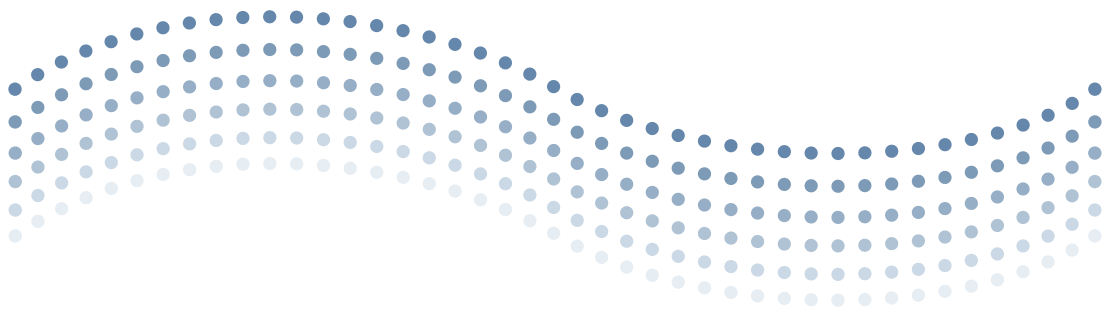



AUGUSTI 2012

Vårdprogram
Suicid

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen



LANDSTINGET BLEKINGE



Upplaga : 1a upplagan / 08-2012
Författare : Jan Beskow m fl
Grafisk form : Text & Bild / www.text-o-bild.com

Förord

Detta vårdprogram är en revision av tidigare vårdprogram från 2001. Vår ambition har varit att utforma ett vårdprogram som i sina delar är lätta att få praktiskt stöd i.

Vårdprogrammet är inte tänkt som en lärobok utan tar mer fasta på praktiskt handhavande ur olika aspekter.

Vi har utgått från Blekinges tidigare vårdprogram och också inspirerats av Stockholms och Hallands program. BUP-avsnittets inspirationskällor är Anna Santessons sammanställning om suicidprevention, vårdprogram från Växjö, Jönköpings program för suicidprevention samt Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer.

Gruppen som har arbetat tillsammans har gått en utbildning i suicidprevention under ledning av Jan Beskow.

Gunvor Andersson läns gemensam psykiatri

Olof Elmgren BUP öst

Birte Hellberg Karlshamn

Reka Kalmandi Sölvesborg/Olofström

Patrik Lindberg Karlskrona öst

Ingrid Nytzén Ronneby

Nina Schain BUP väst

Karin Stern Karlskrona väst

Gruppens uppgift har varit att:

- *utforma vårdprogrammet, implementera det samt att föreslå lämplig utvärdering*
- *samverka med anhörigorganisationer*
- *bilda nätverk i psykiatrin i suicidfrågor.*

Innehåll

1. Inledning	7
1.1 Målformulering	7
2. BUP	8
2.1 Suicidriskfaktorer	8
2.2 Skyddande/hälsofrämjande faktorer	8
2.3 Suicidriskbedömning	9
2.4 Handläggning	9
2.5 Åtgärder efter fullbordat suicid	10
3. VUP	10
3.1 Suicidriskbedömning, intervention, dokumentation	10
Suicidriskfaktorer	10
Anamnes	11
Närståendes delaktighet	12
Skattningsskalor	12
Klinisk bedömning	12
3.1.1 Suicidnära eller närstående person i telefon	12
3.1.2 Suicidnära patienter i öppenvård	13
3.1.3 Suicidnära patienter i slutenvård	13
3.1.4 Konsultation efter suicidförsök	14
3.2 Åtgärder efter fullbordat suicid	15
3.2.1 Öppenvård	15
3.2.2 Slutenvård	16
3.2.3 Person som inte är känd i psykiatri	17
4 Anmälningsskyldighet	17
4.1 Suicidförsök	17
4.2 Suicid	18
4.3 Barn och ungdomar	18
4.4 Vapen	18
5 Kvalitetsindikatorer	18



6 Bilagor

1	Suicidstegen enligt Beskow	21
2	Skattningsskalor	
2.1	SIS, Suicidal Intention Scale enligt Beck	23
2.2	MADRS	27
2.3	MADRS-S	31
2.4	Tolkning av MADRS-S	33
3	Checklista suicidriskbedömning enligt Bup Växjö	35
4	Extravak – grad I och grad II	37
5	Information om SPES, nationella hjälplinjen och jourhavande präst	39
6	Lista över lämpliga diagnos- och KVÅ-koder	41

1. Inledning

Suicidalitet är ett allvarligt tillstånd som är överrepresenterat vid psykisk ohälsa. Inom suicidforskning tänker man idag att suicidalitet utlöses när våra emotioner och kognitioner översvämmas av så svår smärta att vår problemlösningsförmåga sätts ur spel. Detta kan ses som en psykisk olycksfallsprocess.

Suicidalitet drabbar inte enbart människor med psykiatriska diagnoser utan kan drabba i övrigt friska individer om den psykiska smärtgränsen överskrids och det inte finns hjälp att tillgå.

Vårt ansvar är att hjälpa patienter som har en psykiatrisk diagnos. Vi har också ansvar för att bedöma, och om möjligt hjälpa, människor som gjort ett suicidförsök utan att i egentlig mening ha en psykiatrisk diagnos utöver krisreaktion.

Dessutom ska vi erbjuda stöd till dem som mist en anhörig i suicid.

På flera ställen i landet har man involverat räddningstjänsten i arbetet med suicidprevention och detta gäller nu även i Blekinge.

Ett suicidpreventivt uppdrag i mer allmänt samhällsligt perspektiv kan inte enbart vila på psykiatrin eftersom vi inte har makt att undanröja en stor del av föreliggande riskfaktorer.

Suicidfrekvensen i Sverige har under senare år sjunkit och var 2007 drygt 1400 i Sverige. Skälen till minskningen är omdiskuterade, men man förmodar att den utökade antidepressiva behandlingen som kommit med SSRI-preparaten har bidragit positivt.

Inom två grupper är utvecklingen mindre positiv och det är i grupperna barn och ungdomar och äldre.

Anhörigorganisationen SPES poängterar vikten av att under hela förloppet involvera närstående, vilket vi självklart håller med om.

OBSERVERA För att möjliggöra uppföljning krävs användning av rätt diagnos- och KVÅ-koder (se bilaga 6)!

1.1 Målformulering

MÅLET ÄR ATT MINIMERA ANTALET SUICID och suicidförsök i Blekinge och att ge optimalt stöd till närstående och till personal vid fullbordat suicid.

För att nå målet behöver vi:

- Våga fråga våra patienter om suicidtankar.
- Bedöma patienten som gjort ett suicidförsök inom ett dygn.
- Följa patienten som gjort ett suicidförsök under ett år.
- Involvera närstående i behandlingsplanen.
- Sätta fokus på barnen till patienter som gjort suicidförsök eller vars förälder suiciderat.
- Säkra gemensamma rutiner för suicidrisksbedömning och påföljande handläggningsstrategier.
- Säkra gemensamma rutiner och strategier efter fullbordat suicid.

2. BUP

Suicidhandlingar före tonåren är ytterst ovanliga. När yngre barn säger att de inte vill leva är det ett uttryck för att de önskar/behöver en förändring av någonting i sin livssituation. I tonåren är tankar om livets mening mer regel än undantag, och ofta ingår tankar om suicid i de existentiella funderingarna, och kan även på så sätt vara en tröst.

Bland tonåringar som söker till BUP är risken för suicidala handlingar ökad. Tonårstiden är en period med ökad känslomässig instabilitet. Dessutom kan det vara svårt för tonåringar att fullt förstå konsekvenserna av en impulsiv handling. Ju äldre tonåringen blir desto mer liknar symptombild och sjukdomsspektrat vuxenpsykiatriens.

En faktor som underlättar suicidprevention inom barnpsykiatri är att så gott som alla barn och ungdomar har familj och nätverk som med stöd från psykiatri ofta kan skapa en trygghet och ett omhändertagande även i öppen vård.

Långa slutenvårdsperioder ska om möjligt undvikas. Vi har sett att långa vårdtider i slutenvård till och med kan öka suicidaliteten i samband med utskrivning.

Alla tonåriga patienter som har kontakt med mottagningen ska tillfrågas om suicidtankar, särskilt vid nybesök och när det är uppenbart relevant.

En behandlare bör alltid i samtalen med barn och ungdomar vara lyhörd för antydningar om hopplöshet och tankar om döden, och i så fall gå vidare och ställa mer specifika frågor.

Vid misstanke om eller tecken på ökad suicidalitet är det mycket viktigt att utforska och fråga mer om riskfaktorerna – se nedan.

De anhörigas bild av den unges situation och mående kan ge viktig information att väga in i bedömningen.

2.1 Suicidriskfaktorer

- **Utlösande faktorer/akuta kriser** såsom gräl med föräldrar, en separation från pojk- eller flickvän, ett misslyckande, ett avslöjande av något som upplevs som skamligt.
- **Suicidalt beteende tidigare** (antal s-försök och tidpunkt, utlösande moment, suicidavsikt, medicinsk allvarlighet, sannolikhet för upptäckt och att någon ingriper).
- **Försämring i bakomliggande psykisk störning** såsom depression, bipolär sjukdom, psykos, ångesttillstånd, uppförandestörning, missbruk.
- Ungdomens **personlighet**, särskilt aggressivitet, impulsivitet, våldsbänagenhet, lättkränkhet, stressolerans och misstanke om personlighetsstörning.
- **Livsstil** och aktuellt hälsotillstånd, särskilt mat och sömn, eventuell somatisk sjukdom, motion, alkohol, droger, kamratkrets.
- **Familjesituation** föräldrarnas omsorgsförmåga, kommunikation, familjeklimat, långvariga påfrestningar, trauma, övergrepp.
- **Genetiska riskfaktorer** för psykisk störning, missbruk, suicid i familjen.
- **Trauma/övergrepp**.

2.2 Skyddande/hälsofrämjande faktorer

SKA OCKSÅ VÄGAS IN i bedömningen:

- **Kognitiva faktorer:** God problemlösningsförmåga, förmåga att be om och ta emot hjälp.
- **Familjefaktorer:** Goda relationer till och stöd från familjen.
- **Sociala faktorer:** Relationer till jämnåriga, relationer till och stöd från lärare och andra vuxna, social förmåga, samarbetsförmåga, skolgång, deltagande i fritidsaktiviteter.

2.3 Suicidriskbedömning

SKA GÖRAS AV MEDARBETARE FRÅN MOTTAGNINGEN med kunskap om och erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatri. Vid svårbedömd suicidrisk, eller då suicidrisken bedöms vara hög, ska läkare medverka. Om du känner dig osäker kan du ta hjälp av läkare eller annan kollega.

Du kan använda dig av skattningsskalor som underlag för samtalet med patienten. Exempel på skattningsskalor är suicidal intention scale (SIS) enligt Beck och Beskows suicidsstege (se bilaga 2.1 och 1). Bedömningen ska göras enligt en viss struktur, dokumenteras och upprepas så länge förhöjd suicidrisk föreligger.

Vid suicidriskbedömning i samband med familjesamtal bör du som behandlare prata enskilt med tonåringen under en del av samtalet. Även anhöriga bör få möjlighet att lämna information enskilt.

Gör ett psykiskt status med särskilt fokus på:

- 1 Kontakt och attityd under samtalet, särskilt aggressivitet och fientlighet.
- 2 Stämningläge (förhöjt respektive sänkt), hämning och negativt tankeinnehåll.
- 3 Psykotiska symtom.
- 4 Suicidal intention: hopplöshet, dödstankar, suicidtankar/ suicidimpulser/ suicidplaner (vilka? hur ofta? när senast?), förberedelser och eventuell suicidalkommunikation under samtalet.

Bedömning efter suicidförsök

När ett barn eller ungdom kommit till barnkliniken efter ett suicidförsök ska en bedömning göras innan patienten lämnar sjukhuset. Bedömningen av känd patient görs av ordinarie behandlare från mottagningen, eventuellt tillsammans med läkare. Tidigare okänd patient bedöms av läkare om möjligt från BUP. Om PIVA-läkare gör bedömningen, ska jourhavande behandlare/nyanmälningsansvarig från BUP delta. Det är lämpligt att använda Suicidal intention scale, SIS (se bilaga 2.1).

Det är viktigt att försöka skapa en god allians i det första mötet med ungdom och föräldrar. Samtalet är också i sig en intervention som syftar till att förmedla hopp om att ungdomens liv kan förändras och att motivera för fortsatt kontakt.

Suicidnära patient i telefon

Det är ovanligt att en suicidnära tonåring själv ringer. Däremot kan en orolig förälder ringa. Utifrån en bedömning där du som behandlare frågar om riskfaktorer och familjestöd ska du avgöra om du bör be föräldern komma med sitt barn omedelbart eller om du kan boka en tid inom ett dygn.

Akuta ärenden med befarad suicidrisk

Jourhavande behandlare/nyanmälningsansvarig, om möjligt tillsammans med ordinarie behandlare träffar patienten tillsammans med en eller båda föräldrarna.

Pågående ärenden

Framkommer ökande suicidalitet vid ett individualsamtal informeras ungdomen om att behandlaren kommer att ta kontakt med föräldrarna. Vid behov rings föräldrarna in till mottagningen direkt.

2.4 Handläggning efter suicidriskbedömningen

AKTUELL ANAMNES OCH PSYKISKT STATUS ska dokumenteras i journalen. Riskbedömningen och de faktorer den grundar sig på ska noggrant skrivas in.

Det är också bra att skriva några rader om hur du som behandlare uppfattar familjesamspillet.

Behandlingen av ungdom med ökat suicidal beteende måste planeras utifrån det akuta **skyddsbehovet** och i relation till bakomliggande psykisk problematik/sjukdom.

Tillsammans med familjen går behandlaren igenom hur man ska kunna skapa en trygghet och ett skydd runt tonåringen även utan inläggning. Någon av föräldrarna (eller båda alternerande) erbjuds

intyg för vård av barn (möjligt även för åldersgruppen 16 - 18 år om livshotande tillstånd).

När trygghet och skydd inte kan erbjudas i hemmet erbjuds inläggning, alltid tillsammans med en förälder.

LPT kan bli aktuell om du bedömer att inläggning är absolut nödvändig och patienten vägrar.

Den tidigare **behandlingsplanen** måste sannolikt revideras. Mellanvård kan vara ett alternativ för att undvika inläggning eller i efterförloppet till en inläggning. Planen ska dokumenteras i journal.

OBS! Registrera diagnos och KVÅ-kod (se bilaga 6)!

2.5 Åtgärder efter fullbordat suicid

I heldygnsvård

Extremt ovanligt inom barnpsykiatrin, varför varje enskild situation måste hanteras för sig. Se vuxenpsykiatrins åtgärder.

I öppen vård

Familjen erbjuds en snabb tid, helst inom ett dygn, för samtal med jourhavande handläggare / nyanmälningsansvarig, verksamhetschef/avdelningschef och eventuellt aktuell behandlare.

Uppföljning av familjekontakten planeras.

All mottagningspersonal engageras för en genomgång så snart som möjligt i syfte att diskutera händelseförlopp och vidtagna åtgärder, skapa ett stöd för dem som varit engagerade och ett lärande för alla.

Avvikelse rapport och Lex Maria-anmälan enligt gängse rutin, se avsnitt om anmälningskyldighet.

Person som inte är känd för oss

Familjen erbjuds samtal för krisbearbetning där jourhavande behandlare/nyanmälningsansvarig och eventuellt läkare deltar. Uppföljning erbjuds om familjens behov inte kan tillgodoses på annat sätt.

Jourtid

Bakjouren erbjuder berörd familj ett samtal tillsammans med tillgänglig personal från Kastanjevillan. Mottagningen engageras närmaste vardag.

3. VUP

3.1 Suicidriskbedömning, intervention dokumentation

GRUNDAR SIG PÅ en sammanlagd värdering av:

- Suicidriskfaktorer.
- Anamnes.
- Suicidstegen (se bilaga 1).
- Skattningsskalor (se bilaga 2.1–2.4).
- Närståendes delaktighet.
- Klinisk bedömning.

- **Suicidriskfaktorer**

Högre risk för fullbordat suicid hos män. (Risken för suicidförsök klart ökad hos kvinnor.)

Högre risk hos äldre.

Högre risk hos ensamstående.

- **Tidigare suicidförsök** (är den enskilt viktigaste prediktorn).
Särskilt allvarligt om det förekommit upprepade suicidförsök, eller om det fanns förväntad dödlighet vid suicidförsöket.
- **Somatisk sjukdom**, särskilt smärttillstånd, sömnstörning, cancer, sjukdom i CNS och HIV-infektion.
- **Suicid** eller suicidalt beteende i **familjen** eller nära omgivningen.
- **Psykiatriska tillstånd**, särskilt hög risk vid schizofreni, bipolär affektiv sjukdom, djup depression, missbruk och beroende av alkohol eller narkotika, personlighetsstörningar som präglas av dålig affektkontroll, ADHD på grund av dålig impuls kontroll. Vid samsjuklighet ökar risken ytterligare. Oftast högre risk i samband med **förändringar** ex vid inläggning och efter utskrivning.
- **Nyligen påbörjad antidepressiv** behandling.
- **Livshändelser**: individuella stressfaktorer som leder till hopplöshet, skam, smärta, ångest. Upplevd kränkning (indragen sjukpenning, indraget körkort, polisutredning etc).
Förlust eller hot om förlust (separation, uppsägning).
- **Tillgång till vapen**, läkemedel eller andra medel som kan användas för suicid.

Suicidala processen

Utvecklingen från första suicidtanken till fullbordat suicid. Tidsspannet kan vara kort eller mycket långt, men det är av vikt att fånga tidigare suicidalitet, då detta i sig ökar risken i samband med nya påfrestningar.

Skyddande/hälsofrämjande faktorer

- Ett gott socialt stöd i parrelation, familj eller andra närstående.
- Förmåga att vidmakthålla relationer.
- Personliga värderingar eller religiös tro som motsätter sig suicid som problemlösning.
- Rädsla för kroppslig skada vid suicidhandling.
- Omsorg om barn, familj eller andra.
- Förmåga att be om hjälp.
- Förmåga att sätta ord på känslor och tankar.

Anamnes

Följande bör ingå:

- Hereditet för psykisk sjukdom, suicid i släkten.
- Suicid i närmiljön.
- Tidigare psykiatriska problem.
- Tidigare erfarenheter av psykiatrisk hjälp.
- Tidigare suicidförsök respektive självdestruktivitet.
- Tidigare kriser, trauma i livet.
- Tidigare problemlösningskapacitet.
- Aktuell livssituation, ekonomi, arbete, nätverk, familj.
- Aktuella problem.
- Aktuellt psykiskt tillstånd och funktionsförmåga.
- Somatisk hälsa.
- Missbruk, beroende.
- Psykiskt status: kontakt, orientering, psykotiska symptom, stämningsläge, dödsönskan, suicidtankar, suicidplaner (vilka? hur ofta? när senast?)
- Somatiskt status om relevant.

Närståendes delaktighet

Målet är att alltid involvera närstående av flera olika skäl. Vi behöver få och ge information. Det är värdefullt att tillsammans med närstående och patient undersöka möjliga riskminimerande åtgärder och få till stånd en trygg vårdöverenskommelse där närståendes stöd kan vara avgörande.

Om patienten motsätter sig närståendekontakt måste skälen till detta undersökas. Ibland måste patientens inställning respekteras, ibland måste vi försöka motivera patienten att ändra sig.

Avvisa aldrig en närståendes information med hänvisning till sekretess, lyssna utan att röja sekretessbelagd information om patienten ej gett sitt samtycke.

Skattningsskalor

Det finns en mängd olika skattningsskalor som man kan använda som stöd och med förstånd.

Det finns ingen evidens för att bruket av skattningsskalor påverkar förloppet. Skattningsskalor får aldrig ersätta en god anamnestagning i samtal.

Vi har valt att ta med två depressionsskalor och en intentionsskala: MADRS, MADRS-S och SIS Suicidal Intention Scale. Frågorna i SIS ska belysas efter ett suicidförsök antingen man använder skattningsskalor eller ej.

Klinisk Bedömning

I den kliniska bedömningen vägs all tillgänglig information samman:

- Anamnes.
- Suicidstegen.
- Skattningsskalor.
- Närståendes information eller information från andra involverade t ex ambulanspersonal och polis.
- Patientens status vid samtal.
- Statistiska riskfaktorer.

Bedömningen skall mynna ut i ett ställningstagande om det föreligger:

- Hög risk.
- Medelhög.
- Låg risk.
- Mycket låg.

Detta är de alternativ vi har att ta ställning till i vårt journalsystem där vårt ställningstagande ska dokumenteras och kommuniceras till involverade parter. Ibland finner vi att risken är svårbedömd och detta måste påverka våra åtgärder.

Riskbedömningen ska upprepas till dess patienten bedöms vara ur fara.

OBS! Registrera diagnos och KVÅ-kod (se bilaga 6)!

3.1.1 Suicidnära eller närstående person i telefon

Vem är den suicidnära personen och var befinner han/hon sig? Namn och personnummer?

Anteckna aktuella telefonnummer och adress. Om annan än den suicidnära ringer, tag detta på allvar, fråga efter den uppringandes namn och relation till den suicidnära. Anteckna telefonnummer och adress.

Är personen ensam eller finns andra på plats?

Har den suicidnära haft kontakt med psykiatri tidigare?

Fråga den som ringer vad som gör honom /henne orolig och hur risksituationen ser ut.

Bedöm hur allvarlig situationen är och vilka tidsmarginalerna är.

Måste personen till sjukhus? Krävs akuta medicinska insatser? Ambulans? Polis för att ta sig in i bosta-

den? Läkarbedömning på plats? Vårdintyg? Finns närstående som kan ta personen till sjukhus?

Kan närstående ta sig till platsen? Låsa upp? Hjälpa till? Om närstående är behjälpliga, håll kontakt och var tillgänglig per telefon.

Om du bedömer att personen har intoxikerat sig eller skadat sig på annat sätt, be en kollega ringa 112 medan du fortsätter tala med personen. Be honom/henne att låsa upp ytterdörren. Fråga efter eventuell kod till huvudentren.

En förestående inläggning på psykiatrisk vårdavdelning kan utlösa suicidhandlingar.

Ta reda på personens inställning, svara med positiv och saklig information och sträva efter samtycke.

Är akutåtgärd inte motiverad ska personen erbjudas besökstid snarast. Lägg bevakning till respektive mottagnings samordnare som ska ringa patienten nästföljande vardag för att följa upp och ge tid. Till detta samtal bör närstående som regel bjudas in.

Finns en fast vårdkontakt sedan tidigare ska denna informeras och i sin tur ta kontakt med samordnaren för samplanering.

Dokumentera telefonsamtalet.

3.1.2 Suicidnära patienter i öppen vård

Det ingår i det psykiatriska vardagsarbetet att upptäcka och bedöma suicidrisk hos våra patienter, både kända och nya.

Också våra kända patienter som inte brukar vara suicidnära kan hamna i livssituationer eller försämrans i sitt tillstånd så att livsviljan påverkas. Alla de riskfaktorer som nämnts berör också våra kända patienter. Om de drabbas av frustration, förluster eller kränkningar kan suicidrisk snabbt uppstå.

Vi har också patienter vars tillstånd är labilt eller försämrans i cykler som återkommande kan utveckla suicidtankar. Det är viktigt att än en gång understryka att tidigare suicidförsök är en allvarlig riskfaktor.

Behandlare som i öppenvård upptäcker en medelsvår, svårbedömd eller hög suicidrisk måste ombesörja att patienten blir läkarbedömd. Närståendekontakt bör om möjligt också tas.

Om behandlare tillsammans med läkaren kommer fram till att det föreligger hög eller svårbedömd risk bör man erbjuda slutenvård. Om patienten inte accepterar detta ska bedömning i förhållande till vård enligt LPT göras.

Om patienten kan återvända hem bör planeringen ske tillsammans med närstående, och ställning tas till lämpliga skyddsåtgärder. Mellanvård? Finns det problem som kan lösas? Stöd i hemmet? Ny kontakt nästa dag?

För suicidnära patienter är det extra viktigt att tillgodose behov av

- tillgänglighet med möjlighet till täta besök och telefonkontakter
- kontinuitet d v s samma behandlare eller team står för kontakten
- trygghet i form av möjlighet till hembesök och fortsatt samarbete med närstående.

Observera! Samtalet ska inte bara utmynna i en bedömning utan samtidigt utgöra en intervention som har som syfte att verka för problemlösning och minskad suicidrisk.

Finns barn i hemmet? I så fall ska ställning till barnens behov av stöd tas.

Glöm inte att dokumentera!

OBS! Registrera diagnos och KVÅ-kod (se bilaga 6)!

3.1.3 Suicidnära patienter i slutenvård

När en självmordsnära patient läggs in är själva övergången viktig.

Om patienten läggs in från öppenvård är det viktigt att öppenvårdsbehandlaren planerar för en trygg övergång. Bäst är naturligtvis om behandlaren kan följa med patienten och göra en gemensam överslag till mottagande kontaktperson. Om detta inte är möjligt så ska transport och rapport planeras omsorgsfullt och tryggt.

När patienten själv söker akut är det av vikt att avdelningspersonal är med vid intagningsamtalet. Avdelningspersonal får då optimal information och kan under samtalet börja bygga allians med patienten, och utgöra kontinuitet på avdelningen.

Om detta av resursskäl inte går att uppnå bör inskrivande läkare rapportera till personal med patienten närvarande i rummet. Då klargörs anamnes, aktuellt problem, övervakningsgrad, planering, och vad som ska ske fram till första rondtillfälle.

I optimala fall är närstående med patienten vid akutbesöket. Om inte, tar inskrivande läkare kontakt dels för att få och ge information men också för att bjuda in anhöriga till nästa förmiddags rondsamtal. Fungerar inte detta ska avdelningspersonal snarast försöka få kontakt med närstående och bjuda in till gemensamt samtal.

OBS! Om patienten har minderåriga barn måste man omedelbart försäkra sig om att dessa har trygg tillsyn och i ett lugnare skede ta ställning till barnens behov att få samtal om föräldrarnas tillstånd.

De viktigaste grundstenarna i vårdprocessen är att bygga allians med hjälp av trygghet, kontinuitet, tydlighet och förutsägbarhet. Upprätta en gemensam vårdöverenskommelse tillsammans med patient och närstående. Behandla psykiatrisk grundproblematik. Förmedla hopp.

Säkerhetsaspekter

Vid inläggning ombeds patient visa sin väska och vad de har i fickorna. Detta för att trygga patientens men också personalens säkerhet. En patient som läggs in frivilligt har rätt att neka visitering. Man kan då föreslå att hela väskan låses in på betryggande sätt. Om patienten inte heller går med på detta måste ansvarig läkare kontaktas för ställningstagande. Finner man ingen godtagbar lösning kontaktas bakjour.

Det är viktigt att man tänker på säkerhet i miljön runt den suicidnära patienten. Det är lättare att följa en suicidimpuls om tillgängligt medel finns i närheten. Värdera därför i närmiljön så att inte uppenbara hängningsredskap, mediciner, plastpåsar, tändare eller föremål att skära sig med är lättillgängliga.

Övervakning

I Blekinge har vi två övervakningsnivåer Grad I och Grad II. Att vara extravak är en svår och grannlaga uppgift, som ska utföras av erfaren personal. Övervakningen är alltid tillfällig och får inte ersätta alliansbyggande och övriga behandlingsmetoder allt efter patientens tillstånd.

Så snart som möjligt ska patienten återta lämpligt ansvar.

Slutligen

All personal ska känna till:

- Att numret de ska ringa vid hjärtstopp är
**35 i Karlskrona
**34 i Karlshamn.
- Var de kan hämta akututrustning.
- Var de kan hämta redskap att skära ner en person som hängt sig.

Rutiner ska finnas för kontinuerlig genomgång av närmiljön.

3.1.4 Konsultation efter suicidförsök

Efter ett allvarligt suicidförsök hamnar patienten ofta på somatisk avdelning. Konsultbegäran faxas från somatisk avdelning till PAKA i Karlskrona och till respektive mottagning i Blekinge väst.

I väst är det avdelningens överläkare uppgift att träffa dessa patienter och i öst är det den gemensamma dagbakjouren som har denna uppgift. På jourtid utförs arbetet av bakjouren.

Vi har som strävan att bedömningen ska göras inom 24 tim och definitivt innan patienten eventuellt återvänder hem. Om omständigheterna tillåter (patienten vaken och anhöriga på plats) så bör vi göra konsultationen före lunch för att hjälpa somatiken att frigöra platser så fort som möjligt.

För att mötet med patienten ska bli optimalt är det viktigt att vederbörande avdelning kontaktas av den som mottar remissen för att klargöra:

- Är patient vaken eller när beräknas patienten vara vaken? Det går inte att göra en korrekt bedömning om patient är sederad, dessutom riskerar man att patient kan ha amnesi för samtalet efteråt om sedationen kvarstått under samtalet.
- Är anhöriga involverade och kan de finnas på plats när vi träffar patienten?

Utifrån dessa parametrar planeras konsultationen på lämpligaste sätt. Bör annan psykiatrisk personal utöver läkaren närvara, finns personal som känner patienten att tillgå?

Det är viktigt att komma ihåg att konsultationen inte endast ska utmynna i en omsorgsfull bedömning utan också utgöra en intervention för att ge hopp och undersöka problemlösningar.

Det är i samtalet av vikt att vi undersöker vilken eller vilka faktorer som patienten ser som utlösande för sin sviktande livsvilja.

Det är för själva bedömningen viktigt att kartlägga hur kraftig intentionen att dö varit, se frågorna i SIS-skalan (se bilaga 2.1) Med närstående på plats blir möjligheterna till bedömning och intervention för det mesta bättre.

Konsultationen ska avgöra om patient kan återvända hem under trygga förhållanden eller om patient behöver läggas in.

Om patient återvänder hem ska det vara noggrant planerat för uppföljning. Helst ska patient ha en tid med sig hem till sin mottagning eller mellanvård. Annars ska man försäkra sig om att vederbörande samordnare ringer upp patient nästföljande arbetsdag för att erbjuda snar tid.

Om patient behöver läggas in så görs rapportering till aktuell avdelning tillsammans med patienten så att en vårdöverenskommelse fram till första rondtillfälle klargörs. I denna ska övervakning, behandling och planering framgå.

Patient som gjort ett suicidförsök ska följas upp under ett år.

OBS! Finns barn i hemmet? Ta ställning till barnens eventuella akuta behov.

Om en patient med hög suicidrisk behöver kvarstanna på somatisk avdelning är det viktigt att psykiatriskt skolad personal har övervakningsuppgiften och att den fysiska miljön ses över ur säkerhets-synpunkt.

Glöm inte att ta ställning till eventuell avvikelse rapportering.

OBS! Registrera diagnos och KVÅ-kod (se bilaga 6)!

3.2 Åtgärder efter fullbordat suicid.

3.2.1 Öppen vård

Omedelbara åtgärder

1 Informera avdelningschef och ansvarig läkare. Uppmärksamma händelsen på enheten.

Ansvarig - den som fått vetskap om händelsen.

2 Samla all berörd personal.

Ansvarig - avdelningschef.

Avstyr allt annat arbete som inte nödvändigtvis måste göras. Gå igenom händelsen så att kunskapsluckor om vad som har hänt fylls ut. Syftet är att undvika ryktesspridning och att ha som underlag för information i nästa led. Planera vad som måste göras och vem som ska göra det.

3 Kontakta vårdnadshavare/närstående

Ansvarig – avdelningschef och/eller patientens ansvarige läkare.

Syftet är att informera och ge möjlighet att ställa frågor. För närstående som saknar nätverk har vi ett särskilt ansvar. Krisbearbetning bör inte utföras av den personal som varit involverad i vården av den döde. Lämna upplysningar om efterlevandeföreningen SPES (se bilaga 5) och kyrkans efterlevandegrupper. Förmedla adresser och telefonnummer. Om barn finns inblandade, vilket stöd behöver de?

4 Andra genomgång med berörd personal. Avlastande samtal.

Ansvarig – avdelningschef.

Avdelningschef samlar berörd personal till en andra genomgång vid dagens slut. Så många som möjligt på arbetsplatsen ska vara med. Ingen bör gå hem utan att ha talat med någon om händelsen. Särskild uppmärksamhet på patientens vårdkontakter.

5 Informera chefläkare och verksamhetschef

Ansvarig – avdelningschef.

Andrahandsåtgärder

1 Avvikelse rapport och anmälan enligt Lex Maria.

Ansvarig – avdelningschef respektive verksamhetschef/chefläkare (se flik 4).

2 Retrospektiv genomgång.

Ansvarig – avdelningschef.

3.2.2 Slutna vård

Omedelbara åtgärder

1 Påkalla uppmärksamhet från övrig personal.

OBS! Använd inte person/överfallslarm om det går att undvika.

Ansvarig – den som uppmärksammar händelsen.

2 Omedelbar livräddning.

Grundläggande ABC-vård, HLR. Ta fram akutväska och åtgärda.

Ring hjärtlarm (**35 i Karlskrona, **34 i Karlshamn)

Ansvarig – arbetsledande sjuksköterska fördelar arbetet.

3 Ring avdelningsläkare/primärjour. Ring överläkare/bakjour.

Kontakta övriga avdelningar för information och för begäran om eventuell förstärkning och hjälp med övriga patienter.

Ansvarig – Arbetsledande sjuksköterska.

4 Vid konstaterat dödsfall.

Anmäl det inträffade till polismyndigheten, ring 114 14. Hantering av kroppen görs utifrån polisens beslut. Den läkare som konstaterat dödsfallet ska utfärda dödsbevis.

Ansvarig – ansvarig läkare.

5 Samla all berörd personal.

Avstyr allt annat arbete som inte nödvändigtvis måste göras. Gå snabbt igenom händelsen så att kunskapsluckor om vad som hänt fylls ut. Syftet är att ha en så god information om händelsen som möjligt för att undvika ryktesspridning och att ha som underlag för information i nästa led. Planera vad som ska göras och vem som ska göra det.

Ansvarig - arbetsledande sjuksköterska.

6 Informera närstående.

Meddelande om dödsfall får aldrig lämnas per telefon. Begär vid behov hjälp av jourhavande präst, sjukhuspräst eller polisen. Kontakta barn- och ungdomspsykiatrien när behov finns.

Ansvarig – ansvarig läkare.

7 Samtala med medpatienter.

Sekretessen och respekten för den döde och anhöriga måste vägas mot medpatienternas berättigade behov av information. Det är inget sekretessbrott att tala med någon om det han eller hon redan vet.

Ansvarig – ansvarig läkare i samråd med arbetsledande sjuksköterska och omvårdnadspersonal.

OBS! Att suicidrisken för medpatienter kan öka efter ett suicidtillbud på avdelningen.

8 Andra genomgång med berörd personal. Avlastande samtal.

Avdelningschef samlar berörd personal till en andra genomgång vid dagens slut. Så många som möjligt på arbetsplatsen ska vara med. Ingen bör gå hem utan att ha talat med någon om händelsen. Särskild uppmärksamhet på den som hittat patienten, kontaktperson och ansvarig läkare.

Ansvarig – avdelningschef.

Andrahandsåtgärder.

1 Avvikelse rapport och anmälan enligt Lex Maria

Ansvarig – avdelningschef respektive verksamhetschef/chefläkare (se avsnitt 4).

2 Retrospektiv genomgång.

Ansvarig – avdelningschef.

3 Har det framkommit brister i organisation, vård/ behandling, rutiner med mera – åtgärda.

Ansvarig – avdelningschef och verksamhetschef.

3.2.3 Person som inte är känd i psykiatrien eller som ej har pågående kontakt.

Oftast blir primärvårdsläkare involverad när det skett ett suicid. Om han/hon finner att närstående är i behov av akut krishjälp tas kontakt med aktuell mottagning, eller jourtid med akutmottagningen som då på bästa sätt försöker erbjuda stöd. Hembesök bör göras om familjen så önskar. Bedömning görs av behov av fortsatt stöd och eventuell regelrätt kontakt med mottagningen.

Informera om SPES (se bilaga 5).

OBS! Finns barn i hemmet? Ta ställning till barnens eventuella akuta behov.

4. Anmälningsskyldighet

4.1 Suicidförsök

ALLA SUICIDFÖRSÖK SOM GÖRS AV PATIENT på vårdavdelning eller av patient som har behandlingskontakt i öppenvård ska avvikelserapporteras av kontaktperson eller fast vårdkontakt. Om ett suicidförsök bedöms vara relaterat till brister i samband med undersökning, vård eller behandling ska en anmälan enligt Lex Maria göras.

När en Lex Maria anmälan görs ska patienten (efter suicidförsök) eller närstående informeras av verksamhetschef om:

- Vad som skett.
- Vilka åtgärder som vidtagits för att en liknande händelse inte ska ske igen.
- Möjligheten att anmäla klagomål till socialstyrelsen.

- Möjligheten att begära ersättning enligt patientskadlagen eller läkemedelsförsäkringen.
- Förtroendenämndens verksamhet.
- Möjligheten att själv få beskriva sin upplevelse av händelsen.

4.2 Suicid

AVVIKELSERAPPORT ska skrivas av avdelningschef.

Lex Maria-anmälan ska göras av chefläkare.

”En anmälan skall göras, om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom” enligt 4 kap.2§ SOSF 2005:28.

Den anhörige/närstående ska informeras om att anmälan görs och ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

4.3 Barn och ungdomar

VI ÄR SKYLDIGA ATT GÖRA ANMÄLAN till socialförvaltning om vi får misstanke om att barn eller ungdomar far illa. Det gäller misstanke om brister i hemsituationen, om minderårig har använt narkotika eller hamnat i alkoholberoende/missbruk eller om den minderåriga gjort ett suicidförsök.

4.4 Vapen

ALLA LÄKARE HAR ANMÄLNINGSPLIKT beträffande alla tillstånd som kan medföra att patient är olämplig att inneha vapen, t ex vid olika psykotiska tillstånd, vid missbruk/beroende eller vid demens. Länk till anmälningsblankett finns på intranätet under Min förvaltning/psykiatri och habilitering/ledningssystem psykiatri/vård och behandling/riktlinjer och rutiner/vapenlag.

5. Kvalitetsindikatorer

INFÖR VARJE NYTT ÅR ska två kvalitetsindikatorer fastställas och följas upp kommande år.





6. Bilagor

Bilaga 1	Suicidstegen enligt Beskow	21
Bilaga 2	Skattningsskalor	
2.1	SIS suicidal intention scale enligt Beck	23
2.2	MADRS	27
2.3	MADRS-S	31
2.4	Tolkning av MADRS-S	33
Bilaga 3	Checklista suicidriskbedömning enligt BUP i Växjö	35
Bilaga 4	Extravak – grad I, grad II	37
Bilaga 5	Information om SPES, nationella hjälplinjen och jourhavande präst	39
Bilaga 6	Lista över lämpliga diagnos- och KVÅ-koder	41

Beskows självmordsstege

Denna startar genom att man frågar:

- 1. Nedstämdhet:** Är du ledsen ofta?
Känner du dig deppig för det mesta?
Känns allting hopplöst?
Tror du att du kommer att bli bättre igen?

- 2. Dödstankar:** Känns allting meningslös?
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. Självmordstankar:** Har du tänkt på att göra dig själv något?
Har du tänkt på att skulle kunna ta livet av dig?
Har du tänkt hur du skulle göra?

- 5. Självmordsönskan:** Har du tänkt att du vill ta ditt liv `?
Har du varit nära att ta ditt liv?
Är det något som håller emot? Finns det
Något som talar för att fortsätta leva?

- 6. Självmordsförsök:** Har du tidigare gjort något självmords-
försök?
Genomförde du det du tänkte göra eller
Gick det inte? Vad gjorde du?
När?
Var?
Varför?

- 7. Självmordsplaner:** Har du planer att ta ditt liv?
Har du tänkt ut hur du skulle göra?
Har du bestämt dig när du skulle göra det?

- 8. Självmordsförebereelser:** Har du gjort några förberedelser?
vilka?
Har du skaffat tabletter?
Har du vapen hemma
Har du skaffat andra redskap?
Rep?
Kniv?

- 9. Självmordsavsikt:** Har du bestämt dig för att livet av dig?
När? Var? 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?

Suicide intention scale (SIS)

Enl Beck et al.

Namn:

Personnummer: Datum:

Bedömare:

FRÅGA: Låt oss nu efter de här allmänna frågorna prata om vad som hände strax innan du kom i kontakt med sjukhuset: Var snäll och tänk tillbaka på vad som hände och beskriv så exakt som möjligt vad som gjorde att du togs in på sjukhuset. Vad gjorde du dig själv?

Ställ frågorna i vänstra kolumnen för att gradera suicidavsikten i höger kolumn. Om svaret helt klart framgår ur patientens egen berättelse kan du ringa in rätt siffra utan att ställa extra frågor. Det ideala är att intervjuaren kan koda SIS-frågorna direkt utifrån patientens spontana berättelse. I frågorna 1-8 ska intervjuaren ge sin bedömning eller tolkning medan frågorna 9-15 skall bygga på patientens direkta utsago.

FRÅGAS AV INTERVJUAREN

BEDÖMES AV INTERVJUAREN

Ringa in 0, 1 eller 2

1. Var någon i närheten av dig då du försökte skada dig? T ex i samma rum eller i telefonkontakt?

Ensamhet.

0. Någon närvarande.
1. Någon i närheten eller i kontakt.
2. Ingen i närheten eller i kontakt.

2. Vid vilket tillfälle gjorde du det? Väntade du någon? Kunde någon komma snart? Visste du att det skulle dröja innan någon kom? Eller funderade du inte över det?

Timing.

0. Tillfälle för någon att ingripa.
1. Inte troligt att någon skulle hinna ingripa.
2. Otroligt att någon skulle hinna ingripa.

3. Gjorde du något för att förhindra att någon hittade dig?

Åtgärder för att förhindra upptäckt eller ingripande.

0. Inga åtgärder alls.
1. Passiva åtgärder som att dra sig undan från andra utan att göra något för att förhindra att de ingriper (t ex ensam i ett rum med olåst dörr).
2. Aktiva åtgärder (t ex ensam i ett rum med låst dörr).

4. (A) Efter att du gjorde dig själv illa kontaktade du då någon och berättade om vad du gjort?

Åtgärder för att ta hjälp efter Suicidförsöket.

0. Underrättade en potentiell hjälpare om försöket.
1. Tog kontakt men berättade inte uttryckligen om försöket.
2. Varken kontaktade eller underrättade någon hjälpare.

- | | |
|---|--|
| <p>4. (B) Om ja, vem var du i kontakt med?</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Partner. 2. Förälder. 3. Släkting, övrig. 4. Vänner. 5. Skolkamrat. 6. Annan, nämligen. |
| <p>5. Gjorde du något sådant som att säga adjö eller andra särskilda arrangemang när du beslöt skada dig själv?</p> | <p>Förberedelser inför döden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Inga förberedelser. 1. Patienten tänkte på eller gjorde vissa arrangemang. 2. Gjorde upp slutgiltiga planer (testamente, gav bort gåvor etc.). |
| <p>6. Hade du planerat det en tid? Hade du gjort några förberedelser som t ex att spara tabletter?</p> | <p>Grad av planering.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Inga förberedelser. 1. Minimal eller måttlig förberedelse. 2. Omfattande förberedelser. (detaljerad plan). |
| <p>7. Skrev du något eller några avskedsbrev?
Om ja: Till vem?
Om nej: Tänkte du att du skulle skriva ett?</p> | <p>Avskedsbrev.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Varken skrev eller tänkte på att skriva något meddelande. 1. Tänkte på att skriva ett, men gjorde det inte. 2. Det finns ett avskedsbrev, eller det skrevs ett som revs sönder. |
| <p>8. Har du under det senaste året nämnt för grannar, vänner eller familjemedlemmar uttryckligen eller antydningvis att du hade för avsikt att skada dig själv?</p> | <p>Suicidal kommunikation före handlingen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ingen kommunikation. 1. Tvetydig eller implicit kommunikation.. 2. Otvetydig kommunikation (explicit). |
| <p>9. Kan du tala om för mig vad du hoppades att uppnå genom att skada dig?</p> | <p>Avsikt med handlingen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Huvudsakligen påverka andra. 1. Tillfällig vila. 2. Döden. |
| <p>10. Hur stor trodde du chansen var att det du gjorde skulle leda till att du dog?</p> | <p>Förväntning angående handlingens letalitet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pat trodde handlingen troligen ej skulle leda till döden eller tänkte inte på det. 1. Pat tänkte att det var möjligt, men ej troligt att handlingen skulle leda till döden. 2. Patienten trodde att döden var trolig eller säker. |

11. Om överdos: Trodde du att den mängd tabletter du tog var större eller mindre än vad som behövdes för att du skulle dö?

- 0. Pat gjorde en handling som han/hon inte uppfattade som livsfarlig eller funderade över det.
- 1. Pat var inte säker eller trodde att handlingen kunde vara livsfarlig.
- 2. Handlingen överskred eller var lika med vad patienten trodde krävdes för att den skulle vara dödlig.

12. Ansåg du själv att din handling var ett försök att ta ditt liv?

Var försöket allvarligt menat?

- 0. Pat ansåg inte att handlingen var ett allvarligt försök att göra slut på livet.
- 1. Patienten var osäker huruvida handlingen var ett allvarligt försök att göra slut på livet.
- 2. Patienten ansåg att handlingen var ett allvarligt försök att avsluta sitt liv.

13. Vilka var dina känslor för liv och död? Önskade du leva starkare än du önskade att dö? Eller brydde du dig inte om ifall du levde eller dog?

Ambivalens mot att leva.

- 0. Pat önskade ej att dö.
- 1. Pat brydde sig inte om ifall han/hon levde eller dog.
- 2. Pat önskade dö.

14. Vilka chanser trodde du att det fanns att överleva om du skulle få medicinsk behandling efteråt?

Uppfattning huruvida medicinsk behandling var möjlig.

- 0. Pat trodde ej att han skulle dö om han/hon skulle få medicinsk vård.
- 1. Pat var osäker om han/hon skulle kunna räddas till livet med hjälp av medicinsk vård.
- 2. Pat var säker på att dö även han/hon skulle komma under medicinsk vård.

15. Hur lång tid före handlingen hade du beslutat dig? Hade du tänkt på det en tid eller gjorde du det impulsivt?

Grad av genomtanke.

- 0. Ingen, impulsivt.
- 1. Tänkte på det tre timmar eller mindre, före handlingen.
- 2. Tänkte genom handlingen under mer än tre timmar före försöket.

SUICIDE INTENT SCALE ÄR URSPRUNGLIGEN AVSEDD ATT ANVÄNDAS inom vuxenpsykiatrisk verksamhet och ger kvalitativ information utifrån svaren på varje enskild fråga. Kvantitativ information beräknas efter summering av poängen på respektive fråga – ju högre poäng desto allvarligare har avsikten med suicidförsöket ansetts vara.

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 allvarligare risk, även om man bör vara försiktig med att ange särskilt värde för hög eller låg risk. Brytpunkten 19 poäng anger hög suicidrisk för vuxna, framför allt äldre individer (Niméus A: 2000). Skalan har använts även för bedömning av ungdomars suicidavsikt även om den inte är idealisk för detta ändamål (Goldston D, 2001)



MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale)

Skattningsformulär

Datum: Namn:

1. Nedstämdhet

Avser uppgift om sänkt grundstämning oavsett om den tar sig uttryck eller ej. Omfattar känslor av sorgsenhet, olycklighet, hopplöshet och hjälplöshet. Bedömningen baseras på intensitet, varaktighet och i vilken grad sinnesstämningen påverkas av yttre omständigheter. Förhöjd sinnesstämning skattas "0"

0 Neutralt stämningsläge. Kan känna såväl tillfällig munterhet som nedstämdhet, allt efter omständigheterna, utan övervikt för ena eller andra stämningsläget.

1

2 Övervägande upplevelser av nedstämdhet men ljusare stunder förekommer.

3

4 Genomgående nedstämdhet och dyster till sinnes. Sinnesstämningen påverkas föga av yttre omständigheter.

5

6 Genomgående upplevelser av maximal nedstämdhet.

Skattning..... poäng

2. Sänkt grundstämning

Avser en sänkning av det emotionella grundläget (till skillnad från situationsutlösta affekter). Omfattar dysterhet, tungsinne och nedstämdhet, som manifesterar sig i mimik, kroppshållning och rörelsemönster. Bedömningen baseras på utpräglingsgrad och avledbarhet. Förhöjd grundstämning skattas "0" på detta item.

0 Neutral stämningsläge.

1

2 Ser genomgående nedstämd ut, men kan tillfälligt växla till ljusare sinnesstämning.

3

4 Ser nedstämd och olycklig ut oavsett samtalsämne.

5

6 Genomgående uttryck för extrem dysterhet, tungsinne eller förtvivlad olycka.

Skattning..... poäng

3. Ångestkänslor

Avser känslor av vag psykisk olust, inre oro eller obehaglig inre spänning, ångest eller vanda, som kan stegras till det outhärdliga. Bedömningen baseras på intensitet, frekvens, duration och behov av hjälp. Särhålls från nedstämdhet (1).

0 Mestadels lugn.

1

2 Tillfälliga känslor av obehaglig psykisk spänning.

3

4 Ständig känsla av inre oro, någon gång så intensiv att den endast med viss svårighet kan bemästras.

5

6 Långdragna ångestkänslor. Överväldigande känslor av skräck eller dödsångest, som ej kan bemästras på egen hand.

Skattning..... poäng

4. Minskad nattsömn

Avser uppgifter om minskad sömntid eller sömndjup i förhållande till de ordinära sömnvanorna. Ökad sömn skattas ”0” på detta item.

0 Sover som vanligt.

1

2 Måttliga insomningssvårigheter eller kortare, ytligare eller oroligare sömn än vanligt.

3

4 Minskad sömntid (minst två timmar mindre än normalt). Vaknar ofta under natten även utan yttre störningar.

5

6 Mindre än två till tre timmars nattsömn totalt.

Skattning..... poäng

5. Minskad aptit

Avser upplevelser av att aptiten är sämre än normalt

0 Normalt eller ökad aptit.

1

2 Dålig matlust.

3

4 Aptit saknas nästan helt, maten smakar inte, måste tvinga sig att äta.

5

6 Måste övertalas att äta något överhuvudtaget. Matvägran.

Skattning..... poäng

6. Koncentrationssvårigheter

Avser svårigheter att samla tankarna eller koncentrera sig. Bedömningen baseras på intensitet, frekvens och i vilken mån olika aktiviteter försvåras.

- 0 Inga koncentrationssvårigheter
- 1
- 2 Tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade vid t ex läsning eller TV-tittande.
- 3
- 4 Uppenbara koncentrationssvårigheter som försvårar läsning eller samtal.
- 5
- 6 Kontinuerliga, invalidiserande koncentrationssvårigheter.

Skattning..... poäng

7. Initiativlöshet

Avser den subjektiva upplevelsen av initiativlöshet, känslan av att behöva ett motstånd, innan en aktivitet kan påbörjas.

- 0 Ingen svårighet att ta itu med nya uppgifter.
- 1
- 2 Lätta igångsättningssvårigheter
- 3
- 4 Svårt att komma igång även med enkla rutinuppgifter, som kräver stor ansträngning.
- 5
- 6 Oförmögen att ta initiativ till de enklaste aktiviteterna. Kan inte påbörja någon verksamhet på egen hand. ...

Skattning..... poäng

8. Minskat känslomässigt engagemang

Avser upplevelser av minskat intresse för omvärlden eller för sådana aktiviteter som vanligen bereder nöje eller glädje. Subjektiv oförmåga att reagera känslomässigt inför människor eller företeelser i omgivningen.

- 0 Normalt intresse för omvärlden och för andra människor.
- 1
- 2 Svårigheter att finna nöje i sådant som vanligen väcker intresse. Minskad förmåga att bli arg eller irriterad.
- 3
- 4 Ointresserad av omvärlden. Upplevelser av likgiltighet inför vänner och bekanta.
- 5
- 6 Total oförmåga att känna adekvat sorg eller vrede. Totalt eller smärtsam likgiltighet och oförmåga att uppleva känslor även för närstående.

Skattning..... poäng

9. Depressivt tankeinnehåll

Avser självförelser, självanklagelser, föreställningar om synd och skuld, mindervärdighet och ekonomisk ruin.

0 Inga pessimistiska tankar.

1

2 Fluktuerande självförelser och mindervärdesidéer.

3

4 Ständiga självanklagelser. Klara, men inte orimliga, tankar om synd eller skuld. Uttalat pessimistisk framtidssyn.

5

6 Absurda föreställningar om ekonomisk ruin och oförlåtliga synder. Absurda självanklagelser.

Skattning..... poäng

10. Livsleda och självmordstankar

Avser upplevelser av livsleda, dödsönskningar och självmordstankar samt förberedelser för självmord. Eventuella självmordsförsök påverkar ej i sig skattningen.

0 Ordinär livslust. Inga självmordstankar.

1

2 Livsleda, men inga eller endast vaga dödsönskningar.

3

4 Självmordstankar förekommer och självmord betraktas som en tänkbar utväg, men ingen bestämd självmordsavsikt.

5

6 Uttalande avsikter att begå självmord, när tillfälle bjuds. Aktiva förberedelser för självmord..

Skattning..... poäng

Summa..... poäng

Skattningen utförd av:.....

Ref: Montgomery S, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry 1979; 134: 382-9.

MADRS - S (Självskattningsskala)

Namn

Datum

Genom att besvara följande nio frågor kan du och din läkare få en detaljerad bild av hur du mår och om du har symtom, 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. Sinnestämning

Här ber vi dig beskriva din sinnesstämning, 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 sömnsvärigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover ytligare 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 vardagssysslor.

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 likgiltigt 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 självförebåelser, 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

Tolkning av MADRS-S för bedömning av depression.

Öppna frågeformuläret

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**.



Checklista suicidriskbedömning

- Separata enskilda samtal med barn och föräldrar
- Frågor utifrån Beskows suicidstege
- Använt Becks Suicide Intention Scale
- Klinisk bedömning av grad av nedstämdhet
- Diagnostisk bedömning inklusive samsjuklighet
- Missbruksanamnes beträffande barn och familj
- Klinisk bedömning av suicidalitet
- Bedömning av utlösande faktorer
- Bedömning av riskfaktorer hos barn och omgivning inklusive familj
- Bedömning av föräldrars/nätverks skyddsförmåga
- Bedömning av åtgärdsbehov inklusive uppföljning
- Suicidriskbedömning har dokumenterats
- Vårdplanering har skett och dokumenterats

Från manual för suicidriskbedömning enligt Växjö



LANDSTINGET BLEKINGE

Dokumentnamn: Extravak		Dokid: Ledningssystem psykiatri – vård och behandling
Förvaltning: Psykiatri och Habilitering Förvaltningschef: Kristina Möller		Utfärdare: Sten Eklund
Godkänt datum: 2010-09-23	Ansvarig läkare (i särskilda fall):	Nästa rev.datum: 2013-10-01 Version: 4

EXTRAVAK

Syfte:	Säkerställa rutiner vid extravak.
Berör:	Samtlig personal
Ansvar:	Samordnande sjuksköterska
Rutinbeskrivning:	<p>Extravak ordineras av läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> • i suicidprevention • för att skydda patienten och/eller omgivning från destruktiva handlingar. • Rutinen gäller för patienter vårdade jämlikt HSL och för patienter vårdade jämlikt LPT/LRV <p>Grad 1: Patienten får ej lämnas ur sikte, ej gå ensam på toaletten, ej lämna avdelningen. Inga skadliga föremål på rummet.</p> <p>Grad 2: Kontroll var 15:e minut dygnet runt. Får ej lämna avdelningen. Inga skadliga föremål på rummet.</p> <p>För patienter som är inlagda enligt HSL som har extravak eller/och bedöms inte kan lämna avdelningen ska en vårdintygsbedömning/konvertering genomföras.</p> <p>Bedömning som ligger till grund för en ordination om övervakningsgrad bör göras efter en personlig undersökning av patienten. Bedömning av sänkning av en övervakningsgrad skall alltid göras efter en personlig undersökning av patienten.</p> <p>Beslut om syftet och grad av extravak dokumenteras i patientens journal.</p> <p>Under pågående vak ska vaklista finnas på avdelningsexpeditionens skrivbord, där det står noterat timme för timme vem som ansvarar för patienten.</p>

Speciell information:	<p>Vad gäller Grad 2, ska kontrollen ske minst var 15:e minut. Det är viktigt att kontrollerna sker oregelbundet så att patienten inte "lär sig" tiderna för kontroll.</p> <p>En bedömning av nyinsatt extravak bör göras en gång per dygn.</p> <p>När en patient har längre tids extravak skall ordinarie läkare ta ställning till övervakningsgraden inför helgen.</p>
Styrande dokument:	
Redovisande dokument:	Journal Vaklista



Information om SPEC, nationella hjälplinjen, jourhavande präst m fl

SPES - för dig som förlorat någon anhörig

08-34 58 73. Alla dagar 19-22 www.spes.se

Nationella hjälplinjen

020-22 00 60. Alla dagar 13-22 www.nationellahjalplinjen.se

Jourhavande präst 112 www.svenskakyrkan.se

Jourhavande medmänniska

08-702 16 80 21-06

www.jourhavande-medmanniska.com

Jourhavande kompis (Röda korset)

020-22 24 44 www.rkuf.se/saker-vi-gor/stark-ungas-sjalvkansla/jourhavande-kompis

Föräldrtelefonen

020-85 20 00 www.foraldratelefonen.se

Barnen rätt i samhället (BRIS)

Barnens telefon 116 111.

Vuxnas telefon – om barn 077-150 50 50 www.bris.se

Linje 59 – funderingar kring bi- och homosexualitet

020-59 59 00 www.linje59.se

RÖDA KORSET 0771-90 08 00

Alla dagar 14-22 www.redcross.se

Sjukhuskyrkan i Karlshamn och Karlskrona

vxl 73 10 00

Sjukvårdsrådgivningen

1177, www.1177.se

Diagnoskoder vid suicidbedömning

Vid organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar (**F00-F09**) kan en kod från ett annat kapitel användas som tilläggskod för att ange orsaken, t.ex. en underliggande sjukdom eller skada.

Dubbelklassificering av skador och förgiftningar syftar till att möjliggöra statistik baserad på två olika aspekter, nämligen skadans natur och dess uppkomstsätt.

När det gäller inverkan av droger, läkemedel och biologiska substanser skiljer man på följande två huvudtyper

- förgiftning genom överdosering
- ogynnsam inverkan av en adekvat substans som ordinerats och givits på rätt sätt

Förgiftningar med läkemedel klassificeras med avseende på skadans natur i första hand genom ett kodnummer i serien **T36-T50** (eller koden **T50.9** åtföljd av motsvarande **ATC-kod**). Denna kod för förgiftningen anges som huvuddiagnos.

Hur överdoseringen har skett specificeras genom den kod från kapitel 20 som alltid skall åtfölja en diagnos avseende skador och förgiftningar. Här kan man skilja på oavsiktlig förgiftning, d.v.s. förgiftning genom olyckshändelse (**X40-X44**), avsiktligt självtillfogad förgiftning, t.ex. självmordsförsök (**X60-X64**). Vid läkemedelsförgiftning med oklar avsikt – d.v.s. i fall där informationen är otillräcklig för att avgöra om förgiftningen uppkommit genom olyckshändelse eller om den är självtillfogad – kan detta anges genom kod i serien **Y10-Y14**.

Det finns möjlighet till förenklad användning av de ovan nämnda koderna från kapitel 20. Eftersom läkemedlet i fråga redan har specificerats i koden i serien **T36-T50**, eller genom koden **T50.9** åtföljd av **ATC-kod**, kan koden från kapitel 20 förenklas genom att använda den minst preciserade koden i serierna, nämligen **X44**, **X64** respektive **Y14**.

Ogynnsamma effekter av läkemedel som administrerats på rätt sätt i terapeutiskt eller profylaktiskt syfte utgörs t.ex. av överkänslighetsreaktioner eller andra biverkningar. I dessa fall skall den ogynnsamma effekten anges som huvuddiagnos, medan det orsakande läkemedlet specificeras genom tilläggskod. En icke närmare specificerad läkemedelsreaktion får koden **T88.7**. I detta fall anges det orsakande läkemedlet som tilläggskod genom läkemedelskod från serien **T36-T50** (eller motsvarande **ATC-kod**).

Uppkomstsättet måste dessutom anges med hjälp av en kod i kapitel 20 hämtad från kodserien **Y40-Y57**.

Även här finns möjlighet till förenklad användning av koderna i kapitel 20. Eftersom läkemedlet i fråga redan specificerats i koden från kapitel 19 (eller genom motsvarande **ATC-kod**), kan koden från kapitel 20 förenklas genom att använda den minst preciserade koden i serierna, nämligen **Y57.9**.

Kapitel 19 Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (S00-T98)

Här klassificeras *skadans natur*.

Alla tillstånd skall åtföljas av en kod från kapitel 20 som beskriver skadans uppkomstsätt.

Kapitel 20 Yttre orsaker till sjukdom, och död (V01-Y98)

Här klassificeras *skadans uppkomstsätt*.

Används som tillägg till kod från kapitel 19 och anger den yttre orsaken till skadan, förgiftningen eller annat tillstånd som klassificeras i kapitel 19.

V, W, X och Y kan aldrig vara huvuddiagnos.

Även andra tillstånd som uppfattas ha en yttre orsak, men som klassificeras i något av kapitlen 1-18, kan kombineras med kod från kapitel 20.

Om flera yttre orsaker samtidigt är aktuella anges den orsak som hör till den allvarligaste skadan, d.v.s. som hör till huvuddiagnosen, först.

Platskod

I början av kapitel 20 finns platskod.

Är uppgift om platsen för den yttre orsakens inverkan relevant, anges denna i den fjärde positionen tillsammans med **W00-Y34** (med undantag för **Y06** och **Y07**).

Aktivitetskod

I början av kapitel 20 finns aktivitetskod.

I tillämpliga fall kan den femte positionen tillsammans med **V01-Y34** användas för att ange aktiviteten hos den skadade personen vid tiden för den yttre orsakens inverkan.

Det är viktigt att platskoden och aktivitetskoden inte blandas samman och att de registreras i rätta positioner.

Om uppgift saknas om plats för den yttre orsakens inverkan kan man inte lämna fjärde positionen blank eller i stället ange aktivitetskoden där. I sådana fall måste koden för ospecificerad plats (.9) anges i fjärdepositionen och en eventuellt tillämplig aktivitetskod registreras i femtepositionen.

ATC-kod

Det är många gånger angeläget med en mer detaljerad beskrivning av det aktuella läkemedlet än vad ICD:s koder medger. För detta används ATC-koder som återfinns i FASS. Anges alltid vid förgiftning och om läkemedlet är känt.

ATC-koderna är sju-ställiga och fjärde positionen är alltid en bokstav, vilket gör det möjligt att skilja dem från ICD-10-koder. För att undvika förväxling av koder måste därför såväl ICD-10-koder som ATC-koder alltid registreras med minst fyra tecken.

Om mer än ett läkemedel varit aktuellt vid en förgiftning redovisas samtliga, varvid det kliniskt viktigaste anges först. I de fall ett läkemedel inte finns angivet med ATC-kod i FASS, eller vid ofullständiga uppgifter om orsakande substans, används i stället kodnummer från serien **T36-T50**.

Åtgärds-koder vid suicidbedömning

Kod	Text	Beskrivning
AU118	Strukturerad suicidriskbedömning	Strukturerad bedömning av risken för att patienten ska utföra självmordshandling. I åtgärden ingår systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska data, bedömning av psykisk status och en, med beaktande av anamnesuppgifter, statusfynd samt kända risk- och skyddsfaktorer, gjord värdering av risken för självmordshandling. I åtgärden ingår även dokumentation av en strukturerad formulering av bedömarens värdering av risken.
AU010	Allmän skattning av behov eller funktionsförmåga (ex. GAF, CAN)	Bedömning av bl.a. individens uppträdande, kommunikationsförmåga, kognitioner, förekomst av psykiska symtom samt funktioner och aktivitetsförmåga inom exempelvis boende, arbete och sysselsättning med vedertagen standardiserad intervju, skattningsskala eller motsvarande. Undersökningen syftar till att beskriva funktionsförmåga eller behov globalt eller inom flera skilda områden. T.ex. GAF, CAN.
AU011	Skattning av psykiska symptom	Bedömning av bl.a. individens uppträdande, kommunikationsförmåga, kognitioner, stämningsläge och förekomst av psykiska symptom etc. grundad på undersökning med hjälp av vedertagen skattningsskala, strukturerad intervju eller motsvarande. Undersökningen syftar till att kartlägga psykiska symptom avseende förekomst, frekvens och svårighetsgrad. T.ex. PANSS, CPRS, BPRS, BDI, MADRS, Y-BOCS.
GA002	Extra tillsyn (extravak)	Observation av patienten i syfte att vid behov kunna ingripa om fara för patientens eller annans liv eller hälsa uppstår.
ZV024	Familjesök	Besök där en eller flera personer med nära relation till en patient tillsammans med patienten möter hälso- och sjukvårdspersonal. Familjesöket skall journalföras.
XS001	Information och rådgivning med företrädare för patienten	Möte där någon företrädare för patienten (vårdnadshavare, god man, anhörig, närstående eller annan som patienten själv utsett som företrädare) möter hälso- och sjukvårdspersonal utan att patienten är med . Samtalet ska journalföras.



LANDSTINGET BLEKINGE

PSYKIATRI- OCH HABILITERINGSFÖRVALTNINGEN

371 81 KARLSKRONA • TEL 0455 - 73 10 00
FAX 0455 - 802 50 • E-POST landstinget.blekinge@ltblekinge.se