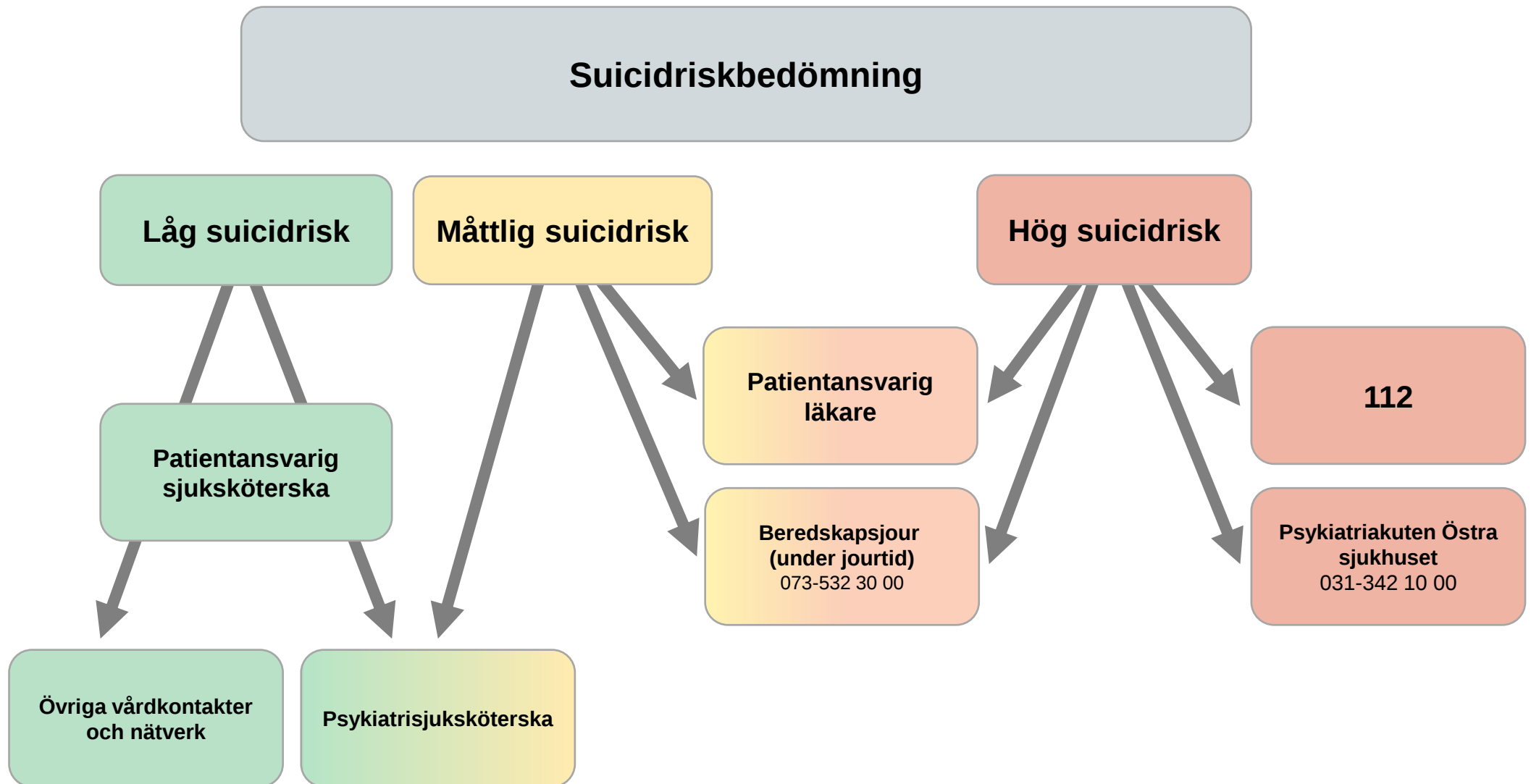


Suicidprevention - Flödesschema



Suicidprevention i kommunal vård och omsorg innebär att legitimerad personal tidigt kan identifiera suicidrisk. Bedömningen bygger på förståelse för personens livssituation och utgår från dennes berättelse. För ytterligare vägledning hänvisas till användarguiden för suicidriskbedömning.

Suicidriskbedömning

Förslag på samtalsfrågor:

- Hur länge har du tänkt/känt såhär?
- Vad tror du själv det kan bero på?
- Har du haft det såhär tidigare, och i så fall - vad hjälpte dig då?
- Vad tror du kan hjälpa dig nu?
- Har du läkemedel vid behov?
- Finns stödjande socialt nätverk?
- Har du andra vårdkontakter?

1. Anamnes:

Beakta tidigare psykisk ohälsa, suicidförsök och aktuell livssituation.

2. Suicidstegen / ställ frågor:

- ☐ 1 Nedstämdhet - känsla av hopplöshet?
- ☐ 2 Dödstankar - tankar på döden?
- ☐ 3 Dödsönskan - önskan om döden?
- ☐ 4 Suicidtankar - tankar på att skada sig?
- ☐ 5 Suicidimpulser - svårt att stå emot?
- ☐ 6 Suicidavsikter/ planer - När? Var? Hur?
- ☐ 7 Suicidhandling – pågående suicidhandling?

3. Riskfaktorer:

- ☐ Tidigare suicidförsök
- ☐ Psykisk sjukdom/ samsjuklighet
- ☐ Akuta traumatiska livshändelser
- ☐ Missbruk eller beroende
- ☐ Stark ångest
- ☐ Tankestörning/psykos
- ☐ Aggressivitet och impulsivitet
- ☐ Allvarlig kroppslig sjukdom
- ☐ Ensamboende utan relationer
- ☐ Tillgång till suicidredskap
- ☐ Kön (Man)
- ☐ Ålder (<19 eller >45)

4. Skyddande faktorer:

- ☐ Tidigare god copingförmåga
- ☐ Stödjande socialt nätverk
- ☐ Hjälpökande
- ☐ Hopp om framtiden
- ☐ Känsla av sammanhang (KASAM)

5. Observation/Psykisk status:

Beakta uppgifter från nätverk och omsorgspersonal – cirka 80 % signalerar suicid i förväg. Observera psykisk status, t.ex. affekt, kroppsspråk, mimik, psykomotorik och kontaktförmåga.

Sammanfatta samtalet och väg samman punkt 1–5 vid bedömning av suicidrisk. Kryssa i det alternativ nedan (1 av 4) som bäst motsvarar din bedömning.

☐ **Ingen indikation på suicidrisk:** Skattning på suicidstegen (~0–1). Bedömningen visar inga tecken på suicidrisk. *Åtgärder:* Sedvanlig handläggning och uppföljning av grundsjukdom. Dokumentera bedömning i journal.

☐ **Låg suicidrisk:** Skattning på suicidstegen (~1–3). Nedstämdhet eller annan psykisk ohälsa kan förekomma, men hopp om förbättring uttrycks. Hjälpökande hållning och god samtalskontakt.
Åtgärder:

- Informera ansvarig sjuksköterska.
- Konsultera psykiatrisjuksköterska vid behov.
- Tydliggör plan för uppföljning.

☐ **Måttlig suicidrisk:** Skattning på suicidstegen (~3–5). Återkommande suicidtankar. Begränsad samtalskontakt eller viss motvilja till vård. Misstanke om motstridiga uppgifter, t.ex. förnekande trots tidigare suicidsignaler. Flera riskfaktorer identifierade.
Åtgärder:

- Konsultera psykiatrisjuksköterska (om tillgänglig).
- Kontakta ansvarig läkare. Om ej nåbar, kontakta Beredskapsjour.
- Ökad observation och tätare uppföljning.

☐ **Hög suicidrisk:** Skattning på suicidstegen (~5–7). Uttalade suicidal planer eller avsikter. Suicidala signaler eller varningsbeteenden kan ha observerats.
Åtgärder:

- Vid livshotande tillstånd: Ring 112.
- Lämna inte personen ensam och minimera förekomst av farliga föremål.
- Kontakta ansvarig läkare omgående. Om ej nåbar, kontakta Beredskapsjour.
- Transportera till psykiatriakuten om läget medger.

Vid identifierad suicidrisk (låg, måttlig eller hög) ska relevanta vårdkontakter informeras enligt rutin. Dokumentera bedömning och åtgärder.