

Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning/hantering

Fastställd efter remissgenomgång av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2016–00628). Giltig till 2021-12-31. Utarbetad av koncernstab hälso- och sjukvård i samverkan med primärvårdsrådet och processteam suicidprevention.

Syfte

Denna regionala riktlinje syftar till att öka kunskapen, så att alla suicidnära personer som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården får ett kvalificerat möte och vårdplanering för att förebygga suicid.

Nytt sedan föregående revidering

Mindre redaktionella ändringar av rubrik och textinnehåll samt tillägg av särskilda övervägande för barn som närstående.

Bakgrund

I regionen inträffar ca 200 suicid varje år. Den uppskattade kvoten mellan suicid och suicidförsök är 1:10. Suicidförsök och självskadebeteende är vanligare hos kvinnor och yngre. Suicidalt beteende påverkas av biologiska-, psykologiska-, sociologiska- och omgivningsfaktorer. Exempel på statistiska riskfaktorer för suicid inkluderar manligt kön, hög ålder, relationsproblematik, kroppslig sjukdom och ensamhet. Förhöjd risk syns vid suicid hos familjemedlem samt hos gruppen HBTQ-personer¹. De flesta som dör i suicid har någon form av psykisk ohälsa. Över hälften har en pågående depression vid tiden för sin död och näst största diagnosgrupp utgörs av personer med missbruk och beroende av alkohol. Oavsett psykiatrisk diagnos är tidigare suicidförsök den enskilt starkaste prediktorn för död genom suicid. Även personer som skadar sig själv utan suicidavsikt kan ha ökad risk för framtida suicid, och sambandet är ännu starkare vid upprepat självskadebeteende.

Att samtala med patienten om suicidrisk är i sig en terapeutisk intervention. Eftersom psykisk ohälsa i allmänhet och suicidtankar i synnerhet fortfarande är behäftade med skam är det en viktig uppgift att uppmuntra den suicidnära att berätta om sina tankar och känslor. Suicidrisken ökar inte av frågor om suicidtankar. Suicidrisken kan snabbt förändras och behöver därför omvärderas kontinuerligt t ex under förloppet av en kris, vid försämring av underliggande grundsjukdom eller under vårdtiden. Kontinuitetsbrott i vården kan innebära ökad risk för suicid.

Suicidnära personer återfinns inom alla vårdnivåer inom primärvård, akutvård inkl. ambulanssjukvård, samt psykiatrisk och somatisk öppen- och slutenvård. Begreppet "suicidnära" inkluderar personer som:

- Nyligen (under det senaste året) har gjort suicidförsök (tilläggskod X60-X84 enligt ICD-10)
- Har allvarliga suicidtankar och suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden
- Utan att ange allvarliga suicidtankar bedöms vara i farozonen för suicid pga personliga omständigheter.

Suicidriskbedömning

Suicidriskbedömning vilar på den kliniska intervjun med omsorgsfull värdering av suicidal intention, tidigare och aktuell suicidalitet (tankar, planer, avsikt, handlingar, [se bilaga](#)), bedömning av aktuell symtombild (beakta särskilt psykotisk eller agiterad depression) och livssituation (förlust, kränkning). Instrument för riskbedömning kan vara ett stöd i samtalet, men saknar prediktivt värde och kan inte ersätta den kliniska bedömningen.

Det är väsentligt att skapa förtroende i samtalssituationen, vilket innebär att lyssna – fråga – dela – trösta – försöka förstå. Förutsättningar för en klinisk allians förbättras när du signalerar att du är intresserad, tar personen på allvar och tål att samtala om suicid. Detta kan minska patientens känsla av att vara ensam med sina tankar. Fokusera på individens upplevda problem och behov genom att fråga detaljerat, noggrant och konkret. Beakta följande punkter:

- Vad har hänt? Hur har du tänkt? Vad är det som får dig att inte vilja leva? Känns allt hopplöst?
- Var tydlig med att det går att få hjälp. Inge hopp och försök bryta den akuta suicidala processen.
- Ge den suicidnära personen stöd i sin problemlösningsförmåga genom att tillsammans identifiera åtgärder som skulle kunna direkt eller indirekt minska suicidnärligheten.
- Engagera medvetet patienten som en aktiv deltagare i samtalet. Finns något som får dig att vilja leva? Arbeta tillsammans fram en suicidspecifik krisplan, se bilaga.
- Se till att någon, om än liten, positiv förändring sker. Låt inte patienten gå hem i exakt samma sinnestillstånd och situation i vilka det suicidala beteendet uppstod.

¹ Vedertagen förkortning för homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner.

- Samverka med närstående. Information från närstående är viktigt både för akut bedömning och vidare planering. Om patienten inte vill att någon kontaktas, undersök varför, och ta ställning till hur du ska handlägga vidare.

Särskilda överväganden

- Åtgärder kan krävas vid tillgång till självmordsredskap (läkemedel, vapen). Läkare har skyldighet att göra anmälan enligt [vapenlagen 6 kap 6 § \(1996:67\)](#) och utifrån Socialstyrelsens föreskrifter [SOSFS 2008:21](#).
- Uppmärksamma symtom, diagnostisera och behandla samtidigt förekommande psykiatriska sjukdomstillstånd.
- Vid antidepressiv behandling kan suicidrisken öka inledningsvis varför tät uppföljning är viktig. Informera patienten och uppmana hen att omedelbart ta kontakt med vården vid förstärkt suicidbenägenhet.
- Hos äldre är även mildare depressiva tillstånd som inte uppfyller diagnoskriterierna för egentlig depression förknippade med ökad risk för suicid.
- Vid somatisk sjukdom, är det viktigt att noggrant gå igenom patientens egen uppfattning och inställning till sjukdomen. Speciellt bör smärta, ångest och sömnstörning uppmärksammas.
- Utlösande livshändelser är högst individuellt, varför individens egen berättelse är central i bedömningen.
- Uppmärksamma och ge relevant stöd till barn om vårdnadshavare eller närstående är suicidnära, se regional medicinsk riktlinje [Barn som anhöriga](#)
- Uppmärksamma att allvarliga suicidhandlingar kan ske utan medvetna dödsönskningar och suicidtankar, till exempel vid impulsivt beteende.

Vårdprocess - vårdnivå för behandling av akut suicidnära tillstånd

En kvalificerad värdering av suicidrisken görs oavsett vårdnivå, och dokumenteras. Vid överföring ska mottagande enhet uppmärksammas på att suicidrisken bedömts vara hög och transporten ska ske på ett säkert sätt. I vissa fall kan tvångsvård enligt LPT bli nödvändig för att förhindra suicid.

Primärvård: Akut remiss till specialistpsykiatri är indicerad vid hög suicidrisk. Vid svårbedömd suicidrisk ska specialistpsykiatri konsulteras.

Somatisk vård: En akutupsykiatrisk konsultbedömning ska ske när patienter gjort handling med förmodat suicidsyfte eller bedömts suicidnära av andra skäl, så fort allmäntillståndet möjliggör ett bedömningssamtal.

Specialistpsykiatri: Hög suicidrisk indicerar oftast inläggning, med ställningstagande till tillsynsgrad. Vid svårbedömda fall är observation på sjukhus ofta indicerad. Vid situationer där inremitterande har bedömt hög suicidrisk och specialistpsykiatri bedömer annorlunda, bör inremitterande kontaktas för samråd. Om en akut suicidal patient inte läggs in, ska snabb specialistpsykiatrisk uppföljning erbjudas senast nästkommande dag via öppenvård eller akutmottagning. Detta ska ske genom planerade återbesök eller uppsökande telefonkontakt av särskild utsedd personal vid psykiatrisk akutenhet, eller av ordinarie behandlings/vårdkontakt inom psykiatri. Suicidnära patient som uteblir från besök ska omgående följas upp aktivt av behandlings/vårdkontakten genom uppsökande per telefon och om så bedöms hembesök. Kontakta vid behov även närstående.

Tiden närmast efter utskrivningen är en riskperiod varför praxis bör vara återbesök inom en vecka. Innan behandlingskontakt har etablerats på mottagande enhet bör patienten ha möjlighet till telefonkontakt med avdelningen. Inledningsvis kan täta återbesök vara indicerade. Kontinuitet i behandlingen är av stor vikt.

Alla patienter, oavsett tillstånd, ska efter suicidförsök följas upp inom specialistpsykiatri tills situationen har stabiliserats till den grad att behandling fortsättningsvis kan ske i primärvården. Det är särskilt viktigt att säkra övergången gällande dessa patienter och det sker genom en samordnad vårdplanering (SVPL). Säkerställ dokumentationen i journal och i SAMSA.

Uppföljning av denna riktlinje

Efterlevnaden till denna riktlinje kommer att följas upp av Kunskapsstöd för psykisk hälsa i samverkan med enheten Regional vårdanalys och återkopplas till sektorsråden genom följande indikatorer:

- Suicidtal i regionen enligt dödsorsaksregistret.
- Andel av ovanstående patientgrupp:
 - med uppföljning/behandling i öppenvården inom 7 dagar efter utskrivning
 - med krisplan (AU123)
 - med vårdplan och en SVPL/SIP med primärvården (AU120 och tilläggskod ZV505)

Suicidstegen

- Nedstämdhet – Hur mår du? Är allt hopplöst?
- Dödstankar – Känns livet meningslöst?
- Dödsönskan – Har du önskat att du vore död?
- Suicidtankar – Tänker du på att ta livet av dig?
- Suicidimpulser – Har du varit nära att ta livet av dig?
- Suicidavsikter eller planer – När, var, hur?
- Suicidhandling – När, var, hur?

Krisplan (KVÅ-kod AU123)

En krisplan innehåller en beskrivning av de varningstecken som kan föregå förhöjd suicidrisk hos individen, och åtgärder som bör vidtas då.

Krisplanen utformas ihop med patienten och hens närstående eller andra resurspersoner, om inget framkommit som motsäger detta.

Planen uppdateras regelbundet. Om patienten vårdas inom heldygnsvård ska planen aktualiseras vid frigång, permission och i samband med utskrivning.

I planen bör följande punkter ingå:

- Aktuella kontaktuppgifter till både patient och närstående.
- Identifierade risksituationer t ex sömnbrist, försämrad impuls kontroll i anslutning till berusning eller drogpåverkan.
- Probleminventering och förslag till åtgärder vid ökad suicidrisk som patienten själv kan vidta för att reducera stress, ångest, hopplöshetskänslor t ex utföra en inövad övning för att hantera ångest. Om detta inte hjälpt ska patienten uppmanas att t ex kontakta ordinarie vårdkontakt och/eller tillgängliga akutinstanser.
- Vid akuta vårdkontakter ska krisplanen alltid uppmärksammas och uppdateras vid behov i samråd med ordinarie vårdgivare.
- Åtgärder om patienten avviker, eller inte kommer till avtalat möte.
- Tidsram för behandlingsarbetet och tidpunkt för utvärdering och revidering.

Ge muntlig och skriftlig information, om vem närstående eller andra resurspersoner kan vända sig till vid en försämring av patientens tillstånd. Jourtid kan sjukhusets psykiatriska akutmottagning kontaktas.