Den självmordsnära patienten

- om att bedöma risken för självmord och hjälpa den i riskzonen

Michael Rangne
2016-03-18

Internettips

- insidan.slso.sll.se/Global/Centralt%20verksamhetsst%C3%B6d/St%C3%B6d%20och%20service/eH%C3%A4lsa/Takecare/TakeCare%20manualer/Manual%20f%C3%B6r%20suicidrelaterade%20s%C3%B6kord%20i%20TC111020.pdf
- TakeCare -> Juris online för rutiner, bl a RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning
- www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Suicidnara-patienter1/
- www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Suicidnara-barn-och-ungdom/
- www1.psykiatristod.se/Global/vardprogram_fulltext/RV_Suicidnara_patienter_2010.pdf
- www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/suicidprevention/
- ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige-observerad-trend
- www.nationellasjalvskadeprojektet.se/download/18.40768cbb14b32a0480be44/1423638766200/Rekommendationerna+slutgiltig+version+2015.pdf

www1.psykiatristod.se/Global/vardprogram_fulltext/RV_Suicidnara_patienter_2010.pdf

3

Norra Stockholms Psykiatri
Stockholms läns sjukvårdsområde

RUTINER

Via Juris online

Definitioner
Extravak/extra observation suicidnära patient
Efter suicid i vården - Flödesschema
Efter suicid eller suicidförsök på avd - Handlingsplan
Lex Maria - suicid
Närstående till suicidnära patient
Närstående - efter suicid i vården
Permission - suicidriskbedömning
Personal - efter suicid i vården
Registrering suicid och suicidförsök
Samverkan med somatisk akutvård eller annan somatisk instans - suicidnära patient
Strukturerad suicidriskbedömning
Vårdplan/krisplan suicidnära patient

4

TakeCare -> Juris online

Norra Stockholms Psykiatri
Stockholms läns sjukvårdsområde

Dokumentets namn	Utfärdare/handläggare	Dok.nr
Strukturerad suicidriskbedömning	Ullkarin Nyberg	
Giltig fr o m	Reviderad	Beslut
2010-10-06	2014-06-12	Verksamhetschef Göran Rydén

RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

5

Trycktips

- Regionalt vårdprogram: suicidnära patienter, huvudförfattare Bo Runeson (www1.psykiatristod.se/Global/vardprogram_fulltext/RV_Suicidnara_patienter_2010.pdf)
- Den suicidnära patienten: värdering och hantering av suicidrisk (Bo Runeson m fl)
- Konsten att rädda liv: om att förebygga självmord (Ullakarin Nyberg)
- Suicidnära patienter : kliniska riktlinjer för utredning och vård (Svenska Psykiatriska Föreningen)

6

Allmänt om psykiatrisk bedömning

Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"

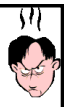
Symtom

Anamnes från patienten
Uppgifter från närstående
Psykiskt status
Intervjuformulär och skattningsinstrument

Syndrom

Sjukdom

Några vägar till diagnos - "psykiatrisk undersökning"



1. Symtom
   - Anamnes
     - Vad patienten berättar
     - Vad andra berättar
     - Involvera gärna anhöriga för kompletterande uppgifter, såsom aktuellt sjukdomsförlopp, eventuella självmordsmeddelanden och tidigare hypomani
     - Journalen
     - Social situation, stöd, nätverk
   - Psykiskt status
     - Det vi direkt kan se
     - Patientens framtoning och beteende
     - Sätt att relatera till andra
   - Intervjuformulär och skattningsinstrument
2. Syndrom
   - Jämför aktuella symtom och statusfynd med kriterielistor enligt DSM IV/ICD 10
   - Värdera lidande och funktionsinskränkning
3. Sjukdom
   - Aktuellt syndrom/episod och ev tidigare episoder vägs samman

1. Hur ser patienten ut?
   - Hur är han klädd?
   - Missbrukstecken?
   - Skärsår på handlederna?
   - Avmagrad?
2. Fullt vaken?
3. Fullt orienterad?
4. Intellektuella funktioner
   - Minne?
   - Begåvning?
5. Ger han fullgod kontakt?
   - Formellt?
   - Emotionellt?
6. Sinnesstämning
   - Neutral?
   - Sänkt, irritabel, dysforisk?
   - Förhöjd, euforisk, irritabel, expansiv, grandios?
7. Affekter
   - Labila, avtrubbade, inadekvata?
   - Orolig, ångestfylld?
   - Hotfull, aggressiv?
8. Motorik och mimik
   - Motorisk oro, rastlös?
   - Hämmad motorik och mimik?

9. Tal
   - Fåordigt, enstavigt, stackato, svarslatens, idéfattigt?
   - Flödande, talträngd, hög röst, svår att avbryta?
10. Hur tänker patienten?
    - Koncentrationssvårigheter?
    - Innehållsfattigt?
    - Lösa associationer, tankeflykt, splittrad?
    - Tankestopp?
    - Tanketrängsel?
    - Förbisvar?
11. Vad tänker patienten?
    - Depressivt tankeinnehåll?
    - Grandiost tankeinnehåll?
    - Övervärdiga idéer?
    - Vanföreställningar?
    - Tvångstankar?
12. Perceptionsstörningar?
    - Illusioner?
    - Hallucinationer?
13. Självmordsbenägenhet?
    - Livsleda, hopplöshet, dödsönskan, självmordstankar, självmordsplaner, självmordsförsök?
14. Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

Vad är syftet med bedömningen?

1. Avgöra om patienten behöver vård, och i så fall hur snabbt och på vilken nivå. Fordrar alltid suicidriskbedömning.
   - Psykiatrisk akutmottagning
   - Psykiatrisk öppenvårdsmottagning
   - Husläkarmottagning
   - Psykolog "på stan" (växa som vuxen, förstå sig själv)
2. Behövs ambulanstransport, polishämtning eller vårdintygsbedömning?
3. Hjälp av socialtjänsten?
4. Ge tröst och stöd för stunden.
5. Ge råd om självhjälp om så är lämpligt
   - Lästips?
   - "Internetterapi"?
   - Patient- och anhörigförening
6. Motivera patienten till den insats som bedöms lämplig.

11

Den akuta bedömningen - vad vill vi veta?

1. Har patienten kontakt med vården nu, någon att vända sig till?
2. Tidigare sjukhistoria? Har patienten fått någon diagnos?
3. Hur mår patienten just nu?
4. Vad är det som gör att hen tar kontakt just nu? Har något hänt?
5. Vad är det värsta som skulle kunna hända nu? Vilken är patientens största rädsla/farhåga?
6. Vad har hen själv försökt göra för att må bättre?
7. Vad vill hen själv ha nu? Förståelse och tröst, någon att samtala med, goda råd, hembesök, kontakt med akutmottagning eller öppenvård, inläggning?
8. Vilket stöd har hen runt omkring sig? Anhöriga, vänner, nätverk?
9. Finns det en suicidrisk? Hur stor?
10. Anhöriga/närståendes uppfattning om situationen.
11. Är patienten positiv till tidigare vård och det du föreslår?

Det viktigaste

1. Samtalet är ibland patientens första kontakt med psykiatrin och formar hennes bild av psykiatrin.
2. Samtalet är en del av behandlingen.
3. "Play it safe"
   - Vi ska inte gissa vad patienten troligast lider av utan se till att patienten får rätt omhändertagande utan risk.
   - Låt inte uttalade eller outtalade förväntningar påverka dig (många samtal, snabba samtal, "effektivitet", avhålla patienterna från att besöka vården).
   - Glöm aldrig att värdera suicidrisken (även om patienten inget säger).
4. Får du inte hyggligt god kontakt med patienten faller hela bedömningen.
   - En patient som inte upplever att du bryr dig, på riktigt, kommer inte att få ut eller göra något av samtalet.
   - Ilskna och otrevliga patienter har **högre** självmordsrisk.

Det viktigaste

5. Vid osäkerhet – fråga om det finns någon mer du kan få prata med.
6. Involvera patienten
   - Summera det som framkommit och förmedla din bedömning till patienten.
   - Fråga om du förstått rätt.
   - Fråga vad patienten själv tycker vore det bästa att göra nu.
7. Föreslå, utifrån utfallet av punkt 6, vad du tycker vore den bästa hanteringen och fråga patienten vad hon tycker om detta förslag.
8. Om patienten inte är nöjd med förslaget, fråga ånyo vad patienten föreslår och försök hitta den bästa möjliga kompromiss som patienten samtycker till.
9. Gör en överenskommelse med patienten.
10. Tacka för samtalet och hälsa välkommen åter.

När behöver patienten läggas in?

1. Hög självmordsrisk (hur hög?).
2. Svårbedömd självmordsrisk (hur stort är "spannet"?)
3. "Farlighet", dvs risk för våld mot annan.
4. Svårt lidande, omänsklig situation att befinna sig i.
5. Funktionssvikt, klarar sig inte i boendet.
   - Får ställas i relation till det stöd patienten har från familj, anhöriga, psykiatrin, hemtjänsten och socialtjänsten.
   - Får inte i sig mat.
   - Sover knappt på nätterna.
   - Klarar inte att sköta sin hygien.
   - Klarar inte skötseln av hemmet, betala räkningar etc.
   - Kommer inte ut från bostaden.
   - Super ner sig.

15

När behöver patienten läggas in?

6. Beter sig socialt olämpligt, terroriserar grannar, riskerar vräkning.
7. Utmattade anhöriga.
8. Svåra konflikter med anhöriga.
9. Uppenbart behov av vård som inte kan ges i hemmet (ECT, medicinering som patienten vägrar ta).
10. Depression
    - med depressiva vanföreställningar eller andra psykotiska inslag.
    - postpartum.
    - blandepisod (mixed state).
    - hopplöshetskänslor.
    - suicidrisk.
11. Vissa allvarliga tillstånd – mani, postpartumpsykos, allvarlig psykos.

16

När behöver patienten läggas in?

Man behöver alltså klarlägga såväl symtom och lidande som patientens funktionsnivå och tillgång till stöd och hjälp.

- "Hur går det för dig hemma nu när du har det så svårt?"
- "Finns det någon som bryr sig om dig när du mår så här?"
- "Har du någon som hjälper dig?"
- "Är det någon som ringer dig ibland?"
- "Någon du kan ringa?"
- "Blir dina räkningar betalda?"
- "Sover du på nätterna?"
- "Får du i dig mat på dagarna?"

17

Akut inläggning

- Självmordsrisk.
- Depressiva vanföreställningar eller andra allvarliga psykotiska inslag som gör att patienten inte tänker och handlar rationellt.
- Intoxikation, medicinpåverkad, sluddrar.
- Risk för skada på andra.
- Katastrofal social situation, är i färd med att förstöra sitt liv.
- Outhärdlig situation, svår hopplöshet, nattsvart (självmordsrisken är sannolikt hög även om patienten förnekar det).

18

In akut? Några frågor:

1. "Vilken hjälp behöver du just nu?"
2. "Skulle du behöva träffa en läkare och eventuellt läggas in på sjukhus just nu?"
3. "Vilken hjälp behöver du på litet sikt?"
4. "Om du väljer att försöka klara dig hemma ikväll, vad är det värsta som skulle kunna hända om det inte går bra?"
5. "Har du människor hemma som du kan få hjälp av när du har det jobbigt?"
6. "Nu vill jag ställa min just nu allra viktigaste fråga, och det är jätteviktigt att du verkligen svarar mig precis som du känner det: **Tror du själv att det finns någon risk för att du försöker ta ditt liv om du stannar kvar hemma just nu?"**
7. "Jag skulle vilja att du lovar mig att ringa igen eller åka in akut om det blir sämre eller du får mer påträngande självmordstankar. Kan du lova det?"
8. "Nu har vi gjort en liten handlingsplan tillsammans, du och jag. Känns den helt okay med dig?"

19

Psykiatri eller primärvård?

- Hur **brukar** det vara, hur brukar patienten må?
  - Om patienten i vanliga fall brukar må bra och vara nöjd med livet och sig själv kan hon i normalfallet omhändertas i primärvården. Förutsatt att det inte föreligger suicidrisk eller annan inläggningsindikation.
    - *"Skulle du vara nöjd om du kunde må som du brukar må igen?"*
  - En patient som säger att det har aldrig varit bra, hon vet inte vem hon är, hela livet har varit ett h-e, hon måste få psykoterapi etc behöver förmodligen psykiatrisk specialisthjälp.
    - *"Har du alltid haft det så här svårt?"*

20

Varje psykiatrisk patient…

…skall betraktas som en potentiell självmordsrisk innan undersökning och bedömning skett

23

Självmordsrisk vid depression

De flesta med depression har suicidtankar och ökad suicidrisk

Utgå från att en deprimerad patient är suicidbenägen tills han/hon övertygat dig om att så inte är fallet

Fråga alltid!

Våga fråga

Var inte rädd för att fråga om dödsönskan och självmordstankar

Patienten vill oftast skona oss från att höra…

…så gör det möjligt för patienten att svara ärligt.

"Jag vet att många i din situation tänker att det skulle vara bättre att vara död. Hur är det för dig?"

25

Vi vill veta hur patienten **tänker!**

Hur tänker du nu?
Hur tänkte du då?

26

En patient med självmordsrisk…

…skall betraktas som ett akutfall av samma dignitet som kirurgins akuta buk och medicinens hjärtpatient, och är alltså i behov av akut omhändertagande.

27

Bedöm grad av suicidal intention

Ingen dödsönskan, rop på hjälp, kommunikationsmetod

Absolut dödsönskan, ser ingen utväg, vill bara dö

Ambivalens!

Var i processen?

Grad av suicidal avsikt?

Syfte? Kommunikation? Apell? Aggressivitet?

Vilka alternativ finns?

28

Två "typer" av självmord

Kaotiska

- Nästan alla suicid sker under inflytande av psykisk störning, ffa depression, missbruk, personlighetsstörning och krisreaktion.
- Nedstämdhet, förtvivlan och hopplöshet föreligger nästan alltid.

Rationella/"filosofiska"

- Mycket ovanliga.
- Svårbedömt – även suicid hos t ex svårt cancersjuk patient ter sig ofta irrationellt.
- Låt inte den pseudorationelles argumentation lura dig. Känslor smittar, så "köp" inte den förmedlade hopplösheten rakt av. Det finns andra i samma svåra situation som ändå inte vill dö.
- Ibland politiskt motiv.

75-90% av alla suicid har sin bakgrund i depression, alkoholism eller stress- och krisreaktioner.

30

Några svårigheter

- Dålig kontakt i samtalet.
- Patienten ter sig avvisande, grinig och otacksam.
- Patienten dissimilerar eller aggraverar.
- Bedömarens osäkerhet.
- Bedömarens okunskap.
- Bedömarens tidsbrist.
- Psykiatrins resurser och tillgänglighet.

31

Patienten som "suicidhotar"…

…är kanske suicidal!

32

Patienten som "suicidhotar"…

… är kanske suicidal!

- Att patienten har misslyckats med ett antal suicidförsök tidigare är inte anledning att ta *dagens* suicidtankar på mindre allvar.
- Det är tänkbart att patienten kommit fram till att självmordshot är enda gångbara valutan i vissa vårdkontakter… **men du är inte Gud och kan inte läsa andras tankar!**
- Om patienten säger sig ha suicidavsikter så utgå från att det stämmer, om du inte *på mycket goda grunder* är övertygad om att så inte är fallet.
- Handlägg därför patienten efter den "högsta" suicidrisken som synes kunna föreligga. I dessa situationer får patienten "stå sitt kast".

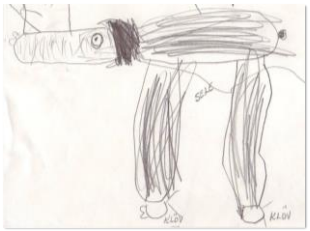
33

Suicidtankar blir till slut en dålig vana

- Depressionen efterlämnar ett "ärr". En associationstendens mellan de psykiska processerna - tänkande, kännande, minne, hopplöshet - är upparbetad och aktiveras vid påfrestningar.
- Samma sak med de suicidala tankarna/processerna som reaktiveras vid humörsvängningar eller nya depressionsepisoder.

34

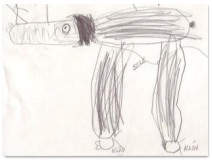
"Hon är bara ensam"



35

"Hon är bara ensam"

Att vara ensam är inte så "bara". Snarare är ensam det jävligaste en människa kan vara.



Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.

36

"Hon är bara ensam"

- Att vara ensam är inte så "bara"!
  - Snarare är ensam det jävligaste en människa kan vara. Ensamhet dödar.
  - En deprimerad människa känner sig ensam t o m när hon inte är det. Det ligger i sjukdomens natur.
  - Att få höra att man "bara är ensam" när man är deprimerad är extremt invaliderande.
  - Man kan inte säga att patienten å ena sidan har sin depression och å andra sidan sin ensamhet. De upplevs som samma sak.
  - Ensamhet försämrar tillståndet och prognosen.
  - Ensamhet ökar behovet av professionellt omhändertagande.
- Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.

37

The deepest hunger of the human soul is to be understood.

Stephen R Covey

Hur blir man av att ha en depression?

Irritabel, taggig, argsint, lynnig, sur, lättstött och allmänt överkänslig…
…eller likgiltig, uppgiven och självförsjunken.
Svår att få kontakt med.
Självupptagen, krävande och anklagande.
Okoncentrerad.
Trött och oföretagsam.
Skäms och tycker att det vore bäst för alla att man inte fanns eller försvann.
Svårt att ta emot hjälp.

39

Svårigheter och risker

Patienter med depression
- Uppgivna
- Trötta
- Fåordiga
- Ger nedsatt kontakt
- Tror inte att någon bryr sig
- Svårt ta emot hjälp

Patienter med ångest
- Kan prata på
- Svårt att höra hur mycket de lider
- Ofta missförstådda

Patienter med depression eller ångest

- Koncentrationsproblem.
- Skäms och känner sig som en belastning.
- Kan vara taggiga, griniga, aggressiva och otrevliga.
- Har vanligen negativa vårderfarenheter i bagaget.
- **Kan bli suicidala** som följd av sitt tillstånd, och **vid negativa vårdupplevelser!**
- Vi kan inte "objektivt" registrera hur en annan människa mår utan att samtidigt påverka detta mående på något vis.
- Vår bedömningsprocess är en del av behandlingen (liksom bemötandet).

En "suicidriskbedömning" är aldrig bara en bedömning!

Varje samtal inverkar ofrånkomligen på patientens grad av suicidalitet. Frågan är inte OM du ska påverka denna risk, utan I VILKEN RIKTNING!

42

"Okay, så kan man se det, men du hitta ett sätt att bli **sams med patienten** innan hon går hem?"

Den patient som från början inte var överhängande självmordsnära…

…kan vara det efter ett samtal med någon i vården!

43

Situationen i ett nötskal

Patientens utgångsläge
- Plågad
- Olycklig
- Sårbar
- Utlämnad
- Rädd
- Belastning
- "Fel"
- Skam
- Skuld

Vår uppgift
- Hjälpa patienten känna att han är okay ändå
- Minska skuld- och skamkänslorna
- Minska lidandet

Hjälp patienten inse att det INTE handlar om:

Rätt eller fel
Gott eller ont
Moral eller skuld
Svaghet eller styrka
Vilken sorts människa man är

Det handlar om en sjukdom!

Att vara anhörig eller hjälpare

Man känner sig
- Avvisad
- Ratad
- Anklagad
- Otillräcklig
- Skyldig
- Rädd
- Dum
- Osäker
- Förtvivlad
- Hjälplös
- Trött

Detta är troligen inte ditt fel eller har något med dig att göra – så fortsätt att ge allt du har!

46

Bedömning av självmordsrisk

Suicidrisken bör enligt Regionala vårdprogrammet:

1. Alltid beaktas och dokumenteras vid misstanke om eller konstaterad beroendeproblematik, depression eller annan psykisk sjukdom.
2. Även undersökas vid svåra personliga problem och livshändelser.
3. Upprepas om det finns underliggande riskfaktorer som tidigare suicidförsök och psykisk sjukdom, eftersom den akuta risken kan förändras snabbt.

Stockholms läns landsting

REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Norra Stockholms Psykiatri
Stockholms läns sjukvårdsområde

Strukturerad suicidriskbedömning/Jälkkarin Nyberg

Skapad av oss	Utbildn	Ansvar
2010-10-06	2014-06-12	Verksamhetschef Göran Rydén

RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

En strukturerad suicidriskbedömning ska enligt NSP´s rutin *alltid* utföras och dokumenteras vid:

1. Nybesök, även när suicidrisken inte är uppenbar.
2. Akuta besök, även när suicidrisken inte är uppenbar.
3. Återbesök där patienten bedöms vara suicidnära enligt gällande definition
   - har under det senaste året gjort ett eller flera suicidförsök
   - har allvarliga suicidtankar och suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden
   - har inte allvarliga suicidtankar men anses på grund av omständigheter ändå vara i farozonen för suicid
4. Inskrivning i slutenvård.
5. Ställningstagande till permission (inför längre permission bör suicidriskbedömningen inte vara äldre än 24 timmar).
6. Utskrivning från slutenvård.
7. Minst en gång om året för alla patienter.

49

MEN… Det handlar inte *bara* om att bedöma risken för suicid!

1. **Skapa kontakt**
   - så att patienten ser anledning prata med dig
   - så att du vet hur du ska värdera uppgifterna
2. **Samla information**, om nu och förut
   - från patienten
   - från andra som vet något
3. **Värdera** uppgifterna **och bedöma suicidrisken**
4. **Dokumentera bedömningen**
5. **Gör något för att minska risken** just nu
   - med ditt samtal och bemötande (du kan inte undvika att påverka suicidrisken i någon riktning)
   - hjälp patienten finna andra problemlösningsstrategier än självmord
   - diskutera med patienten vad som kan hjälpa
   - förmedla grundad anledning till ökat hopp

Saxat från någons hemsida:

”Självmordstankar är vanligt förekommande hos människor som mår dåligt. De allra flesta vill egentligen inte dö, de vill bara inte må som de gör. Självmord är en tänkbar lösning på problemet, dessvärre oåterkallelig och till en fruktansvärd kostnad.

Här får du lära dig hur du kan ta reda på om den andre är självmordsnära, och hur du då kan stötta och hjälpa till adekvat vård. Utöver vård och eventuellt mediciner behövs det alltid en medmänniska - du kan välja att vara den människan.

Det finns gott om riktlinjer och lathundar att tillgå för bedömning av suicidrisk. I slutändan tror jag att det är bra om man har kunskaperna i huvudet, så att man slipper sitta med en massa papper mellan sig själv och den lidande patienten. Men man kan ha hjälp av skriftliga riktlinjer för att komma ihåg vad man ska fråga om samt strukturen för samtalet. Uppgiften är trefaldig:

1. **Uppför dig så väl, och skapa så god kontakt, att den andre finner det meningsfullt att alls berätta något för dig. Lyckas du inte med det så faller alltihopa.**
2. **Bedöm självmordsrisken.**
3. **Gör något för att ändra situationen, hjälp patienten med självmordstankarna.**

De flesta riktlinjer man stöter på har vanligen helt snöat in på punkt två, och försummar ettan och trean. Alla tre är viktiga!”

Låt inte någon lura dig…

Bra psykiatri tar TID!

52

Och…

Läs journalen!

53

Kom ihåg

- Suicidrisken varierar över tid, ibland snabbt. Upprepa därför bedömningen regelbundet och vid förändringar i patientens situation eller tillstånd.
- Endast överläkaren får lätta på suicidrestriktioner som övervakningsgrad, utgångsregler och permissioner.
- Vid oro över patientens tillstånd kan underläkare däremot alltid **öka** restriktioner och övervakningsgrad, varefter överläkaren skyndsamt ska informeras.
- Man kan i akuta/svåra situationer med potentiell risk för suicidrisk hos den som vill lämna avdelningen alltid be personalen låsa dörren tills man hunnit samråda med överläkaren.
  - Legitimerad läkare kan fatta ett beslut enligt LPT 4§ om omhändertagande för vårdintygsbedömning.
  - Icke legitimerad får åberopa nödrätt enligt Brottsbalken.

Skattningsinstrument vid suicidriskbedömning

- **”Kan vara ett stöd men ersätter inte den kliniska bedömningen.** En rapport från SBU från 2015 konstaterar att inget enskilt instrument kunde uppvisa acceptabla prediktiva egenskaper. Vissa instrument kan dock fylla en funktion som ett **pedagogiskt stöd** för klinikern. **Den väsentliga delen av en suicidriskbedömning vilar på den kliniska intervjun med omsorgsfull värdering av suicidal intention, tidigare suicidalt beteende och aktuell sjukdomsbild.”** (Regionalt vårdprogram, min kursivering)
- **Kan användas som hjälpmedel och checklista för att samla information,** men har inget bevisat värde för att bedöma risken.
- Bl a begränsas de av att de inte är tillräckligt känsliga för snabba förändringar i den kliniska situationen eller för snabba växlingar i suicidrisk.
- **Bedömningen gör du själv** utifrån patientens aktuella status i kombination med de uppgifter du fått fram av journalen, patienten, andra uppgiftslämnare och eventuella skattningar.

Skattningsinstrument vid suicidriskbedömning

- SIS (Suicide Intention Scale): Analys av omständigheterna vid ett aktuellt suicidförsök
- SSI (Scale for Suicide Ideation): Värdering av grad av suicidal intention hos den som inte gjort ett suicidförsök
- C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale) beskriver separat den suicidala intentionen och det suicidala beteendet
- SUAS och SUAS-S
- S-risk 13
- CDSS (The Calgary Depression Scale for Schizofrenics) (http://www.ucalgary.ca/cdss/files/cdss/swedish-2.pdf)
- SPOC (Suicidal Patient Observation Chart)
- PHQ-9: Värdering av grad av depression, som är en stark riskfaktor för suicid
- MADRS och MADRS-S: Se PHQ-9

Vad ska vi egentligen med alla dessa varningssignaler till?

1. Förutspå risken för suicidal handling (begåvad gissning).
2. Undersöka vilka av patientens riskfaktorer som går att förändra.
3. Fokusera på dessa i samtalet med patienten och i behandlingen.
4. Involvera patienten i att ändra det som går.
   - Diskutera möjligheterna
   - Gör en handlingsplan
   - Skrid till verket
   - Följ upp

57

Det **egentliga** problemet vid många bedömningar:

Talar patienten sanning?

Att **värdera** patientens uppgifter är alltså det viktigaste och samtidigt det svåraste momentet i bedömningen, och för det behöver vi använda alla ledtrådar vi kan få – visuella, auditiva, känslomässiga, intuitiva – och även inhämta uppgifter från andra som vet något om patienten.

Kan jag lita på patientens uppgifter?

- Kontakten med patienten är A & O vid all psykiatrisk bedömning och behandling.
- **Om** jag är säker på att patientens uppgifter är tillförlitliga är bedömningen ofta inte så svår.
- Men /hur/ kan jag vara säker på att patienten inte för mig (och kanske även sig själv) bakom ljuset? Förvränger, dissimulerar eller aggraverar patienten, mer eller mindre medvetet?
- Använd alla ledtrådar, all information och alla informanter du kan hitta. Prata även med andra än patienten!
- Uppgifternas tillförlitlighet påverkas av många faktorer
  - Nedsatt kontakt (berusning, ilska, aversion mot psykiatrin, tafflight bemötande…)
  - Bristfällig autoanamnes
  - Dito anhöriganamnes
  - Oinsatt bedömare (läs journalen)
  - Tidsbrist vid samtalet (bra psykiatri tar tid)
  - Ovilja till att bli inlagd
  - Oro för att **inte** bli inlagd

Hur tillförlitlig är min bedömning?

- Hur stort är "spannet" mellan högsta och lägsta troliga suicidrisk för denna patient just nu?
- Handlägg efter högsta rimligt tänkbara suicidrisk just nu (inte efter mittläget i ett stort och osäkert spann).
- Lägg krutet på rätt patienter
  - Många är betryggande långt från suicid vid bedömningen, och en mindre del är uppenbart inläggningsbehövande.
  - Det är alltså en mindre del av patienterna som i realiteten befinner sig i den zon där det behövs en mer omfattande bedömning.
  - I dessa fall är det emellertid desto viktigare att göra en riktigt noggrann bedömning.

Några varningssignaler för hög suicidrisk

- Dålig kontakt under samtalet (omöjliggör adekvat bedömning).
- Suicid i släkten.
- "Klassiska" epidemiologiska riskfaktorer - ensamboende, frånskild, arbetslös, alkoholiserad äldre man med somatisk sjuklighet och dåligt socialt nätverk.
- Tidigare suicidförsök, särskilt om upprepade och med våldsam metod.
- Högt på "suicidstegen": suicidala avsikter och planering.
- Aktuell psykisk sjukdom/störning.
  - Depression
  - Mani
  - Psykos
  - Missbruk/beroende och berusning
  - Allvarligt personlighetsstörd patient med nedsatt impulskontroll, vanligen borderline personlighetsstörning och ADHD.

61

Fler varningssignaler för hög suicidrisk

- Bristande verklighetsförankring - svåra skuldkänslor, depressiva vanföreställningar, svåravlett ältande.
- Somatiska besvär/sjukdom, t ex svår värk som svarar dåligt på behandling.
- Pågående stort psykiskt lidande
  - Svår ångest.
  - Svår nedstämdhet.
  - Tung hopplöshetskänsla och förtvivlan (även om dödsönskan/suicidtankar negeras).
  - Massiv sömnstörning.
  - Upplevelse av ensamhet, isolering och utanförskap.
  - Skam- och skuldkänslor.
  - Svåravledbart ältande.
  - Svårt somatiserande.

62

Ännu fler varningssignaler för ökad suicidrisk

- Problematiska psykologiska förhållanden
  - /Upplevelse av/ kontrollförlust och maktlöshet.
  - Situation som innebär förlust eller hot om förlust - separation, konkurs, statusförlust.
  - Situation där man känner sig kränkt eller vanärad - avsked, körkortsindragning, ertappad med brott.
  - Reaktionssätt som lättkränkthet.
  - Dålig problemlösningsförmåga, mönster av att fly.
  - Svårigheter att formulera emotionellt lidande i ord.
  - Grubblande över sexuell identitet hos unga.
- Aggressivitet nu eller tidigare.
- HBT-person.
- Utlandsfödd.
- Kriminalvård.

63

Ännu fler varningssignaler för ökad suicidrisk

- Erfarenheter av suicidalt beteende hos familjemedlemmar och hos andra.
- Traumatiska händelser som sexuella övergrepp och mobbing.
- Våldserfarenhet från familj, social situation eller egen benägenhet att använda våld.
- Tillgång till vapen, läkemedel och andra medel som kan användas vid suicid (glöm inte anmäla olämplighet).
- Suicidrisken kan öka initialt under behandlingen - hämningen släpper innan humöret stiger, alternativt ångestförstärkning första vecka.

64

De allvarligaste varningssignalerna för hög suicidrisk

- Högt på "suicidtrappan", vill och avser att dö.
- Tidigare suicidförsök, särskilt allvarligt sådant med våldsam metod.
- Allvarlig aktuell psykisk sjukdom – depression, psykos, missbruk, ADHD, personlighetsstörning med nedsatt impulskontroll.
- Svåra symtom - ångest, nedstämdhet, förtvivlan och hopplöshet, sömnstörning, isolering, berusning, skam, skuldkänslor, behandlingsresistent värk.
- Dålig kontakt under samtalet (omöjliggör adekvat bedömning).

65

Statistiska/demografiska riskfaktorer

- Tidigare självmordsförsök (30-40 ggr ökad risk)
- Man
- Äldre
- Ensamstående
- Änkling
- Frånskild
- Ensamhet
- Arbetslös
- Bostadslös
- Psykiatrisk sjukdom
- Alkoholism
- Narkotikamissbruk
- Kroppslig sjukdom
- Värk
- Sömnproblem

66

Personlighetsrelaterade riskfaktorer

- Antiaggressivitet.
- Svag grundtrygghet.
- Överstarka krav på sig själv.
- Låg impulskontroll.
- Svårigheter att upprätthålla varma relationer och att ta emot hjälp från andra.

67

Riskfaktorer relaterade till livshändelser

- Separationer.
- Gräl med närstående.
- Konflikter med myndigheter.
- Egen eller anhörigs insjuknande.
- Förluster (arbete, status, självkänsla, ära).

68

Den allra viktigaste frågan vid en suicidriskbedömning:

Var på "suicidtrappan"/"suicidstegen" befinner sig patienten?

Suicidförsök
Suicidplaner
Suicidmeddelanden
Suicidavsikter

Suicidtankar

Dödsönskan
Livsleda
Hopplöshetskänsla
Nedstämdhet

69

Frågor som kan ingå i en suicidriskbedömning, enligt Regionala vårdprogrammet

- Har du tänkt att det skulle vara bättre om du var död?
- Har du tänkt att du skulle skada dig på något sätt?
- Har du övervägt att ta ditt liv?
- Har du funderat på hur du skulle gå till väga för att ta ditt liv?
- Har du gjort aktiva förberedelser för att ta ditt liv?
- Har du någon gång gjort ett självmordsförsök? Hur gjorde du då?

70

Självmordsstegen (enligt Jan Beskow) är en halvstrukturerad intervju där man närmar sig patientens eventuella suicidproblem.

Man frågar stegvis om upplevelser av meningslöshet och svartsyn, dödstankar, dödsönskan, suicidtankar, suicidönskan och suicidplaner.

Om suicidförsök har förekommit ställer man ytterligare frågor kring detta.

71

Självmordsstegen

1. ***Nedstämdhet/hopplöshet***
   Är du nedstämd och ledsen ofta? Känner du dig "deppig" för det mesta?
   Känns allting hopplöst? Tror du att det kommer att bli bättre igen?

2. ***Dödstankar***
   Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?

3. ***Dödsönskan***
   Har du önskat att du vore död?
   Skulle du vilja slippa vakna nästa morgon?

4. ***Självmordstankar***
   Har du tänkt på att göra dig själv något?
   Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig?
   Har du tänkt ut hur du skulle göra det?

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

Självmordsstegen

6. ***Självmordsförsök***
   Har du tidigare gjort något självmordsförsök?
   Genomförde du det du tänkte göra eller gick det inte?
   Vad gjorde du? När? Var? Varför?

7. ***Självmordsplaner***
   Har du planer på att ta ditt liv?
   Har du tänkt ut hur du skall göra det?
   Har du bestämt när du skall göra det?

8. ***Självmordsförberedelser***
   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 ta livet av dig?
   När? Var? Hur? Har du skrivit avskedsbrev?
   Har du gjort dig av med saker du inte vill ska finnas kvar efter dig?
   Har du sett till att träffa kompisar en sista gång?

Frågor, självmordsstegen

- Är du nedstämd?
- Känner du dig aldrig bättre?
- Känns det meningslöst?
- Känns det hopplöst?
- Är du trött på att leva?
- Har du känt att det vore skönt att få vara död?
- Längtar du efter att dö?
- Har du haft tankar på att du själv skulle kunna ta ditt liv?
- Hur ofta tänker du så? När kommer tankarna? Hur "svarar" du på de tankarna, har du några "mottankar"?
- Har du funderat på hur du i så fall skulle kunna gå tillväga?
- Har du för avsikt att göra det?
- Har du planerat när, var och hur du ska göra det?
- Har det varit nära någon gång hittills? Berätta!

74

Frågor, självmordsstegen

- Vet någon annan om att du känner/tänker så här?
- Har du berättat för någon, eller skrivit brev?
- Har du vidtagit förberedelser (köpt rep, samlat tabletter, skrivit testamente eller avskedsbrev)?
- Finns det något som hindrar dig från att ta ditt liv? Vad?
- Hur stor uppskattar du själv att sannolikheten är att du kommer att göra ett självmordsförsök de närmaste veckorna?

- Vad skulle behövas för att du ska må bättre och inte längre vilja dö / ta ditt liv?
  - Vad skulle behöva ändras?
  - Vad skulle du behöva göra
  - Vad skulle vi kunna hjälpa dig med?
  - Vad skulle dina anhöriga kunna göra?
- Hur skulle dina närmaste reagera om du tog ditt liv?

75

Columbia Självmordsbenägenhet Bedömningsskala (C-SSRS)

- Kort sammanfattning/lathund utifrån presentation på kliniken av Axel Haglund.
- Försök för samtliga frågor få en bild av dels situationen den senaste månaden, dels när patienten varit som mest suicidnära under sin livstid.
- **Avsikt att agera är en markör för allvarlig suicidrisk.**
- Definition av suicidförsök: Självskadande handling med åtminstone någon grad av suicidavsikt. Alternativt självskadande handling där patienten förnekar önskan/avsikt att dö, men där handlingen hade kunnat leda till patientens död.
- Fyra områden:
  1. Självmordstankar
  2. Intensitet på tankarna
  3. Självmordsbeteende
  4. Potentiell dödlighet

Självmordstankar (C-SSRS)

1. Önskan att vara död
   - Har du någon gång önskat att du vore död eller önskat att du kunde somna och inte vakna igen? Om ja, beskriv:

2. Icke-specifika aktiva s-tankar
   - Har du haft några som helst tankar på att ta livet av dig? Om ja, beskriv:

Om patienten ger god kontakt och trovärdigt nekar till 1-2, hoppa direkt till fråga 11

3. Aktiva s-tankar med någon typ av **metod** (ingen plan) **utan avsikt** att suicidera
   - Har du funderat över hur du skulle kunna genomföra detta? Om ja, beskriv:

4. Aktiva s-tankar med en viss **avsikt att agera,** utan en specifik plan
   - Har du haft dessa tankar och haft någon avsikt att agera efter dem? Om ja, beskriv:

5. Aktiva s-tankar med någon grad av **specifik plan** och åtminstone viss avsikt
   - Har du börjat planera eller har du planerat detaljerna över hur du ska ta livet av dig? Har du för avsikt att genomföra planen? Om ja, beskriv:

Intensitet på tankarna (C-SSRS)

6. Frekvens
   - Hur många gånger har du haft dessa tankar?

7. Varaktighet
   - När du har dessa tankar, hur länge varar de?

8. Kontrollerbarhet
   - Kan (kunde) du sluta tänka på att ta livet av dig eller att vilja dö om du vill?

9. Avskräckande
   - Finns det saker(någon eller något) som hindrar dig från att vilja dö eller att agera efter tankar på att begå självmord?

10. Skäl till tankarna
   - Vilka skäl hade du för att tänka på att vilja dö eller ta livet av dig?
   - Var det för att få slut på smärtan eller få slut på hur du kände dig, eller var det för att få uppmärksamhet, hämnas eller få en reaktion för andra, eller både och?

Självmordsbeteende (C-SSRS)

11. Faktiskt försök (åtminstone någon önskan och avsikt att dö som ett resultat av handlingen)
   - *Har du gjort ett självmordsförsök?*
   - *Har du gjort något för att skada dig själv?*
   - *Har du gjort något farligt där du kunde ha dött?*
   - *Vad gjorde du?*
   - *Ville du dö (även svag önskan) när du…? Eller gjorde du det helt och hållet av andra skäl, utan någon avsikt att ta livet av dig?*
   - *Försökte du avsluta ditt liv när du…?*
   - *Eller trodde du att du möjligen skulle ha kunnat dö av…?*

Självmordsbeteende (C-SSRS)

12. Om patienten gjort ett faktiskt försök
- *Hur allvarlig skada blev det?*
- *Vilken vård behövdes efteråt?*

13, Avbrutet försök (avbruten av yttre omständigheter)
- *Har du vid något tillfälle börjat göra något för att avsluta ditt liv, men någon eller något hindrade dig innan du faktiskt gjorde något? Om ja, beskriv:*

14. Uppgivet försök (personen inleder ett självmordsförsök men avbryter själv sina förberedelser innan han genomfört självmordsförsöket)
- *Har du vid något tillfälle börjat göra något för att avsluta ditt liv, men du stoppade själv försöket innan du faktiskt gjorde något? Om ja, beskriv:*

15. Förberedande handling eller beteende (alla handlingar utöver "bara" ord, t ex skaffa tabletter, ge bort saker, skriva ett avskedsbrev)
- *Har du gjort några förberedelser för ett självmordsförsök eller förberett dig på att ta livet av dig, t ex …? Om ja, beskriv:*

Potentiell dödlighet (C-SSRS)

16. Vid påbörjat men av någon anledning ej fullföljt självmordsförsök (t ex legat på spåret men klivit upp igen)
- *Hur allvarlig skada hade troligen uppstått om försöket hade fullföljts?*
- *Hur stor risk är det att försöket skulle ha lett till patientens död?*

SKÅDIS SÖKES!

82

Riskfaktorer

- Tidigare suicidförsök
- Psykisk sjukdom
  - Depression och bipolär sjukdom
  - Psykossjukdom
  - Missbruk/beroende
  - Neuropsykiatriska tillstånd
  - Personlighetsstörning
  - Långvarig/kronisk ätstörning
- Somatisk sjukdom
- Ärftlighet
- Utlandsfödd
- Hög ålder
- Man
- HBT– personer
- Kriminalvård

REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Riskfaktorer vid depression och bipolär sjukdom

- Svår depression
- Depressiva vanföreställningar med tema om skuld och skam eller om att självmordet skulle innebära en befrielse för anhöriga
- Kombination med missbruk
- Impulsivitet (t ex samsjuklighet med ADHD)
- Aggressivitet
- Uttalad hopplöshet och uppgivenhet
- Stark dödsönskan
- Svår ångest
- Svår sömnstörning

REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Riskfaktorer vid psykossjukdom

- Schizofreni
  - Yngre
  - Efter diagnos, särskilt första året
  - Hög risk att dö p g a att våldsamma metoder oftare används
  - Depression (använd Calgary Depression Inventory)
  - Hopplöshetstankar
  - Drogmissbruk
  - Agitation eller motorisk oro
  - Dålig följsamhet till behandling
  - Nyligen inträffad förlust
  - Tiden strax efter inskrivning och utskrivning
- Andra psykotiska tillstånd

REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Riskfaktorer vid missbruk och beroende

- Alkoholberoende och narkotikamissbruk
  - Störst risk under pågående missbruk
  - Akut alkoholförgiftning
  - Abstinensfas
  - Tidigt alkoholmissbruk hos unga
  - Psykiatrisk samsjuklighet

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Riskfaktorer vid neuropsykiatriska tillstånd

- Ingen tydlig evidens för förhöjd suicidrisk
- Impulsivitet är dock en avsevärd riskfaktor vid andra psykiatriska sjukdomstillstånd
- Depression och annan psykisk samsjuklighet hos en patient med ADHD kan därför antas ge särskilt förhöjd suicidrisk
- ASD med oflexibelt fungerande och få sociala kontakter ger troligen en förhöjd suicidrisk vid samtidig depression

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Riskfaktorer vid personlighetsstörning

- EIPS, särskilt
  - vid samtidigt missbruk eller annan psykiatrisk samsjuklighet
  - de som varit suicidala redan tidigt i förloppet
  - vid traumatisk och turbulent uppväxt under tidiga levnadsår
  - vid kombination med antisociala drag
- Antisocial PS
- Möjligen ökad risk vid narcissistisk PS

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Riskfaktorer vid ätstörning

- Långvarig/kronisk
- Särskilt i samband med depression

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Riskfaktorer vid somatisk sjukdom

- CNS
- Traumatiska hjärnskador
- Stroke

- Cancer
- Vissa endokrina och autoimmuna sjukdomar
- HIV

- Samtidig depression ökar risken

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Ökad risk om man är utlandsfödd

- Fördubblad risk
- Varierar med ursprungsland
- Adopterad har ökad risk
- Troligen har även asylsökande ökad risk

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Ökad suicidrisk hos äldre

- Fullbordat suicid är vanligare hos äldre
- Ytterligare förhöjd risk vid
  - Samsjuklighet
  - Tidigare suicidförsök
- De flesta har uttryckt suicidal kommunikation det senaste året
- Hjälpsökande beteende vanligt, mer än hälften har besökt vårdcentralen månaden före suicidet
- Allvarliga suicidförsök, äldre lyckas oftare än yngre, dvs ta på allvar

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Ökad suicidrisk hos män

- Känsligare för förluster (partner, arbete, fysisk hälsa)
- Mer impulsiva
- Använder mer droger och alkohol
- Effektivare (allvarligare) metoder, lyckas oftare
- Söker mindre hjälp för sina psykiska svårigheter än kvinnor
- Män över 85 år har högsta risken
- Sämre prognos än kvinnor, särskilt över längre tid

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Ökad suicidrisk hos HBT-personer

- Homosexuella, bisexuella och transpersoner har förhöjd risk
- Troligen p g a sämre social förankring och utsatthet (mobbing, våldsbrott)

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Ökad suicidrisk hos personer i kriminalvård

- Förhöjd psykisk ohälsa (t ex missbruk, ADHD, personlighetssyndrom, depression)
- Ofta psykisk multisjuklighet
- Veckan efter intagningen
- Månaderna efter frigivning

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Övriga riskfaktorer

- Erfarenheter av suicidalt beteende hos familjemedlemmar och hos andra
- Ensamhet och bristande socialt nätverk
- Förluster
- Traumatiska händelser som sexuella övergrepp och mobbing
- Våldserfarenhet från familj, social situation eller egen benägenhet att använda våld
- Reaktionssätt som lättkränkthet
- Tillgång till vapen, läkemedel och andra medel som kan användas vid suicid

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Skyddande faktorer

- Ett gott stöd i parrelationen, familjen eller hos andra närstående.
- Förmåga att skapa och vidmakthålla nära relationer.
- Personliga värderingar eller religiös tro som motstånd mot suicidhandling.
- Rädsla för kroppslig skada vid suicidhandling.
- Förmåga att uthärda psykisk smärta.
- Omsorg om barn, familjemedlemmar eller andra.
- Hög KASAM (hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet).

1. Fråga patienten om vad som avhåller henne/honom från att ta sitt liv, vad som fått hen att orka leva fram till nu.
2. Förstärk om möjligt skyddande faktorer, exempelvis genom att fråga en person om vad det skulle innebära för närstående om han/hon tog sitt liv.

Stockholms läns landsting
REGIONALT VÅRDPROGRAM
Suicidnära patienter
2010

Minneslista, suicidriskbedömning för patient som inte gjort ett aktuellt suicidförsök

1. Suicidal intention
2. Suicidförsök
3. Suicid i familj eller närkrets
4. Social situation
5. Symtom
6. Kroppslig sjukdom
7. Risksituationer i relation till psykiatrisk vård

1. Suicidal intention

- Vilja att dö
- Vilja att göra ett aktivt suicidförsök
- Varaktighet av suicidtankar
- Frekvens av suicidtankar
- Suicidal planering
- Praktiska förberedelser för suicid
- Avskedsbrev eller annan skriftlig kommunikation
- Muntlig suicidal kommunikation

2. Suicidförsök

- Aktuellt
- Tidigare
- Antal
- Hög suicidavsikt till exempel genom val av metod eller noggrann planering för att undgå upptäckt

3. Suicid i familj eller närkrets

4. Social situation

- Problem i ursprungsfamiljen
- Suicid i familj eller närkrets (föregående rubrik)
- Aktuell relationsproblematik
- Isolering

5. Symtom

- Djup nedstämdhet
- Stark hopplöshet eller uppgivenhet
- Svår ångest
- Svår sömnstörning
- Psykotisk föreställning
- Personlighetsproblematik
- Våldsbenägenhet
- Missbruk/beroende/drogpåverkan

6. Kroppslig sjukdom

- Neurologisk sjukdom eller annan allvarlig sjukdom
- Smärtsyndrom

7. Risksituationer i relation till psykiatrisk vård

- Stark rädsla för eller fördomar mot psykisk sjukdom
- Ej hunnit etablera bärande kontakt med behandlare
- Förstagångsinläggning
- Tvångsinläggning
- Första tiden efter inskrivning eller utskrivning
- Avbrott/avslutande i kontakt med viktig personal/behandlare
- Överflyttning mellan enheter
- Konflikter mellan personal och patient/insatser

Obligata uppgifter vid riskbedömningen

- Tidigare suicidalt beteende.
- Aktuell sjukdomsbild.
- Suicidal intention.
- Psykiskt status.
- Värdering av risken (inte bara rabbla risk- och skyddsfaktorer).

Med "suicidnära" avses patienter som:

- Nyligen (under det senaste året) har gjort suicidförsök.
- Har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden.
- Utan att ange allvarliga suicidtankar på grund av omständigheterna bedöms vara i farozonen för suicid.

Samlad klinisk värdering av suicidrisk

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

- ☐ Ingen/minimal suicidrisk
- ☐ Viss suicidrisk
- ☐ Hög suicidrisk
- ☐ Mycket hög suicidrisk

Skriv sedan en kort motivering till din bedömning (rabbla inte bara risk- och skyddsfaktorer).

Såväl akut som underliggande suicidrisk ska:

- Dokumenteras på ett tydligt och strukturerat sätt i journalen
- Uppmärksammas i vårdplaneringen
- Kommuniceras till närstående

Samlad klinisk värdering av suicidrisk

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

☐ **Ingen suicidrisk**
Patientens tidigare och aktuella sjukdom och situation innehåller inget som bedöms tala för att suicidrisk behöver beaktas i behandlingen.

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

☐ **Hög suicidrisk**
Patientens tidigare och aktuella sjukdom och situation bedöms tala för en uppenbar risk att självmordshandling kan inträffa, denna risk måste beaktas i vårdplaneringen.

☐ **Mycket hög suicidrisk**
Patientens tidigare och aktuella sjukdom och situation bedöms tala för en överhängande risk för självmordshandling vilken kräver omedelbar insats i slutenvård, övervakning och behandling.

Från Regionala vårdprogrammet för unga med självmordsrisk

- **Minimal suicidrisk:** Patientens tidigare och aktuella sjukdom och/eller sociala situation innehåller ingenting som bedöms tala för att suicidrisk behöver beaktas i vårdplaneringen.
- **Viss suicidrisk:** Patientens tidigare och aktuella sjukdom och/eller sociala situation bedöms tala för att det för närvarande inte finns någon uppenbar suicidrisk, men att sådan risk inte kan uteslutas vid en eventuell försämring av patientens psykiatriska tillstånd och/eller sociala situation. Återkommande bedömning av risk- och skyddsfaktorer ska göras. Nära samarbete med närstående med fokus på suicidrisk ska finnas.
- **Hög risk:** Patientens tidigare och aktuella sjukdom och/eller sociala situation bedöms tala för en uppenbar risk att självmordshandling kan inträffa och denna risk måste beaktas vid vårdplaneringen. Kontakt med BUP:s respektive Maria Ungdoms akutenheter ska övervägas. Intensiteten i behandlingsinsatserna ska ökas. Nära samarbete med närstående med fokus på suicidrisk ska finnas.
- **Mycket hög risk:** Patientens tidigare och aktuella sjukdom och/eller sociala situation bedöms tala för en överhängande risk för självmordshandling som kräver omedelbar insats i heldygnsvård med övervakning och behandling. Vårdintygsbedömning med ställningstagande till Lag om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) genomförs. Eventuell polishandräckning kan behövas för att föra patienten till akutenheten. Nära samarbete med närstående med fokus på suicidrisk ska finnas.

Norra Stockholms Psykiatri
Stockholms läns sjukvårdsområde

Strukturerad suicidriskbedömning/Stanin Nyberg
2010-10-06 2014-09-12 Verksamhetschef Göran Rydén

RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

En strukturerad suicidriskbedömning ska alltid utföras och dokumenteras i TakeCare vid:

- Nybesök, även när suicidrisken inte är uppenbar
- Akuta besök, även när suicidrisken inte är uppenbar
- Återbesök där patienten bedöms vara suicidnära enligt ovanstående definition
- Inskrivning i slutenvård
- Ställningstagande till permission
- Utskrivning från slutenvård

111

Norra Stockholms Psykiatri
Stockholms läns sjukvårdsområde

Strukturerad suicidriskbedömning/Stanin Nyberg
2010-10-06 2014-09-12 Verksamhetschef Göran Rydén

RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

Att tänka på vid dokumentation av suicidriskbedömning i TakeCare:

- All personal som arbetar med självständiga patientkontakter ska kunna genomföra och dokumentera en strukturerad suicidriskbedömning.
- Alla observationer som har med suicid att göra ska dokumenteras under de särskilda sökord som finns i TakeCare.
- Om all information som handlar om suicid samlas under specifika sökord minskar risken för att viktig information missas vid genomläsning av journalen. Man kan söka på dessa sökord och därigenom få en överblick över patientens suicidalitet över tid.
- Alla sökord behöver dock inte användas vid varje besök eller samtal.
- Vid misstanke om att en patient är suicidnära eller om patienten har gjort ett suicidförsök ska han/hon bedömas samma dag av läkare.

112

Ur "Manual för strukturerad dokumentation av suicidriskbedömning i journalsystemet TakeCare" saxas följande om anbefallen dokumentation enligt Regionala vårdprogrammet:

"Dokumentation av riskbedömning
Suicidrisken ska, när det är tillämpligt, dokumenteras i den medicinska journalen under en egen rubrik. Följande information ska finnas med:

- ☐ *Aktuellt suicidalt beteende (dödstankar, dödsönskan ,suicidtankar, suicidplaner, avskedsbrev, muntlig suicidal kommunikation, praktiska förberedelser för suicid, suicidförsök)*
- ☐ *Metod för aktuellt suicidförsök*
- ☐ *Utlösande faktorer vid det aktuella suicidförsöket*
- ☐ *Patientens uppfattning om metodens farlighet vid aktuellt suicidförsök*
- ☐ *Patientens uppfattning om risken för upptäckt vid aktuellt suicidförsök*
- ☐ *Tidigare suicidförsök*
- ☐ *Metod för tidigare suicidförsök*
- ☐ *Suicid inom familj eller närkrets*
- ☐ *Bedömarens värdering av aktuell risk för suicidförsök"*

Manual för strukturerad dokumentation av suicidriskbedömning i journalsystemet TakeCare

I den dokumentationsstruktur som nu finns i TakeCare, har den information, som är specifikt relaterad till suicidrisk, delats upp enligt följande mönster

Händelser för mer än 30 dagar sedan	*Suicidalitet o. annan självskada > 30 dgr sedan* *Metod självskada/ suicidförsök > 30 dgr sedan*
Händelser de senaste 30 dagarna	*Suicidalitet o. annan självskada senaste 30 dgr* *Metod självskada/ suicidförsök senaste 30 dgr*
Statusfynd vid undersökningen (nuet)	Psykiskt status; undersökord *Suicidalitet*
Bedömarens slutsats och resonemang	*Suicidriskbedömning* *Motivering suicidriskbedömning* *Bedömningsunderlag suicidrisk*

Manual för strukturerad dokumentation av suicidriskbedömning i journalsystemet TakeCare

Den i vårdprogrammet preciserade informationen dokumenteras enligt följande

Information enligt vårdprogramet	Sökord i TakeCare
☐ *Aktuellt suicidalt beteende (dödstankar, dödsönskan, suicidtankar, suicidplaner, avskedsbrev, muntlig suicidal kommunikation, praktiska förberedelser för suicid, suicidförsök)*	***Suicidalitet o. annan självskada senaste 30 dgr*** Tecken på pågående suicidbenägenhet under ett bedömningssamtal beskrivs under ***Suicidalitet*** i psykiskt status.
☐ *Metod för aktuellt suicidförsök*	Detaljer dokumenteras under ***Suicidalitet o. annan självskada senaste 30 dgr*** (kommentarsfält) Kategori av metod dokumenteras under ***Metod självskada/ suicidförsök senaste 30 dgr***
☐ *Utlösande faktorer vid det aktuella suicidförsöket*	***Suicidalitet o. annan självskada senaste 30 dgr*** (kommentarsfält)
☐ *Patientens uppfattning om metodens farlighet vid aktuellt suicidförsök*	***Suicidalitet o. annan självskada senaste 30 dgr*** (kommentarsfält)
☐ *Patientens uppfattning om risken för upptäckt vid aktuellt suicidförsök*	***Suicidalitet o. annan självskada senaste 30 dgr*** (kommentarsfält)
☐ *Tidigare suicidförsök*	Antal, tidpunkt och omständigheter dokumenteras under ***Suicidalitet o. annan självskada > 30 dgr sedan*** Kategori av metod dokumenteras under ***Metod självskada/suicidförsök > 30 dgr***
☐ *Suicid inom familj eller närkrets*	Inget specifikt sökord för detta har införts
☐ *Bedömarens värdering av aktuell risk för suicidförsök*	Den sammanvägda värderingen av risken dokumenteras under ***Suicidriskbedömning*** Bedömarens resonemang kring hur olika faktorer har värderats dokumenteras under ***Motivering suicidriskbedömning***

Manual för strukturerad dokumentation av suicidriskbedömning i journalsystemet TakeCare

Den som gör en suicidriskbedömning, får inte glömma bort, att bedömningen av aktuell suicidrisk, alltid ska grundas på en helhetsbedömning, där även annan information än den som hör till de specifika suicidrelaterade sökorden beaktas. Patientens specifika livshistoria, psykiska och somatiska hälsotillstånd, samt livssituation och övriga risk- och skyddsfaktorer måste också beaktas.

Manual för strukturerad dokumentation av suicidriskbedömning i journalsystemet TakeCare

- Att ett sökord ingår i en viss mall innebär inte att det alltid måste användas, då mallen används.
- Grundprincipen är dock att sökordet *Suicidriskbedömning* ska användas varje gång vi träffar en patient.
- Suicidriskbedömningar görs via telefon när det är aktuellt och relevant.

Norra Stockholms Psykiatri
A Stockholms läns sjukvårdsområde

Skapad av	Skapad datum	Ändrad av	Ändrad datum	Status
Strukturerad suicidriskbedömning/Bakom Nyberg				
2010-10-06	2014-09-12	Verksamhetschef Göran Rydén		

RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

Sökord i TakeCare vid suicidriskbedömning

Alla observationer som har med suicid att göra ska dokumenteras under de särskilda sökord som finns under:

1. **psykiatrisk anamnes:** *suicidalitet o. annan självskada, > 30 dagar sedan och < 30 dagar sedan samt metod*
2. **psykiskt status:** *suicidalitet*
3. **suicidriskbedömning:** *motivering suicidriskbedömning, bedömningsunderlag suicidrisk*

- OBSERVERA att i mallen för dokumentation av suicidriskbedömning saknas rubriker för tidigare och aktuell psykisk och kroppslig sjukdom, tidigare psykiatrisk sjuklighet, aktuell social situation, viktiga riskfaktorer och annat viktigt för bedömningen.
- Dessa uppgifter dokumenteras under relevanta rubriker i den övriga journalmallen.
- Dessa faktorer behöver **värderas** under rubriken "motivering suicidriskbedömning".

Manual för strukturerad dokumentation av suicidriskbedömning i journalsystemet TakeCare

A) Anamnes

1. Suicidalitet o. annan självskada, > 30 dgr sedan
   - Självskada utan suicidavsikt
   - Antal suicidförsök
   - Andra tecken på suicidalitet
2. Metod självskada /suicidförsök, > 30 dgr sedan
3. Suicidalitet o. annan självskada, senaste 30 dgr
   - Självskada utan suicidavsikt.
   - Allvarligaste tecknet på suicidalitet.
   - Antal suicidförsök.
   - Datum för senaste suicidförsök
4. Metod självskada /suicidförsök, senaste 30 dgr

Manual för strukturerad dokumentation av suicidriskbedömning i journalsystemet TakeCare

B) Psykiskt status

1. Vilja att dö
2. Suicidavsikt

C) Bedömning

1. Suicidriskbedömning
   - Aktuell suicidrisk
   - Bedömningen försvåras av
2. Motivering suicidriskbedömning (redovisning av hur de i det aktuella fallet relevanta aspekterna av anamnes, status, skydds- och riskfaktorer och livssituation, har värderats och sammanvägts.)
3. Bedömningsunderlag för suicidrisk

Obligata uppgifter vid suicidriskbedömning

- Bakgrund
  - Tidigare psykiatrisk sjuklighet (saknas i suicidmallen).
  - Tidigare suicidförsök.
- Aktuell situation och utlösande faktorer (saknas delvis i suicidmallen)
  - Psykisk sjukdom (saknas i suicidmallen).
  - Suicidal intention.
  - Suicidal kommunikation.
  - Somatisk sjukdom (saknas i suicidmallen).
  - Social situation, tillgång till stöd (saknas i suicidmallen).
- Psykiskt status
- Sammanfattande bedömning med motivering

122

Psykiatrisk anamnes, dokumentationsmall

- Suicidalitet o. annan självskada, > 30 dagar sedan
- Självskada utan suicidavsikt, antal suicidförsök, andra tecken på suicidalitet
- Metod självskada/suicidförsök > 30 dagar sedan

- Suicidalitet och annan självskada, senaste 30 dagarna
- Självskada utan suicidavsikt, allvarligaste tecknet på suicidalitet, antal suicidförsök, datum för senaste suicidförsök, kommentar
- Metod självskada/suicidförsök, senaste 30 dagar

Psykiskt status, dokumentationsmall

- Aktuellt suicidalt beteende (dödstankar, dödsönskan, suicidtankar, suicidplaner, avskedsbrev, muntlig suicidal kommunikation, praktiska förberedelser för suicid, suicidförsök)
- Vilja att dö (fritext)
- Suicidavsikt (fritext)
- Kommentar(fritext)

- Vid inträffat suicidförsök bör följande finnas med
  - Utlösande faktorer vid det aktuella suicidförsöket
  - Patientens uppfattning om metodens farlighet vid aktuellt suicidförsök
  - Patientens uppfattning om risken för upptäckt vid aktuellt suicidförsök

Suicidriskbedömning, dokumentationsmall

Norra Stockholms Psykiatri
RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

- Aktuell suicidrisk
- Bedömningen försvåras av (fritext)
- Notera speciella omständigheter som behöver beaktas i vårdplaneringen (fritext)
- Motivering suicidriskbedömning (fritext)
- Bedömningsunderlag för suicidrisk
  - Patientsamtal
  - Information från närstående
  - Observation/övervakning
  - Patientjournal
  - Information från annan kontakt inom vård/omsorg
  - Information från annan person/myndighet
  - Checklista riskfaktorer för suicid, (S-risk 13), Scale for Suicide Ideation (SSI), Suicide Intent Scale (SIS), SPOC (Suicidal Patient Observation Chart), SUAS (Suicide Assessment Scale), annat standardiserat instrument
  - Annan källa

Suicidriskbedömning, dokumentationsmall

- Under rubriken "Motivering suicidriskbedömning" bör följande information beaktas:
  - Suicid inom familj eller närkrets
  - Andra riskfaktorer (psykisk sjukdom, somatisk sjukdom, missbruk, samsjuklighet, ålder, kön, aktuell social situation, utlösande faktorer osv)
  - Skyddande faktorer (barn, gott socialt nätverk, avsaknad av dödsönskan, bra kontakt med behandlare osv)
  - **Dvs sådant som journalförs under andra rubriker än "Suicidriskbedömning"**

De två viktigaste riskfaktorerna för suicid (röd färg = ingen specifik rubrik under "Suicidriskbedömning")

1. Psykisk sjukdom, ytterligare ökad risk om patienten har flera psykiatriska diagnoser.
2. Tidigare suicidförsök, särskilt om patienten har gjort flera suicidförsök och/eller använt en metod med hög förväntad dödlighet (exempelvis hängning, dränkning, skjutning, gasning och hopp från hög höjd eller framför fordon).

Fler allvarliga riskfaktorer för suicid (röd färg = ingen specifik rubrik under "Suicidriskbedömning")

- Symptom i form av hög ångestnivå, uttalad nedstämdhet, hopplöshet, uppgivenhet och/eller skam- och skuldkänslor.
- Suicidal kommunikation.
- Praktiska förberedelser för suicid och tillgång till metod.
- Personlighet som präglas av emotionell instabilitet, explosivitet, aggressivitet, narcissism, överdriven misstänksamhet, impulsivitet eller lättkränkthet.
- Suicid inom familj och/eller hos andra närstående.
- Kronisk smärta eller annan allvarlig kroppslig sjukdom.
- Missbruk/beroende av alkohol och/eller andra droger.

Ytterligare riskfaktorer för suicid

- Svår sömnstörning.
- Dålig problemlösningsförmåga, till exempel ett mönster av flykt från problem via droger eller självskadebeteende.
- Inläggning och utskrivning från psykiatrisk vård, särskilt veckan efter utskrivning.
- Nyligen fått en psykiatrisk diagnos.
- Avbrott i vård och behandling och/eller byte av behandlare/enhet.
- Relationsproblem, ensamhet/utanförskap, förluster och/eller kränkningar.
- Utanförskap till följd av sexuell läggning (HBTQ).

Norra Stockholms Psykiatri
A Stockholms läns sjukvårdsområde

Dokumentnamn/-namn: Strukturerad suicidriskbedömning/Maxim Nyberg
Giltighetsområde/Registrering: Norra Stockholms Psykiatri
Dokument-ID: 2010-10-06
Version: 2014-09-12
Ansvarig: Verksamhetschef Göran Rydén
RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

Skyddande faktorer

- Ett stabilt och stödjande nätverk.
- Förmåga att skapa och behålla nära relationer.
- Husdjur.
- Personliga värderingar som motstånd mot suicidhandling eller religiös tro.
- Rädsla för kroppslig skada eller lidande vid suicidhandling.
- Omsorg om barn, övriga familjemedlemmar eller andra närstående.
- Fritidsintressen och/eller arbete.
- Positiva erfarenheter av vården.
- Tillit till vården.
- Hjälpsökande.
- Ordnat liv, goda vardagsrutiner.

Norra Stockholms Psykiatri
A Stockholms läns sjukvårdsområde

Dokumentnamn/-namn: Strukturerad suicidriskbedömning/Maxim Nyberg
Giltighetsområde/Registrering: Norra Stockholms Psykiatri
Dokument-ID: 2010-10-06
Version: 2014-09-12
Ansvarig: Verksamhetschef Göran Rydén
RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

Försök stärka patientens livsvilja

- Det kan vara värdefullt att fråga patienten om vad som avhåller henne/honom från att ta sitt liv.
- Ibland är det lämpligt att förstärka skyddande faktorer, exempelvis genom att fråga en person om vad det skulle innebära för närstående om hon eller han tog sitt liv.
- Inget samtal kan handla enbart om risker och därför är det viktigt att försöka skapa balans mellan skäl att leva och skäl att dö i samtalet.
- Man kan till exempel fråga vad som är viktigt i patientens liv eller vad som har gjort att personen har valt att leva fram till nu.

Suicidriskbedömning, eget förslag på minimumvariant

1. **Psykiatrisk anamnes**
   - Tidigare suicidalitet.
   - Tidigare psykiatrisk sjukdom.
   - Ärftlighet för suicid.
2. **Aktuell situation**
   - Aktuell suicidalitet och självskadebeteende.
   - Grad av aktuell psykisk sjukdom: depression, ångestsjukdom, personlighetsstörning, missbruk, psykos, neuropsykiatri.
   - Social situation, påfrestningar, utlösande faktorer, tillgång till stöd.
   - Svår somatisk sjukdom, smärttillstånd.
3. **Psykiskt status**
   - Livsvilja och suicidal intention, "suicidtrappan": livsleda, hopplöshet, depressiva vanföreställningar, dödsönskan, suicidtankar, suicidavsikt, förberedelse för suicid, suicidal kommunikation, suicidförsök.
   - Övrigt status: nedstämdhet, ångest, hopplöshetskänslor, sömnstörning, imperativ hallucinos, berusning, aggressivitet.
   - Kontakt och tillförlitlighet.
4. **Samlad klinisk värdering av suicidrisk**
   - Aktuella riskfaktorer (använd gärna S-risk 13 för kompletterande underlag).
   - Skyddande faktorer.
   - Sammanfattande bedömning: minimal/viss/hög/mycket hög risk
   - Kort motivering och angivande av eventuella faktorer som försvårar bedömningen.
   - Kommentera gärna risken både just nu och på längre sikt.

Från Josefin ST-läkare Josefin Vikström Eckevalls Jourläkarintro

5.2 Suicidriskbedömning: Suicidriskbedömning är en väsentlig del i din bedömning av patienten. Läs gärna på dokumenten om suicidriskbedömning på intranätet/JURIS. Exempel på faktorer som är viktiga att beakta är:

- Specifika risksymtom: Stark ångest, starka känslor av uppgivenhet, hopplöshet eller desperation, svår sömnstörning, upplevelser av yttre problem som olösliga/outhärdliga, depressiva vanföreställningar (orimliga tankar om skuld, skam, självkritik, synd, bestraffning), andra psykotiska symtom, övriga symtom på svår depression.
- Suicidstege: S-tankar, s-planer, s-avsikt, s-förberedelser, genomfört s-försök.
- Psykiatrisk anamnes: Tidigare suicidförsök, känd psykiatrisk diagnos, ärftlighet för suicid.
- Social situation: Svår psykosocial belastning? Ensamstående? Finns socialt nätverk?
- Missbruk; aktuell substanspåverkan som ökar impulsivitet?
- Svår somatisk sjukdom, smärttillstånd.

Från Josefin ST-läkare Josefin Vikström Eckevalls Jourläkarintro

Statistiska riskfaktorer för suicid samt strukturerade skattningsskalor har **ej** evidens för att predicera suicid på kort sikt och är därför av begränsat värde i vårt arbete på akutsektionen. **Viktigast är den kliniska bedömningen och att denna dokumenteras korrekt** enligt nedan**.**

Från Josefin ST-läkare Josefin Vikström Eckevalls Jourläkarintro

Dokumentation: Suicidriskbedömning dokumenteras i Take Care under två obligatoriska rubriker enligt klinikrutin.

1. **”Suicidriskbedömning**”: Här måste du välja mellan de standardiserade förvalen ”minimal”, ”viss”, ”hög”, ”mycket hög”. De två sistnämnda medför vanligen behov av inläggning och ställningstagande till x-vak.
2. **”Motivering suicidriskbedömning”.** Detta är suicidriskbedömningens kärna. Du skall här föra ett kort kliniskt resonemang baserat på uppgifter från tidigare journal, patientsamtal samt om möjligt från närstående. I samråd med överläkare gör du en **samlad klinisk bedömning av suicidrisken på kort sikt.** Att enbart rabbla statistiska riskfaktorer eller skyddsfaktorer för suicid har inget värde och skall undvikas.

135

Norra Stockholms Psykiatri
A Stockholms läns sjukvårdsområde

Dokumentet utarbetat av:	Dokumentansvarig:	Dokumentet fastställt/giltigt från:	Dokument nr:
Strukturerad suicidriskbedömning/Hanin Nyberg			
2010-10-06	2014-09-12	Verksamhetschef Göran Rydén	

RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

Suicidriskbedömning inför permission

- Suicidriskbedömning ska alltid utföras vid ställningstagande till permission och får inte vara äldre än 24 timmar vid längre permissioner.
- Hänsyn bör tas till såväl patientens symptombild och beteende som den sociala situationen.
- Latent suicidrisk ska beaktas och risken för påfrestningar i anslutning till permission som kan aktivera en latent suicidrisk eller utlösa ett impulsgenombrott bör vägas in.

136

Norra Stockholms Psykiatri
A Stockholms läns sjukvårdsområde

Dokumentet utarbetat av:	Dokumentansvarig:	Dokumentet fastställt/giltigt från:	Dokument nr:
Strukturerad suicidriskbedömning/Hanin Nyberg			
2010-10-06	2014-09-12	Verksamhetschef Göran Rydén	

RUTIN Strukturerad suicidriskbedömning

Kontakt med närstående inför permission

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

Suicidriskbedömning, vad ska ingå?

1. Suicidal intention
   - Varaktighet, hinder, impulser, förberedelser
2. Suicidal kommunikation
   - Verbal, icke-verbal, direkt, indirekt
3. Suicidala mönster
   - Familj (hereditet, personlighet, skada, rollmodell)
   - Närkrets
   - Massmedia (identifikation, metod beskriven)
4. Somatisk sjukdom
   - Ep, stroke, hjärntumör, MS, ryggmärgslesion
   - Malign sjukdom

139

Suicidriskbedömning, vad ska ingå?

5. Suicidogen situation
   - Separation, kränkning
6. Symptombild
   - Depression, ångest, sömnstörning
   - Våldsbenägenhet, drogpåverkan
7. Suicidalt beteende tidigare
   - Antal, tidpunkt
   - Utlösande moment
   - Metodens allvarlighet
   - Sannolikhet för upptäckt

141

Bakgrundsfaktorer

- Tidigare suicidalt beteende (flera försök, metod, allvarlighetsgrad).
- Erfarenhet av suicid i den egna familjen eller bland vänner/arbetskamrater (såväl ärftlig risk som rollmodell kan finnas inom den egna familjen).
- Erfarenhet av våld (utsatt för eller själv använt).
- Tidiga separationer, psykisk sjukdom, missbruk, incest och andra allvarliga problem i ursprungsfamiljen.
- Vissa karakteristiska reaktionssätt, som lättkränkthet och fientlighet.
- Demografiska faktorer (kön, ålder, civilstånd, ensamboende, arbetslöshet, etnicitet).
- Somatisk sjukdom, särskilt engagerande CNS.

142

Suicidal kommunikation

- Verbal, icke-verbal, direkt, indirekt.
- Helst anamnes även från anhöriga.

143

Aktuell/suicidogen situation

- Sömnstörning.
- Svår fysisk smärta.
- Förlust/hot om förlust (separation, ekonomisk konkurs).
- Upplevd kränkning.
- Inträde i eller utträde ur biologisk utvecklingsfas.
- Intagning eller utskrivning från psykiatrisk vård.
- Återgång i arbete.

144

Övergripande psykiatrisk diagnostik

- Diagnos på axel 1 (depression, ångest, psykos, missbruk).
- Personlighetsstörning alt. ogynnsamma personlighetsdrag.
- Samsjuklighet.

145

Bedöm skyddande faktorer

- Anhöriga.
- Nätverk.
- Patientens inställning till sin sjukdom.

146

Sammanfattande värdering

- Gör en sammanfattande värdering av vad som framkommit och försök gradera självmordsrisken i liten, måttlig, svårbedömd eller hög.

147

Hög suicidrisk

- Psykotisk.
- Bejakar suicidavsikt.
- Tydliga självmordsmeddelanden.
- Suicidförsök med aktiv metod.
- Statistiska riskfaktorer, ju fler desto högre risk.

148

Låg eller ingen risk

- Förnekar trovärdigt suicidtankar.
- Frånvaro av riskfaktorer.

149

Svårbedömd suicidrisk

- Dålig känslomässig kontakt.
- Osäkra besked om den suicidala processen.
- Misstanke om dissimulering eller manipulation.
- Otrygg eller jäktad relation till dig.
- Suicidalitet relaterad till alkoholberusning.

150

Avstickare om unga suicidnära
(tack till Anna Lundh)

Att tänka på när det gäller unga patienter

- Alltid noggrann bedömning före åtgärder.
- Prata först med hela familjen tillsammans, därefter med var och en.
- Är avsikten med handlingen suicid, självskada eller självdestruktivitet?
- Inadekvata attityder från vårdgivaren (”tonårskris”, ”manipulation”, ”agerande”, ”rop på hjälp”, ”dåligt med inläggning”) medför risk för felaktig bedömning.
- Kombinera ditt professionella kunnande (metodik och diagnostik) med intuition (tolka både verbala och icke-verbala signaler).
- Om du får dålig kontakt med patienten vilar hela bedömningen på lösan grund, vilket ökar indikationen för inläggning.

Anamnes och allmän bedömning, unga

- Tidigare självmordsförsök.
- Sårbarhet.
- Psykiatrisk sjukdom.
- Neuropsykiatriska funktionshinder.
- Kommunikationssvårigheter (se nästa bild).
- Möjligheter till stöd och hjälp (se nästa bild).
- Glöm inte fråga om:
  - Ärftlighet (självmordsförsök, depression, bipolaritet, missbruk, neuropsykiatri).
  - Missbruk (pojke på glid, med tidigare suicidförsök, som självmedicinerar med alkohol har mycket hög risk).
  - Trotssyndrom och uppförandestörning.
  - Trauma (PTSD, dissociation, ångest).
  - Skam (efter suicidförsök, trauma, övergrepp, misslyckande).

Kommunikationssvårigheter och möjligheter till stöd

- Hur mycket smärta, nedstämdhet och hopplöshet bär personen på?
- Hur bra kan personen kommunicera sin smärta?
- Finns det någon som kan ta emot kommunikationen?
- Möjligheter till stöd och hjälp? Vilka skyddspersoner finns det runt personen - familj, vänner, skola, släkt, nätverk, sjukvård, socialtjänst?

Övergripande målsättning med suicidriskbedömningen

- Förstå hur den andre tänker.
- Förstå graden av psykisk smärta.
- Bedöma förmågan att kommunicera och be om hjälp.
- Bedöma hur nära patienten är ”det omöjliga läget”.

Specifik suicidriskbedömning, unga patienter

1. Gå igenom alla konkreta steg, inklusive förberedelser, ett i taget:
   - När tänkte du första gången att du inte ville leva?
   - Vilken känsla hade du då?
   - I vilka situationer brukar dina självmordstankar komma?
   - Hur ofta kommer dina självmordstankar?
   - Hur länge brukar de sitta i?
   - Varför gjorde du ett självmordsförsök just nu?
   - Impulsivt, eller hade du förberett dig?
   - När skaffade du tabletterna?
   - Vad trodde du skulle hända när du tog tabletterna, vad tänkte du, vad fantiserade du om?
   - Hur farlig/dödlig var handlingen (farlig/dödlig handling ökar risken för fullbordat suicid)?

Specifik suicidriskbedömning, unga patienter

2. Kommunikation:
   - Var det någon som visste hur du tänkte och vad du tänkte göra? Pratat med någon, skrivit brev?
   - Svår psykisk smärta (hopplöshet och nedstämdhet samt kommunikationssvårigheter innebär hög suicidrisk).

Specifik suicidriskbedömning, unga patienter

3. Bedöm var i den suicidala processen personen befinner sig:
   - Nedstämdhet.
   - Meningslöshet.
   - Uppgivenhet.
   - Livsleda.
   - Dödstankar.
   - Dödsönskan.
   - Suicidtankar.
   - Suicidavsikt.
   - Suicidal planering.
   - Suicidal kommunikation.
   - Suicidförsök.

Specifik suicidriskbedömning, unga patienter

4. Hur ser patienten nu på det som hände?
   - Hur känns det att överleva?
   - Ångrar du handlingen?
   - Vad gjorde att det blev ett stopp? Slump, ingripande, ångrade du dig?

Svaret på dessa frågor (4) är avgörande för handläggningen!

Gå igenom och värdera riskfaktorer som statistiskt sett medför ökning av risken för unga

- Tidigare suicidförsök.
- Pojke, särskilt om utagerande beteende, kriminalitet, missbruk, våld.
- Depression.
- Ångesttillstånd.
- Bipolär sjukdom.
- Alkohol/droger.
- Psykos (särskilt vid förbättring).
- Personlighetsstörning.
- Vissa personlighetsdrag, som aggressivitet och impulsivitet, ökar risken.
- Dissociativa tillstånd: PTSD, självskadebeteende.
- Ätstörningar (bedöm psykiskt status, inte bara ätande och vikt. Hur länge orkar du ha det så här?)
- Negativa psykosociala faktorer (missbruk eller psykisk sjukdom i familjen, dödsfall, övergrepp).
- Smittvägar (media, internet).
- Tillgänglighet till metod; närhet till läkemedel, tågövergång, vapen.

Bedöm faktorer som kan vara utlösande hos unga

- Övergång till vuxenpsykiatrin.
- Anhopning av mindre påfrestningar.
- Separation från flick- eller pojkvän.
- Mobbning (mycket vanligt i bakgrunden).
- Sexuella övergrepp.
- Skam.
- Gräl med föräldrar.
- Dödsfall eller svår somatisk sjukdom i familjen.
- Misslyckande med skoluppgift (skam).
- Ertappad med antisocial handling (skam).

Behandling, övergripande mål hos unga

- Förhindra nya suicidförsök.
- Behandla eventuell psykisk störning
- Ta hand om krisen i familjen.

Uppföljning och behandling, unga (1)

- Lova inte mer än du kan hålla.
- God tillgänglighet, svara på telefon, ge tid i handen.
- Påminn om tiden via telefon.
- Följ upp uteblivna besök med telefon eller brev.
- Inför hemgång: verbalisera förväntat scenario hemma. Gå igenom situationen i förväg. Avlägsna tillgängliga suicidala metoder.
- Skriftligt kontrakt med överenskommen behandling.

Uppföljning och behandling, unga (2)

- Gör en säkerhetsplan:
  - Nedskrivna punkter. Vad ska patienten göra, vad ska vården göra? Vad ska patienten inte göra? En tydlig plan ger struktur och hopp.
  - Undvika utlösande situationer, t ex alkohol, droger, isolering.
  - Vilka personer är mest möjliga att kontakta?
  - Telefonnummer till viktiga personer och vårdenheter.
  - Strategier för att hantera svår psykisk smärta.
- Fokusera på tankemönster kopplade till suicidhandling.
- Involvera andra - föräldrar, skola och andra.
- Följ upp suicidförsök minst ett år.

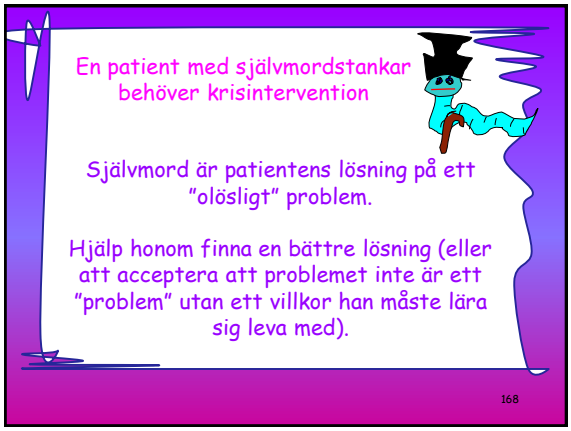
Öka skyddande mekanismer, unga

- Val av vänner som är positiva för barnets utveckling, vänner man gör bra saker tillsammans med.
- Förbättra kommunikationen och relationen mellan föräldrar och barn.
- Förbättra kontakten med skolan.
- Ökad anknytningen till föreningar och grupper med positiva värden och sammanhang.

Att hjälpa den självmordsnära patienten

- Våga fråga.
- Visa att du orkar höra.
- Moralisera inte.
- Normalisera – vanlig känsla i patientens situation.
- Hjälp patienten bli medveten om sitt tunnelseende och sitt förvrängda perspektiv.

167



Det suicidala rummet

Oöverlagt trots känd bakgrund

När inte andra

"Vill leva, men inte så här"

kaos
hopplöshet
isolering
ångest
ambivalens

Svartsyn och tunnelseende

Driver handlandet, påskyndar

Tack till Bo Runeson för bilden!

169

Vanliga känslor hos den som överväger suicid

1. Olösliga problem: *Jag klarar inte av det!*
2. Utmattning: *Jag orkar inte längre!*
3. Psykisk smärta: *Jag står inte ut!*
4. Utanförskap: *Jag är alldeles ensam!*

Tack till Ullakarin Nyberg!

170

Hjälp patienten ut!

Probleminventering, ge struktur

Involvera närstående, var tillgänglig

Ta över ansvar, hjälp patienten se skälen för att leva

kaos
hopplöshet
isolering
ångest
ambivalens

Vikariera som hopp, aktualisera tidigare krislösning

Omsorg, medmänsklighet, läkemedel

Tack till Bo Runeson för bilden!

171

Att hjälpa den självmordsnära patienten – en fråga om balans

Skäl för att leva

Skäl för att inte leva

172

Att hjälpa den självmordsnära patienten

- Betänk själv, och hjälp patienten se, att det rör sig om en suicidal process som inte är statisk utan kan röra sig i båda riktningarna.
- Gå igenom "vågens" båda vågskålar. Påpeka ambivalensen. Hjälp patienten se innehållet även i den positiva vågskålen.
- Fråga vad som skulle behöva och kunna ändras i båda vågskålarna.

173

Att hjälpa den självmordsnära patienten

- Arbeta systematiskt tillsammans med patienten för att påverka synen på, och det faktiska innehållet i, de båda vågskålarna
  - Korrigera det förvrängda perspektivet och minska svartsynen.
  - Ta itu med den faktiska situationen och de aktuella problemen. Konkreta orsaker som psykisk sjukdom och missbruk måste naturligtvis åtgärdas.
  - Vad skulle patienten behöva för att orka leva ett tag till?

174

Att hjälpa den självmordsnära patienten

- Mobilisera alla resurser som står att finna – patientens, dina egna och psykiatrins.
- Involvera om möjligt anhöriga och andra för patienten viktiga personer i arbetet. Ett gott socialt stöd är en viktig skyddsfaktor.
- Målet bör vara en förbättrad situation och ökad känsla av hoppfullhet.

175

Råd om att hjälpa den självmordsnära patienten

- Hjälp patienten leva på ett tag till, i det korta perspektivet.
  - *Hur kan du göra för att orka leva en vecka till, tills du och jag ses igen?*
  - *Hur gör du om du skulle bli lika förtvivlad igen?*
  - *Hur kan du ta kontroll om du skulle få nya självmordsimpulser?*
- Hjälp patienten se skäl att leva.
  - *Vad har hjälpt dig att leva ända fram till nu?*
- Hjälp patienten se att han betyder något för andra.
  - *Vilka skulle sakna dig om du inte fanns?*
- Gör en överenskommelse, försök få patienten att lova att hen verkligen ska göra sitt bästa för att kontakta dig eller vården i st f att skada sig själv om självmordstankarna blir för påträngande.

176

Råd om att hjälpa den självmordsnära patienten

- Gör tillsammans en konkret handlingsplan och ge patienten en kopia som hen ska ha lätt tillgänglig.
- Förse med telefonnummer till rätt vårdinstans.
  - *Vart ringer du om du skulle må sämre?*
- Avdramatisera självmordstankarna i sig, huvudsaken är att de inte övergår i handling.
  - *Många människor har tankar på självmord ibland, men de allra flesta går inte till handling.*
- Fokusera på det du och patienten kan förändra i suicidaliteten, inte på det oåterkalleliga och hopplösa.
- Försök träffa anhöriga och andra viktiga personer tillsammans med patienten. Involvera dem i planeringen.

177

Råd om att hjälpa den självmordsnära patienten

- Kan patienten trösta sig själv när hen blir ledsen? Hjälp annars patienten med hur hen kan göra då, se det som en färdighet som man kan lära sig med litet hjälp.
- Resonera med patienten om hennes förtvivlan och dysfunktionella tankar och förhållningssätt
  - *Så kan man tänka, men man kan också tänka så här…*
- Små omsorger kan vara enormt betydelsefulla för patienten. Gör det där lilla extra, just för denna patient. T ex ring och fråga hur hen har det.
- Förmedla att du ser hur svårt patienten har det. Säg inte "jag förstår", återge istället vad du uppfattat.
  - *För mig låter det som att det gör så ont i dig att du… Har jag förstått dig rätt?*

178

Råd om att hjälpa den självmordsnära patienten

- Lyssna på berättelsen, försök förstå patientens inre värld. Våga fråga om, och lyssna på, även på detaljerna.
  - *Berätta mera! Vad tänkte du då? Vad hände sedan?*
- Förneka inte det jobbiga, utan försök höra vad patienten faktiskt säger! Argumentera inte, avbryt inte, skuldbelägg inte, låt det vara så här just nu.
- Lyssna på och dela vanmakten, men "stanna" inte där.
  - *Hur kan du komma vidare just nu? Vad är nästa steg?*
- Försök hitta och använda dig av det ni har gemensamt, trots allt som skiljer er åt just nu.
- Intressera dig för människan bakom symtomen.
  - *Hur mår **du**, du som nyss skurit dig?*

179

Krisens faser

Chock

Reaktion

Bearbetning

Nyorientering

- Chock, sedan reaktion, det centrala.
- Men alla reagerar inte på detta vis.
- Man rör sig fram och tillbaka, in och ur faserna.

Vilken "profil" har krisen?

Själv drabbad	Bevittnat andras trauma
Allvarligt hot mot livet	Ej fruktat för sitt liv
Multipla trauman	Enstaka
Långdraget förlopp	Kortvarigt
Många drabbade	Den enda drabbade
Människors ondska	Naturens nyck
Skuld	Ingen egen skuld
Skam	Ingen skam

"Överdeterminerad" krisreaktion

Reaktionen blir starkare än "förväntat" p g a vad den drabbade har med sig i bagaget sedan tidigare.

Somliga reaktioner kan vara mer *problematiska* än andra.

Hjälp den drabbade lindra sin "meta-oro" – oron för sina reaktioner och för sin oro – genom att informera, förklara och normalisera upplevelserna.

Din **första** uppgift i den akuta situationen

Vi vill instinktivt ta bort den andres smärta.

Men det kan vi inte.

Försök istället hjälpa den andre att **stå ut**.

Att hjälpa någon i kris

Vilken *betydelse* har det inträffade för den drabbade?

Frågan han ställer sig är:
hur blir det *nu*?

Vilka **förväntningar** har gått i kras?

Samt…

Varför just jag?

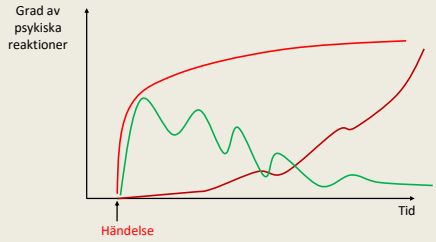
Din **andra** uppgift:

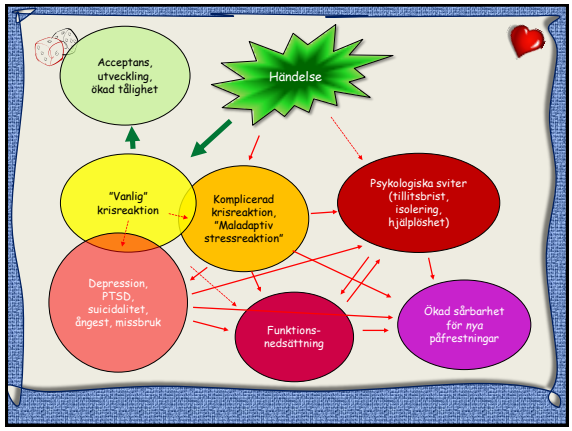
Hjälp den drabbade att dra RÄTT slutsatser av det som hänt!

Vad är det allra värsta med det som hänt?
Vad betyder det som hänt för dig?
Vad tänker du om det som hänt för framtiden?
Hur ser du på dig själv, andra människor, framtiden nu?
Går det att leva vidare trots allt som hänt?
Hur blir ditt liv framöver, tror du?

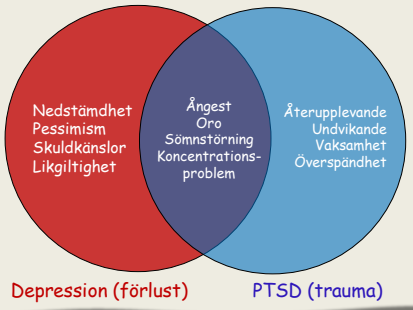
Din **tredje** uppgift

Följ krisens förlopp





Symtomen överlappar



Undvik tillfälliga lättnader

- Alkohol och psykofarmaka
- Mat
- Arbete och träning
- Shopping
- Sex
- Ilska

Att hjälpa någon i kris, kort version

1. Gör inte ingenting.
2. Var medmänniska.
3. Rekrytera "flocken".
4. Försök inte ta bort känslorna eller avbryta reaktionen.
5. Hjälp den drabbade att stå ut.
6. Hjälp att ta in och förstå vad som hänt.
7. Hjälp att landa på fötterna; dra rätt slutsatser och rita rätt kartor.
8. Rädda självkänslan.
9. Följ genom krisen, "watchful eye".
10. Hjälp till en fungerande vardag.
11. Var observant på tecken till outhärdligt lidande, psykisk sjukdom, destruktivt leverne.

Att hjälpa någon i kris, något längre version

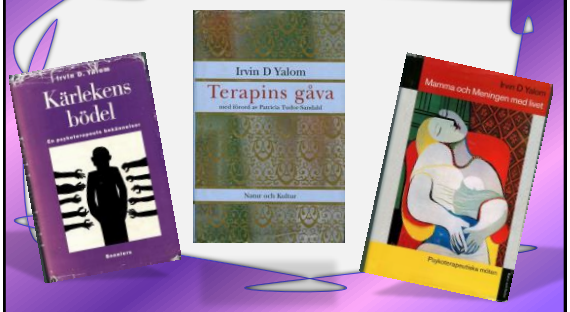
1. Gör inte ingenting.
2. Var medmänniska.
3. Var inte rädd för att prata.
4. Observans på den andres reaktioner hjälper dig att göra "rätt".
5. Rekrytera "flocken".
6. Försök inte ta bort känslorna eller avbryta reaktionen (det går inte).
7. Hjälp den drabbade att uthärda.
8. Hjälp att ta in och förstå vad som hänt.
9. Hjälp att landa på fötterna; dra rimliga slutsatser och rita rätt kartor.
10. Rädda självkänslan.
11. Hjälp till en fungerande vardag.
12. Följ genom krisen, "watchful eye".
13. Var observant på tecken till outhärdligt lidande, psykisk sjukdom, destruktivt leverne.

Att hjälpa någon i kris, lång version

1. Gör inte ingenting.
2. Rekrytera flocken.
3. Medmänsklighet – var närvarande, prata, omtänksamhet, kom med ett erbjudande.
4. Visa att du bryr dig, erbjud din hjälp, fråga hur du kan hjälpa.
5. Försök inte förhindra den normala krisreaktionen.
6. Försök inte ändra eller få bort de svåra känslorna. Bekräfta och normalisera dem istället. Hjälp att stå ut med smärtan, utan att fly eller bli självdestruktiv.
7. Hjälp att ta in, i sin egen takt, vad som hänt.
8. Hjälp att förstå reaktionen i ljuset av sitt "bagage".
9. Hjälp att landa på fötterna - dra rimliga slutsatser, rita nya och korrekta kartor.
   - Vilken *betydelse* har det inträffade? Vilken är innebörden för mig? Hur blir det *nu*?
   - Rädda självkänslan, dämpa skam- och skuldkänslor så gott det går.
   - Förhindra tillitsförlust och isolering.
10. Följ den drabbade genom krisen och dess konsekvenser, och försök ingripa om det ser ut att gå åt fel håll. Var observant på tecken till utveckling av psykisk sjukdom.
11. Hjälp till en fungerande vardag.
12. Stötta sunda bemästringsstrategier.
13. Motverka negativa bemästringsstrategier och självdestruktiva vanor.

Lästips för psykoterapi- och samtalsintresserade

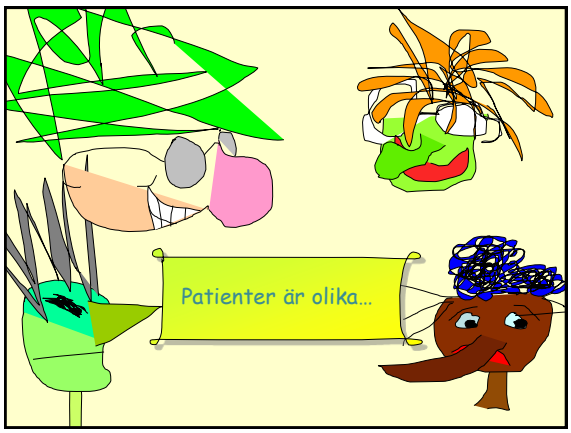
http://lorami.se/onewebmedia/Filer/Att%20hj%C3%A4lpa%20fr%C3%A5n%20Terapins%20och%20Kärlekens%20bödel%20Irvin%20Yalom.pdf



Råd för krisstödsarbete, modifierade från Terapins gåva av Irvin D Yalom

Diskutera!

Hur jag **vill** bemötas vid sorg, kris eller när jag på annat vis mår dåligt:	Hur jag **inte** vill bemötas vid sorg, kris eller när jag på annat vis mår dåligt:



När patienten uppfattas rigid - ”följer inte avdelningens rutiner” – vem är det egentligen som är mest rigid?

203

Bemötande av patienter med psykiska besvär

- Kunskap om tillståndet
- Tid och intresse
- Bry dig på riktigt, du måste vilja väl (affektiv empati)
- Lyssna, ta reda på patientens behov (kognitiv empati)
- Psykopedagogik - berätta, förklara, begripliggör för patienten, visa på internetsidor och patientföreningar
- Hjälp patienten se att *han* är okay, att det är hans sjukdom som ställer till det
- Gör en överenskommelse om vad ni ska göra

Det viktigaste

- Sällan fråga om teknik eller metod.
- Gott hjärta, sunt förnuft, tid och basala kunskaper om psykologi och psykisk ohälsa är det viktigaste.
- Kunskaperna ger dig självförtroende och skapar trygghet och tillit hos patienten.

God kommunikation är inte fullt så svårt som det påstås

Man kommer väldigt långt genom att vara äkta, skapa förtroende, visa respekt, ta den andre på allvar och **visa att man vill den andre väl.**

Om jag **bryr mig på riktigt** och visar litet hyfs förlåter patienten mig en hel del.

206

Slutsats?

Varje människa är unik och behöver bemötas individuellt, vare sig hon är frisk eller sjuk.

Viktigast är alltid vår förmåga till ett gott allmänmänskligt bemötande.

Goda kunskaper om psykiska störningar kan hjälpa oss att bemöta den med psykisk ohälsa optimalt.

Eventuella metoder och råd ska användas med omdöme och sunt förnuft.

Stödjande och jagstärkande förhållningssätt

- Väsentligaste metoden i den akuta fasen.
- Information och utbildning om tillståndet, gärna patientbrochyr, lästips, info om patientföreningar.
- Stöd och tröst.
- Förmedla förståelse och sympati.
- Validera patientens reaktioner; de är begripliga och normala utifrån situationen och historien.
- Härbärgera patientens plågsamma känslor.
- Inge hopp.
- Motivera till att ta emot behandling.
- Hjälp med problemlösning och hanterande av praktiska problem.
- Finns utlösande faktorer eller försämrande omständigheter som kan åtgärdas?
- Hjälp patienten ta avstånd från depressiva skuldkänslor och vanföreställningar.

208

Hur kan man minska risken för att samtalet ska gå snett eller försämra medarbetarens tillstånd?

- **Oron** att ställa till det **är befogad**, den som mår dåligt är känsligare än andra för motgångar, kritik och olyckliga formuleringar.
- Men ett hyfsat samtal leder nästan alltid till att den andre mår **bättre** ett tag.
- Låt den andre visa vägen. Liten risk att skada **om** du varsamt följer samtalets utveckling och den andres reaktioner.
- **Samtalskonst hamnar om närvaro – inte om teknik.**
- **Var uppmärksam på såväl dina som medarbetarens känslor och reaktioner. Dessa är din främsta vägvisare i samtalet.** Din medarbetare kan lära dig det mesta du behöver, om du bara lyssnar uppmärksamt.
- När samtalet verkar gå snett – säg vad du upplever och be om hjälp.
- Om du är orolig för att göra medarbetaren illa – säg det, och **be att hen säger till** om du säger något som inte känns bra.
- **Fråga** här och var om samtalet känns okay.

209

I stället för metoder och tekniker

- Närvaro
- Dialog
- Ena örat mot innehållet och det andra mot processen
- Lyssna noga på dina egna känslor och reaktioner
- Var medveten om den andres reaktioner
- Möt den andre på ett existentiellt plan
- Likvärdighet och medkännande – det kunde lika gärna varit jag själv

Respekt!

210

I stället för metoder och tekniker

- Möt den andre på ett existentiellt plan
- Odla en relation att bygga på
- Kontakt, samtal och dialog
- Kom från kärlek och välvilja, bry dig på riktigt
- Respekt, ta på allvar
- Var äkta och autentisk, spela inte en roll
- Likvärdighet och medkännande – det kunde lika gärna varit jag själv
- Närvaro, följ vad som händer
- Ena örat mot innehållet och det andra mot processen
  - Lyssna noga på dina egna känslor och reaktioner
  - Var medveten om den andres reaktioner
  - Red ut och gå vidare när det går snett
- Ge ärlig återkoppling, skapa trygghet

211

Var observant på dina egna reaktioner och känslor i samtalet

- Arg/förbannad?
- Ledsen?
- Besviken?
- Orolig?
- Rädd?
- Misslyckad?
- Glad?
- Nöjd?
- Fantastisk?
- Förälskad?

Känslorna är ditt roder, så var tacksam för dem och lyssna noga

212

Patientens kontaktförmåga

God förmåga till känslomässig kontakt.

Kul, gratifierande.

Kan eller vill inte.
Temporärt eller permanent nedsatt förmåga.

Kan provocera vår narcissism och vårt behov av att betyda något.

Några orsaker
- Tidiga livserfarenheter
- Erfarenheter av psykiatrin
- Sjukdom/funktionsnedsättning

213

Bemötandets kärna - **var "kommer" jag ifrån?**

Jag tänker dela ut vänlighet, omsorg och kärlek i proportion till hur trevlig den andre är mot *mig*. Han får faktiskt bjuda till litet själv!

eller

Jag ger alltid allt jag har att ge, eftersom vem jag är gör skillnad. Jag ***väljer*** att ge hela mig själv, här och nu!

214

Privat, personlig eller professionell?

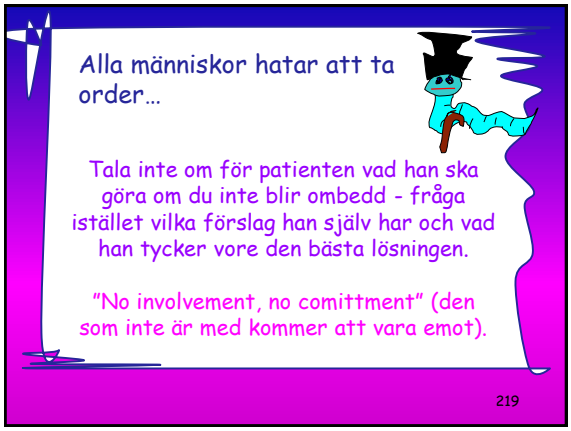
- Falsk dikotomi.
- Man kan växla mellan rollerna.
- Utnyttja inte den andre för dina egna behov.
- Hur blir det för den andre?
- Viktigast för den andre är tillförlitlig återkoppling.
- Äkthet därför det viktigaste för ett meningsfullt samtal.
- Visa vad du tycker och känner, bjud på dig själv.
- "Professionell" är ofta en mask.
- Proffsigt är att våga se de missar man gör, be om ursäkt för dem och gå vidare.

215

Vad menas med "terapeutisk allians"?

Den terapeutiska relationen/alliansen

1. Affektiv relationell komponent inkluderande det känslomässiga bandet och anknytningen mellan patient och behandlare.
2. Samarbetsaspekt – man är överens om behandlingens mål och medel.



Om att skapa en allians – en början

- Alla vill **något**.
- Finn ut (fråga!) vad just denne person vill.
- Bekräfta önskemålet.
- Förmedla att du vill hjälpa patienten att uppnå detta.

Empati i praktisk handling

1. Vad *behöver* denna människa just nu?
2. Hur kan jag hjälpa honom/henne med det?

Ge råd?

"I don´t really have advice för people,except one thing: don´t take any advice."

Werner Erhard, Relationships – making them work.

Var ett bollplank

Ge inte råd, men dela med dig av dina egna upplevelser och erfarenheter.

"Jag kan inte säga hur du ska göra, för det vet jag inte, men jag berättar gärna hur jag själv tänker om detta. Vill du det?"

Fega inte ur - ett gott råd kan betyda mycket för patienten

Råd för krisstödsarbete, modifierade från Terapins gåva av Irvin D Yalom

"Give a man a fish and you feed him for a day.

Teach a man to fish and you feed him for a lifetime."

"Nu vill jag tala med den del av dig som vill leva ett tag till."

Skilj på råd och **goda** råd

Ett *gott* råd

- ges utifrån god kännedom om just den rådet gäller, anpassat till just denna persons behov och sätt att vara.
- framförs på ett sätt som gör intryck.
- framförs *en* gång.
- överlämnas till den andre som en möjlighet att överväga - inte som ett krav.

Ge ett erbjudande…

…men fatta inte **beslut** åt den andre!

Ta inte över ansvaret – sortera det

Patientens ansvar	Läkarens ansvar	Någon annans ansvar

Vad utmärker en bra psykoterapi?

Viktiga faktorer för ett gott resultat

- Den terapeutiska alliansen (mötet, relationen)
- Metoden
  - Ett integrativt synsätt på tekniken (viktigast är vad som hjälper patienten)
  - Tydlig bruksanvisning till patienten
  - Exponeringen
- Terapeutens kompetens
  - Omedveten, automatiserad hantverksskicklighet
  - Skapar en tydlig och öppen relation till patienten
  - Empatisk förmåga
  - Förstår och respekterar patientens behov
  - Upptäcker och reparerar brister i arbetsalliansen
- Patientens motivation

231 *Lästips: Vad är verksamt i psykoterapi (Björn Philips, Rolf Holmqvist)*

Forskning visar att…

…avgörande för psykoterapiresultatet är:

- Värme
- Empati
- Äkthet

232

Psykoterapi

- Forskningen visar att ur klientens synvinkel är det avgörande att bli sedd, hörd och tagen på allvar. Vi kan då börja ta ansvar för oss själva.
- ”Behandlingsplan är antiterapeutiskt”.

Tack till Jesper Juul

För att hamna i rätt utgångsläge…

Har du prövat med att försöka…

????

… TYCKA OM din patient?

234

Det är inte allt eller intet

Du behöver inte tycka om *hela* patienten och *allt* han gör…

…men försök hitta *något* du uppskattar, och fokusera på det.

235

…allt arbete är tomt, utan kärlek (…) Det är att fylla allt du skapar med en fläkt av din egen ande (…) Arbete är kärlek som gjorts synlig (…) Ty om ni bakar bröd med likgiltighet bakar ni ett bittert bröd, som endast till hälften mättar människans hunger.

Kahlil Gibran, Profeten

Hur känns det för den andre - och hur mycket kommer jag att få veta - om han upplever att…

… jag inte bryr mig om honom?

…jag inte tycker om honom?

…samtalet tråkar ut mig?

…jag bara spelar en roll?

237

Den stora hemligheten…

…är…

???

???

…löjligt enkel, egentligen…

… försök med…

…litet vanlig enkel…

…vänlighet!

238

Förresten…

…en sak till…
!
!!
!!!

…ha litet…

…KUL!!

Vilka verktyg har vi?

- Kärlek
- Empati och medlidande
- Humor
- Sunt förnuft
- Kunskap och erfarenhet
- Äkthet
- Vårt eget liv
- Vår egen person

240

Svårt med sympatin?

Vilken otrolig tur jag har, för…

… ?

…det kunde ju ha varit …

…jag själv!

241

Lathund för fungerande kommunikation

- Försök först att förstå, först därefter att själv bli förstådd.
- Dörröppnare: "berätta mer".
- Lyssna efter DEN UNDERLIGGANDE KÄNSLAN.
- "Spegla" vad du uppfattar att den andre säger.
- Bekräfta patienten, visa att du tycker hans känsla är förståelig och okay.
- Använd "jagbudskap".

En fruktbar utgångspunkt?

Patientens beteende är alltid meningsfullt…

…även om vi inte alltid lyckas *förstå* meningen!

VAR LITET NYFIKEN!

"Om terapeuten tillåter sig att hela tiden vara nybörjare, då har han kanske en chans att lära sig det som han trodde att han redan visste."

Thomas Ogden, The Primitive Edge of Experience

Empatiskt lyssnande

Att lyssna i syfte att förstå.

Du lyssnar på djupet, helt och fullt.
Du försöker tränga djupt in i den andres hjärna och hjärta, tankar och känslor, i syfte att se saker som hon själv ser dem.

Du lyssnar efter **känslor och innebörd.**

Målet är att förstå och kunna återge den andres uppfattning lika bra som han själv.

Hör jag bara *orden* missar jag kanske nästan allt!

Ord
↑
Känslor
↑
Önskningar
↑
Medvetna behov
↑
Omedvetna, fundamentala mänskliga behov

Vad menar vi med att "förstå"?

Den stackars *egentliga* världen – "verkligheten" - som den faktiskt ser ut syns knappt på grund av alla pålagringar.

Världen som vi tror att den är

Den andres bild av världen

Världen som vi vill att den ska se ut

Världen som den andre vill att den ska se ut

247

Det är inte ofarligt att arbeta med människor

- Martyrskap
- Byråkrati
- Sjukdom
  - utbrändhet
  - utmattningssyndrom
  - depression
- Personlighetsförändring
  - känslomässig avtrubbning
  - moraliska defekter
  - bitterhet och cynism

Tack till Maria Larsson!

248

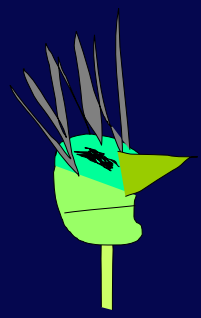
Skydda dig själv

- Upplevelse av **mening** med det som sker.
- Känsla av att du ger något, uppleva att du **gör skillnad** för någon annan, utan egen vinning.
- **Få ut något** för egen del, låt dig berikas.
- **Fokusera på det positiva**, på glädjen, på det som faktiskt sker – inte det som ännu inte skett.
- **Tacksamhet** för det som sker och det du får.
- **Rimliga krav** på dig själv – det krävs två för en tango.
- **Acceptans** - behandla det som går och lär dig leva med resten (båda parter).
- **Stötta varandra** i arbetsgruppen. Regelbundna möten i gruppen om stress och hur ni har det, gärna ledda av utbildad samtalsledare.
- **Stöd utanför arbetet.**
- **Ha ett liv.**

När det inte går så bra…

250

...vad hade du **väntat** dig?



ANSVAR OCH KONTROLL ÄR INTE SAMMA SAK

VI KAN TA ANSVAR FÖR PROCESSEN -

MEN RESULTATET RÅDER VI INTE ÖVER

DET ENDA DU KAN GÖRA ÄR ATT VATTNA DITT ÄPPELTRÄD

(MEN GLÖM INTE ATT VATTNA)

En tillräckligt god behandlare?

- Vårdarbete är ingen prestationssport.
- Det vi kan göra är att ta ansvar för våra misstag i samma takt som vi blir varse dem.
- Man kan lära sig att bli en bra behandlare, genom att vara uppmärksam på patienternas reaktioner på det man gör.

När du själv känner dig misslyckad

- Även du gör ditt allra bästa, inte sant?
- Du kan emellertid ta ansvar för upplevelsen
  - Rådfråga erfaren kollega
  - Sök handledning
- Somliga människor passar man helt enkelt inte så bra ihop med, av olika skäl
  - Detta är normalt och helt okay
  - Inse och acceptera detta
  - Ordna om möjligt så att någon annan tar över

Varje samtal är ett experiment

- Man kan därför inte göra "rätt" eller "fel".
- Man kan endast utföra experiment som når eller inte uppnår sitt syfte.
- Varje samtal är ett nytt experiment, en ny möjlighet att bli skickligare, en ny chans att lära något av den människa man har framför sig.

Var inte för "professionell"

- Autenticitet och personliga reaktioner är kanske den största gåva vi kan ge en annan människa.
- Vi behöver andras äkta känslor, tankar och reaktioner på oss för att kunna orientera oss i våra sociala sammanhang.
- Denna genuina återkoppling gör det möjligt för oss att nyansera vår självbild och bättre förstå hur andra reagerar på vårt beteende.
- Därmed får vi möjlighet att ändra oss så att vi bättre uppfyller gruppens önskemål och därmed kommer i åtnjutande av gruppens acceptans, gillande och gentjänster.
- **Ge dina besvärliga medmänniskor CHANSEN att hyfsa sitt beteende!**

Hur ser VÅRA kartor ut?

Diskutera!

"Jobbiga" människor – möjlig utgångspunkt?

- Den andre gör alltid sitt allra bästa.
- Han har bara inte kommit på ett bättre sätt än.
- Kanske kan du lära honom, med hjälp av litet autentisk återkoppling?

257

Besvärlig typ?

Där står ju ett stackars ledset och övergivet barn och bönar om bekräftelse!

Den missnöjde **vill** något – vad?

- Den som är missnöjd **vill** något, vill få något som hen just nu inte tycker sig få.
- Sitt på **samma sida** om bordet, lägg ut problemet "på bordet".
- **Beskriv vad du ser,** fråga om du uppfattat det rätt.
- **Fråga** vad du själv, patienten och ni gemensamt skulle kunna göra för att komma tillrätta med problemet.
- Vid kommunikationssvårigheter och missförstånd: **Be den andre återge** precis vad hen tyckte sig höra att du sa.

259

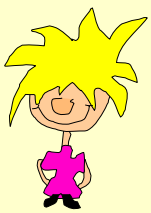
Missnöjd eller "jobbig" patient – hur hanterar du det?

Tag upp din upplevelse med patienten. Be om hans hjälp att förstå det som sker.

1. Säg vad du känner / hur du uppfattar det.
2. Fråga om det är så, och be honom beskriva sin syn på situationen.
3. Säg att du gärna skulle vilja prata mer om det.
4. Fråga patienten om även han skulle vilja prata mer om det.
   - Vad beror det på?
   - Vad kan du/jag/vi göra för att det ska kännas bättre?

260

"Suicidal, men inte allvarligt psykiskt sjuk, så hon får ta ansvar själv."



Hur fri är egentligen den "fria viljan"?

Ett "fritt" handlande förutsätter bland annat att

- Vi förmår uppfatta och tolka omvärlden korrekt.
- Vårt handlande inte styrs av depressiva- eller andra vanföreställningar.
- Vårt handlande inte styrs av outhärdlig ångest.
- Vi kan förstå konsekvenserna av våra handlingar.
- Vi kan behärska våra impulser.
- Vi har inlevelseförmåga, så att vi förstår hur vårt handlande upplevs av andra.

Dessa förutsättningar är vanligen mer eller mindre nedsatta vid allvarlig psykisk sjukdom.

262

Texten nedan uttrycker min personliga åsikt och representerar inte en allom accepterad syn på saken inom kliniken!

Sjukvården kan inte avtala bort sitt ansvar. När patienten försöker ta sitt liv i vården är det sjukvården som misslyckats – inte patienten!

Det ansvar sjukvården vägrar ta hamnar på patienten som misslyckande och skuld, vilket får patienten att må ännu sämre, med ännu större risk för självmord. Osv.

263

Vår egen frustration

Vi söker en känsla av att göra gott för den andre, att vara en bra medmänniska/chef/förälder.

Risk att vi fastnar i behovet av uppskattning.

Vi reagerar då lätt med irritation/aggression.

Helt naturlig reaktion, men vi måste vara medvetna om vad som sker…

…samt ta ansvar för reaktionen. Vi får inte skylla reaktionen på den andre.

264

Projektion

Istället för att se sig själv skyller man ofta på andra.
Man lägger ut sitt eget problem på någon oskyldig.
Föga utvecklande - förhindrar personlig växt och utveckling.

Alternativet: Ta ansvar för sig själv, sina tankar, känslor och handlingar.

265

Problemet med projektioner

Det ansvar jag inte tar hamnar hos den andre som **skuld**.

Själv lär jag mig inget och utvecklas inte.

Nästa patient riskerar därför att råka lika illa ut.

http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se/download/18.40768cbb14b32a0480be44/1423638766200/Rekommendationerna+slutgiltig+version+2015.pdf

Äntligen något vettigt inom området!

267

Bemötande av patienter med EIPS

- Bemötandet avgörande. **Fel bemötande försämrar patienten.**
- Utbildning specifikt om självskadebeteende ger ett bättre omhändertagande, men inte lång erfarenhet och formell utbildning.
- Bemötande som hjälper: **bli lyssnad på, bli förstådd,** att behandlaren uppfattas som **engagerad.**
- Patienten **manipulerar inte.** Riktig manipulation märks inte!
- **Patienten gör så gott hen kan,** men har ett **outhärdligt liv.** Behöver ibland lära sig nya beteenden.

268

Bemötande av patienter med EIPS

- Empatiskt lyssnande och **undersökande förhållningssätt**.
- Fokus på ökad emotionell medvetenhet och **förbättrad emotionsreglering**.
- Vilken **funktion** har självskadebeteendet?
- Vad skulle kunna få ditt beteende/mående att **vända?**
- **Våga fråga!** Öppet och nyfiket, inte dömande, inte ställa till svars.
- Uppmärksamhet, omtanke och intresse för hela människan och inte bara för självskadebeteendet. **Hur mår du, du som skadat dig?**
- Kontroll av patientens beteende minskar dennes autonomi och egenmakt, blir till en ond cirkel.

269

Bemötande av patienter med EIPS

- Patienten har ofta problem med emotionell förståelse och känsloreglering. **Stäm av att patienten uppfattat rätt** vad du sagt och vad ni ska göra. Lyssna och återkoppla oavbrutet. **Har jag förstått dig rätt?**
- **Vårdgivaren blir själv känslomässigt dysreglerad** vid självskadebeteende. Vi behöver kunna lugna oss själva.
- **Lyssna till dina känslor** av att det inte går helt bra, använd dina känslor som det redskap de är.

270

Den personlighetsstördes dilemma

- **Taskiga kartor, allra mest vad gäller självbilden.**
- **Förstår inte hur hon upplevs av andra.**
- Plågad och en plåga, men ingen har försökt förmedla hur personen uppfattas, dvs **personen får ingen autentisk återkoppling på sitt beteende.**
- **Prata med personen, utgå från att alla VILL fungera med andra och få deras uppskattning. GE CHANSEN till självinsikt, mognad och förändring!**

Varför känner jag som jag känner?

272

Hur jag FÖRHÅLLER mig till det som händer mig i livet är den avgörande faktorn för vilket liv jag får.

273

Acceptance and comittment therapy, ACT, i ett nötskal

De flesta komplexa mänskliga problem är olösbara.

Saker *händer* hela tiden.

Hur jag FÖRHÅLLER MIG till det som händer mig i livet är den avgörande faktorn för vilket liv jag får.

Förväntan på ett smärtfritt liv skapar problem och ytterligare lidande.

Vad VILL JAG GÖRA MED MITT LIV, trots mitt lidande och mina problem?

274

Normal day

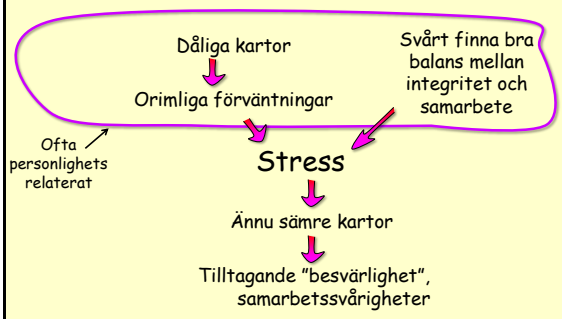
Normal day, let me be aware of the treasure you are. Let me learn from you, love you, savour you, bless you, before you depart.

Let me not pass you by in quest of some rare and perfect tomorrow. Let me hold you while I may, for it will not always be so.

One day I shall dig my fingers into the earth, or bury my face in the pillow, or stretch myself taut, or raise my hands to the sky, and want more than all the world: your return.

Mary Jean Irion: Yes, World: A Mosaic of Meditation

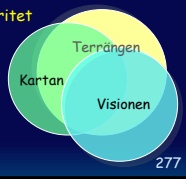
Problemen förstärker varandra



276

Att hjälpa missnöjda, stressade och allmänt problematiska människor

1. Hjälp dem åtgärda faktiska problem och missförhållanden.
2. Hjälp dem nyansera sina kartor
3. Hjälp dem till rimliga och realistiska förväntningar
4. Hjälp dem hitta en lagom avvägning mellan samarbete och integritet
5. Hjälp dem se fördelarna för dem själva med att samarbeta om rimliga saker på ett bra sätt
6. Hjälp dem att ta hand om sin egen integritet



277

Andras aggression

Vanligen ett uttryck för frustrerade önskningar och behov, eller andra former av stressupplevelser. Vad behöver han just nu?

"Jag ser att du är upprörd. Hur kan jag hjälpa dig?"

278

Allt det som är viktigt vid bemötandet av "vanliga" människor är *ännu* viktigare här!

- Alliera dig. Visa att du bryr dig och vill väl.
- Vänlighet och empati.
- Ilska och högljuddhet bemöts med mildhet och låg röst.
- Bekräfta den andres känslor, förmedla att de är förståeliga och okay.
- Ta på allvar och visa respekt.
- Kränk *aldrig* människor! Rädda människor slåss för livet, kränkta slåss för hedern.

Undvik

- Maktspråk
- Arrogans
- Integritetskränkning
- Provokation
- Ifrågasättande
- Allmän ovänlighet och otrevlighet
- Att höja rösten
- "Nu får du lugna ner dig!"
- Att stirra

280

Tips för att hantera människor i "röd zon"

- Var närvarande, se (uppfatta) vad som händer.
- Håll dig själv lugn.
- Logik och vädjan till det vuxna i den andre fungerar vanligen inte
- Ta ansvar för "klimatet"
- Köp tid: Erbjud kaffe, mat, vila, paus, betänketid, värme…
- "Kom" från rätt plats: Medmänsklighet, vilja väl, bry dig på riktigt
- Empati, förmedla vad du ser:
- Begripliggör
- Normalisera
- Sympati. Visa att du är vän, på hans sida, att du vill väl
- Be den andre om råd

281

Arga, missnöjda och hotfulla människor

1. Uppmärksamma de negativa känslorna. Ta dem inte personligt, troligen handlar de egentligen inte om dig.
2. "Stoppa" samtalet, byt från innehåll till "process".
3. Förmedla din upplevelse. Fånga upp och förmedla den underliggande KÄNSLAN!
   - "För mig verkar det som att du är väldigt "upprörd"/arg just nu. Är det så?"
   - "Är det mig eller något jag gör i vårt samtal som du är upprörd över? Är det något som jag kan göra annorlunda?
4. Påpeka konsekvenserna.
   - "När du är så här upprörd har jag svårt att veta hur jag ska tala med dig på ett sätt som du är hjälpt av."
5. Fråga om det är något du kan göra för att hjälpa den andre med de jobbiga känslorna, **så att ni sedan ska kunna komma vidare i samtalet.**
   - "Jag behöver din hjälp. Hur kan jag göra för att hjälpa dig med din upprördhet, så att vi sedan kan fortsätta vårt samtal?"

282

Åtta råd enligt Bergenprojektet *(nr 4+9 egna tillägg)*

1. Visa positiv respekt, patienten ska känna att du är där för att hjälpa till.
2. Lyssna!
3. Var närvarande, koncentrerad och visa intresse. Försök förstå varför patienten är upprörd och vad hon vill.
4. Bekräfta patientens känslor. De är förståeliga utifrån omständigheterna och hur patienten upplever situationen. "Du verkar upprörd. Inte konstigt när du förts hit mot din vilja."
5. Ge patienten tid att prata och ställa frågor. Prata med patienten flera gånger innan beslut fattas. Berätta för patienten vad som händer.
6. Tala lugnt, med mild röst.
7. Tänk på ditt kroppsspråk, håll avstånd och ögonkontakt.
8. Ge patienten förslag, i stället för att kritisera.
9. Fråga vad du kan göra för att hjälpa patienten med upprördheten. Kaffe? Promenad? Samtal?
10. Samarbeta i arbetsgruppen, tala med varandra, låt alla veta vad du gör.

283

Påverkanstrappan – låt samtalet ta tid

1. **Kontakt:** Aktivt lyssnande.
2. **Relation:** Visa intresse och sympati, försök förstå.
3. **Tillit:** Visa respekt, möt med värdighet.
4. **Påverkan:** Betona det gemensamma ansvaret. Vilka alternativ ser den andre? Undersök tillsammans.
5. **Lösning:** Involvera den andre i lösningen.

Tack till Alexander Tilly!

Om patienten blir hotfull eller aggressiv under samtalet:

- Larma.
- Låt dig inte provoceras.
- Bemöt inte ilska med ilska.
- Avsluta samtalet.
- Lämna rummet.
- Kontakta polisen.

När situationen är under kontroll:

- Förklara att hot inte accepteras.

285

Tack för oss!

Michael Rangne (skrev och berättade)
Veronica Rangne (ritade)

Mars 2016