

Ett axplock rutiner och hjälpmedel för suicidriskbedömning. Sammanställda av Michael Rangne mars 2012.

Del 1. RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning vid NSP 2012-01-19 (Ullakarín Nyberg, modifierad av mig)

En kortfattad och lättförståelig instruktionsfilm för dokumentation av suicidrisk finns under länken:
<http://insidan3.sls.se/Startsida-gast/Stod--service/eHalsa/Dokumentation/Psykiatri/>

Det finns god evidens för att en strukturad suicidriskbedömning som tar hänsyn till såväl patientens symptombild som den sociala situationen ökar möjligheten att upptäcka om en patient är suicidnära. Suicid kan emellertid inträffa även om noggranna bedömningar har gjorts, eftersom den akuta suicidrisken kan förändras snabbt, exempelvis vid stressreaktioner. Bedömning av suicidrisk kan därför behöva upprepas med täta intervall.

Det är viktigt att skilja mellan latent och akut suicidrisk. Patienter med hög latent suicidrisk i form av många riskfaktorer för suicid till exempel tidigare suicidförsök, ärftlighet för suicid och nedsatt impuls kontroll kan ha låg akut suicidrisk, exempelvis under en period av välfungerande vård och behandling. Såväl akut som latent suicidrisk bör dokumenteras på ett tydligt och strukturerat sätt i journalen, uppmärksammas i vårdplaneringen och kommuniceras till närstående. En patient med hög latent suicidrisk kan exempelvis vara extra känslig för kontinuitetsbrott i vård och behandling.

All personal som arbetar med självständiga patientkontakter ska kunna genomföra och dokumentera en strukturad suicidriskbedömning. Alla observationer som har med suicid att göra ska dokumenteras under de särskilda sökord som finns under **psykiatrisk anamnes, psykiskt status** och **suicidriskbedömning**.

Om all information som handlar om suicid samlas under specifika sökord minskar risken för att viktig information missas vid genomläsning av journalen. Man kan också söka på dessa sökord och därigenom få en överblick över patientens suicidalitet över tid. Alla sökord behöver inte användas vid varje besök eller samtal.

Strukturerad suicidriskbedömning – när ska den utföras?

En strukturad suicidriskbedömning ska utföras regelbundet på alla patienter och dokumenteras under egna sökord i Take Care. Vid misstanke om att en patient är suicidnära eller om patienten har gjort ett suicidförsök ska hon eller han bedömas samma dag av läkare. Det ska framgå i journalen att läkarkonsultation är gjord. En strukturad suicidriskbedömning ska **alltid** utföras och dokumenteras vid:

- Nybesök, även när suicidrisken inte är uppenbar
- Akuta besök, även när suicidrisken inte är uppenbar
- Återbesök där patienten bedöms vara suicidnära enligt gällande definition (1. under det senaste året har gjort ett eller flera suicidförsök, 2. har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden, 3. utan att ange allvarliga suicidtankar på grund av omständigheter ändå bedöms vara i farozonen för suicid)
- Inskrivning i slutenvård
- Ställningstagande till permission (inför längre permission får suicidriskbedömningen inte vara äldre än 24 timmar)
- Utskrivning från slutenvård

Strukturerad suicidriskbedömning – hur ska den utföras och dokumenteras?

Den kliniska bedömningen är alltid viktigast och dokumentationen ska ses som ett stöd för denna. En noggrann dokumentation behöver inte upprepas vid varje återbesök eller bedömningsamtal utan kan användas som diskussionsunderlag med patienten. Man kan exempelvis hänvisa till en bedömning som dokumenterats vid tidigare besök och fråga patienten om något har ändrats. Sökorden finns under psykiatrisk anamnes, psykiskt status och suicidriskbedömning:

1. Psykiatrisk anamnes

- suicidalitet o. annan självskada, > 30 dagar sedan självskada utan suicidavsikt, antal suicidförsök, andra tecken på suicidalitet (fritext)
- metod självskada/suicidförsök > 30 dagar sedan
- suicidalitet o. annan självskada, senaste 30 dagarna självskada utan suicidavsikt, allvarligaste tecknet på suicidalitet, antal suicidförsök, datum för senaste suicidförsök, kommentar (fritext)
- metod självskada/suicidförsök, senaste 30 dagarna

2. Psykiskt status

- suicidalitet, vilja att dö (fritext)
- suicidalitet, suicidavsikt (fritext)
- suicidalitet, kommentar (fritext)

3. Suicidriskbedömning

- aktuell suicidrisk (gradering i fyra kategorier, se nästa stycke)
- bedömningen försvåras av (fritext),
- notera speciella omständigheter som behöver beaktas i vårdplaneringen (fritext)
- motivering suicidriskbedömning (fritext)
- bedömningsunderlag för suicidrisk
(patientsamtal, information från närstående, observation/övervakning, patientjournal, information från annan kontakt inom vård/omsorg, information från annan person/myndighet, checklista riskfaktorer för suicid, (S-risk 13), Scale for Suicide Ideation (SSI), Suicide Intent Scale (SIS), SPOC (Suicidal Patient Observation Chart), SUAS (Suicide Assessment Scale), annat standardiserat instrument, annan källa)

Bedömningsunderlag, S-risk 13

Psykisk sjukdom är den viktigaste riskfaktorn. Övriga riskfaktorer som ingår i S-risk 13 är (se längre fram i dokumentet för komplett skattningsinstrument):

- Flera suicidförsök
- Suicidförsök för mer än 12 månader sedan
- Suicidförsök senaste 12 månaderna
- Använt metod med hög förväntad dödlighet (exempelvis hängning, dränkning, skjutning, gasning, hopp från hög höjd eller framför fordon)
- Skriftlig suicidal kommunikation de senaste 30 dagarna
- Praktiska förberedelser för suicid de senaste 30 dagarna
- Suicid inom familj och/eller hos andra närstående
- Relationsproblematik
- Kronisk smärta eller allvarlig kroppslig sjukdom
- Missbruk/beroende av alkohol och/eller andra droger
- Påtaglig personlighetsproblematik (exempelvis borderline eller narcissism)
- Symtom i form av rapporterad eller observerad hög ångestnivå
- Uttalad nedstämdhet och/eller hopplöshet

Skyddande faktorer - suicid

- Ett stabilt och stödjande nätverk
- Förmåga att skapa och behålla nära relationer
- Personliga värderingar som motstånd mot suicidhandling eller religiös tro
- Rädsla för kroppslig skada eller lidande vid suicidhandling
- Omsorg om barn, övriga familjemedlemmar eller andra närstående

Det kan vara värdefullt att fråga patienten om vad som avhåller henne/honom från att ta sitt liv. Ibland är det lämpligt att förstärka skyddande faktorer, exempelvis genom att fråga en person om vad det skulle innebära för närstående om hon eller han tog sitt liv.

Samlad klinisk värdering av suicidrisk (återfinns efter de 13 frågorna i S-risk 13, men det ter sig värdefullt med denna sorteringsgrund redan här):

Ange hur du med beaktande av anamnesuppgifter, psykiskt status, klinisk observation, genomgång av riskfaktorer och annan tillgänglig information värderar den aktuella risken för självmordshandling.

Ingen suicidrisk

(Patientens tidigare och aktuella sjukdom och situation innehåller inget som bedöms tala för att suicidrisk behöver beaktas i behandlingen).

Viss suicidrisk

(Patientens tidigare och aktuella sjukdom och situation bedöms tala för att det för närvarande inte finns någon uppenbar risk för självmordshandling men att sådan risk inte kan uteslutas vid en ev försämring av patientens sjukdom och situation).

Hög suicidrisk

(Patientens tidigare och aktuella sjukdom och situation bedöms tala för en uppenbar risk att självmordshandling kan inträffa, denna risk måste beaktas i vårdplaneringen).

Mycket hög suicidrisk

(Patientens tidigare och aktuella sjukdom och situation bedöms tala för en överhängande risk för självmordshandling vilken kräver omedelbar insats i slutenvård, övervakning och behandling).

Del 2. S-risk 13- bedömningsunderlag beträffande riskfaktorer för suicid

Bedömaren markerar förekomsten av följande riskfaktorer för suicid. Som underlag används tillgänglig information från patientintervju, journal, uppgifter från andra, ev. använda strukturerade instrument etc.

Allvarlig suicidavsikt de senaste 30 dagarna eller suicidförsök de senaste 12 månaderna?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Allvarlig suicidavsikt avser allvarliga suicidtankar eller suicidplaner beskrivna vid kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal eller närstående under de senaste 30 dagarna.

Med suicidförsök avses alla former av avsiktligt självdestruktiva handlingar med uppsåt att dö eller göra intryck av en sådan avsikt.)

Suicidförsök för mer än 12 månader sedan?

Nej · Ja · Ej känt ·

Mer än ett suicidförsök?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Två eller flera tillfällen med suicidförsök. Inkludera även aktuellt suicidförsök om sådant/sådana gjorts)

Suicidförsök med våldsam metod?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Tidigare eller aktuellt suicidförsök med annan metod än förgiftning eller yttlig skärning, dvs försök till hängning, dränkning, skjutning, gasning, hopp framför fordon etc)

Skriftlig suicidal kommunikation de senaste 30 dagarna?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Skriftligt meddelande i brev, SMS, e-mail eller annan form av avsikt att genomföra självdestruktiv handling; exempelvis avskedsbrev, eller skriftlig instruktion till närstående i vilken suicidavsikten indirekt framgår)

Praktiska förberedelser för suicid de senaste 30 dagarna?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Avser såväl praktiska förberedelser för att genomföra suicid som praktiska förberedelser för döden – att ta avsked på olika sätt, att ge bort ägodelar, att klara ut relationer, att ombesörja ekonomiska frågor etc)

Suicid inom patientens familj eller närkrets (oavsett tidpunkt) ?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Suicid som oavsett tidpunkt inträffat hos föräldrar, familj eller andra viktiga personer.)

Aktuella problem i viktiga relationer?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Avser problem i relation till partner eller annan familjemedlem, även inom ursprungsfamiljen, inklusive problem genom hotande eller genomförd separation eller övergrepp)

Kronisk smärta eller allvarlig kroppslig sjukdom?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Avser långvarig smärtproblematik samt svår fysisk sjukdom eller funktionsnedsättning)

Missbruk/beroende av alkohol, läkemedel eller andra droger?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Problem med missbruk eller beroende av alkohol, läkemedel eller andra droger.)

Påtaglig personlighetsproblematik?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Avser problematik med impulsivitet, utagerande, uttalad narcissism eller antisociala drag. Gäller både diagnostiserad personlighetsstörning och problematik som inte helt uppfyller kriterier för sådan)

Uttalad nedstämdhet eller känsla av hopplöshet?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Avser nedstämdhet av distinkt karaktär som skiljer sig från ledsnad eller sorg, alternativt framkommer en uttalad upplevelse av hopplöshet inför situationen)

Hög ångestnivå?

Nej · Ja · Ej känt ·

(Avser hög ångestnivå oavsett grundsjukdom, verbalt beskriven eller iakttagbar genom motorisk oro eller rastlöshet)

Del 3. Exempel på dokumentation

Exempel på dokumentation av suicidrisk vid akutbesök

Patient med bipolär sjukdom, lättväckt ångest vid yttre belastning, hög alkoholkonsumtion, suicid i familjen och flera tidigare suicidförsök som kommer in akut tillsammans med sin bror efter intoxikation med tabletter och alkohol.

Dokumenteras under *Psykiatrisk anamnes sökord Suicidalitet o. annan självskada, >30 dagar sedan som Självskada utan suicidavsikt* med kryss i rutan *har ej förekommit*

Antal suicidförsök: 3 eller flera

Andra tecken på suicidalitet (fritext): patienten berättar om stark dödslängtan vid varje depressivt skov, har skrivit om planerade suicidhandlingar på nätet men inte de senaste månaderna

Metod självskada/suicidförsök med kryss i rutan förgiftning med t. ex. droger, läkemedel (X60-X66, X68-X69)

Suicidalitet o. annan självskada, senaste 30 dagarna, Allvarligaste tecknet på suicidalitet med kryss i rutan *genomfört suicidförsök*

Antal suicidförsök 1 och datum för detta försök

Kommentaren med fritext kan exempelvis vara: Patienten berättar att han slutat ta sina mediciner på grund av biverkningar. Då han kände att en ny depression var på väg blev han desperat och tog alla mediciner han hade hemma

Under sökord metod blir det kryss i rutan förgiftning med t. ex. droger, läkemedel (X60-X66, X68-X69)

Psykiskt status, Suicidalitet: Vilja att dö (fritext): Ångrade sig vid uppvaknandet, vill egentligen inte dö, och Suicidavsikt (fritext): Stark vid intagande av tabletterna men förnekar bestämt och trovärdigt suicidavsikt just nu

Suicidriskbedömning: Aktuell suicidrisk med kryss i rutan hög. Suicidrisk måste beaktas i vårdplaneringen

Bedömningen försvåras av (fritext): Patienten är fortfarande påverkad av sitt tablettintag, verkar trött och okoncentrerad men ger ändå ett trovärdigt intryck

Motivering suicidriskbedömning (fritext): Patienten har flera riskfaktorer för suicid i form av flera tidigare suicidförsök, suicid inom familjen (morfar hängde sig) och svårbehandlade depressioner med stark ångest som han ofta dövar med alkohol. Han slutar vanligen med sina mediciner när han känner sig stabil i sitt stämningsläge och upplever då en stark dödslängtan som manifesteras genom suicidal kommunikation med närstående. Skyddande faktorer är ett starkt och stödjande nätverk, många intressen, en stabil arbetssituation och välfungerande vårdkontakter.

Bedömningsunderlag för suicidrisk blir kryss i rutorna: *patientsamtal, information från närstående, patientjournal och observation/övervakning.*

Exempel på dokumentation av suicidrisk i slutenvård

Hos en patient i slutenvård som i anslutning till uppvaknande med morgonångest berättar för nattpersonal om starka impulser att hoppa ut genom fönstret kan detta dokumenteras under psykiskt status, sökord suicidalitet med fritext under *Vilja att dö: Patienten berättar om stark dödslängtan varje gång hon vaknar med ångest. Både ångesten och tankarna på döden försvinner under dagen. Under Suicidavsikt: Patienten tror inte att hon kommer att försöka ta sitt liv, är alltför rädd för att skada sig och överleva och under Kommentar: Patienten lugnar sig efter en stunds samtal. Uttrycker tacksamhet över den hjälp hon får och känner sig trygg på avdelningen. Ansvarig terapeut i öppenvården bör uppmärksammas på risk för impulsgenombrott i anslutning till ångestattacker.*

Ansvarig läkare kan sedan göra en strukturerad suicidriskbedömning där ovanstående information vägs in.

Exempel på dokumentation av suicidrisk där tidigare suicidriskbedömning används som diskussionsunderlag med patienten

Anteckning utförd av ansvarig terapeut under sökord *Suicidriskbedömning, Aktuell suicidrisk: viss. I vårdplaneringen behöver beaktas att risken kan öka vid förändrad sjukdomsbild/livssituation, Motivering suicidriskbedömning (fritext): Vid genomgång av den suicidriskbedömning som gjordes 111204 säger patienten att riskfaktorerna är oförändrade men att den akuta risken är lägre just nu på grund av fungerande medicinering som har gjort att ångesten minskat och terapisaamtal med undertecknad som patienten har stor hjälp av i sin vardag. Han lovar trovärdigt att omedelbart höra av sig till mottagningen eller akuten om situationen förändras. Undertecknad delar patientens bedömning om att den akuta suicidrisken är lägre. Terapin kommer också i fortsättningen att fokusera på alternativ till suicidhandling vid akut stress och ångest. Bedömningen är förankrad hos patientansvarig läkare.*

När patienten inte bedöms vara suicidal ska detta motiveras i journalen genom en strukturerad suicidriskbedömning minst en gång per år, gärna oftare.

Exempel på dokumentation av suicidrisk hos en patient som inte bedöms som suicidal

Under *Suicidriskbedömning, Aktuell suicidrisk* med kryss i rutan *minimal*. *Suicidrisk* behöver ej beaktas i vårdplaneringen. *Motivering suicidriskbedömning (fritext):* *Patienten har aldrig gjort några suicidförsök och förnekar bestämt alla tankar på suicid som utväg. Har en stark livsvilja och anser att livet är en gåva från Gud som människan är skyldig att förvalta. Är mycket nöjd med den hjälp han får och känner hopp om förbättring. Bedömningen har diskuterats med ansvarig läkare som instämmer. Bedömningsunderlag för suicidrisk med kryss i rutorna *Patientsamtal, Information från närstående, Patientjournal, Checklista riskfaktorer för suicid, (S-risk 13)*. *Kommentar (fritext):* *Suicidrisken har diskuterats med patientens hustru som uppger att hon aldrig har känt någon rädsla över suicidhandlingar eftersom maken har en stark gudstro och känner stor omsorg om sina närstående**

Exempel på dokumentation av självskada utan suicidavsikt

Även självskadande handlingar utan avsikt att dö utgör ett riskbeteende och därför ska sådana handlingar dokumenteras i suicidriskbedömningen. Det kan vara svårt att dokumentera alla självskadehandlingar hos en självdestruktiv patient som skadar sig ofta. I en sådan situation bör man dokumentera så noggrant som möjligt och framförallt de allvarligaste handlingarna.

Beteendet hos en patient som vid återbesök i öppenvård rapporterar om ytliga skärningar dagligen den senaste veckan och en djupare skärning som behövde sys och som är ambivalent avseende suicidavsikt dokumenteras i under *Psykiatrisk anamnes* sökord *Suicidalitet o. annan självskada, senaste 30 dagarna* under rubrik *Självskada utan suicidavsikt* med kryss i rutan *har förekommit 2 eller flera dagar*.

Den djupare sårskadan dokumenteras under rubrik *Allvarligaste tecknet på suicidalitet* med kryss i rutorna *genomfört suicidförsök, antal suicidförsök 1 och datum för detta försök*.

Kommentaren med fritext kan exempelvis vara: *Patienten berättar att hon skär sig ytligt med rakblad flera gånger per dag i ångestdämpande syfte, men förnekar bestämt och trovärdigt att syftet är att dö. Har skurit sig djupt i handleden en gång den senaste veckan och behövde då sys med 10 stygn. Ville egentligen inte dö men medger en stark längtan vid detta tillfälle efter att "komma bort från alltihop". Denna längtan bort finns inte kvar vid dagens besök.*

Del 4. RUTIN Vårdplan/krisplan suicidnära patient

Vårdplan

Alla patienter ska ha en vårdplan med realistiska behandlingsmål som regelbundet uppdateras och som är känd av patienten, närstående och alla i behandlingsteamet. Planen ska finnas med i patientens journal. Vårdplanen ska utgå från patientens problembeskrivning och uppfattning om sin situation och patientens resurser och förmåga att själv påverka sitt tillstånd ska uppmärksammas.

Akut och latent suicidrisk ska finnas med, liksom specifika symptom som ökar patientens suicidrisk exempelvis sömnstörning, ångestförstärkning och alkoholkonsumtion. Likaså ska förändringar i patientens beteende som signalerar ökad suicidrisk uppmärksammas, till exempel suicidal kommunikation, självdestruktivitet och återfall i missbruk.

Skyddande faktorer bör också finnas med, exempelvis omsorg om närstående eller rädsla för kroppslig skada.

Vårdplan av alla typer ska skrivas in på sökord "aktivitetsplan" i Take Care. Om annan mall för vårdplanering används ska hänvisning ändå skrivas in under "aktivitetsplan". Om vårdplanen scannas, vilket ju gäller samordnad vårdplan och vårdplan enligt betalningsansvarslagen, ska hänvisning skrivas in under "aktivitetsplan".

Krisplan

Alla patienter ska ha en krisplan som regelbundet uppdateras och som är känd av patienten, närstående och alla i behandlingsteamet. Planen ska finnas med i patientens journal och bör tillämpas i samband med akut försämring. När patienten vårdas inom slutenvård bör planen aktualiseras vid frigång, permission och i samband med utskrivning. Vid akuta vårdkontakter ska krisplanen alltid uppmärksammas och vid behov uppdateras i samråd med ordinarie vårdgivare. Om brister i planen noteras i anslutning till akutbesök ska detta meddelas ordinarie vårdgivare.

Krisplanen ska innehålla en tydlig instruktion om i vilken situation den bör tillämpas, till exempel vid ökad ångest, självdestruktivt beteende eller ökad alkoholkonsumtion.

Individuella riskfaktorer för suicidhandling ska uppmärksammas, exempelvis försämrad impulskontroll i anslutning till berusning eller drogpåverkan.

Konkreta åtgärder för hur patienten själv kan reducera stress eller ångest bör finnas med, till exempel andningsövningar, fysisk aktivitet eller samtal med närstående.

Tillgängliga akutinstanser ska finnas angivna med telefonnummer och eventuella telefontider. Det bör framgå i vilken ordning och hur de olika instanserna ska kontaktas, exempelvis personligt besök på akutmottagning efter självdestruktiv handling eller telefonkontakt vid mindre allvarliga symptom som lindrig ångestförstärkning och sömnstörning.

Del 5. RUTIN Permission - suicidriskbedömning

Slutenvård erbjuder möjligheten att etablera en förtroendefull relation med patient och närstående, förmedla viktig information och observera faktorer som kan ha betydelse för suicidrisk exempelvis ångestnivå, sömnstörning och självdestruktivitet. Suicidrisken är förhöjd i anslutning till inläggning och utskrivning från psykiatrisk vård och särskilt hög veckan efter utskrivning. En plötslig eller oväntad förbättring i patientens tillstånd, exempelvis i anslutning till permission, kan betyda att patienten har fattat ett beslut om att ta sitt liv och bör föranleda noggrann undersökning.

Suicidriskbedömning ska alltid utföras vid ställningstagande till permission och får inte vara äldre än 24 timmar vid längre permissioner.

Vid ställningstagande till permission bör hänsyn tas till såväl patientens symptombild och beteende som den sociala situationen. Latent suicidrisk ska beaktas och risken för påfrestningar i anslutning till permission som kan aktivera en latent suicidrisk eller utlösa ett impulsgenombrott bör vägas in. Skattningsskalor kan vara ett hjälpmedel i bedömningen inför permission men ersätter inte den kliniska bedömningen. Existerande skattningsskalor begränsas av att de inte är tillräckligt känsliga för snabba förändringar i den kliniska situationen eller för snabba växlingar i suicidrisk, exempelvis akut ångestförstärkning som utlöses av en konflikt i samband med permission.

Närstående bör medverka vid ställningstagande till permission och ska då informeras om i vilka situationer de bör kontakta vården. De ska känna till vilka symptom som kan vara ett tecken på försämring och vilka åtgärder som då ska vidtas. Skriftliga instruktioner är ett bra komplement till muntlig information och är särskilt viktiga när närstående ombeds att observera patienten utanför sjukhuset. I en sådan situation ska detaljerade instruktioner ges och ansvarig behandlare måste försäkra sig om att närstående har förstått vilken uppgift de har och accepterat den som en bra lösning. Suicidnära patienter ska i första hand observeras inom ramen för en sjukvårdsinrättning och hela ansvaret för övervakning får aldrig vila på närstående.

Exempel på dokumentation av suicidriskbedömning i anslutning till permission

Patient som vårdas efter suicidförsök. Inför ställningstagande till permission dokumenteras under Suicidriskbedömning, Aktuell suicidrisk med kryss i rutan Viss.

I vårdplaneringen behöver beaktas att risken kan öka vid förändrad sjukdomsbild/livssituation. Motivering suicidriskbedömning (fritext): Patienten har under hela vårdtiden förnekat suicidtankar på ett trovärdigt sätt. Han har betydligt mindre ångest än vid inskrivning och använder sig av de samtal han erbjuds på ett konstruktivt sätt. Han har gått på flera längre promenader tillsammans med närstående, som uppger att de inte känner någon rädsla för nya suicidala handlingar. Efter diskussion med behandlingsteamet beslutas om kvällspermission i hemmet. Närstående informeras om hur de ska agera vid eventuell försämring och lovar att ombesörja att patienten kommer åter till avdelningen om patienten mår sämre.