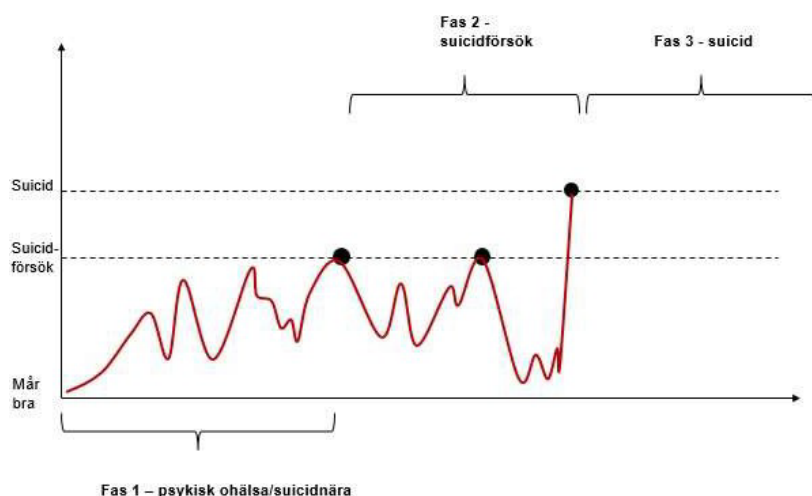


Vårdförlopp suicidprevention – psykiatri

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 psykiatri .

Bedömning görs 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 kan bidra med viktig information som kan vara avgörande i bedömningen. Berätta för patienten att du gärna vill ha en kontakt med närstående och varför ("Vem kan jag ringa?"). Dessa har många gånger ovärderlig information och är ibland också i behov av stöd.

En och samma person ska i så hög utsträckning som möjligt träffa patienten. I den *akuta* omvårdnaden bör fokus ligga på att stödja och skydda patienten. Den *långsiktiga* vården riktas in på eventuell psykiatrisk grundsjukdom och viktiga psykosociala faktorer.

Rutiner vid psykiatrisk akutmottagning

Remiss från annan vårdgivare till akutmottagningen ska göras enligt en VFSP remissmall vid hög/svårbedömd suicidrisk. En direktkontakt ska tas via telefon mellan remittent och företrädesvis bakjour i psykiatri. Detta för att viktig information inte ska tappas bort.

Suicidriskbedömning vid inläggning

Om patienten blir inlagd av primärjouren ska bedömning göras inom 24 timmar. Bedömningen görs av en specialist i psykiatri eller ST-läkare med minst 2 år inom psykiatrisk specialitet.

Suicidriskbedömning innan hemgång

Vid remiss från annan vårdgivare vid hög/svårbedömd suicidrisk och där patienten inte blir inlagd ska en suicidriskbedömning ha gjorts innan hemgång. Bedömningen görs av specialist i psykiatri

eller ST-läkare med minst 2 år inom psykiatrisk specialitet. Informera och samverka med närstående inför patientens hemgång. Följ upp patienten med ett telefonsamtal inom 24 timmar efter hemgång för att stämma av aktuellt mående samt eventuellt behov av snabbare tid än inom 7 dagar.

Involvera och samverka med närstående

Involvera närstående så mycket som möjligt och inhämta information inför suicidriskbedömningen. Fråga exempelvis om aktuellt mående, personlighetsförändringar och om patienten har uttryckt suicidtankar.

Rutiner vid psykiatrisk öppenvårdsmottagning

Uppföljning inom sju dagar

Suicidnära patienter bör ha en snabb uppföljning inom psykiatrisk öppenvård. En kontakt ska erbjudas inom sju dagar. Beträffande vårdens innehåll, se Psykiatriförvaltningens riktlinje för suicidprevention.

Vid hög eller svårbedömd risk ska vidare insatser diskuteras med läkare

Om en patient i pågående öppenvård bedöms ha hög eller svårbedömd risk för suicid, ska vård och behov av insatser i första hand diskuteras med ansvarig läkare inom öppenvårdsmottagningen. I andra hand tas en direktkontakt med klinikens jourlinje.

Involvera och samverka med närstående

Närstående kan bidra med viktig information som kan vara avgörande i bedömningen. 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.

Gör en uppföljning inom 24 timmar

Samtliga patienter som inkommit med akut VFSP-remiss ska följas upp via telefon inom 24 timmar efter utskrivning/beslut om hemgång (oberoende av inläggning). Gör då en bedömning av aktuellt mående och behov av eventuella ytterligare insatser. Om det finns ett behov av en tidigare uppföljning än inom 7 dagar ska detta erbjudas.

Boka telefonuppföljning i journalmallarna "Omv epikris (psykiatri)" under "Åtgärd – Uppföljning". Ange där "*Telefonuppföljning 24 timmar bokad*". Dokumentera telefonuppföljningen i journalmallen "Telefonkontakt (psykiatri)". Under sökordet "kontaktersak" väljs "*telefonuppföljning 24 timmar*".

Rutiner inom heldygnsvård

För information om vårdens innehåll, se Psykiatriförvaltningens [riktlinje för suicidprevention](#).

Säkerhetsplan innan utskrivning

Under vårdtiden och innan patienten skrivs ut från heldygnsvården bör en säkerhetsplan tas fram tillsammans med patient och närstående.

Gör en uppföljning inom 24 timmar

Samtliga patienter som inkommit med akut VFSP-remiss ska följas upp via telefon inom 24 timmar efter utskrivning/beslut om hemgång (oberoende av inläggning). Gör då en bedömning av aktuellt mående och behov av eventuella ytterligare insatser. Om det finns ett behov av en tidigare uppföljning än inom 7 dagar ska detta erbjudas.

Boka telefonuppföljning i journalmallarna "Omv epikris (psykiatri)" under "Åtgärd – Uppföljning". Ange där "*Telefonuppföljning 24 timmar bokad*". Dokumentera telefonuppföljningen i journalmallen "Telefonkontakt (psykiatri)". Under sökordet "kontaktersak" väljs "*telefonuppföljning 24 timmar*".

Uppföljning inom sju dagar

Suicidnära patienter bör ha en snabb uppföljning inom psykiatrisk öppenvård. Läkare bedömer om patienten ska erbjudas en kontakt inom sju dagar. Beträffande vårdens innehåll, se Psykiatriförvaltningens riktlinje för suicidprevention. Vid behov, ta initiativ till samordnad individuell plan.

Checklista för heldygnsvård inför utskrivning

Samtala med patienten kring följande punkter inför utskrivning:

- Se till att du har aktuella kontaktuppgifter till patienten
- Se till att du har aktuella kontaktuppgifter till anhörig/närstående/vårnadsbarn
- Ta kontakt med ovanstående. Se till att de har kontaktuppgifter till vården
- Var restriktiv vid förskrivning av läkemedel. Förskriv gärna små förpackningar
- Vid itererade recept, ange expeditivintervall
- 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 patienten eller närstående

Uppföljningsansvar

Patienter som inkommit med akut VFSP-remiss (hög eller svårbedömd/impulsiv risk) ska följas upp inom psykiatrin under ett år.

Vid låg suicidrisk efter ett år – återremittera till primärvård

Om du bedömer att patienten kan följas upp i primärvård, återremittera dit med remissmall "SVF Suicidprevention". Använd remissmallen "VF Suicidprevention". Patienten ska erbjudas en fast vårdkontakt i primärvården för kontinuitet i uppföljningen av måendet

Beskrivning av vårdförloppet i fas 2

Rutinerna rör patienter som kommer till specialistpsykiatri efter suicidförsök, eller där det finns misstanke om suicidförsök. Beträffande vårdens innehåll, se Psykiatricentralens riktlinje för suicidprevention.

Psykiatrisk bedömning

Bedömning ska göras så snart det går

Patienter som får somatisk akutvård efter ett suicidförsök ska få en psykiatrisk bedömning så tidigt som möjligt dock senast innan han/hon lämnar sjukhuset. Patienter som efter suicidförsök avviker innan bedömning gjorts ska omgående kontaktas och erbjudas tid snarast för psykiatrisk bedömning. Den enhet varifrån patienten avviker ansvarar för att kontakt tas och planering görs med psykiatri. Om patienten inte går att nå ska psykiatri, företrädesvis jourlinjen kontaktas, för att komma överens om fortsatt handläggning i form av eventuell polishandräckning, vårdintygsbedömning samt vilken enhet som ska stå för detta.

Vårdpersonal/ledsagare ska alltid följa med vid bedömning eller överlämning

Lämna inte patienten ensam. Om hen fortfarande behöver somatisk eller psykiatrisk vård och bedömning ska göras på psykiatri, ansvarar vårdpersonal för att transporten sker på ett säkert sätt. Patienten får under inga omständigheter lämnas ensam innan personal har tagit emot på specialistpsykiatri/BUP.

Psykiatrisk bedömning görs enligt interna rutiner

Psykiatrisk bedömning görs enligt [specialistpsykiatriens eller BUP:s interna rutin](#).

Patienter som vårdas på somatisk vårdavdelning efter ett suicidförsök, ska träffa och bedömas av specialist i psykiatri (eller ST med minst 2 år inom psykiatrisk specialitet) innan hemgång.

Personligt möte och samlad journalinformation

Bedömningen grundas på personligt möte. Utöver patientens berättelse ska närståendes uppgifter, blåljusmall och samlad journalinformation vara stöd i bedömningen. Blåljusmallen följer patienten hela vägen till bedömande läkare i specialistpsykiatri där den sedan strimlas av sekreterare enligt intern rutin. Vårdpersonal dokumenterar relevanta uppgifter som framkommer i blåljusmallen.

Överväg inläggande vård om det saknas kontakt med närstående eller annan viktig information som grund för bedömning. Vid intoxikation av känt läkemedel, informera förskrivande läkare via remiss.

Involvera och samverka med närstående

Informera patienten om vikten av kontakt mellan vårdgivare och de närstående. Närstående ska engageras i vården och i vårdplanens utformande om inte starka skäl talar emot detta.

Utskrivning och uppföljning av patient

Säkerhetsplan innan utskrivning

Under vårdtiden och innan patienten skrivs ut från heldygnsvård bör en säkerhetsplan tas fram tillsammans med patienten. Involvera om möjligt närstående.

Telefonuppföljning inom 24 timmar

Patienter som vårdats efter suicidförsök/som bedömts suicidnära ska följas upp via telefon inom 24 timmar efter utskrivning. Stäm av aktuellt mående och undersök eventuellt behov av tidigare uppföljning.

Uppföljningen bokas i journalmall "Omvårdnadsepikris psykiatri" under Åtgärd --> Uppföljning. Ange "Telefonuppföljning 24 timmar bokad". Uppföljningen dokumenteras i journalmall "Telefonkontakt psykiatri". Under sökordet "Kontaktersak" väljs "*Telefonuppföljning 24 timmar*".

Följ upp patienten inom sju dagar

Suicidnära patienter bör erbjudas en snabb uppföljning inom psykiatrisk öppenvård. Läkare bedömer om patienten ska erbjudas en kontakt inom sju dagar. Beträffande vårdens innehåll, se Psykiatriförvaltningens riktlinje för suicidprevention.

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 när en patient lämnar sjukhuset

Samtala med patienten kring följande inför utskrivning:

- 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
- Var restriktiv vid förskrivning av läkemedel. Förskriv gärna små förpackningar
- Vid itererade recept, ange expeditiionsintervall
- 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

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”](#)

Aktuell läkare ska alltid kontrollera patientens journal för att se om hen har haft någon vårdkontakt och i så fall när den senaste kontakten ägde rum. Informera den aktuella chefläkaren via telefon eller Cosmic Messenger.

Efter fullbordat suicid

Efterlevandestöd via primärvård

Basenhetschef på den hälsocentral där de närmast anhöriga/efterlevande är listade utser en lämplig medarbetare som får i uppdrag att agera efterlevandelots och under minst ett års tid ha regelbundna stödjande telefonkontakter med den efterlevande enligt länets [rutin för efterlevandestöd](#).

Utredning enligt rutiner för Lex Maria

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

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. 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 också finnas ett behov av samverkan med dessa.

