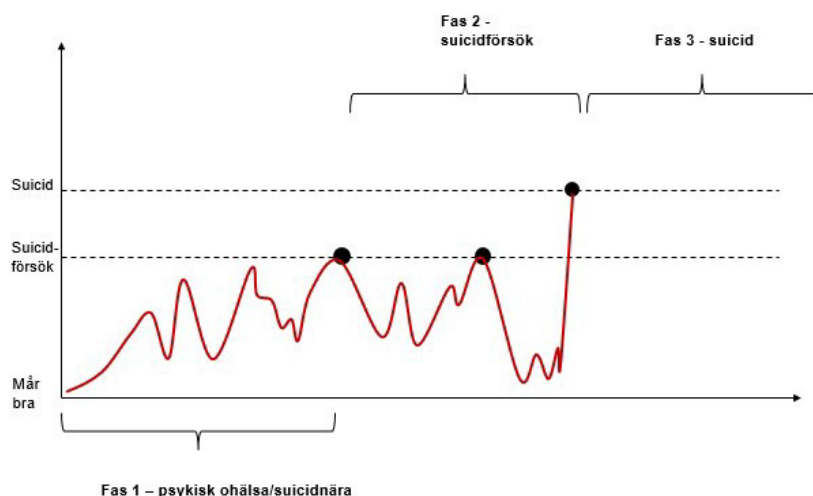


Vårdförlopp suicidprevention – primärvård

Sedan 2016 pågår ett regionalt arbete med målsättningen att halvera antalet suicid till år 2025. Pilotprojektet vårdförlopp suicidprevention är en del i detta. Arbetet ska leda till en mer sammanhållen vårdkedja med säkrare vårdövergångar men också bättre möjligheter att upptäcka och arbeta förebyggande med suicidnära patienter.



Utvecklingen från den första allvarliga suicidtanken till eventuella suicidmeddelanden, suicidförsök och suicid kan förklaras i modellen "Den suicidala processen"¹ ovan. Processen pågår oftast över en lång tid och är beroende av flera samverkande faktorer som familj, nätverk, skola, psykiska svårigheter, missbruk, sociala och kulturella missförhållanden. Enstaka händelser är ofta en utlösande faktor. Långa perioder kan suicidtankarna vara borta för att återkomma i en krissituation. En suicidhandling kan vara överlagd och planerad men också oplanerad och impulsiv. Vårdförloppet beskriver rutiner för respektive fas.

1

Beskow, 1979

Flödesschema för vårdförlopp

Flödesscheman för vårdförloppen i fas 1, 2 och 3 finns på [Vårdgivarwebben](#).

Beskrivning av vårdförloppet i fas 1

Rutiner för dig som möter suicidnära patienter inom primärvård/första linjen.

Vid misstanke om suicidrisk ska bedömning göras samma dag

Om du i kontakten med en patient eller en närstående får misstanke om suicidrisk ska patienten prioriteras för bedömning samma dag. Bedömningen ligger till grund för vidare hantering av patienten.

Gör bedömning genom personligt möte

Bedömningen görs genom ett personligt möte med tonvikt på respekt, engagemang och kunskap. Ett samtalsstöd för att göra suicidriskbedömningen är [suicidstegen](#). Vid sidan av detta kan övriga [skattningsinstrument](#) användas, exempelvis:

- MADRS/S
- Kartläggning av risk-och skyddsfaktorer

Närstående är viktiga och får inte glömmas bort. Berätta för patienten att du gärna vill ha en kontakt med närstående ("Vem kan jag ringa?") och varför. Dessa har många gånger ovärderlig information och är ibland också i behov av stöd. Det är viktigt att en god relation skapas till både patient och närstående. En och samma person ska i så hög utsträckning som möjligt träffa patienten.

Var observant vid flera psykiatriska diagnoser samtidigt eller vid svår somatisk sjukdom

Vid två eller flera psykiatriska diagnoser samtidigt, som exempelvis depression, personlighetsstörning och riskbruk, ökar suicidrisken kraftigt. Suicidrisken ökar också vid besked om vissa svåra somatiska sjukdomar¹. Vid dessa tillfällen är en bedömning av suicidrisk bra att tänka på.

Kartlägg problem och inge hopp

Det är viktigt att tillsammans med patienten kartlägga den problematik som ligger till grund för att hen inte längre vill leva. Tankar på suicid beror ofta på att man brottas med ett mer eller mindre konkret problem och inte hittar någon annan lösning. Inge hopp!

Låg, svårbedömd eller hög risk för suicid styr val av remissmall

Tre nivåer används för att definiera suicidrisk hos patienter: hög risk, svårbedömd/impulsiv risk och låg risk. Bedömningen ligger sedan till grund för på vilken vårdnivå patienten ska behandlas på samt vilken remissmall som ska användas. [Beskrivning av vårdnivåerna och remissmallarna.](#)

Direktkontakt med specialistpsykiatri

När en akut suicidnära patient (hög eller svårbedömd/impulsiv risknivå) remitteras ska en direktkontakt alltid tas med specialistpsykiatri innan akut remiss skickas ("VF Suicidprevention – AKUT Fas 1 (Suicidnära)"). Kontaktuppgifter till psykiatri hittar du på Navet under Vårdförlopp Suicidprevention.

Involvera och samverka med närstående

Involvera närstående så mycket som möjligt för en mer komplett helhetsbedömning. Fråga exempelvis om aktuellt mående, personlighetsförändringar och om patienten har uttryckt suicidtankar. Samverkan med samt kontinuerlig information till närstående är viktigt i det fortsatta suicidpreventiva arbetet.

Använd tredelat samtal med barn och unga

Använd ett tredelat samtal om patienten är under 18 år. En del görs enskilt med patienten, en del med vårdnadshavaren eller motsvarande och en del tillsammans med patient och vårdnadshavare där man gemensamt sammanfattar vad man har kommit fram till. Om patienten är ett barn, bedöm vilka resurser som finns runt barnet och om det förekommer missbruk eller våld i hemmet.

Var observant på de som löper högre risk för suicid

När du möter patienter, var särskilt observant på de som löper högre risk för suicid, exempelvis:

- Personer som tidigare har gjort suicidförsök
- Patienter med psykisk sjukdom
- Äldre över 65 år
- Personer med svår somatisk sjukdom (var observant vid nya sjukdomsbesked)
- HBTQI-personer
- Asylsökande med avslagsbeslut
- Patienter där hedersrelaterad utsatthet kan förekomma

- Patienter med missbruk
- Personer som har en närstående som har suiciderat
- Manligt kön

Om det finns misstankar om att barn far illa, kontakta socialtjänsten

När du möter en suicidnära patient, var alltid observant på om det finns barn i närmiljön som påverkas. Om du får misstankar om att ett barn kan fara illa så har du alltid en skyldighet att göra en anmälan till socialtjänsten.

Vid behov, ta initiativ till samordnad individuell plan

Var observant på om det finns behov av samordnande insatser mellan exempelvis primärvård, socialtjänst, försäkringskassa, arbetsgivare, skola eller andra myndigheter. Ta i så fall initiativ till samverkan genom samordnad individuell plan, [SIP](#).

Checklista innan mötet avslutas

Samtala med patienten om följande punkter innan mötet avslutas:

- Se till att du har aktuella kontaktuppgifter till patienten
- Se till att du har aktuella kontaktuppgifter till anhörig/närstående/vårdnadshavare
- Ta kontakt med ovanstående. Se till att de har vårdens kontaktuppgifter
- Fråga efter läkemedel och ev. vapeninnehav i hemmet
- Var restriktiv vid förskrivning av läkemedel. Förskriv gärna små förpackningar
- Vid itererade recept, ange expeditionsintervall
- När antidepressiv behandling påbörjas, var uppmärksam på ökad suicidrisk de första veckorna.
- Om det finns barn i hemmet, bedöm om en orosanmälan behöver göras
- Bestäm hur en uppföljning görs och av vem
- Om patienten inte kommer på bokad tid ska ansvarig behandlare aktivt kontakta patient eller närstående

Gör överrapportering vid återremittering från psykiatri till primärvård

När suicidrisken bedöms vara låg kan återremittering ske till primärvård, dvs. om patienten är hjälpsökande, har stödjande nätverk och skyddsfaktorer. I samband med detta ska en överrapportering göras mellan psykiatri och primärvården för att tydligt motivera förändrad vårdnivå. En SIP kan med fördel initieras i samband med remittering mellan vårdnivåer, exempelvis från psykiatri till primärvård. Remissmall VF Suicidprevention ("enkla" remissen) ska alltid användas.

Kontrollera de VFSP-remisser som kommer in

Se till att varje dag kontrollera de rödfärgade VFSP-remisser som kommer in (gäller även den ”enkla” remissmallen). Ring upp patienten samma dag eller nästföljande vardag och bekräfta att remissen har tagits emot. Stäm av aktuellt mående och boka in patienten till en snabb tid för suicidriskbedömning på plats.

Uppföljning i primärvård ska göras genom fast vårdkontakt

En patient som har genomgått en suicidriskbedömning och där suicidrisken bedöms vara låg ska följas upp i primärvård om patienten inte har en etablerad kontakt inom den psykiatriska öppenvården. I samband med det ska denne få en fast vårdkontakt.

Förändrad vårdnivå

I kontakten med patienter som tidigare har varit suicidnära, eller tidigare gjort ett suicidförsök, var observant på återfall. Kontinuerliga suicidriskbedömningar är nödvändiga då suicidrisken ofta varierar över tid. Så fort suicidrisken övergår till en högre nivå ska patienten remitteras till specialistpsykiatri. Detta görs enligt remissmallen VF Suicidprevention - AKUT Fas 1 (Suicidnära).

Beskrivning av vårdförloppet i fas 2

Rutinerna rör de patienter som har gjort ett konstaterat eller misstänkt suicidförsök och där suicidrisken trots allt bedöms vara låg (intentionen var inte att ta sitt liv). Uppföljning kan då göras inom primärvård eller på beroendeenhet. För barn och unga mellan 6–17 år görs uppföljningen hos Barn- och Ungdomshälsan.

Återremittering via remiss och överrapportering

Om suicidrisken bedöms vara låg, kan patienten återremitteras från psykiatri till primärvård genom remissmallen ”VF Suicidprevention”. En överrapportering mellan psykiatri och primärvård ska göras för att motivera förändrad vårdnivå. Patienten ska kontaktas av mottagande enhet första vardagen efter remiss inkommit.

Ge patienten en fast vårdkontakt

En patient som har genomgått en psykiatrisk bedömning och där suicidrisken bedöms vara låg kan följas upp i primärvård. I samband med det ska hen få en fast vårdkontakt. Om patienten sedan tidigare har en etablerad kontakt inom den psykiatriska öppenvården kan uppföljningen istället göras där.

Patienter under 18 år remitteras till Barn- och ungdomshälsan

Barn och unga under 18 år, där suicidrisken bedöms vara låg och skyddsfaktorer finns, ska remitteras till Barn- och ungdomshälsan. Möjlighet till fortsatt samtalsbehandling ska finnas så länge behovet kvarstår. I annat fall ansvarar Barn- och ungdomspsykiatri, BUP, för uppföljningen.

Gör kontinuerlig bedömning av suicidrisk

Var observant på eventuellt återfall i kontakten med patienter som tidigare har varit suicidnära. Gör kontinuerliga bedömningar av suicidrisk. Så fort suicidrisken övergår till en högre nivå, remittera patienten till specialistpsykiatri enligt remissmallen VF Suicidprevention - AKUT Fas 1 (Suicidnära).

Kontrollera de VF-remisser som kommer in

Se till att varje dag kontrollera de rödfärgade VFSP-remisser som kommer in (gäller även den ”enkla” remissmallen). Ring upp patienten samma dag eller nästföljande vardag och bekräfta att remissen har tagits emot. Stäm av aktuellt mående och boka in patienten till en snabb tid för suicidriskbedömning på plats.

Beskrivning av vårdförloppet i fas 3

Rutiner vid fullbordat suicid.

I det akuta skedet

När dödsfall har konstaterats

Om läkare som konstaterat dödsfall själv träffar de närmast anhöriga/efterlevande ska hen:

- Informera om länets [rutin för efterlevandestöd](#)
- Efterfråga var den efterlevande är listad
- Inhämta samtycke till att bli kontaktad av regionen i syfte att erhålla efterlevandestöd
- Återkoppla till basenhetschef på aktuell hälsocentral/privat läkarmottagning att stöd ska påbörjas:
 - Dagtid: Ring hälsocentralen via TeleQ (knappval 9)
 - Jourtid: Skriv ett Messenger till hälsocentralens fiktiva brevlåda i Cosmic
 - Överrapportera efterlevande vuxens: Namn, personnummer, aktuella kontaktuppgifter samt annan information som kan vara av vikt för den som ska kontakta den efterlevande fortledes
- Överlämna broschyren [”Till dig som har mist en närstående”](#)

Efter fullbordat suicid

Efterlevandestöd via primärvård

- Basenhetschefen på den aktuella hälsocentralen utser lämplig medarbetare som får i uppdrag att agera efterlevandelots och följa upp den efterlevande under minst ett år
- Lotsen tar omgående telefonkontakt med den efterlevande (nästföljande vardag)
- Lotsen bokar in ett första (gärna fysiskt) möte efter ca en vecka.
- Fortsatt uppföljande telefonkontakter vid 1, 3, 6 och 12 månader (tätare vid behov)
- Efter ett år, eller vid den sista kontakten, ska insatsen utvärderas och [enkät](#) fyllas i av den efterlevande.

Om stöd avböjs vid första telefonkontakt:

- Lämna kontaktuppgifter och informera att du kommer att ta kontakt igen om en månad (boka i Cosmic)
- Om stöd fortfarande avböjs efter en månad, görs inga fler kontaktförsök men efterlevandelotsen lämnar sina kontaktuppgifter och uppmuntrar den efterlevande att själv ta kontakt med hälsocentralen om behov av stöd skulle uppstå senare.

Kontakta senaste vårdgivare

Aktuell chefläkare ska kontakta senaste vårdgivare för att påbörja en internutredning på basenhetsnivå. Utredningen görs enligt de rutiner som finns i samband med Lex Maria anmälan.

Om flera vårdgivare är involverade – samarbeta i utredningen

Om flera vårdgivare involverade ska den aktuella chefläkaren se till att utredningen görs i samarbete mellan dessa. Om ärendet är komplext bör metoden [Händelseanalys](#) användas.

Kontakta efterlevande

Kontakta och hämta alltid in eventuella synpunkter från närstående i internutredningen. Se rutin för [Lex Maria](#) eller förtryckt ”Internutredning enligt Lex Maria – Mall” på Navet.

Chefläkare tar ställning till eventuell Lex Maria

När utredningen är klar skickas den till chefläkare inom den förvaltning man arbetar. Chefläkaren tar sedan ställning till om en anmälan enligt Lex Maria ska göras eller inte.

Chefläkargruppen bestämmer om vidare handläggning

Chefläkargruppen fattar beslut om eventuell vidare handläggning av internutredningen. Om man beslutar att inte Lex Maria anmäla ska dokumentationen ändå arkiveras. Detta görs genom att man noterar händelsen som en avvikelse i regionens avvikelssystem och där arkiverar utredningen.

Samverkan

Vid oklara dödsfall i hemmet har polisen utredningsansvaret. Därför kan det ibland finnas ett behov av samverkan med dessa.

Ändringshistorik

Datum	Ändring	Utförd av
24-08-29	Ändringar har gjorts på sid. 7 utifrån länets rutin för efterlevandestöd vid suicid	Cecilia Gamme
24-08-29	Uppdatering av brutna länkar samt inaktuell text	Lillemor Elfström Broling, Cecilia Gamme, Matilda Holmström

