

Verksamhetens namn och datum skrivs här

Rutin för hantering av suicidalt beteende, självmordsrisk och suicid

- mall att utveckla och färdigställa i egna verksamheten eller vårdnätverket

Dokumentet har tagits fram av Johan Andreen, specialistläkare i psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri

Risikfaktorer för suicid

Viktiga riskfaktorer att känna till och som har helt olika betydelse för olika personligheter i olika livssituationer. Man kan inte bestämma suicidrisken för att några faktorer föreligger hos en person, men förekomst av flera eller viktiga faktorer hos en person i nöd ger anledning att vara mer observant.

- Tidigare suicidförsök
- Tidigare eller aktuellt allvarligt självskadebeteende
- Depressionssjukdom och bipolär sjukdom
- Schizofreni och schizofreniliknande sjukdom
- Långvarig/kronisk ätstörning
- Personlighetsstörning, (särskilt med stresskänslighet, lättväckt aggressivitet och lättkränkthet samt fr.a. impulsivitet)
- Neuropsykiatriska funktionsvariationer (t.ex. autismspektrumstörningar och ADHD)
- HBTQ-personer
- Substansbrukssyndrom ("missbruk") med eller utan beroende.
- Tidigare användande av alkohol vid kris och nedstämdhet
- Allvarlig kroppslig sjukdom och smärtproblematik
- Suicid och suicidalitet i familjen (även släkten) och bland närstående/vänner
- Svår utsatthet och traumatisering under den tidiga barndomen
- Normbrytande beteende, lagbrott, kriminalitet
- Utlandsfödd, särskilt med ursprung i krigshärjade länder och särskilt ensamkommande unga
- Tidigare eller aktuell utsatthet som sexuella övergrepp, mobbing eller dödsfall hos närstående
- Ensamhet, isolering och bristande socialt nätverk
- Livskriser, förluster, t.ex. partner eller närstående, men också arbete, ekonomi och socialt anseende, misslyckanden
- Våldserfarenhet från familjen, från social situation eller egen benägenhet att använda våld
- Tillgång till vapen, läkemedel och andra medel/metoder som kan användas vid suicid

Insatser i ej akut läge

Förebyggande målinriktad hjälp i ej akut läge

- 1) Ge hjälp med *problemlösning*, hjälp i vardagen och hjälp att minska stress.
- 2) Ge *information* om psykisk sjukdom, fr.a. depression, att det finns behandling och var.
- 3) *Lotsa till behandling* vid behov och vara beredd att ingripa vid akut risk.
- 4) *Prata säkerhet* dvs. planering för vad hen ska göra vid försämring/ökad risk.
- 5) Stöd hen att söka *annan hjälp i vardagen* och att leda och säkra sig själv

Kraftsamla i ej akut läge tillsammans i ett säkrande nätverk

- vårdnadshavare, familj, partner, vänner, kamratstödjare/arbetskamrater
- lärare, HR-personal, elevhälsopersonal, företagshälsopersonal, annan personal i skola eller på arbetsplats (inkl. lokalvårdare och vaktmästare), första hjälpare, volontärer
- behandlare i psykosociala team och läkare i primärvården
- specialistvårdspersonal/behandlare och vårdare inom psykiatri och beroendevård, socialtjänst, kriminalvård
- frivilligorganisationer

Verksamhetens namn och datum skrivs här

VIKTIGT! Arbeta och möts i de konstellationer av nätverk, professionellt och privat som behövs för att rädda liv. Se det som en "resursgrupp" och att den suicidale är centrum i gruppen. Avtala bort sekretesshinder och bryt sekretess om det handlar om att akut kunna rädda liv. Gå aldrig med på att tiga om självmordsavsikter!

Symtom och varningstecken att reagera på som akuta – "skarpt läge"

- Djup nedstämdhet
- Stark hopplöshet eller uppgivenhet och alla uttryck för att inte orka med livet eller att tänka sig döden som en befrielse eller utväg
- Samtidig påverkan av alkohol och droger eller ett känt "missbruk" med eller utan beroende
- Uttryck för att vara en belastning för andra, eller en person med ett omöjligt, ensamt eller ohjälpligt misslyckat liv
- Nödständhet och allvarlig oro eller nedstämdhet kopplat till aktuella händelser (som separationer, förlust av närstående, förlust av socialt anseende eller sammanhang inklusive arbetslöshet och ekonomi)
- Oroväckande, avvikande, handlingar som kan tyda på att personen håller på att ta avsked eller ordna för en värld där hen inte längre finns
- Övriga och kraftig återhämtning och till synes betryggande normalisering hos person som varit socialt och psykiskt nödställd med eller utan sjukdom (Det är hos ungdomar mycket vanligare att de inte har en psykisk sjukdom och inte har haft någon vårdkontakt men att livsproblem och sociala svårigheter kan leda till en suicidal olyckskedja)
- Personlighetsproblematik såsom emotionellt instabilt (borderline) och antisocialt eller uppförandestört (barn) beteende
- Öintresse för tidigare aktiviteter och intressen, inte minst närstående och socialt umgänge
- Social utsatthet som mobbning och psykisk och social misshandel, offentlig skandalisering efter andras eller egna handlingar, sexuella övergrepp och övrig fysisk misshandel
- Aggressivitet, våldsbenägenhet, farlighet eller självdestruktivitet och självskadebeteende
- Större och oroväckande beteendeförändringar, särskilt på kortare tid, (t ex undandragande och isolering, skolk, frånvaro från arbetet, stark försämrad prestation i skola eller på arbetet och likgiltighet för detta, sämre egenvård inklusive hygien, mat, sömn och motion)
- Svår ångest eller rastlöshet och irritabilitet
- Svår sömnstörning
- Hotfulla psykotiska föreställningar om t.ex. förföljelse eller plågsamma uppmanande röster

Kroppslig sjukdom tillsammans med något av ovanstående. Till exempel

- Neurologisk sjukdom eller annan allvarlig sjukdom
- Smärtsyndrom

Risksituationer i relation till psykiatrisk vård

- Stark rädsla för eller fördomar mot psykisk sjukdom eller psykiatrisk vård och behandling
- Inte hunnit etablera bärande kontakt med behandlare
- Förstagångsinläggning eller tvångsinläggning
- Permissioner eller icke avtalat avvikande eller inte återkommande till vårdenhet
- Överflyttning mellan enheter
- Första tiden efter inskrivning och första månaden efter utskrivning men förhöjd risk ett helt år
- Avsaknad av anknytning till och förtroende för ansvarig behandlingsenhet och behandlare

Verksamhetens namn och datum skrivs här

- Avbrott/avslutande av kontakt med viktig personal/behandlare
- Konflikter mellan personal och patient eller mellan olika aktörer

Kombination av faktorer kan leda till suicidförsök eller suicid

Det är aldrig bara en faktor utan kombinationer som tillsammans med tillfälligheter i en kedja av händelser leder till ett självmordsförsök eller ett självmord på samma sätt som det är vid t.ex. trafikolyckor. Personens suicidala mentalisering av händelserna och livssituationen är en avgörande faktor. För en del utvecklar sig den suicidala processen till handling fort eller mycket fort. Detta är vanligare hos barn, ungdomar och unga vuxna. För många är det en process som slår av och på eller ligger latent över långa tider för att sedan fort eller långsamt förvärras till handling.

De allra flesta kommer inte att gå till handling och de flesta som har gjort det gör inte om det. Däremot är risken mycket större att det ska ske och att det sker med allvarlig utgång inom gruppen som har gjort självmordsförsök. Det gäller särskilt personer med psykisk ohälsa och självmordsförsök som unga och unga vuxna. Även i gruppen äldre är risken starkt förhöjd att man går till handling och att man gör det med dödlig utgång vilket framför allt gäller män över 80 år.

VIKTIGT! Lita på magkänslan och ta allt tal om eller alla tecken på suicidalitet på allvar!

Uttryck din oro för personen, be om lov att ställa olika frågor och våga ställa de svåra frågorna. Led Livslustsamtal i tre faser:

1. Personen får berätta om sina problem och sin smärta, orsaken till att hen har tankar om att inte leva, *skälen till suicidalt beteende*
2. Samtalsledaren ber personen om lov att få utforska vilka *skäl för att leva* som hen har
3. Personen får stöd i att börja skapa *en handlingsplan* som bidrar till att säkra situationen på kort sikt inklusive att avbryta och förhindra förvärrande eller självskadande beteenden och som bidrar till att livet blir möjligt att leva på längre sikt utifrån personens värden i livet

Var beredd att ställa frågorna om suicidalitet:

1. Har du tänkt att det vore bättre att du vore död?
2. Har du övervägt att ta ditt liv eller att skada dig själv?
3. Har du funderat över hur du skulle göra för att ta livet av dig/skada dig själv?
4. Har du någon gång varit nära att ta ditt liv eller gjort självmordsförsök? Vilken metod använde du?
5. Har du gjort aktiva förberedelser för att ta ditt liv/skada dig?
(Modifierad efter WHO:s frågeschema.)

Nej-svar på 1 - 2 innebär låg risk om personen svarat sant/går att lita på i frågan.

Ja-svar leder till att man frågar vidare och att personens suicidrisk behöver följas upp och vid svar ja på fråga 5 behöver akuta åtgärder vidtas.

Vid ja på fråga 2 men inte 3 - 5 kan akut hjälp och vård behövas men i alla fall behövs hjälp och säkrande åtgärder samt uppföljning och motivering för behandlingsinsatser och remittering (se förebyggande hjälp ovan).

Verksamhetens namn och datum skrivs här

Vårdkedja

Får du direkt eller indirekt genom någon i nätverket runt personen uppgifter eller misstankar om suicidalitet så har du ansvar att agera. Som stöd finns denna riktlinje med följande vårdkedja:

Vårdkedjan med olika nivåer för att ta om hand någon:

- **Avtala och fyll i här:**

- - ett par namn- och nummervgivna personer i den *egna verksamheten* med särskilt ansvar/kompetens att samordna eller ge råd och stöd vid fall där självmordsrisk uppenbarats.

- **Avtala på samverkansnivå och skriv in här:**

- - ett par namn- och nummervgivna personer i *primärvården* som personal i kommunen och kommunalt finansierade verksamheter, kriminalvården, företaget och andra verksamheter kan ringa.

- **Förteckna här:**

- - Nummer till och eventuellt namn på eventuella *psykiatriska akut- eller kristeam*.
-
- Nummer och adress till *psykiatriska mottagningen och sjukhusets akutmottagning respektive psykiatriska akutmottagningen* som kan ta emot psykiskt instabila personer beroende på tillstånd och tid på dygnet.
-
- Information om hur *räddningstjänsten* arbetar och är organiserad när det gäller självmordsrisk (gör besök eller bjud in dem för att ta reda på).
- Information om hur *psykiatrin i området* vill att akut självmordsrisk handläggs (gör besök eller bjud in dem för att ta reda på).
- Information om *vad man ska säga när man rapporterar* fakta om en person med akut risk.

VIKTIGT! Om du misstänker akut fara för livet gäller inga krav på samtycke eller sekretess i kontakt med blåljusaktörer och akut sjukvård när det gäller uppgifter som behöver lämnas för att rädda liv. Situationen är helt jämförbar med hur man agerar om någon får hjärtstopp. Då gäller "Nöd-rätt", rätten att rädda liv, enligt Brb 24 kap. 4 §.

- **Ring 112 om "hotande suicid"**. Se om möjligt till att personen inte lämnas ensam. Om möjligt avlägsna självmordsmedel men utsätt inte dig eller andra för fara. Försök att kontakta och avleda personen utan att provocera eller skrämna. Försök att få stöd av någon annan men var inte två i kontakten med den nödställda.
- **Polisen har rätt till att tillfälligt omhänderta en person enligt 47 §, Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT.** Exempel: En man hotar att hänga sig och vägrar att följa med till sjukhus. Ambulanspersonalen tillkallar polisen.
- **Ambulanssjukvården medverkar i polistransporter för att föra en person till en sjukvårdsinrättning där en legitimerad läkare kan göra en så kallad vårdintygsbedömning.** Exempel: När mannen kommer till jourhavande distriktsläkare eller psykiatriska akutmottagningen med ambulans och/eller polis överlämnas han till sjukvården. Ambulanspersonalen rapporterar till ansvarig sjukvårdspersonal. På mottagningen gör sedan en legitimerad läkare en undersökning och en bedömning. Vårdintyg får endast utfärdas av läkaren i direkt anslutning och om lagens förutsättningar för tvångsvård föreligger (sjukdom, behov av slutna vård och vägran av frivillig vård).

Verksamhetens namn och datum skrivs här

Sju punkter för säkerhetsplanering för personer med risk för suicidalt beteende

De evidensbaserade punkterna kan täckas med stöd av följande mall (gjord huvudsakligen i enlighet med forskning vid Dep. of Psychiatry, Columbia University, USA):

(**Observera** att det är personen själv som föreslår, väljer och ev. med hjälp hittar vad som fylls i.)

1. Mina *varningstecken* (tankar, minnen, svåra känslor, beteenden, situationer) på att en kris kan komma att utvecklas:

1.
2.
3.
4.

2. Mina egna *strategier för att hantera situationen* - saker jag kan göra själv, utan att kontakta en annan person, för att haka loss från/inte fastna i grubblande och kamp med smärtan (medveten närvaro/mindfulness-tekniker, vardagsaktiviteter/saker att göra som brukar fungera/avleda mig):

1.
2.
3.

3. *Personer och sociala sammanhang* som jag kan söka upp och som kan bidra till att avleda mig, till att jag mår bättre eller till något annat som kan vara behjälpligt:

Person 1. Namn: Telefon:

Person 2. Namn: Telefon:

Platser på nätet:
Sociala inrättningar och fysiska platser:

4. *Anhöriga, närstående eller vänner* jag kan kontakta för att få stöd genom denna kris:

Person 1. Namn: Telefon:

Person 2. Namn: Telefon:

5. *Professionella personer, mottagningar för behandling* och organisationer/föreningar för akut hjälp som jag kan kontakta i kris:

1. Namn: Telefon:

Akutnummer el annan kontaktuppgift:

2. Akutmottagningens adress- och telefon:

3. Självmordslinjen tel. 90101 eller www.mind.se, Nationella hjälplinjen 020-22 00 60 (kl. 13-22).

För omedelbar hjälp: 112.

6. Vad jag behöver göra nu för att *säkra mig och situationen*:

1.
2.

7. *Värden i mitt liv*, det vill säga något av det som är värdefullt och viktigt i mitt liv som till exempel personer och djur som kan hjälpa mig *att i tanken säga stopp* till självmordstankar och impulser när det är kris?

1.
2.

Verksamhetens namn och datum skrivs här

Vid inträffat suicid – prioritera snabba uppsökande åtgärder

Vid ett inträffat suicid behöver ett **kristeam** samlas *inom och mellan* aktörer.

Kristeamet bör snarast **möta**:

- De som sett självmordet eller den döde.
- De som stod den avlidne närmast.
- Föräldrar, syskon, partner, vänner, arbetskamrater och personal.

Kristeamet behöver **även**:

- *Identifiera eventuella riskpersoner* i kretsen runt personen som tidigare gjort eller talat om suicid.
- *Bedöma, lyssna, erbjuda hjälp, uppmuntra till* (minska trösklar och stigma för) att söka vård vid behov samt stödja personen att söka andra hjälpresurser.
- *Ordna eller lotsa till* uppföljande samtalsstöd individuellt eller i grupp.
- *Samla uppgifter om självmordet* (tidigare suicidförsök och tidigare åtgärder från olika aktörer, kända bakomliggande orsakssammanhang m m) för att lära sig se mönster och möjliga förbättringar i preventiva åtgärder.

Händelseanalys efter inträffat suicid

Vid inträffat suicid behöver en händelseanalys göras, se: Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser – Ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

En uppdragsgivare i form av chefer i berörda verksamheter initierar en händelseanalys och utser en analysledare och ett analysteam. Vid flera berörda verksamheter, vilket är vanligt, bör dessa samarbeta och sammanställa en gemensam analys.

Ledare och team

- 1) genomför intervjuer
- 2) samlar fakta med informerade närstående kännedom och godkännande
- 3) presenterar en händelsekedja
- 4) identifierar möjliga bakomliggande orsaker
- 5) identifierar brister i samarbete och samverkan och
- 6) presenterar åtgärdsförslag.

Händelseanalyser ger möjlighet att stärka och utveckla samarbete och samverkan. Det ger möjlighet för närstående och berörda professionella till bearbetning, förståelse för och mening med det som skett - att det kan leda till kunskap och förebyggande effekter.