säkrare bedömning kan göras. Åtgärder vidtas därmed enligt ovan; 7.1.1 Hög suicidrisk.

7.1.3. Måttlig suicidrisk

Vård av patienter med måttlig suicidrisk sker vanligtvis i öppenvården.

- a. Både patienten och föräldrarna ska informeras om resultat av gjorda bedömningar samt om syftet med vårdinsatser.
- b. Lyft fram och förstärk handlingsstrategier för att förebygga och hantera suicidtankar.
- c. En säkerhetsplan ska göras gemensamt. Behandlare ansvarar tillsammans med närstående för att försäkra att patienten förses med stöd i att hantera sitt mående. Både patienten och dennes närstående ska ges information om hur de kan kontakta psykiatrin dygnet runt om behov uppstår.
- d. Vårdplan ska upprättas gemensamt och dokumenteras. Eftersom möjlighet till övervakning är begränsad vid öppenvård är det viktigt att erbjuda god tillgänglighet och trygghet i vården; planerade återbesök/telefonkontakter, samma behandlingsteam, möjlighet till extra tider vid behov, välfungerande samarbete med närstående och andra aktuella aktörer såsom skola, socialtjänst etc.
- e. Närstående ska erbjudas föräldrastöd.
- f. I de fall där vårdnadshavare bedöms ha otillräcklig förmåga att tillgodose barnets behov ska anmälan till socialtjänsten övervägas.
- g. Upprepade suicidriskbedömningar ska ske tills situationen är stabil samt fortsättningsvis vid behov. Återbesök ska erbjudas inom en veckas tid.
- h. Om patientens suicidtankar ökar ska utvärdering av insatserna göras och ställningstagande tas gällande optimal behandling, behov av ändrade behandlingsstrategier, behov av fördjupad diagnostik samt förekomst av omständigheter som försvårar behandling av grundsjukdomen, ex. missbruk eller komorbiditet m.m. Behandlingen ska anpassas därefter.
- i. Alla patienter som har genomfört en suicidhandling ska följas upp i minst ett år efter den genomförda handlingen. Detta gäller även i de fall där patienten pga. förbättring i mående inte längre har pågående behandlingsinsatser.

7.1.4. Låg suicidrisk

Vid låg suicidrisk ska fokus ligga på att behandla grundsjukdom.

- a. Säkerställ lägsta effektiva vårdnivå.
- b. Upprätta vårdplan gemensamt med patient och närstående.
- c. Vid behov skicka remiss till adekvat vårdgivare.

7.2. Slutenvård

Vid hög eller svårbedömd suicidrisk kan patienten behöva slutenvård för bedömning och övervakning, se rutin [”Slutenvård inläggning, BUP Gävleborg”](#). Frivillig vård är att föredra men inläggning kan ske med stöd av LPT, lagen om psykiatrisk tvångsvård, som prövas inom 24 timmar av psykiatrisk specialist, vilket dels innebär en rättslig trygghet – patientens frihetsberövande blir inte orimligt långt – dels att säkerheten i bedömningen ökar. Suicidriskbedömningen ska upprepas kontinuerligt under slutenvårdsperioden och i samband med utskrivningen. Övervakningsgrad och särskilt skydd måste beaktas och omprövas fortlöpande. Se checklista [Inskrivning av patient i slutenvård VO BUP](#). När en person läggs in i slutenvård är det viktigt att snarast ta kontakt med öppenvården och andra stödpersoner för att i god tid planera den fortsatta vården. Risken för suicid ökar vid avbrott i vårdkedjan, exempelvis mellan sluten- och öppenvård samt under permissioner och vid utskrivning. Patient och närstående ska ha en vårdplan med tid för återbesök med besked om tid och plats i öppenvård vid utskrivning.

8. Dokumentation

Dokumentation ska göras snarast. Det är viktigt att skyddsfaktorer, riskfaktorer, inhämtade uppgifter via formulär, det kliniska samtalet samt närståendeanamnesen sammanvägs och dokumenteras och att ett resultat i form av tillförlitlighet och risknivå beskrivs. Följ dokumentationsmallen i checklistan ([Bilaga 1](#)). Registrera och dokumentera adekvat KVÅ:

- Vårdplan AU120
- Strukturerad Suicidriskbedömning AU118
- Krisplan AU123

9. Uppföljning

Det är viktigt att vårdinsatser samordnas och att patientens väg genom vården följs upp för att säkra kontinuitet. Vid inläggning av en patient till slutenvård ska behandlare från öppenvården ha kontinuerlig kontakt med vårdpersonal på avdelningen samt delta i patientens vårdplanering. Vid utskrivning från slutenvård ska patientens öppenvårdskontakt återupptas inom en vecka från utskrivning. Vid nya ärenden som befinner sig i övergång mellan öppen- och slutenvård ska kontakt mellan vårdgivare etableras i god tid för planering av fortsatta

vårdinsatser. Patienter som genomfört suicidförsök eller bedömts vara suicidnära ska följas upp under minst ett år efter den kritiska perioden. Om behandlingskontakt sedan tidigare är avslutad kan uppföljning göras via telefon. Uppföljningen kan göras av annan vårdinstans än BUP men BUP bör då säkerställa att detta sker via tydligt remissförfarande. Om uppföljning inte går att genomföra på ett tillfredsställande sätt ska anmälan till socialtjänsten övervägas. Se rutin [Socialtjänst anmälan aktualisering VO BUP](#).

10. Anmälningsskyldighet

Anmälan till socialtjänsten ska även göras om oro finns för att en minderårig far illa pga. omsorgssvikt, otillräcklig skyddsförmåga eller brister i hemsituationen samt om suicidförsök har gjorts av minderårig genom konsumtion av alkohol, tabletter och/eller droger.

Anmälan om vapeninnehav enligt 6 kap. 6 § vapenlagen ska göras av patientansvarig läkare i de fall där vårdpersonal får vetskap om att en patient innehar vapen. 6 § vapenlagen är en skyddsbestämmelse som syftar till att säkerställa att polisen, efter anmälan från läkare, ska kunna göra kontroller mot vapeninnehavarregistret och undanröja risken för att patienten skadar sig själv eller andra.

11. Rutiner vid suicidförsök och fullbordad suicid

Alla suicidförsök som görs av patientunder pågående behandling ska [avvikelse rapporteras i Platina](#) av patientansvarig vårdpersonal. Om ett suicidförsök bedöms vara relaterat till brister i samband med undersökning, vård eller behandling ska även en anmälan enligt Lex Maria göras av verksamhetschef via anmälningsansvarig i enlighet med Lex Maria. Se [Regionens gemensamma rutin](#). En anmälan ska alltid göras enligt Lex Maria om en patient under pågående vård, eller inom fyra veckor efter vårdkontakt, begår suicid.

Vid kännedom om att en patient utfört fullbordat suicid ska patientansvarig vårdpersonal informeras. Enhetschefen är ytterst ansvarig för att informationen delges och att anmälan till verksamhetschefen görs. Enhetschefen ansvarar för genomgång av den inträffade händelsen med patientansvarig vårdpersonal så snart som möjligt. En genomgång syftar till att detaljerat gå igenom händelsen för att skapa förutsättningar för adekvat krisbearbetning och bemötande av anhöriga. Träffar kan behöva ske vid flera tillfällen.

Gemensamt möte ska hållas 2-5 dagar efter den inträffade händelsen med all berörd personal. Utöver detta kan enskilda berörda behöva individuellt stöd som ska erbjudas enligt rådande direktiv för krisstöd till personal. [Se rutin Krisstöd till personal](#).

Enhetschef ska kalla till retrospektiv genomgång med all berörd personal ca 4-6 veckor efter den aktuella händelsen. Genomgångens syfte är att få en samlad bild och förstå den suicidala processen i den aktuella händelsen, sammanställa erfarenheter för att förbättra det suicidpreventiva arbetet på kliniken samt bearbeta och avsluta det aktuella ärendet.

En avvikelse skrivs i Platina enligt Regiongemensam rutin. Verksamhetschefen kontaktar anmälningsansvarig i Divisionen som gör en anmälan enligt Lex Maria. Verksamhetschefen ansvarar för att närstående informeras om att anmälan görs samt ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen. Närstående ska föras med en kopia av anmälan.

12. Efterlevandestöd

Suicid eller suicidförsök innebär stora påfrestningar för familjen och den nära omgivningen. Sorg och saknad blandas med känslor av skuld och ilska på ett sätt som överstiger vanligt sorgearbete. Detta kan också gälla berörd personal och medpatienter.

Närstående ska kontaktas av patientansvarig vårdpersonal, alternativt enhets- eller verksamhetschef, för att erbjudas möjlighet till information och krisstöd.

Närstående ska informeras om vårdens innehåll och ges tillfälle att ställa frågor.

Ibland kan flera träffar behövas. Närstående ska informeras om Riksorganisationen för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES) som är en anhörigförening med speciell ungdomssektion, samt om kyrkans efterlevandegrupper. Förmedla adresser och telefonnummer.

SPES via www.spes.se eller telefonjour som är öppen varje kväll mellan kl. 19-22. Tel: 08-34 58 73

13. Implementering

Upprättare och granskare av dokumentet ger information vid varje enhet om suicidpreventionsprogrammet. (Jan-feb 2016).

14. Dokumentinformation

Vårdprogrammet och bilagor är upprättade utifrån handlingsplan i händelseanalys HA0001138.

Upprättare: Marijana Gutic, psykolog och Elisabeth Präntare, vårdutvecklare

Granskare: Maarit Wirkkala, ÖL, medicinsk rådgivare och Marie Hed Engberg, kvalitetssamordnare

15. Förteckning över bilagor

		I Platina för utskrift
Bilaga 1	Suicidriskbedömning, BUPs checklista Finns även som tryckta kort, grafisk produktion	09-179792

Dokumentnamn: Suicidprevention vårdprogram VO BUP

Dokument ID: 09-179748

Giltigt t.o.m.: 2027-03-10

Revisionsnr: 3

Bilaga 2	Den suicidala processen	Ej i Platina, endast i vårdprogrammet
Bilaga 3	Suicidstegen	09-179853
Bilaga 4	Suicidrisknivå, vägledning vid bedömning	09-179854
Bilaga 5	Suicid; Krisplan	09-179855

16. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Lagar	
Hälso- och sjukvårdslagen	Svensk författningssamling, Dokument och lagar. www.riksdagen.se
Patientsäkerhetslagen	
Lagen om psykiatrisk tvångsvård 1991:1 129	
Styrdokument	
Platina dokumentnummer	
Akut bedömning VO BUP beskrivning.	09-100099
Slutenvård inläggning, BUP Gävleborg,	09-390098
Inskrivning av patient i slutenvård (SIV) VO BUP Checklista	09-120410
Slutenvård i samverkan VO BUP och VO VUP, rutin	09-73465
Slutenvård i samverkan- kontaktuppgifter, BUP Gävleborg	09-39108
Socialtjänst anmälan aktualisering VO BUP rutin	09- 2606
Lex Maria, Regiongemensam rutin	13-2902
Krisstöd till personal, direktiv	12-11735
Krisstöd till personal, rutin div medicin/ps	09-81077
Länkar	
Socialstyrelsen (2015) Skador bland barn i Sverige – Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiva handlingar.	http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19701/2015-2-8.pdf
Socialstyrelsen (2014). Självmord i anslutning till vård.	http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/suicid
NASP	www.ki.se/suicide
Struktur för kunskapsbaserad suicidprevention, Folkhälsomyndigheten (2015)- Ett förslag till samordnad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidförebyggande arbete.	https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-folkhalsomyndigheten/uppdrag-styrdokument/avslutade/struktur-for-kunskapsstyrning-inom-suicidprevention.pdf
Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd	http://spes.se/

Utskriftsdatum: 2021-02-03

17. Bilagor

BILAGA 1

Suicidriskbedömning, BUPs checklista

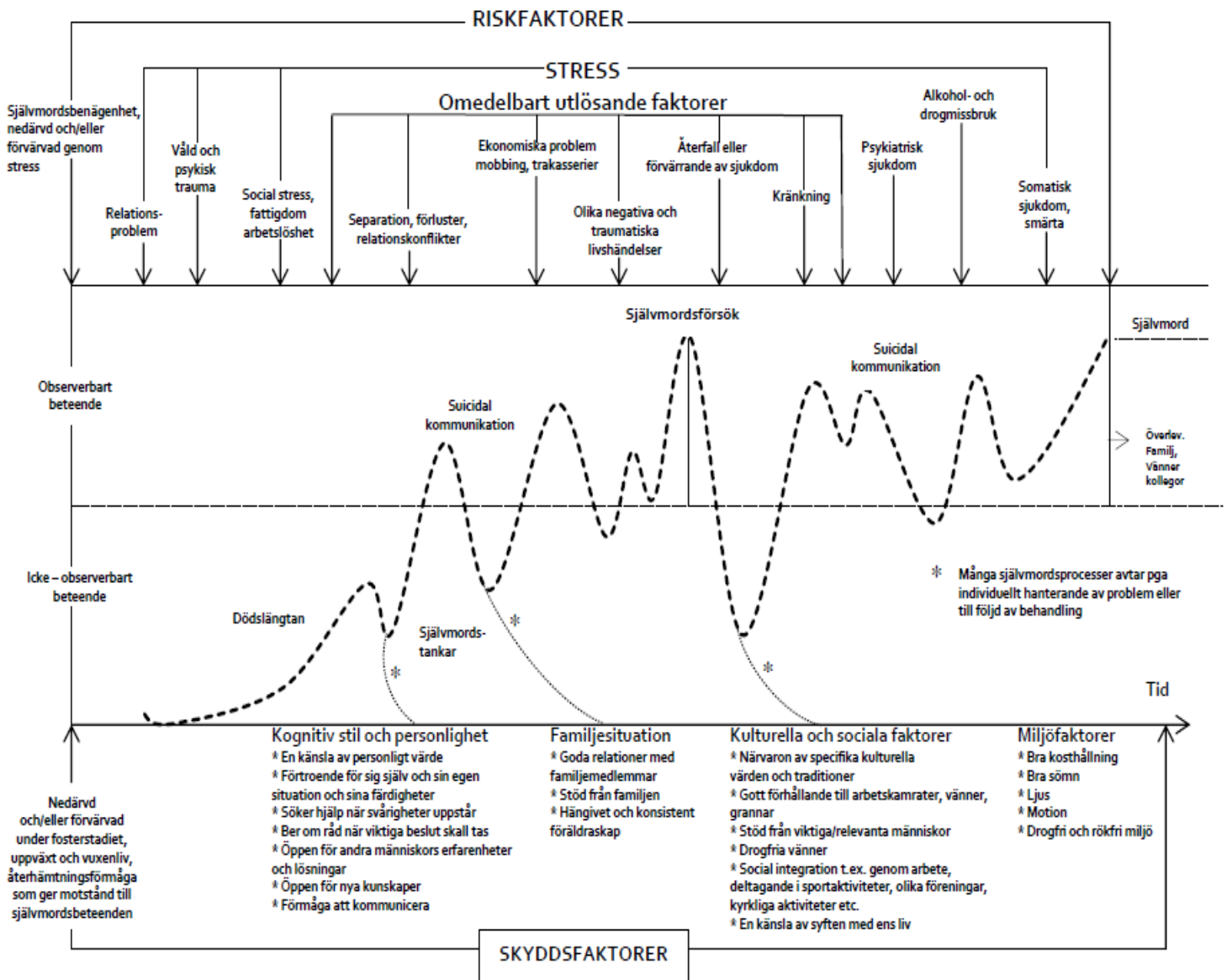
Inventera utlösande faktorer	Risikfaktorer	Skyddsfaktorer
Suicidstegen	Psykisk ohälsa	
<p>1. Nedstämdhet/hopplöshet Är du nedstämd och ledsen ofta? Känner du dig "deppig" för det mesta? Känns allting hopplöst? Tror du att det kommer att bli bättre igen?</p> <p>2. Dödstankar Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?</p> <p>3. Dödsönskan Har du önskat att du vore död? Skulle du vilja slippa vakna nästa morgon?</p> <p>4. Självmordstankar Har du tänkt på att göra dig själv något? Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig? Har du tänkt ut hur du skulle göra?</p> <p>5. Självmordsönskan 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 leva?</p> <p>6. Självmordsförsök Har du tidigare gjort något självmordsförsök? Genomförde du det du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?</p> <p>7. Självmordsplaner Har du planer på att ta ditt liv? Har du tänkt ut hur du skulle göra? Har du bestämt när du ska göra det?</p> <p>8. Självmordsförberedelser Har du gjort några förberedelser? Vilka? Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma? Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?</p> <p>9. Självmordsavsikt 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?</p>	<p>Affektiva sjukdomar (depression) Ångest Grav sömnstörning Missbruk Intellektuell funktionsnedsättning ADHD/ AST Psykotiska tillstånd Personlighetsyndrom Traumatiserade tillstånd Åtstörningar</p>	<p>God psykisk hälsa God fysisk hälsa</p>
	Somatisk sjukdom och hereditet	
	<p>Kroniska sjukdomar Långvarig smärta Neurologiska sjukdomar Dåligt allmäntillstånd Familjehistorik med suicid Hereditet för psykisk ohälsa</p>	<p>God fysisk hälsa Hälsosam livsstil Balanserad kost Motion/aktivitet God psykisk hälsa</p>
	Kön, personlighet och kognitiv stil	
	<p>Hopplöshet/Pessimism Impulsivitet/aggressivitet/våldsbenägenhet Emotionell instabilitet/Dissociation Relationsproblem Kommunikationssvårigheter Somatisering/hypokondri Begränsad problemlösningsförmåga Motvilja till vårdkontakt Otrygg könsidentitet Låg självbild Pojke/Man Presuicidalt lugn</p>	<p>Framtidstro Motstånd mot suicidalhandlingar Rädsla för kroppslig skada Förmåga till affektreglering God kommunikationsförmåga Empati Flexibilitet/Sociala färdigheter Positiv självbild Förmåga att söka hjälp Motivation till behandling</p>
	Miljöfaktorer	
	<p>Tillgängliga självmordsmetoder Avbrott och övergångar i vården Adoption eller familjehem Familjehögtider Förlust Omsorgssvikt Mobbing, social isolering Önskad graviditet Psykosocial problematik/Kontakt med socialtjänst Anamnes med våld, uppbrott, övergrepp, flykt Heteronormens negativa påverkan på HBTQ-personer</p>	<p>Social integration och gemenskap Ekonomisk stabilitet Drogfri miljö Intressen Omsorg om djur och människor Önskad graviditet Religiös tro Känsla av sammanhang Positiv erfarenhet av vårdkontakter Fungerande/Anpassad skolgång Följsamhet till medicinsk behandling</p>
Aktuell medicinering		
Närståendesamtal		
Klinisk observation		

Bedömning risknivå	Åtgärd	Dokumentationsvägledning Riskbedömning KVÅ AU118
Hög risk Flera riskfaktorer, bristande skyddsfaktorer, oförmåga att tillgodose skyddsbehov. Långt gången suicidal process (Suicidstegen). Presuicidalt lugn.	Hög risk Får ej lämnas ensam. Konsultera läkare för helhetsbedömning. Informera vårdnadshavare. Slutenvård vid behov. Kommunicera fast vårdkontakt och tidpunkt för uppföljning. Tillgodose skyddsbehov. Upprätta krisplan och vårdplan. Följ vårdprogram för suicidprevention	Informationsinsamling Suicidstegen Närståendesamtal Skattningsformulär Klinisk observation Riskfaktorer Suicidstegen/Suicidal process Psykisk ohälsa Somatisk sjukdom och hereditet Kön, personlighet och kognitiv stil Miljöfaktorer Skyddsfaktorer Psykisk hälsa Somatisk sjukdom och hereditet Kön, personlighet och kognitiv stil Miljöfaktorer Informationens tillförlitlighet: Dålig, Osäker, Ganska god, God Samlad klinisk bedömning Resonemang vid sammanvägning av risk Sammanvägd suicidrisknivå Hög Svårbedömd Måttlig Låg Åtgärder Krisplan (KVÅ AU123) Vårdplan (KVÅ AU120) Dokumentera noggrant genomförda åtgärder och ansvarsfördelning.
Svårbedömd risk Ej tillförlitlig kartläggning. Svårt att avgöra risk- och skyddsfaktorernas effekter. Ska likställas med hög risk tills en säkrare bedömning kan göras.	Svårbedömd risk Får ej lämnas ensam. Konsultera läkare för helhetsbedömning. Informera vårdnadshavare. Upprätta krisplan och vårdplan. Patienten ska betraktas som en högriskpatient tills en säkrare bedömning kan göras. Följ vårdprogram för suicidprevention.	
Måttlig risk Riskfaktorer och dödsönskan föreligger, dock inga suicidintentioner eller avsikt att dö.	Måttlig risk Informera vårdnadshavare. Upprätta krisplan och vårdplan. Ge strategier för att hantera suicidtankar. Förse med vårdkontaktinformation dygnet runt (1177). Följ vårdprogram för suicidprevention.	
Låg risk Inga suicidintentioner föreligger, även om dödsönskan kan finnas.	Låg risk Säkerställ lägsta effektiva vårdnivå och dokumentera i vårdplan. Förse med vårdkontaktinformation dygnet runt (1177). Följ riktlinjer enligt vårdprogram utifrån diagnostisk bedömning.	

BILAGA 2

Den suicidala processen

Stress – vulnerabilitetsmodellen och utveckling av den suicidala processen från självmordstankar till självmord



BILAGA 3

Suicidstegen

Efter professor Jan Beskow (2000). Omarbetad i Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer.

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 nästa morgon?

4. Själv mordstankar

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

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 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? Varför?

7. Själv mordsplaner

Har du planer på att ta ditt liv?
Har du tänkt ut hur du skulle 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?

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

BILAGA 4

Suicidrisknivå, vägledning vid bedömning

Informationskälla	Hög risk/Svårbedömd risk	Måttlig risk	Låg risk
Suicidstegen	7-9	2-6	1
Risikfaktorer	Många, eller få allvarliga riskfaktorer	Några riskfaktorer	Inga, eller hanterbara riskfaktorer
Medveten suicidbenägenhet	Genomtänkta suicidplaner, aktiv metod på avlägsen plats inom närmaste tiden. Förberedelser. Alt. undanglidande svar ex. självmordsmeddelanden uttalade som skämt, hot, manipulation.	Suicidmeddelanden med intention att få hjälp Diffusa/vaga suicidplaner	Inga eller enstaka suicidmeddelanden i påfrestande situationer. Ingen dödsönskan.
Suicidförsök	Tidigare välplanerade allvarliga suicidförsök, särskilt om inom en nära tidsperiod samt är i fortsatt affekt efter suicidhandlingen.	Tidigare planerade suicidförsök med passiva metoder. Tidigare utfört suicidförsök men patient är inte i fortsatt affekt efter suicidhandlingen.	Inga tidigare suicidförsök
Helhetsbild av suicidprocessen	Upprepade allvarliga episoder med suicidtankar, väl genomarbetade planer och/eller suicidförsök. Betydelsefulla datum ligger nära i tid. Ex. årsdatum för förlust av närstående, födelsedagar, jul.	En tidigare episod med självmordstankar, planer och/eller ett tidigare suicidförsök. Betydelsefulla datum ligger nära i tid. Ex. årsdatum för förlust av närstående, födelsedagar, jul.	Ingen tidigare suicidanamnes
Förluster	Definitiva förluster, ex. förlust av närstående genom suicid. Svårhanterliga relationsuppbrott, förlust av ekonomisk trygghet och/eller status.	Förlust av närstående genom olycka eller sjukdom. Relationsuppbrott, ekonomisk instabilitet, förlust av status.	Inga förluster eller förluster som av patienten upplevs som hanterbara.
Relationer	Bristande stöd från närstående, konfliktfyllda relationer. Oförmåga att se lösningar och reparera relationer.	Ökade sociala problem och konfliktfyllda relationer. Svårigheter att se lösningar och reparera relationer.	Goda relationer till närstående, socialt stöd eller relationsproblem med goda möjligheter att lösas. Förmåga att se lösningar.
Resurser	Bristande förmåga att förstå egna behov, bristande sjukdomsinsikt, motvilja till vårdkontakt/insatser.	Varierande inställning till vårdinsatser och personal, ex. svänger mellan öppen fientlighet och smickrande inställsamhet.	Gott förtroende mellan patient och vårdpersonal. Positiv inställning till vårdinsatser.
Personlighetsdrag	Hög grad av impulsivitet, aggression, risktagande, paranoia inslag, rigiditet, känslighet eller bristande empati. Manipulation.	Mindre grad av impulsivitet, aggression, risktagande, paranoia inslag, rigiditet, känslighet eller bristande empati.	Problematiska personlighetsdrag föreligger inte.
Somatisk sjukdom	Allvarlig smärtsam och/eller invalidiserande sjukdom.	Lindrigare somatisk och/eller stigmatiserad sjukdom eller hälsoångest.	Ingen eller lindrig, övergående somatisk sjukdom.
Psykisk ohälsa	Allvarlig psykisk ohälsa, ex. djup depression, svåra trauman, depressiv psykos, bipolär sjukdom, schizofreni.	Måttlig och/eller långdragen psykisk ohälsa. Impulsivitet, omogenhet, utagerande personlighet.	Ingen eller lindrig och övergående psykisk ohälsa. Upplevs som hanterbar och överkomlig.
Psykisk eller somatisk ohälsa i familjen	Närstående drabbad av somatisk sjukdom (med hög risk för mortalitet) eller psykisk ohälsa som är stressande för barnet och innebär omsorgssvikt.	Närstående drabbad av mindre allvarlig kroppslig sjukdom eller psykisk ohälsa som är stressande för barnet eller innebär omsorgssvikt.	Ingen sjukdom bland närstående eller sjukdom som inte är förknippad med problem för barnet.
Missbruk	Gravt alkohol- och/eller drogmissbruk, social utslagenhet.	Måttligt eller periodiskt missbruk.	Inget missbruk
Observation	Lång svarslatens, låg reaktivitet, motvilja till öppen kommunikation rörande suicid. Plötslig och omotiverad förbättring. Presuicidalt lugn.	Plötslig och omotiverad förbättring. Presuicidalt lugn.	Öppenhet i kommunikation.

BILAGA 5**Krisplan**

En sak som är viktigast för mig och värt att leva för är:

Steg 1: Att känna igen varningstecken

Varningssignaler (tankar, bilder, humör, situation, beteende) för att en kris kan utvecklas:

1. _____
2. _____
3. _____

Steg 2: Mina egna strategier

Saker jag kan göra för att hantera mitt problem, utan att kontakta en annan person (avslappningsteknik, fysisk aktivitet):

1. _____
2. _____
3. _____

Steg 3: Människor och sociala sammanhang/platser som ger distraktion från suicidtankar:

1. Namn _____
Telefon _____
2. Namn _____
Telefon _____
3. Plats _____
4. Plats _____

Steg 4: Kontakta familjemedlemmar eller vänner som kan erbjuda hjälp:

1. Namn _____
Telefon _____
2. Namn _____
Telefon _____
3. Namn _____
Telefon _____

Steg 5: Professionella eller myndigheter som jag kan kontakta under en kris

1. Behandlares namn

Telefon

2. Behandlares namn

Telefon

3. Läkarens namn

Telefon

4. Enhetens namn

Telefon

Steg 6: Att göra omgivningen säker

1.

2.

3.

Steg 7: Akutnummer

- SOS-alarm 112
- Sjukvårdsrådgivningen 1177
- Nationella hjälplinjen Tel: 020-22 00 60. Alla dagar kl.13-22.
- Jourhavande medmänniska Tel: 08-702 16 80. Alla dagar 21-06.
- SPES telefonjour Tel: 08-34 58 73. Öppen varje kväll mellan kl. 19-22.
- Mind självmordslinjen. <https://mind.se/sjalvmordslinjen/> Tel: 901 01
Öppen: dygnet runt.