

Suicidprevention, barn och unga 0-17 år, vårdprogram

Innehållsförteckning

1	Inledning	2
1.1	Mål	2
2	Målgrupp	2
3	Bedömning av suicidrisk	2
3.1	Suicidstegen	3
3.2	Anamnes: kartlägga risk- och skyddsfaktorer	3
3.3	Samtal med närstående	4
3.4	Skattnings- och bedömningsinstrument	4
3.5	Samlad klinisk bedömning	4
3.6	Vårdplan	5
4	Skydds- vårdnivå	5
5	Åtgärd och behandling	6
5.1	Slutenvård	6
5.2	Öppenvård	6
6	Dokumentation	6
7	Uppföljning	7
8	Rutiner vid suicid	7
8.1	Handlägningsrutiner vid suicid	7
8.2	Efterlevandestöd	8
8.3	Anmälningsskyldighet	8
9	Referenser och lästips	9
10	Webb-adresser	10
	Handlägningsrutiner/Överrapportering	11
	Suicidstegen (efter professor Jan Beskow)	13
	Några frågor:	14
	Scale for ideation (SSI).....	15
	CHILDREN`S GLOBAL ASSESSMENT SCALE – C-GAS	25
	MADR-S	26
	Rutiner efter fullbordat suicid i öppenvård	29
	Rutiner efter allvarligt suicidförsök alternativt fullbordat suicid på avdelning eller i samband med permission	31
	Vårdgrader Avdelning 5 BUV	33
	Bakgrund/risk- och skyddsfaktorer	34
	Processkarta.....	37



1 Inledning

Detta vårdprogram ska ge ett tydligt underlag för all personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Region Örebro län som kommer i kontakt med suicidnära barn och ungdomar.

Ambitionen med detta vårdprogram är att det ska vara tillgängligt och känt för alla på kliniken.

Vårdprogrammet bygger på aktuell litteratur inom området samt klinisk erfarenhet. Stora delar baseras på det vårdprogram som formulerats av psykiatri i Halland (www.lthalland.se).

1.1 Mål

- All personal ska ha en grundläggande kunskap om suicidalitet och en god kunskap om innehållet i vårdprogrammet.
- All vård- och behandlingspersonal ska ha förmåga att genomföra en intervju med en patient utifrån suicidstegen och värdera risk- och skyddsfaktorer.
- Våga fråga – alla patienter som kommer i kontakt med psykiatri ska tillfrågas om suicidtankar. Att fråga ökar inte risken och utlöser inte suicid.
- Alla patienter som gjort suicidförsök ska bedömas/ha fått kontakt med BUP inom ett dygn.
- Alla suicidriskbedömningar ska dokumenteras i enlighet med riktlinjer i vårdprogrammet.
- Alla suicidnära patienter ska ha en tydlig och dokumenterad vårdplan.
- Alla patienter som gjort suicidförsök ska följas upp under minst ett år.

2 Målgrupp

Suicidala patienter är:

- patienter som under det senaste året har gjort suicidförsök
- patienter som har allvarliga suicidtankar
- patienter som bedöms vara i farozonen för suicid

3 Bedömning av suicidrisk

Alla patienter som kommer i kontakt med BUP ska tillfrågas om suicidtankar och bedömas av sin behandlare. Detta gäller särskilt vid nybesök och vid depression eller självskadebeteende.

En patient som bedöms suicidnära ska systematiskt suicidriskbedömmas med stöd av checklistan (bilaga 12). Vid svårbedömd suicidrisk, aktuella eller allvarliga suicidplaner kan läkare eller annan erfaren behandlare rådfrågas.

1. Suicidriskbedömningen ska grunda sig på checklistan (suicidstegen, anamnes, risk- och skyddsfaktorer, information genom samtal med föräldrar/närstående, resultat av skattningsskalor) och utmynna i en samlad klinisk bedömning.
2. Suicidriskbedömningen ska dokumenteras i Klinisk Portal under dokumenttyp Besök och mallnamn Suicidriskbedömning.
3. Suicidriskbedömningen ska kommuniceras med patienten och närstående.
4. Information om suicidriskbedömningen ska vidarebefordras till patientansvarig, från öppenvård till slutenvård och vice versa.
5. Suicidriskbedömningar ska genomföras till dess att situationen stabiliseras.

Det ingående patientsamtalet är det viktigaste instrumentet i all suicidriskbedömning.



3.1 Suicidstegen

Suicidstegen (bilaga 2) är det instrument som all personal rekommenderas att använda som stöd för samtalet. Suicidstegen avser att beskriva den suicidala processen från nedstämdhet/hopplöshet till aktiva planer. Se även bilaga 3 för några korta, enkla frågor att ställa, t.ex vid uppföljning av suicidala patienter i öppenvården. Dessa kan ställas vid varje besök.

Ökad risk för suicidhandling där behandlaren ska vara särskilt uppmärksam:

- Ökande hopplöshet, om suicidtankar ökar i frekvens och intensitet, och om suicidplaner tillkommit.
- Akut kris.
- Försämring/utebliven förbättring i depression eller bipolär sjukdom eller tillkomst av psykotiska symtom.
- I samband med start eller höjning av antidepressiv medicinering.
- Ökat alkoholbruk eller bruk av droger.
- Svår sömnstörning.
- Tidigare behandlingsmisslyckande, avbrott i vården eller önskan att avbryta behandling i förtid.
- Självskadebeteende.

3.2 Anamnes: kartlägga risk- och skyddsfaktorer

Dessa delar bör alltid tas upp i anamnesen:

- Suicidtankar/handlingar/planer
- Tidigare suicidförsök/tankar/handlingar/planer/tidigare suicidalt beteende
- Psykiatriska sjukdomstillstånd, t ex psykos, depression, ångest. Försämring i bakomliggande psykisk störning som depression, bipolär sjukdom, psykos, ångestillstånd, uppförandestörning, missbruk och personlighetsstörning
- Självskadebeteende (hur ofta, om man behövt sy) då detta väsentligt ökar risken för ett suicidförsök.
- Aktuella problem/utlösande faktorer
- Risk- och skyddsfaktorer (för utförlig information se bilaga 11)
- Trauma/övergrepp
- Missbruk, t ex tobak, alkohol, droger
- Hereditet, t ex suicid, psykiatrisk sjukdom
- Socialt nätverk
- Social situation
- Relationer till närstående
- Familjesituation
- Personlighetsdrag, t ex impulsivitet, aggressivitet, instabilitet
- Livsstil, t ex mat, sömn, motion, intressen
- Funktionsförmåga – C-GAS



Psykisk status med betoning på:

- Kontakt och attityd till behandlaren, särskilt aggressivitet och fientlighet.
- Stämningläge (förhöjt respektive sänkt), hämning och negativt tankeinnehåll.
- Psykotiska symtom.
- Suicidal intention (hopplöshet, dödstankar, självmordstankar, suicidimpulser och suicidplaner, förberedelser och skäl att leva).
- Eventuell suicidalkommunikation under samtalet.
- Inställning till vård.
- Beskriv gärna familjesamspelet.

Somatisk status inför ev. inläggning

Efter ett suicidförsök tillkommer dessutom:

- Planering, val av metod, tid och plats, medicinskt allvar, egen avsikt och inställning till försöket i efterhand.
- Vilka skäl finns det att leva?

3.3 Samtal med närstående

Med närstående menas i första hand föräldrar/vårdnadshavare. Även andra med nära kontakt med patienten, t ex skolpersonal, socialsekreterare, kan vara viktiga aktörer. Samtal bör ske med patienten och närstående både i enrum och tillsammans.

Framkommer ökande suicidalitet vid ett individualsamtal bör ungdomen informeras om att behandlaren kommer att ta kontakt med föräldrarna för att få deras bild samt informera dem och göra upp en säkerhetsplan.

3.4 Skattnings- och bedömningsinstrument

Vid indikation på suicidbenägenhet finns följande skattningsskalor som kan användas:

- Suicidal intent scale (SIS) – används efter suicidförsök och värderar personens intentioner med suicidförsöket. Bilaga 5.
- Scale for suicide ideation (SSI) - kan användas i mötet med en person som ännu inte gjort ett suicidförsök. Skalan syftar till att lyfta fram patientens attityd till att leva eller dö, karaktären av suicidtankarna, karaktären av tänkt suicidförsök, aktualisering av tänkt suicidförsök och bakgrundsfaktorer. Bilaga 4.
- Processkartan (stress/sårbarhetsmodellen) Bilaga 13.
- C-GAS. Bilaga 6.
- MADRS-S. Bilaga 7.

3.5 Samlad klinisk bedömning

Den samlade kliniska bedömningen är en sammanvägning av det som kommer fram i de övriga delarna av checklisten och den personliga, professionella bedömningen. Bedömningen redovisas i nivåerna:

Hög risk. Oförändrad/kronisk plågsam psykologisk och social situation. Flera statistiska riskfaktorer finns. Skattning långt ned på suicidstegen, Psykotiska symtom och missbruk.



Svårbedömd risk. Dålig samtalskontakt. Patienten är negativ till vård. Misstanke om manipulation. Svårbedömd suicidrisk ska hanteras som hög risk.

Låg till måttlig risk. Suicidintentioner och avsikt föreligger inte, även om dödsönskan finns. Patienten är positiv till vård.

3.6 Vårdplan

En vårdplan som utgår från suicidriskbedömningen ska upprättas i överenskommelse mellan patient, närstående och behandlare. Mål med vården, vilka åtgärder som vidtagits och vilka som planeras ska tydligt beskrivas, kommuniceras och dokumenteras.

Behandlingen av ungdom med ökat suicidalt beteende måste planeras utifrån det akuta skyddsbehovet och i relation till bakomliggande psykisk problematik/sjukdom. Det primära är dock att förhindra självmordshandling.

Viktiga aspekter att ta upp är hur föräldrarna kan skapa trygghet och ge skydd, exempelvis hur hemmet ska saneras från tabletter och andra farliga föremål, vad ungdomen kan göra vid förnyade suicidtankar och på vilket sätt man kan underlätta kommunikationen mellan ungdom och föräldrar, till exempel med hjälp av dagliga avstämningssamtal.

Det är av yttersta vikt att få till en god ordning för mat och sömn och ungdomen bör också uppmanas att låta bli alkohol och droger som kan öka impulsiviteten.

Vårdplanen/Säkerhetsplanen ska ta ställning till åtgärder vid ökad suicidrisk, exempelvis familjekonflikter eller om patienten inte kommer till avtalat möte samt innehålla telefonnummer till behandlare och akutenheten.

Planen ska dokumenteras i journal och föräldrarna bör få en kopia.

Vårdplanen ska utvärderas och en ny upprättas tillsammans med ungdom och föräldrar och anpassas efter riskbedömningen. Fast vårdkontakt ansvarar för att detta sker och behöver sannolikt träffa patienten mer intensivt.

4 Skydds- vårdnivå

Patienten och föräldrarna informeras om den kliniska bedömningen behandlaren gjort, hur allvarligt behandlaren bedömer det vara och syftet med vården.

Om suicidrisken bedöms som låg och familjen kan ta ansvar för omvårdnad och skydd bör behandlingen fortsätta i öppenvården. Förälder kan behöva få ett intyg för tillfällig vård av barn alternativt intyg för vård av allvarligt sjukt barn så att tonåringen inte lämnas ensam. Skriftliga instruktioner är det bästa alternativet, gärna i form av en överenskommelse med punktlista som alla skriver på efter hand. Det kan vara svårt att minnas muntliga instruktioner i ett kristillstånd.

Det finns behov av psykiatrisk specialistbedömning om patienten bedöms som särskilt suicidnära och en tillfredsställande säkerhetsplan inte kan upprättas. Om suicidrisken fortsatt bedöms som hög eller om bedömningen är osäker rekommenderas kontakt med bakjouren/primärjouren för en bedömning inför ev. inläggning på avdelning 5. Om patienten trots behandlarens bedömning och råd om

inneliggande vård motsäger sig bedömning för slutenvård bör läkare konsulteras för ställningstagande till vårdintyg.

Vid utskrivning från heldygnsvård efter ett suicidförsök ska alltid ett återbesök till öppenvården vara bokad.

En suicidnära patient och närstående ska få information om att de kan kontakta psykiatrin dygnet runt.

Vårdnadshavarnas förmåga att ge skydd ska bedömas och vid behov bör anmälan till socialtjänsten övervägas.

5 Åtgärd och behandling

5.1 Slutenvård

Vid hög eller svårbedömd suicidrisk kan patienten behöva slutenvård för bedömning och övervakning. Frivillig vård är att föredra men inläggning kan ske med stöd av vårdintyg. Vårdgrader bilaga 10 och särskilt skydd måste beaktas och omprövas fortlöpande.

Kontaktpersonen ansvarar för att skapa en god relation under vårdtiden.

Regelbundna samtal med vårdpersonal, suicidriskbedömningar och barnpsykiatriska bedömningar ska genomföras. Återkommande förtroendefulla samtal är väsentliga.

Samverkan med familj, skola, socialtjänst och öppenvård är en nödvändig del i vårdplaneringen.

5.2 Öppenvård

Vid låg till måttlig suicidrisk sker vården oftast inom öppenvården där övervakning inte är möjlig i samma utsträckning. För att kunna ge god och säker vård är det viktigt att kunna erbjuda:

- Tillgänglighet, täta återbesök och/eller telefonkontakter.
- Kontinuitet, samma behandlingsteam kring patienten och familjen.
- Trygghet, extra tider, samarbete med närstående, föräldrastöd och samverkan med nätverket, öppenhet för familjens oro.

Ny suicidriskbedömning sker vid varje besök tills situationen stabiliserats och nytt återbesök ska ges inom en vecka. Kontakten och arbetet intensifieras.

Den fortsatta kontakten planeras utifrån patientens behov och gällande riktlinjer för diagnostik samt vårdprogram eller riktlinjer för grundsjukdomen.

6 Dokumentation

Bedömning av suicidrisk ska redovisas snarast i journalen under dokumenttyp Besök och Mallnamn suicidriskbedömning och sammanställas med stöd av följande punkter:



- Beskriv var patienten befinner sig på suicidstegen.
- Anamnes (inkluderar risk- och skyddsfaktorer).
- Kompletterande information från närstående.
- Resultat av skattningsinstrument.
- Samlad klinisk bedömning.
- Vårdplan ska finnas i separat mall.

7 Uppföljning

Samordning är nödvändig för att säkra vården och kontinuiteten.

Vid inläggning på avdelningen ska snarast kontakt tas med öppenvården via Lifecare. Målet är att i god tid etablera kontakt och planera för insatser efter utskrivning.

Vid nya ärenden eller om fast vårdkontakt inte finns tillgänglig kontaktas samordnare och enhetschef inom öppenvården. Målet är att i god tid etablera kontakt och planera för insatser efter utskrivning.

Behandlare i öppenvården ska delta aktivt i kontakten med personal på avdelningen under vårdtiden, t ex via telefonsamtal eller genom att delta vid vårdplaneringar.

Efter inläggning ska mottagande vid öppenvården ske inom en vecka efter utskrivning. Vid uteblivet besök ska vårdnadshavare kontaktas.

Patienter som gjort ett suicidförsök, men inte behövt inläggning, ska erbjudas uppföljning inom BUP akutenhet eller BUP öppenvård för bedömning inom 2 dygn.

Patienter som har en etablerad kontakt med MPO, Mottagning psykisk ohälsa barn och unga, återförs efter suicidförsök till ansvarig behandlare där. Detta gäller både om patienten varit inlagd på avdelning eller inte behövt inläggning efter suicidförsöket. Återförandet sker via Lifecare.

Suicidala patienter ska följas upp inom psykiatrin under minst ett år innan kontakten kan avslutas. När det inte föreligger ett behandlingsbehov kan uppföljningen ske via telefonkontakt.

I slutänden är det vårdnadshavare som ansvarar för den unges säkerhet. Anmälan till socialtjänsten kan bli aktuell om uppföljning inte går att genomföra på ett tillfredsställande sätt.

8 Rutiner vid suicid

8.1 Handläggningsrutiner vid suicid

För handläggningsrutiner vid suicid på vårdavdelning eller under permission, se bilaga 9, eller då patient som vårdas i öppenvård som har genomfört ett fullbordat suicid, se bilaga 8.

8.2 Efterlevandestöd

Suicid eller ett 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.

Om en patient tar sitt liv ska de närstående erbjudas kontakt för information och krisstöd. Kontakt kan uppmuntras att tas med primärvårdens psykosociala team och med den anhörigkonsulent som finns inom Föreningen för Psykiatriskt samarbete (FPS) inom Region Örebro Län. Mobil resurs suicidprevention kan också kontaktas i det akuta skedet för anhörigstöd som även hjälper att lotsa vidare till fortsatt krisstöd. För barn och unga erbjuder Region Örebro län, i samarbete med sjukhuskyrkan och Svenska kyrkan, stödgrupper för barn och unga i sorg. Föreningar såsom Riksförbundet för Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES) och Mind erbjuder stöd till anhöriga och efterlevande i form av stödlinjer och forum.

Om en patient tar sitt liv ska berörd personal ges tillfälle till debriefing i grupp och retrospektiv genomgång. Utöver debriefing kan enskilda berörda behöva individuellt stöd.

8.3 Anmälningsskyldighet

Om ett suicidförsök inträffar under vårdkontakten så ska det journalföras.

Allvarliga suicidförsök och fullbordade suicid ska alltid rapporteras till verksamhetschef och till chefläkare i anslutning till händelsen. Händelsen ska också rapporteras i avvikelssystemet och ärendet tilldelas chefläkare. Vid beslut om internutredning ska denna genomföras skyndsamt. Chefläkare beslutar om händelsen ska rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Om en patient har avslutat sin kontakt med vården innan suicid inträffar, men vården får kännedom om detta, ska händelsen rapporteras till chefläkare som avgör om en internutredning ska göras.

Anmälningsskyldighet till socialtjänst är aktuellt om en ungdom kommer till akutmottagningen/akutenheten efter att ha gjort suicidförsök genom att ha konsumerat stora mängder alkohol, tabletter eller droger. Anmälningsskyldighet föreligger också om man uppfattar att det finns brister i hemsituationen så att barnet/ungdomen inte får det omhändertagande eller skydd den behöver.

Patientansvarig läkare, och i de fall då annan behandlare är ansvarig så har chefsöverläkaren skyldighet att göra en anmälan om vapeninnehav enligt 6 kap. 6 § vapenlagen. Personal, i såväl slutenvård och öppenvård, som får vetskap om att en patient innehar vapen ska informera patientansvarig läkare/chefsöverläkare om detta oavsett patientens tillstånd eller sociala situation. Läkaren bedömer och handlägger vidare.

6 kap. 6 § vapenlagen är en skyddsbestämmelse som ska säkerställa att polisen – efter anmälan från läkare – ska kunna göra kontroller mot vapeninnehavarregistret och i förekommande fall undanröja risken för att patienten skadar sig själv eller någon annan.

9 Referenser och lästips

American Academy of Child and adolescents psychiatry. 2000. Practice parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal behavior. Washington. www.aacap.org

Beskow, J (red). 2000. Självmord och självmordsprevention – om livsavgörande ögonblick, Studentlitteratur.

Beskow, J., Beskow, A.P. & Ehnvall, A. 2005. Suicidalitetens språk, Studentlitteratur.

Boutz, L. 2010. Belysning av tillämpning av ”Suicidprevention Vårdprogram 2008” på Barn-och ungdomspsykiatriska kliniken i Örebro läns landsting.

Frick, P. 2007. SPES Medlemsundersökning, När någon tagit sitt liv – efterlevandes situation.

Klinikens arbetsgrupp för suicidprevention. 2008. Vårdprogram för suicidprevention. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Örebro läns landsting.

Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. 2007. Dialectical Behavior therapy with Suicidal Adolescents, The Guilford Press. New York.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Svenska barn- och ungdomspsykiatriska föreningen & Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning. 2010. Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer.

<http://www.slf.se/upload/Specforeningar/Barn%20och%20Ungdomspsykiatri/Nationella%20riktlinjer%20suicid.pdf>

Projektgrupp Psykiatri i Halland. 2009. Vårdprogram Suicidprevention. Landstinget i Halland. <http://www.regionhalland.se/PageFiles/16349/Suicidprevention.pdf>

Programgrupp primärvård och Programgrupp psykiatri. 2005. Vårdprogram om suicidprevention för vuxna. Landstinget i Jönköpings län, Jönköping.

http://www.lj.se/info_files/infosida26574/suicidprevention_vardprogram_070830.pdf

Runesson, B., Samuelsson, M., Stolt, I. & Åsberg, M. 2002. Regionalt vårdprogram – vård av suicidnära patienter. Stockholms läns landsting.

<http://www.norrastockholmspsykiatri.se/dokument/doc/suicidnara.pdf> Här finns en heltäckande internationell litteraturlista.

Socialstyrelsen. 2003. Vård av självmordsnära patienter – En kunskapsöversikt.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-110-8>

Socialstyrelsen. 2006. Förslag till nationellt program för suicidprevention – strategier och åtgärdsförslag. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9448/2006-107-23_rev2_200610723_bilaga1.pdf

Specialistpsykiatrin och primärvården i Östergötland. 2010. Vårdprogram för suicidprevention hos vuxna. Landstinget i Östergötland.

<http://www.lio.se/pages/39720/Suicidprevention%20f%C3%B6r%20vuxna.pdf.pdf>

Wallin, CJ & Thor, J. 2008. SBAR – model för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. Läkartidningen nr 26-27, volym 105. <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=9758>

10 Webb-adresser

BRIS (Barnens rätt i samhället)- telefon 116 111, www.bris.se

Socialjouren i länet

Om du är i behov av kontakt med socialtjänsten på kvällar och helger, kontaktar du socialjouren i Örebro på telefon 019-14 93 50 eller 019-21 41 05. Dessa förmedlar också vidare kontakt till de olika kommunernas socialtjänst.

Sjukvårdsrådgivning telefon 1177

MiND www.mind.se/sjalmordslinjen, chat.mind.se

Självmordslinjen telefon 90101, alla dagar kl 06 – 24.

Föräldralinjen telefon 020-85 20 00, vardagar mellan kl. 10-15, torsd kl 19-21.

Jourhavande medmänniska 08-702 16 80, eller chatt www.jourhavande-medmanniska.se/chatt/

SPES Riksorganisationen för Suicidprevention och efterlevandestöd, telefon **020-18 18 00** , alla dagar 19.00 – 22.00 www.spes.nu

BILAGA 1

TJÄNSTESTÄLLE, HANDLÄGGARE

BUP, avd 5, A M-H

DATUM

2012-02-01 REV 2019-10-30

BETECKNING

Handläggningsrutiner/Överrapportering

Vilka ska bedömas?

Suicidnära patienter ska bedömas snarast - helst samma dag.

1. Nyanmälda patienter som uppfattas suicidala och behöver bedömas av primärjour eller bakjour – kontakta Akutenheten för samråd.
2. Patienter som under pågående behandling uppfattas suicidala ska i första hand bedömas av sin ordinarie behandlare och vid behov av eventuell inläggning/fördjupad bedömning kontaktas Akutenheten, tfn 258 10.
3. Patienter på somatisk klinik där det inkommer förfrågning avseende suicidalitet. I Örebro kontaktar avdelning 26 BUP-klinikens växel, 019-602 57 00, som i sin tur söker primärjournalsläkaren. Akuta ärenden från somatisk vård kontaktar akutenheten 019-6025810 måndag till fredag 8.00- 16.30

Vem gör bedömningen?

På **dagtid** görs bedömningen av ordinarie behandlare i samråd med barnpsykiatrisk bakjour, vid behov av eventuell inläggning kontaktas Akutenheten för ev besök till primärjournalsläkare. Aktuell jourlista finns på intranät.

Efter kontorstid görs bedömningen av ansvarig **jourläkare på** Allmänpsykiatriska jourmottagningen, USÖ, i samråd med bakjouren. Aktuell natt- och helgjourlista finns på intranät.

Hur sker överrapportering?

Patienter som suicidbedömts på jourtid efter kl 16.30 samt på helgerna och är i behov av fortsatt handläggning inom öppenvården eller en uppföljande bedömning akut ska snarast rapporteras vidare till respektive enhet.

	Tfn	Fax
BUP öppenvård 1	257 00	019 – 611 55 08
BUP öppenvård 2	257 00	019 – 31 15 78
Akutenheten/ avd 5	258 10	019 – 10 05 08

Vid inläggning av suicidnära patienter ska respektive öppenvårdsmottagning snarast informeras via Lifecare SP.

Vid planerad utskrivning av inlagd patient ska ansvarig öppenvårdsmottagning kontaktas för att teammedarbetare ska kunna medverka vid t ex utskrivningssamtal.

BILAGA 2

Suicidstegen (efter professor Jan Beskow)

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 skall göra?
Har du bestämt när du skall 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 skall finnas kvar efter dig? Har du sett till att träffa kompisar en sista gång?



BILAGA 3

TJÄNSTESTÄLLE, HANDLÄGGARE

BUP, avd 5, A L

DATUM

2012-02-01 Rev 2019-10-25

BETECKNING

Några frågor:

Har du haft tankar på att det skulle vara bättre om du var död?

Har du haft tankar på att du skulle skada dig på något sätt?

Har du övervägt att ta ditt liv?

Har du funderat på hur du skulle gå till väga för att ta ditt liv?

Har du gjort aktiva förberedelser för att ta ditt liv?

Har du bestämt dig för att ta ditt liv?



Scale for ideation (SSI)

BILAGA 4

Hämtat från Landstinget i Jönköpings län – Vårdprogram för suicidprevention för vuxna.
(Kommer från början från Beck A T, Rusch A J, Shaw B F & Emery G (1979)
Cognitive therapy of depression New York: Guilford Press.)

BILAGA 4

Scale for suicide ideation (SSI)

Namn: _____

Datum: _____

Just nu
dagen
för intervjunEn krispunkt, den
svåraste tidpunkten
den senaste månaden**Del I: Patientens attityd till att leva eller dö**

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. <i>Viljan att leva</i> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 Medel till stark | |
| | 1 Svag | |
| | 2 Ingen | |
| <input type="checkbox"/> | 2. <i>Viljan att dö</i> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 Ingen | |
| | 1 Svag | |
| | 2 Medel till stark | |
| <input type="checkbox"/> | 3. <i>Skäl för att leva/dö</i> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 Skälen för att leva överväger skälen för att dö | |
| | 1 Skälen är lika starka, det tar ut varandra | |
| | 2 Skälen för att dö överväger skälen för att leva | |
| <input type="checkbox"/> | 4. <i>Vilja/önskan att göra ett aktivt självmordsförsök</i> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 Ingen | |
| | 1 Svag | |
| | 2 Medel till stark | |
| <input type="checkbox"/> | 5. <i>Passivt självmordsförsök</i> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 Skulle göra något för att rädda sig själv | |
| | 1 Lämna leva/dö åt slumpen | |
| | 2 Skulle undvika att göra något för att rädda sig själv | |

Om alla fyra rutor för fråga 4 och 5 är "0", ställ då inga frågor från del II, III och IV och fyll i "8" - (=är inte tillämplig) - i var och en av de resterande rutorna.



Just nu
dagen
för intervjun

En krispunkt, den
svåraste tidpunkten
den senaste månaden

Del II: Karaktären av självmordstankarna

6. *Tidsdimension: Varaktighet*
- 0 Korta, flyktiga perioder
 - 1 Längre perioder
 - 2 Kontinuerliga eller nästan kontinuerliga
7. *Tidsdimension: Frekvens*
- 0 Sällsynta
 - 1 Tillfälliga, då och då
 - 2 Återkommande eller kontinuerliga
8. *Attityd till självmordstankar*
- 0 Avvisande attityd
 - 1 Tvekande
 - 2 Accepterande attityd
9. *Kontroll över handlingar vid självmordsimpulser*
- 0 Har känsla av kontroll över självmordshandlingar
 - 1 Osäker om kontroll
 - 2 Har ingen känsla av kontroll
10. *Saker som hindrar ett aktivt försök*
(t.ex. familj, religion, möjlighet av allvarlig skada om försöket misslyckas)
- 0 Skulle inte försöka på grund av hindrande faktorer
 - 1 Tänker på saker som hindrar
 - 2 Minimala eller inga tankar på hindrande faktorer
11. *Skäl för att utföra självmord*
- 0 Manipulera omgivningen, få uppmärksamhet, hämnd
 - 1 Kombination av 0 och 2
 - 2 Flykt, enda utvägen, lösa problem



Just nu
dagen
för intervjun

En krispunkt, den
svåraste tidpunkten
den senaste månaden

Del III: Karaktären av tänkt försök

12. *Metod: Specifik planering*
- 0 Ingen uttänkt plan
1 Uttänkt plan, men detaljer ej uträknade
2 Detaljer uttänkta, plan väl utformad
13. *Metod: Tillgänglighet/tillfälle*
- 0 Metod inte tillgänglig: inget tillfälle
1 Metoden skulle ta tid/ansträngning:
tillfälle inte lättillgängliga
2a Metod och tillfälle lättillgängliga
2b Framtida lättillgänglighet av metod/tillfälle troligt
14. *Känsla av förmåga att kunna utföra ett försök*
- 0 Saknar mod, för feg, rädd eller inkompetent
1 Osäker på mod eller förmåga
2 Säker på mod och förmåga att göra det
15. *Sannolikhet för ett faktiskt försök*
- 0 Ingen
1 Oviss
2 Stor



Just nu
dagen
för intervjun

En krispunkt, den
svåraste tidpunkten
den senaste månaden

Del IV: Aktualisering av tänkt försök

16. *Faktiska förberedelser*
- 0 Inga
1 Delvis (t.ex. börjat samla piller)
2 Slutförda (t.ex. har rakblad eller tillräckligt med piller)
17. *Självordsbrev*
- 0 Inget
1 Påbörjat med ej slutfört, endast tänkt på
2 Skrivet
18. *Definitiva handlingar som innebär planering för sin egen död (t.ex. livförsäkringar, testamente, gåvor)*
- 0 Inga
1 Haft tankar på det eller gjort några handlingar
2 Uppgjorda definitiva planer eller slutförda arrangemang
19. *Undanhållande av tankar på försök, planer*
- 0 Pratar om tankar öppet
1 Håller tillbaka, vill inte prata om det
2 Försöker undanhålla, ljuga om tankar, planer

Del V: Bakgrundsfaktorer

20. *Tidigare självmordsförsök*
- 0 Inget
1 Ett
2 Fler än ett
21. *Önskan/viljan att dö vid senaste försöket*
- 0 Liten
1 Medel, osäker, tveksamt
2 Hög

Frågorna 20 och 21 inkluderas *inte* i totalvärdet på denna skala.

Totalvärde SSI: _____



Bedömning av suicidrisk: SSI

”Scale for suicide ideation”, SSI (bil 4) passar att använda i möten med en människa som ännu inte gjort ett suicidförsök. Den innehåller 21 punkter indelade i fem avsnitt: Patientens attityd till att leva eller dö, karaktären av självmordstankarna, karaktären av tänkt försök, aktualisering av tänkt försök samt bakgrundsfaktorer. Maxpoäng är 38. Högre totalvärden innebär högre risk, men skalan är knappast tillräckligt validerad för att man ska kunna ange gränser för olika grader av intention.

Suicidal intent scale (SIS)**BILAGA 5****Suicidal Intent Scale (SIS)**

Namn _____ Datum _____
Personnummer _____ Poäng (del I + II) _____
Validitet (sid 4) _____

SKALA FÖR SJÄLMORDSAVSIKT

SIS; Suicide Intent Scale. Max 30 poäng.

Beck, AT, Schuyler, D and Herman. J.: Development of suicidal intent scales. In Beck et al (eds): The Prediction of Suicide. Maryland: Charles Press 1974.

I. OBJEKTIVA OMSTÄNDIGHETER OMKRING SJÄLMORDSFÖRSÖKET

1. Isolering:
 - 0 Någon närvarande.
 - 1 Någon i närheten eller inom syn- eller hörhåll.
 - 2 Ingen i närheten eller inom syn- eller hörhåll.
2. Vald tidpunkt:
 - 0 Ingripande sannolikt.
 - 1 Ingripande osannolikt.
 - 2 Ingripande högst osannolikt.
3. Åtgärder för att förebygga upptäckt/ingripande:
 - 0 Inga åtgärder.
 - 1 Passiva åtgärder (t ex undvikit andra men inte gjort någonting för att hindra dem att ingripa; ensam i ett rum med olåst dörr).
 - 2 Aktiva åtgärder (t ex låst dörr).
4. Åtgärder för att skaffa hjälp under/efter försöket:
 - 0 Meddelat potentiella hjälpare om försöket.
 - 1 Kontaktade, men meddelade inte uttryckligen, potentiell hjälpare om försöket.
 - 2 Tog ingen kontakt med potentiell hjälpare.
5. Sista åtgärder inför förväntad död (t ex testamente, gåvor, försäkringar):
 - 0 Inga åtgärder.
 - 1 Tänkte på eller vidtog vissa åtgärder.
 - 2 Gjorde upp bestämda planer eller vidtog definitiva åtgärder.
6. Aktiv förberedelse för försöket:
 - 0 Ingen.
 - 1 Mycket liten till måttlig.
 - 2 Omfattande.

Vårdprogram

22 (25)

7. Skriftligt självmordsmeddelande:
- 0 Inget meddelande.
 - 1 Meddelande skrivet men sönderrivet, eller endast tänkt att skriva ett meddelande.
 - 2 Meddelande finns.
8. Avsikten öppet meddelad före försöket:
- 0 Ingen kommunikation.
 - 1 Oklar kommunikation.
 - 2 Otvetydlig kommunikation.

II. SJÄLVRAPPORT

9. Angivet syfte med försöket:
- 0 Att påverka omgivningen, få uppmärksamhet eller hämnas
 - 1 Blandning av 0 och 2.
 - 2 Undkomma, lösa problem.
10. Förväntan om dödlig utgång:
- 0 Trodde att dödlig utgång var osannolik.
 - 1 Trodde att dödlig utgång var möjlig men inte trolig.
 - 2 Trodde att dödlig utgång var trolig eller säker.
11. Uppfattning om metodens livsfarlighet:
- 0 Åsamka sig själv mindre skada än han/hon trodde skulle vara dödlig.
 - 1 Var osäker på om handlingen skulle leda till döden.
 - 2 Åsamka sig själv skada än han/hon bedömde tillräcklig för att vara dödlig.
12. Försökets allvar:
- 0 Ville inte på allvar ta sitt liv.
 - 1 Oviss om allvarlig avsikt att ta sitt liv.
 - 2 Försökte på allvar ta sitt liv.
13. Inställning till liv/död:
- 0 Ville inte dö.
 - 1 Blandning av 0 och 2.
 - 2 Ville dö.
14. Uppfattning om möjlighet till medicinska livräddande åtgärder:
- 0 Trodde att medicinskt ingripande kunde förhindra dödlig utgång.
 - 1 Oviss om medicinskt ingripande kunde förhindra dödlig utgång.
 - 2 Säker på dödlig utgång även om medicinskt ingripande genomfördes.



Vårdprogram

23 (25)

15. Grad av övervägande:
- 0 Inget. Impulshandling.
 - 1 Övervägt handlingen högst 3 timmar före försöket.
 - 2 Övervägt handlingen mer än 3 timmar före försöket.

III. ÖVRIGA ASPEKTER (inkluderas ej vid beräkningen)

16. Reaktion efter försöket:
- 0 Ångrar att han/hon gjorde försöket; känner sig dum eller skamsen.
 - 1 Accepterar både att han/hon gjorde försöket och att det misslyckades.
 - 2 Beklagar att försöket misslyckades.
17. Föreställningar om döden:
- 0 Liv efter döden.
 - 1 Evig sömn. Mörker. Slutet på allt.
 - 2 Inga föreställningar om, eller tankar på, döden.
18. Antal tidigare självmordsförsök:
- 0 Inga.
 - 1 1-2.
 - 2 3 eller fler.
19. Samband mellan alkohol och självmordsförsöket:
- 0 Drack en del alkohol före försöket. Alkoholintaget hade ej samband med försöket. Ej tillräcklig mängd för att påverka omdöme eller realitetstestning.
 - 1 Tillräckligt mycket alkohol för att omdöme och realitetstestning skulle påverkas.
 - 2 Alkoholintag med avsikt att underlätta genomförandet av försöket.
20. Samband mellan droger (narkotika, hallucinogener etc) och självmordsförsöket när drogen inte är den metod som används vid försöket:
- 0 Använde drogen före, men utan samband med försöket. Ej tillräcklig mängd för att omdöme eller realitetstestning skulle påverkas.
 - 1 Tillräckligt drogintag för att omdöme och realitetstestning skulle påverkas.
 - 2 Drogintag med avsikt att underlätta genomförandet av försöket.



SKATTNING AV PATIENTENS TILLFÖRLITLIGHET OCH SKALANS VALIDITET

Bedömning av patientens tillförlitlighet:

- 0 Osäker
- 1 Dålig
- 2 Ganska god
- 3 God

Variabler som påverkar patientens tillförlitlighet:

Konfusion, som en medicinsk konsekvens av självmordsförsöket.

- 0. Ingen
- 1. Någon
- 2. Måttlig
- 3. Allvarlig

Desorientering vid tiden för försöket på grund av alkohol- eller drogmissbruk.

- 0. Ingen
- 1. Någon
- 2. Måttlig
- 3. Allvarlig

Desorientering vid tiden för försöket på grund av emotionellt tillstånd.

- 0. Ingen
- 1. Någon
- 2. Måttlig
- 3. Allvarlig

Bristande sanningsenlighet eller motvillig att ge information.

- 0. Ingen
- 1. Någon
- 2. Måttlig
- 3. Allvarlig

Aktuell minnesstörning, amnesi, "blockering" beträffande självmordsförsöket.

- 0. Ingen
- 1. Någon
- 2. Måttlig
- 3. Allvarlig

Aktuell avskärmning, partiell mutism, oförmåga att redogöra.

- 0. Ingen
- 1. Någon
- 2. Måttlig
- 3. Allvarlig

"Objektiva" items som patienten inte besvarade tydligt (ange frågans nr):

Intervjuarens tilltro till sina slutsatser beträffande ovanstående "objektiva" items:

- 0. Osäkert
- 1. Liten
- 2. Måttlig
- 3. Stor

"Självrapport"-items som patienten inte besvarade tydligt (ange frågans nr):

Intervjuarens tilltro till sina slutsatser beträffande ovanstående "objektiva" items:

- 0. Osäkert
- 1. Liten
- 2. Måttlig
- 3. Stor

Intervjuarens globala bedömning av skalans validitet, som mått på patientens suicidalitet, med hänsyn till samtliga ovanstående faktorer (förs in på första sidan):

- 0. Låg
- 1. Måttlig
- 2. Hög

Psykiatri
Barn- och ungdomspsykiatriska klinikenÖREBRO LÄNS
LÄNDSTING
TJÄNSTESTÄLLE, HANDLÄGGARE
BUP, avd 5, A M-HDATUM
2012-02-01

BETECKNING

Bedömning av suicidrisk efter suicidförsök: SSI

För att värdera det aktuella suicidförsöket rekommenderas Becks "Suicidal intent scale", SIS (bilaga 5), som är tänkt att användas för att värdera allvaret i ett suicidförsök. Den är uppdelad i två underavdelningar: Objektiva omständigheter samt egen beskrivning. Sammanlagt ingår 15 punkter, vilket inte är fler än att detta instrument är användbart i den kliniska intervjun. Maxpoäng är 30. Högre värden vid skattning enligt SIS innebär allvarigare risk, även om man bör vara försiktig med att ange särskilt värde för **hög eller låg risk**.

BILAGA 6

CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE – C-GAS

BILAGA 6

CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE – C-GAS

För barn och ungdomar i åldrarna 4-20 år.

Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, & Aluwahlia S. *Psychopharmacology Bulletin* 1983, 1:747-8.
Anpassning av "the Global Assessment Scale for Adults" Spitzer RL, Gibbon M & Endicott i *Archives of General Psychiatry* 1983, 40:1228-1231.

Svensk översättning 2001-04-06 M Helgesson, fil lic leg psykolog och P Gustafsson, MD PhD Barn-och ungdomspsykiatriska kliniken, Linköping

Svensk nyöversättning och bearbetning 2005-08-14, i samarbete med Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Bird H Columbia University, New York.
Anna Lundh, MD, Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken, Stockholm. E-post Anna.Lundh@sil.se

Skatta personens mest nedsatta generella funktionsnivå under den specificerade tidsperioden genom att välja den lägsta nivå som beskriver hans/hennes fungerande på ett hypotetiskt kontinuum av hälsa/sjukdom. Använd även de intermediära nivåerna (t.ex. 35, 58, 62).

Skatta aktuell funktionsförmåga utan hänsyn till behandling eller prognos. De tillhandahållna exemplen på beteenden är enbart illustrativa och erfordras inte för en speciell skattning.

Specificerad tidsperiod: 1 månad

- | | |
|---|---|
| <p>100-91 Synnerligen god funktionsförmåga inom alla områden (hemma, i skolan och med kamrater), involverad i flera olika aktiviteter och har många intressen (t.ex. har hobbyer eller deltar i aktiviteter utanför skolan eller tillhör en organiserad grupp såsom scout, etc.). Sympatisk, gott självförtroende, vardagliga bekymmer blir aldrig ohanterliga. Klarar sig bra i skolan. Inga symtom.</p> | <p>50-41 Måttlig störning av funktionsförmågan inom de flesta sociala områden eller allvarlig störning av funktionsförmågan inom ett område, vilket kan orsakas av t.ex. suicidal upptagenhet eller suicidala grubblerier, skolvägran och andra former av ångest, tvångsmässiga ritualer, allvarliga konversionssymtom, täta ångestattacker, ofta förekommande aggressivt eller annat antisocialt beteende med visst bibehållande av meningsfulla sociala relationer.</p> |
| <p>90-81 God funktionsförmåga inom alla områden. Trygg i familjen, skolan och med kamrater. Det kan förekomma tillfälliga svårigheter och vardagsbekymmer som ibland blir ohanterliga (t.ex. oro i anslutning till ett viktigt prov, sporadiska vredesutbrott mot syskon, föräldrar eller kamrater).</p> | <p>40-31 Betydande nedsättning av funktionsförmågan inom flera områden och oförmögen att fungera inom ett av dessa områden, dvs. störd hemma, i skolan, med kamrater eller i samhället i stort (t.ex. ihållande aggression utan uppenbar anledning; påtagligt tillbakadraget och isolerat beteende beroende på antingen stämnings- eller tankestörning, suicidförsök med tydlig dödlig avsikt). Dessa barn behöver sannolikt särskild skolgång och/eller intensifierad öppenvård/inläggning på sjukhus.</p> |
| <p>80-71 Endast lindriga funktionssvårigheter hemma, i skolan eller bland kamrater. Viss beteendestörning eller vissa känslomässiga problem kan förekomma som reaktion på stressframkallande livshändelser (t.ex. föräldrars separation, dödsfall eller ett syskons födelse), men dessa är kortvariga och funktionssvårigheterna övergående. Dessa barn är ytterst lite störande för andra och anses inte avvikande av personer som känner dem.</p> | <p>30-21 Oförmögen att fungera inom nästan alla områden, t.ex. stannar hemma eller i säng hela dagen utan att delta i sociala aktiviteter eller allvarlig störning av realitetsprövning eller allvarlig kommunikationsstörning (t.ex. ibland osammanhängande eller inadekvat).</p> |
| <p>70-61 En del svårigheter inom ett enskilda område, men fungerar allmänt sett ganska väl (t.ex. sporadiska eller isolerade antisociala handlingar som tillfälligt skolk eller snatteri; genomgående smärre svårigheter med skolarbete, kortvariga växlingar i stämningsläge; rädslor och ångslan som inte leder till undvikande beteende; tvivel på sig själv). Har meningsfulla relationer. De flesta personer som inte känner barnet väl skulle betrakta honom/henne som normal, men de som känner honom/henne väl skulle kunna uttrycka oro.</p> | <p>20-11 Kräver ansenlig tillsyn och övervakning för att förhindras att skada andra eller sig själv, t.ex. ofta våldsam, upprepade suicidförsök eller för att sköta personlig hygien eller grav störning av all kommunikation, t.ex. allvarlig avvikelse i verbal kommunikation och kroppsspråk, markant socialt otillgänglig, stupor, etc.</p> |
| <p>60-51 Varierande funktionsförmåga med sporadiska svårigheter eller symtom inom flera, men inte alla, sociala områden. Störningen skulle vara uppenbar för dem som träffar barnet i ett dysfunktionellt sammanhang eller vid en dysfunktionell tidpunkt, men inte för dem som ser barnet i andra sammanhang.</p> | <p>10-1 Kräver ständig tillsyn och övervakning (24-tim vård) på grund av allvarligt aggressivt eller självdestruktivt beteende eller grav störning av realitetsprövning, kommunikation, kognition, affekt eller personlig hygien.</p> |



BILAGA 7

MADR-S

BILAGA 7

MADR-S (självskattningsskala)

Namn	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genom att besvara följande nio frågor kan du och din läkare få en detaljerad bild av hur du mår och om du har symptom, som är typiska för depression. Genom att lägga ihop den "poäng" du får på frågorna får du och din läkare en bild av graden av depression. Sätt en ring runt siffran som du tycker bäst stämmer med hur du mått de senaste tre dagarna. Använd gärna mellanliggande alternativ. Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt.

1. Sinnessämning

Här ber vi dig beskriva din sinnessämning, om du känner dig ledsen, tungsint eller dystert till mods. Tänk efter hur du har känt dig de senaste tre dagarna, om du har skiftat i humöret eller om det varit i stort sett detsamma hela tiden, och försök särskilt komma ihåg om du har känt dig lättare till sinnes om det har hänt något positivt.

- 0 Jag kan känna mig glad eller ledsen, alltefter omständigheterna.
- 1
- 2 Jag känner mig nedstämd för det mesta, men ibland kan det kännas lättare.
- 3
- 4 Jag känner mig genomgående nedstämd och dystert. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad.
- 5
- 6 Jag är så totalt nedstämd och olycklig att jag inte kan tänka mig värre.

2. Oroskänslor

Här ber vi dig markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest eller odefinierad rädsla under de senaste tre dagarna. Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit, och om de kommit och gått eller funnits nästan hela tiden.

- 0 Jag känner mig mestadels lugn.
- 1
- 2 Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro.
- 3
- 4 Jag har ofta en känsla av inre oro som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra.
- 5
- 6 Jag har fruktansvärda, långvariga eller outhärdliga ångestkänslor.

3. Sömn

Här ber vi dig beskriva hur bra du sover. Tänk efter hur länge du sovit och hur god sömnen varit under de senaste tre nätterna. Bedömningen skall avse hur du faktiskt sovit, oavsett om du tagit sömnmedel eller ej. Om du sover mer än vanligt, sätt din markering vid 0.

- 0 Jag sover lugnt och bra och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna.
- 1
- 2 Jag har vissa sömnsvårigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover yttigare eller oroligare än vanligt.
- 3
- 4 Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.
- 5
- 6 Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt.

4. Matlust

Här ber vi dig ta ställning till hur din aptit är, och tänka efter om den på något sätt skiljt sig från vad som är normalt för dig. Om du skulle ha bättre aptit än normalt, sätt din markering vid 0.

- 0 Min aptit är som den brukar vara.
- 1
- 2 Min aptit är sämre än vanligt.
- 3
- 4 Min aptit har nästan helt försvunnit. Maten smakar inte och jag måste tvinga mig att äta.
- 5
- 6 Jag vill inte ha någon mat. Om jag skulle få någonting i mig, måste jag övertalas att äta.



5. Koncentrationsförmåga

Här ber vi dig ta ställning till din förmåga att hålla tankarna samlade och koncentrera dig på olika aktiviteter. Tänk igenom hur du fungerar vid olika sysslor som kräver olika grad av koncentrationsförmåga, t ex läsning av komplicerad text, lätt tidningstext och TV-tittande.

- 0 Jag har inga koncentrationssvårigheter
- 1
- 2 Jag har tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade på sådant som normalt skulle fånga min uppmärksamhet (t ex läsning eller TV-tittande).
- 3
- 4 Jag har påtagligt svårt att koncentrera mig på sådant som normalt inte kräver någon ansträngning från min sida (t ex läsning eller samtal med andra människor).
- 5
- 6 Jag kan överhuvudtaget inte koncentrera mig på någonting.

6. Initiativförmåga

Här ber vi dig försöka värdera din handlingskraft. Frågan gäller om du har lätt eller svårt för dig att komma igång med sådant du tycker du bör göra, och i vilken utsträckning du måste övervinna ett inre motstånd när du skall ta itu med något.

- 0 Jag har inga svårigheter med att ta itu med nya uppgifter.
- 1
- 2 När skall jag ta itu med något, tar det emot på ett sätt som inte är normalt för mig.
- 3
- 4 Det krävs en stor ansträngning för mig att ens komma igång med enkla uppgifter som jag vanligtvis utför mer eller mindre rutinmässigt.
- 5
- 6 Jag kan inte förmå mig att ta itu med de enklaste vardagssysslorna.

7. Känslomässigt engagemang

Här ber vi dig ta ställning till hur du upplever ditt intresse för omvärlden och för andra människor, och för sådana aktiviteter som brukar bereda dig nöje och glädje.

- 0 Jag är intresserad av omvärlden och engagerar mig i den, och det bereder mig både nöje och glädje.
- 1
- 2 Jag känner mindre starkt för sådant som brukar engagera mig. Jag har svårare än vanligt att bli glad eller svårare att bli arg när det är befogat.
- 3
- 4 Jag kan inte känna något intresse för omvärlden, inte ens för vänner och bekanta.
- 5
- 6 Jag har slutat uppleva några känslor. Jag känner mig smärtsamt likgiltig även för mina närmaste.

8. Pessimism

Frågan gäller hur du ser på din egen framtid och hur du uppfattar ditt eget värde. Tänk efter i vilken utsträckning du ger självförelöser, om du plågas av skuld känslor, och om du oroar dig oftare än vanligt för t ex din ekonomi eller din hälsa.

- 0 Jag ser på framtiden med tillförsikt. Jag är på det hela taget ganska nöjd med mig själv.
- 1
- 2 Ibland klandrar jag mig själv och tycker jag är mindre värd än andra.
- 3
- 4 Jag grubblar ofta över mina misslyckanden och känner mig mindervärdig eller dålig, även om andra tycker annorlunda.
- 5
- 6 Jag ser allting i svart och kan inte se någon ljusning. Det känns som om jag var en alltigenom dålig människa, och som om jag aldrig skulle kunna få någon förlåtelse för det hemska jag gjort.

9. Livslust

Frågan gäller din livslust, och om du känt livsleda. Har du tankar på självmord, och i så fall, i vilken utsträckning upplever du detta som en verklig utväg?

- 0 Jag har normal aptit på livet.
- 1
- 2 Livet känns inte särskilt meningsfullt men jag önskar ändå inte att jag vore död.
- 3
- 4 Jag tycker ofta det vore bättre att vara död, och trots att jag egentligen inte önskar det, kan självmord ibland kännas som en möjlig väg.
- 5
- 6 Jag är egentligen övertygad om att min enda utväg är att dö, och jag tänker mycket på hur jag bäst skall gå tillväga för att ta mitt eget liv.

Lägg samman poängen från
båda sidor av formuläret och
ange summan i rutan

Wyeth AB

Nedanstående material är utskrivet från Doktorerna.com.

MADRS-S är självskattningsversionen av MADRS. Den kan med fördel användas för bedömning av depression eller depressiva symtom samt för att följa förloppet vid depression. MADRS-S innehåller 9 frågor. Frågorna kan ge mellan 0 och 6 poäng. Maxpoängen är således 54 poäng.

Tolkning av resultatet

0-12 poäng: Ingen eller mycket lätt depression

13-19 poäng: Lätt depression

20-34 poäng: Måttlig depression

≥ 35 poäng: Svår depression

MADRS-S är bara ett hjälpmedel i bedömningen av depression och måste värderas tillsammans med andra kliniska variabler. Det är också viktigt att titta på vilka frågor som ger höga poäng. Speciellt viktig är höga poäng på "livsleda och självmordstankar" och en bedömning av suicidalitet bör alltid göras. För ytterligare stöd i diagnostiken finns DSM-IV-kriterier för förstämningsepisoder.

Skriv ut den här sidan.

BILAGA 8

DATUM

BETECKNING

Rutiner efter fullbordat suicid i öppenvård

1. När någon får kännedom om ett fullbordat suicid utfört av en patient på öppenvårdsmottagningen bör denne förvissa sig om att enhetschef och samordnare har informerats. Enhetschefen är ytterst ansvarig och har till uppgift att informera patientansvarig och ev annan aktuell behandlare om händelsen. Enhetschef ansvarar även för att informera verksamhetschef.
2. Verksamhetschef ansvarar för att informera chefsöverläkare samt övriga enheter inom kliniken på chefsnivå.
Behandlare i Akutenheten och Nyanmälan ska informeras om händelsen för att ha beredskap för frågor och bedömningar som kan bli aktuellt i anslutning till det suicid som inträffat.
Verksamhetschef utser ytterligare en enhetschef från ledningsgruppen som är behjälplig i krishanteringsarbetet till enhetschef på den enhet där suicidet har inträffat. Samtliga enhetschefer inom kliniken ansvarar för att informera behandlare och personal på sin respektive enhet om det inträffade.
3. Sekreterare på enheten ansvarar för att avboka besök till de behandlare som direkt berörts av det inträffade suicidet. Personal som är direkt berörda av händelsen ska inte ta emot patientbesök de närmast arbetsdagarna, dialog med enhetschef samt sekreterare (som ansvarar för att avboka besök) sker i varje enskilt fall.
4. Enhetschef på mottagningen påbörjar krishanteringsarbetet. Till hjälp i detta arbete finns ytterligare en enhetschef, som har utsetts av verksamhetschef att prioritera denna uppgift. Genomgång av den inträffade händelsen ska planeras in med aktuell/a behandlare, helst samma dag. Syftet med genomgången är att gå igenom vad som har inträffat. En sann bild är en förutsättning för en framgångsrik krisbearbetning samt adekvat bemötande av anhöriga.
Regionhälsan kan kontaktas och vara delaktig i det fortsatta krishanteringsarbetet. Viktigt är att erbjuda stöd på olika sätt till berörd personal.
 - a) En/flera tider bokas med den aktuella arbetsgruppen.
 - b) Avlastande samtal bör vara 2-5 dagar efter händelsen. Alla berörd personal bör delta och det ska finnas god tid för mötet. Förbered gärna ytterligare en tid, ca en vecka senare för nytt avlastande samtal.
 - c) Förbered en lämplig plats där alla får rum och orkar sitta några timmar, om möjligt inte på arbetsplatsen.
5. Möjlighet finns att få krisstöd och samtalskontakt för den enskilde från Regionhälsan. Telefonnummer till receptionen Regionhälsan är 019-602 77 00. Enhetschef tar denna kontakt.



6. Närstående ska kontaktas snarast och erbjudas möjlighet till information om vårdens innehåll samt ges möjlighet att ställa frågor. Krisstöd kan ges omedelbart samt efter ett par veckor. Ibland måste erbjudandet upprepas och ibland behövs flera möten. De närstående ska erbjudas kontakt för krisstöd. De ska få information om möjligheten till kontakt med SPES, Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd, och sjukhuspräst.
SPES har telefonjour dagligen mellan kl 19-22 på tel 020-18 18 00.
Sjukhuspräst nås via USÖ:s växel.
7. Frågor från media hänvisas till verksamhetschef.
8. En avvikelse skrivs i Platina. Verksamhetschef anmäler enligt Lex Maria.
9. Enhetschef kallar till retrospektiv genomgång när den aktuella händelsen klingat av, dvs efter 4-6 veckor. All berörd personal bör delta. Syftet är dels att sammanfatta erfarenheter, så att de kan användas i det framtida suicidpreventiva arbetet på kliniken, dels att bearbeta och avsluta ärendet. Det fullbordade suicidet belyses ur olika synvinklar och ett försök ges till att förstå hela den suicidala processen. Hjälp i detta kan fås från Regionhälsan.

BILAGA 9

TJÄNSTESTÄLLE, HANDLÄGGARE

BUP-kliniken, avdelning 5/al

DATUM

2011-08-26 REV 2019-10-25

BETECKNING

Suicid/suicidförsök

Rutiner efter allvarligt suicidförsök alternativt fullbordat suicid på avdelning eller i samband med permission

1. Vid akuta larm trycker man på sitt personlarm. Akutvagn och defibrillatorn hämtas från avdelningens undersökningsrum samt att man ringer 222 22. Se rutin Akuta larm.
2. Den person som kommer först och larmar är den som leder arbetet och stannar hos patienten tills annat bestäms.
3. Under jourtid ska bakjouren komma till avdelningen. Ansvarig arbetsledare ansvarar för att berörd personal frikopplas och att extrapersonal sätts in. Ansvarig arbetsledare ser också till att enhetschefen informeras och enhetschefen ansvarar för att meddela verksamhetschefen.
4. Ansvarig arbetsledare/ enhetschef samlar samtliga personal på avdelningen för en genomgång. Extrapersonal tjänstgör då på avdelningen.
5. Ansvarig läkare ser till att närstående meddelas och avgör hur detta ska ske.
6. Enhetschef/ ansvarig arbetsledare avgör i samråd med ansvarig läkare på vilket sätt medpatienterna ska informeras och vilka som ska vara med.
7. Innan aktuell personal går hem för dagen ska de erbjudas möjlighet att tala med någon än en gång om händelsen. Om det finns behov kan ansvarig arbetsledare samla till ytterligare en genomgång samma dag. Patientens kontaktpersoner på avdelningen bör särskilt informeras innan dem börjar sitt arbetspass. Hon/han bör få extra stöd och man kan överväga att sätta in extra personal för att avlasta och ge möjlighet att gå åt sidan.
8. Efter fullbordat suicid ska polisen kontaktas.
9. Enhetschefen sammankallar och leder krisgruppen som består av enhetschef, verksamhetschef, ansvarig avdelnings överläkare och HR-konsult. Vilka som ska kontaktas och övriga åtgärder beslutas av krisgruppen.
10. Efter en händelse är det viktigt att prata om det som hänt. Nivån på och omfattningen av samtal bestäms utifrån den enskildes och/ eller gruppens behov. Vid behov i samråd med Regionhälsan.



11. Anhöriga ska kontaktas och erbjudas möjlighet till information om vårdens innehåll samt ges möjlighet att ställa frågor. Ansvaret vilar på ansvarig överläkare på avdelningen, men kontakten kan även tas av verksamhetschefen. Detta möte kan ske både omedelbart och efter ett par veckor, beroende på de anhörigas önskemål. Ibland måste erbjudandet upprepas och ibland krävs flera möten.
12. Anhöriga ska kunna erbjudas kontakt av stödjande karaktär, som ges av annan behandlare än den som behandlat patienten. Informera om möjligheten till kontakt med SPES samt sjukhusprästen.
13. Enhetschefen kallar till en retrospektiv genomgång när den aktuella händelsen klingat av, d v s efter 4-6 veckor. All personal bör delta – även från öppenvården. Syftet är att sammanfatta erfarenheter så att de kan användas i det framtida suicidpreventiva arbetet på kliniken, dels att bearbeta och avsluta ärendet.
14. En avvikelse skrivs i Platina enligt klinikens rutin. Verksamhetschefen anmäler enligt Lex Maria.

BILAGA 10

TJÄNSTESTÄLLE, HANDLÄGGARE

BUP-kliniken, avdelning 5/al

DATUM

2011-08-26 REV
2019-10-25

BETECKNING

Suicid/suicidförsök

Vårdgrader Avdelning 5 BUV

Vid inskrivning på avdelning 5 ska vårdgrad inklusive omvårdnadstillsyn samt natttillsyn ordineras.

De olika vårdgraderna är:

- SPÖ** Särskilt Personligt Övervak (Ständigt övervak, inklusive vid toalettbesök)
- PÖ** Personligt Övervak (tillsyn var 15:e minut eller annan definierad tid)
- 1A** Enbart vistelse på avdelningen
- 1** Får gå ut med personal och anhöriga
- 2** Får gå ut under begränsad definierad tid (timpermissioner)
- 3** Dagpermission
- 4** Nattpermission

NT varje tim Tillsyn varje timme under natten

NT2 Tillsyn 2 gånger under natten utöver nedan

NT0 Tillsyn c:a kl. 22 och 06

PÖ och SPÖ gäller även nattetid. Vårdgrad ska beslutas i samråd med patient och vårdnadshavare och de ska få information om innebörden.

Omvårdnadstillsyn innebär att personalen på avdelningen har övergripande kontroll av vad patienten gör, befinner sig, hur han/hon mår psykiskt och somatiskt dygnet runt.



BILAGA 11

TJÄNSTESTÄLLE, HANDLÄGGARE

DATUM

BETECKNING

BUP, avd 5, A M-H

2012-02-01, Rev 2019-10-24

Bakgrund/risk- och skyddsfaktorer

Bakgrundsfaktorer

- Psykisk sjukdom framför allt depression, ångest, missbruk, personlighetsstörning och psykos. Samsjuklighet ökar ytterligare suicidrisken.
- Tidigare suicidförsök.
- Somatisk sjukdom framför allt nydiagnostiserad allvarlig somatisk sjukdom, med smärtsamt förlopp, förlopp som leder till funktionsförlust och/eller innebär psykiska symtom (t ex cancersjukdomar, neurologiska sjukdomar bl a MS, Parkinson, epilepsi samt kronisk smärta).
- Vissa personlighetsdrag – impulsivitet, fientlighet, lättkränkthet, låg tolerans för psykisk smärta, omognad, emotionell instabilitet.
- Psykologiska riskfaktorer – hopplöshet, upplevelse av ensamhet, svårigheter att etablera nära relationer.
- Manligt kön.
- Ålder 15-24 år.
- Tidigare trauma.
- Avsaknad av stödjande nätverk, Destruktivt nätverk.
- Tillgång till vapen.
- Anhörig/närstående som tagit sitt liv.
- Religioner/ideologier där suicid förhärligas.

Risksituationer/utlösande situationer

- Förlust eller hot om förlust t ex relationsproblem, sorg, kränkning, separation, arbetsrelaterade situationer etc.
- Nyttillkommen förändring i kliniskt förlopp vid psykisk sjukdom ex nyttillkommen depression, nyttillkomna hallucinationer, förbättring i psykosjukdom, återfall i missbruk/beroende.
- Ändringar av vårdform, ex bevakningsgrad, utökad permission, in- eller utskrivning från psykiatrisk slutenvård.
- Sömnbrist.
- Akut hög ångestnivå.
- Svår smärta.

Skyddsfaktorer

- Välfungerande mogen personlighet, bra copingstrategier.
- Känsla av gemenskap i relationer, familj, kamratgrupp.
- Upplevelser av tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar ger en känsla av sammanhang.
- Livsåskådning/religion, kultur där suicid är tabubelagt eller skamfyllt.

BILAGA 12

Dokumentmallen Suicidbedömning finns under Dokumenttyp Besök och dokumenttyp Daganteckning i Klinisk Portal

Sökord	Instruktion innehåll/frågor, dokumentation
Kontaktsak	Ex återbesök till sjuksköterska/kurator/läkare etc
Aktuell situation	Kort information om vad som föranlett besöket och om patienten har någon annan aktuell information som inte ryms i bedömningen nedan.
Suicidbenägenhet	Nedstämd? Dödstankar? Dödsönskan? Suicidtankar? Suicidimpulser Suicidavsikter?
Självmondsmeddelande	Har patienten meddelat familj/vänner genom ex. avskedsbrev?
Tidigare suicidförsök	Antal, när och hur? Analys av metod, farlighet (sannolikhet att överleva), om patienten själv avbrutit, hur värderar patienten farligheten, vad orsakade eller utläste försöket?
Psykosocialt	Suicid i familj eller vänkrets, aktuellt och hereditärt Problem i ursprungsfamilj Problem i uppväxt? Relationsproblem? Nuvarande boendesituation? Isolering? Förluster (t.ex. separation, dödsfall, arbetslöshet etc)
Sjukdomsbild	Ange nivå av: Depression Ångest Sömnstörning Psykotisk föreställning Personlighetsproblematik

	<p>Ätstörning</p> <p>Våldsbenägenhet</p> <p>Missbruk</p> <p>Självskaðebeteende</p> <p>Kroppslig sjukdom/smärta</p> <p><i>Notera om skattningsskala har använts och vad den visade</i></p>
Närstående	Anamnes från närstående. Om anamnes ej tagits, ange orsak.
Skyddsfaktorer	Sociala? Relationer? Skola/Arbete? Personlighet?
Aktuell vård	Vilken vårdrelation finns och hur fungerar den?
Sammanfattande bedömning	<p>Risikfaktorer: a, b, c</p> <p>Skyddsfaktorer: x, y, z</p> <p>”risiken för suicid bedöms i dagsläget som hög/låg eller svårbedömd.</p>
Åtgärd	Konkreta åtgärder som utförs direkt. Det kan handla om jourbesök, krisplan, medicinjustering etc.
Planering	Planerade åtgärder i form av ny tid, kontakter med vårdgrannar, närståendekontakt etc.
Åtgärdskod	AU118



BILAGA 13

Processkarta

