

Suicidprevention

Gäller för: Specialistpsykiatri barn unga och vuxna

Faktaägare: Andrea Christoffersson, chefsöverläkare

Anna Petersson, överläkare

Ingrid Svensson, sjuksköterska

Anders Albinsson, överläkare

Innehåll

Syfte.....	2
Målgrupp.....	2
Bakgrund.....	2
Suicidriskbedömning.....	2
Konsultbedömning efter suicidförsök	3
Konsultbedömning på helgdagar.....	3
Specialistläkarbedömning av suicidrisk	3
Dokumentation.....	4
Öppenvårdsbehandling	5
Aktualisering av patienter till enheterna	5
Uppföljning	5
Psykologbedömning inom suicidpreventionsprogrammet.....	6
Kuratorsbedömning.....	6
Anhöriga och barn	7
Suicidpreventionsprogrammets rutin.....	8

Syfte

- Att ge patienter möjlighet till uppföljning efter självmordsförsök, för att försöka förebygga ytterligare suicidala handlingar.
- Genom att uppmärksamma och behandla bakomliggande psykiatrisk sjukdom minska risken för suicid.

Målgrupp

- Alla patienter som har gjort ett suicidförsök.

Bakgrund

Det har visat sig att ett snabbt omhändertagande efter ett suicidförsök leder till bättre följsamhet i efterbehandlingen. Patienten är mer öppen för vidare kontakt med psykiatri. Risken för suicid är störst under det första året efter ett suicidförsök.

Suicidriskbedömning

Vid inledande kontakt ska suicidriskfaktorer kartläggas.

Vid samtliga vårdrelaterade kontakter inom specialistpsykiatri skall sjukvårdspersonal vara observant på tecken som tyder på att patienten kan vara suicidnära. Som rutin ska man observera beteende, verbal och icke verbal kommunikation. En förutsättning för en mer tillförlitlig bedömning är att en god kontakt etableras.

De nedersta stegen på suicidstegen betonar nedstämdhet och hopplöshet. Den patient som inte bedöms vara nedstämd samt har planer för framtiden bör inte ytterligare rutinmässigt efterfrågas angående suicidala tankar. När patienten bejakar suicidtankar och planer ska det efterfrågas vad dessa består av, hur ofta de inträffar och när de inträffade senast. Således har alla professioner inom kliniken enskilt ansvar för att bedöma suicidrisk utifrån sitt yrkesområde och sin befattning.

Resultatet av bedömningen och suicidriskbedömningen samt eventuella åtgärder skall dokumenteras.

- Patienter som redan har en kontakt på kliniken ska få sin suicidpreventiva behandling på den aktuella enheten.
- De flesta patienter som är nya på kliniken och som har affektiva besvär ska ha en tillhörighet på allmänpsykiatriska mottagningen, där det finns ett

multiprofessionellt suicidpreventionsteam. Patienten ska erbjudas en fast vårdkontakt, helst samma person som var med vid första bedömningen.

Konsultbedömning efter suicidförsök

Samtliga patienter som gjort ett suicidförsök skall, inom 24 timmar, bedömas av en specialist i specialistpsykiatri.

Konsultation på patienter som gjort suicidförsök handläggs på vardagar av bakjour/konsultläkare då patienten är vaken och kontaktbar. Specialisläkare aktiverar suicidpreventionsteamet som kontaktar patienten inom 72 timmar. I de fall där det finns en befintlig behandlare efterfrågas möjligheten om denne kan medfölja vid konsultationen.

Om patienten bedöms vara i behov av tvångsvård men har ett fortsatt somatiskt vårdbehov, sker den somatiska vården på CLV, med insatser (t.ex. tillsyn) från akutpsykiatriska avdelningen i Växjö.

När patient inkommit för suicidförsök ska kontakt snarast tas med psykiatriens akutmottagning på telefonnummer: 0470-58 91 20 eller om det är i Ljungby på kontorstid telefonnummer: 0372- 58 56 14.

Viktigt att den somatiska vården på CLV/Ljungby har haft kontakt med närstående så att de kan närvara fysiskt eller telefonledes vid konsultbesöket.

Konsultbedömning på helgdagar

Patienten bör få kontakt med behandlare nästkommande vardag. Specialisläkaren skriver internremiss till respektive enhet och informerar ansvarig sjuksköterska på akutpsykiatriska mottagningen som ser till att patienten får kontakt med behandlare i Växjö resp. Ljungby. Vid längre helguppehåll, när patienten inte blir inlagd på psykiatrisk vårdavdelning, ska akutpsykiatriska mottagningen ansvara för den initiala uppföljningen.

På helger ringer IVA i Ljungby till akutpsykiatriska mottagningen senast kl. 09:00 om det finns någon aktuell patient. Då gör jourläkare inom specialistpsykiatri (vanligtvis bakjouren) en konsultation.

Specialistläkarbedömning av suicidrisk

En specialistläkare ansvarar för den initiala bedömningen. Det är viktigt att vårdande enhet tillhandahåller rum för enskilt samtal och även har meddelat närstående som patienten önskar ska delta, så att dessa finns på plats.

Vid läkarbedömningen bedöms patientens psykiatriska tillstånd/diagnos och planeras vidare åtgärder/behandling. Det fokuseras särskilt på suicidriskbedömningen, det vill säga den fortsatta suicidrisken. Här vägs in både

riskfaktorer och var patienten befinner sig i den suicidala processen men också samtal med närstående för att få även deras version om patientens tillstånd.

Som hjälpmedel kan t ex formulären ”Suicidriskbedömning” och ”Skala för självmordsavsikt” användas.

I dokumentationen ska det framgå:

- Suicidriskbedömning
- Patientens inställning till erbjuden uppföljning inom suicidpreventionsprogrammet
- Om patienten inte inkluderas i programmet - orsaken till detta
- Om patienten avsäger sig rekommenderad uppföljning - ställningstagande till tvångsvård
- Dokumentera närståendes synpunkter

En diagnostisk bedömning görs samt en preliminär behandlingsplan upprättas, där man tar ställning till om patienten skall inkluderas i suicidpreventionsprogrammet. Tänkbara orsaker till att patienten inte inkluderas i suicidpreventionsprogrammet är att patienten redan är omhändertagen i något annat behandlingsprogram, eller ska tas hand om i ett sådant program t.ex. programmet för självskadande patienter, eller att patienten avböjer kontakt och inte kan anses vårdintygsmässig, eller att det bedöms utgöra mer skada än nytta för patienten att ingå i suicidpreventionsprogrammet.

Man kan överväga om den psykiatriska vården skall påbörjas med en inläggning. Detta bestäms utifrån patientens individuella behov men med hänsyn till de risker och de fördelar som slutenvård innebär.

En behandlingsplan upprättas i öppenvård om:

- patienten inte bedöms vara i behov av slutenvård
- vård enligt LPT inte är tillämpligt

Dokumentation

Dokumentation av suicidfaktorer och suicidrisk bör ske enligt följande:

- **Tidigare sjukdomar:** Tidigare psykiatriska sjukdomar och tidigare självmordsförsök
- **Hereditet:** Suicid inom släkten
- **Alkohol:** Alkoholbruk
- **Missbruk/beroende:** Bruk av droger
- **Socialt:** Socioekonomisk situation

- **Psykisk status:** Sedvanlig psykisk status däribland patientens tankar kring suicid, förslagsvis via suicidstegen
- **Suicidriskbedömning:** Suicidriskbedömning: Här dokumenteras (rullgardin) bedömningen av den akuta suicidrisken efter samtalet, men innan planerade åtgärder verkställs. Förtydligande kan ske i löpande text, t.ex. att de insatta åtgärderna förändrar suicidrisken eller hur suicidrisken förväntas förändras på sikt och varför. Suicidriskökande eller skyddande faktorer kan här anges.
 - **Rullgardinen innehåller följande:**
 - Låg risk
 - Risk finns
 - Hög risk
 - Kronisk risk
 - Svårbedömd risk
 - Ej relevant
 - Slutenvårdsbehandling

Syftet med slutenvård kan bland annat vara att skapa en kontakt med patient och närstående och utforma en åtgärds- och behandlingsplan.

Läkaren ordinerar tillsynsgrad, i samråd med patienten. De mest erfarna bland omvårdnadspersonalen ansvarar för att tillgodose tillsynsgraden.

Utifrån bedömning och patientens önskemål, planeras behandlingsåtgärder.

Öppenvårdsbehandling

Behandlingen kan också inledas i öppenvård på allmänpsykiatriska mottagningen. I början bör kontakten vara tätare för att sedan glesas ut efter behov.

Suicidriskbedömning görs vid varje besök. Vid behov av rådgivning om patientansvarig läkare inte är tillgänglig får behandlaren ta kontakt med akutpsykiatriska mottagningen för rådgivning.

Aktualisering av patienter till enheterna

När patienten är helt ny på kliniken och specialistläkaren bedömer att suicidteamet ska ta emot patienten så skall messenger skickas till sektionsledare/samordare för allmänpsykiatriska enheterna 1, 2 eller 3. Samt internremiss till allmänpsykiatriska enheterna 1, 2 eller 3.

Uppföljning

Patientansvarig läkare utses på enheten där patienten vårdas.

Behandlare/FVK utses för patienten och denne samordnar så att:

- patienten vid behov får tid till läkare för bedömning av diagnos och behov av medicinsk behandling
- närstående erbjuds information om patienten inte begär sekretess
- patienten får möjlighet att samråda om sin behandling
- patientens undersöknings- och behandlingsåtgärder blir samordnade
- fortlöpande suicidriskbedömning sker

För att bibehålla kontinuiteten, svarar den fasta vårdkontakten för uppföljningen av patienten under hela uppföljningstiden. Det kan också vara en fördel att vara två behandlare, eftersom det blir mindre sårbart för både patient och behandlare.

Denna uppföljning ska erbjudas under ett år, eftersom risken för ett nytt suicidförsök är störst under denna tid. Kontakten läggs upp individuellt utifrån patientens behov och vårdprogrammet.

Om vården påbörjas i slutenvård ska kontakten med den fasta vårdkontakten vara upprättad vid utskrivning.

Efter ett års uppföljning görs ett uppföljande samtal på enheten för summering av det gångna året, där samtliga involverade, inklusive anhöriga (om patienten samtycker) deltar. Då planeras också hur eventuell fortsatt kontakt skall se ut. Avslutning skall om möjligt ske med ett besök och inte via telefonkontakt.

Som hjälpmedel för arbetet inom vårdprogrammet kan checklistan användas.

Psykologbedömning inom suicidpreventionsprogrammet

I komplicerade eller svårbedömda fall där patientens läkare eller behandlare inom suicidpreventionsprogrammet bedömer att det finns behov av en psykologbedömning görs det av psykolog på allmänpsykiatriska mottagningen. Bedömningen syftar bland annat till att göra en fördjupad bedömning av suicidrisken hos patienten, att kartlägga skydds- och riskfaktorer samt för att bedöma om det finns någon psykiatrisk problematik. Exempel på sådant som kan bedömas är impulsivitet, frustrationstolerans, aggressionskontroll, förmåga till stresshantering, konfliktlösningsförmåga samt om det finns symtom som talar för en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Utifrån bedömningen så kan rekommendationer om lämplig insats inom psykiatrin initieras, om det finns behov av något som är utöver det som behandlaren ger som en del i suicidpreventionsprogrammet. Om bedömningen görs att det är motiverat med en utredning, exempelvis vid misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, personlighetsproblematik, behov av differentialdiagnostik, så sätts patienten upp på väntelista för utredning.

Kuratorsbedömning

I de fall patientansvarig läkare eller behandlaren/FVK bedömer att det finns behov

av kurativa insatser, görs det av kurator på enheten. Kuratorns uppgift inom suicidpreventionsprogrammet är att bedöma patientens sociala situation t ex boende, ekonomi, skuldrådgivning, arbete/sysselsättning och familjesituation, delta vid närståendesamtal och erbjuda stöd och vara med som samarbetspartner i eventuella kontakter med t ex Försäkringskassan, kommun eller arbetsgivare. Läs mer

Anhöriga och barn

Närstående skall alltid erbjudas att vara med vid samtal tillsammans med behandlaren och patienten, både snarast efter inledd kontakt, men även fortlöpande vid behov.

Alla patienter som deltar i suicidpreventionsprogrammet och som har barn under 18 år ska erbjudas ett samtal om barnens situation, se "Handlingsplan för barn och närstående". Syftet med kontakten är att man så långt som möjligt skall undvika att barnen tar på sig skulden för att föräldrarna blivit sjuka eller försökt ta livet av sig.

Vid behov genomförs BRA-samtal.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.

Bilaga 1

Suicidpreventionsprogrammets rutin

Suicidpreventionsprogrammet är en insats som går ut på att kartlägga och hantera den kris som gett upphov till ett suicidförsök. Insatsen erbjuds alla invånare som begår ett suicidförsök som är listade på Allmänpsykiatrienheterna och inte tidigare varit aktiva inom specialistpsykiatri. I arbetet ingår även ett preventivt arbete för att förebygga framtida suicidförsök. Efter 5 inledande samtal erbjuder suicidpreventionsprogrammet i samarbete med andra vårdinstanser en individanpassad vårdplan. Suicidpreventionsprogrammet är indelat i 2 faser som beskrivs nedan.

Erbjudan om deltagande i suicidpreventionsprogrammet

Behandlare hör av sig till patienten inom 3 arbetsdagar (vid storhelger kan det därmed dröja längre pga. röda dagar) efter det att remiss skickats till suicidpreventionsprogrammet för att erbjuda information om och kontakt med suicidpreventionsprogrammet. Om patienten accepterar erbjudandet enas patient och behandlare om en tid inom 7 dagar från den ursprungliga kontakten. Vidare meddelas patienten om att vi har en policy att vid suicidförsök att samla in kontaktuppgifter till närstående på grund av situationens allvar. Vid det första samtalet informeras patienten om premisserna för kontakten (se t.ex. "Vid uteblivanden"). Om patienten nekar till erbjuden vård diskuteras ärendet i suicidpreventionsteamet för planering.

Fas 1 – Krishantering

Behandlaren träffar patienten för upp till 5 inledande samtal där fokus ligger på 3 delar:

- 1) Anamnesupptagning och kartläggning av suicidförsök/krissituation
- 2) Krishantering kopplat till krissituationen
- 3) Återfallsprevention och åtgärdsplan

Under fas 1 görs även en vårdplan som läggs in i journalen. I planeringen sammanfattas eventuella övriga insatser från allmänpsykiatri samt eventuell samverkan med andra vårdinstanser. Patienten informeras även om att det är bra att en närstående är med vid ett av de första samtalen för en mer omfattande anamnesupptagning. Om anhöriga är belastade kan remiss för närståendesamtal eller BRA-samtal skickas i denna fas. Åtgärdsplanen som används under fas 1 och fas 2 är Stödjande samtal (DU007) eller Enskilt samtal (XS901).

Fas 2 – Fortsatt krishantering/övriga insatser

I fas 2 erbjuds övriga insatser från allmänpsykiatri utifrån patienters behov. De övriga insatser som kan erbjudas patienten är:

- 1) Kuratorskontakt (utvärdering efter 2 samtal)
- 2) Fortsatt krishantering (utvärderas kontinuerligt i upp till 1 år)
- 3) Närståendesamtal eller BRA-samtal

- 4) Remiss till Psykoterapi
- 5) Remiss till läkare eller psykolog för bedömning av diagnostik

Under fas 2 samverkar även suicidpreventionsprogrammets behandlare med andra vårdinstanser för att erbjuda patienten övriga insatser utanför psykiatrin. Detta kan exempelvis innebära kontakt med kommun, beroendemottagning eller primärvård.

Avslut av kontakt

Kontakten med suicidpreventionsprogrammet avslutas oftast efter en överenskommelse mellan behandlare och patient om att kontakten är slut.

Vid uteblivande

I vissa fall uteblir patienten från besöken i specialistpsykiatrin. Om patienten uteblir 2 gånger utan att höra av sig och inte går att nå kontaktas närstående om kontaktuppgifter är tillgängliga. Ansvarig läkare i suicidpreventionsprogrammet informeras. En kallelse skickas till patienten tillsammans med ett brev där patienten informeras om att ett ytterligare uteblivande leder till ett eventuellt avslut i suicidpreventionsprogrammet.

Mall för vårdplan

Problem – Suicidförsök

Mål – Hitta andra strategier för att hantera situationen

Åtgärd – Kartläggning och samtal med behandlare från suicidpreventionsteamet

Handlingsplan – Vid ny kris - Ring behandlare eller ring akuten eller ring vän.

Utvärdering – Löpande utvärdering med behandlare i suicidprevention

Dokumentation av suicidprevention

Följ besöksanteckningsmall specialistpsykiatrin vuxna. Tänk på att dokumentera följande punkter:

1. När du erbjuder anhöriga att delta i vård
2. Tidigare suicidförsök
3. Missbruk
4. Eventuella erbjudande om övriga insatser.
5. Sociala förhållanden – familj, närstående och vänner
6. Psykisk status