

Checklista – utskrivning från slutenvården vid suicidförsök och suicidrisk

Fråga	Ja/nej/oklart	Kommentar
Har patienten en vårdplan och krisplan?		<p><i>Det ska alltid finnas en vårdplan och en krisplan som är kända av patienten, närstående och alla i behandlingsteamet. Planen ska:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •<i>Utgå från patientens problembeskrivning och uppfattning om sin situation</i> •<i>Uppmärksamma patientens resurser och förmåga att själv påverka sitt tillstånd ska uppmärksammas (Konkreta åtgärder för hur patienten själv kan reducera stress eller ångest bör också ingå)</i> •<i>Innehålla dokumentation av specifika symtom som ökar patientens suicidrisk exempelvis sömnstörning, ångestförstärkning och alkoholkonsumtion</i> •<i>Innehålla dokumentation av förändringar i patientens beteende som signalerar ökad suicidrisk.</i> •<i>Innehålla dokumentation av skyddande faktorer</i>
Är krisplanen aktualiserad inför permission och utskrivning?		



Har det genomförts suicidriskbedömning* i närtid?		
Är planen tydligt dokumenterad?		
Har patienten en fast vårdkontakt?		
Finns tillgängliga akutinstanser angivna med telefonnummer och eventuella telefontider		<i>Det bör framgå i vilken ordning och hur de olika instanserna ska kontaktas.</i>
Har datum för utvärdering av krisplanen planerats?		<i>Finns det inbokade, planerade besök efter senaste vårdkontakten?</i>
Har SIP inför utskrivning ägt rum om inte, är den inplanerad i närtid, dvs i samband med att patient skrivs ut till hemmet		<i>Behandling och insatser ska ges samordnat och fastställas i en samordnad individuell plan (SIP) som upprättas i samråd med patienten och samtliga vårdgivare</i>
Är närstående delaktiga i vården?		<i>OM inte kan de involveras om samtycke från patient?</i>
Kommunal HSV insatser är tillgängliga och säkrade för trygg och säker vård och behandling, inklusive rehabinsatser genom att: Det finns namngiven PAS, ansvarig AT, FT och omsorgskontakt Inplanerat inskrivningsbesök i samband med att patient kommer hem.		<i>suicidpreventiva åtgärder vidtagna, planerade och datum är inplanerat för när och av vem de ska följas upp Vårdplan är skriven, skrivs utifrån behov /problem och åtgärder, delmål/ mål knutna till detta</i>
Dokumenterat överförd information		<i>ange vart information kan fås tex om inte i journal</i>



Bra frågor att ha med till ansvarig fast vårdkontakt inom specialistvården psykiatri SKAS	Ja/ nej /oklart	kommentar
Om patient har nyinsatt läkemedelsbehandling, finns tid bestämd för uppföljning av läkemedelsbehandlingen		
<i>Har andra behandlingsinsatser, tex samtalsbehandling, planerats påbörjats och genomförts i avsedd omfattning</i>		
<i>Finns behov av och om är alkohol- och drogscreening planerad, utförd?</i>		
<i>Har man vidtagit rimliga åtgärder för att motverka riskbruk eller beroendeutveckling?</i>		
<i>Har bedömningar utförts avseende behov av tvångsvård?</i>		
<i>Kom patienten på de senaste planerade besöken?</i>		
<i>Om nej, vidtogs rimliga åtgärder med anledning av att patienten uteblev?</i>		
<i>Följs överenskommelserna upp på rimligt sätt?</i>		



*En **suicidriskbedömning** grundas på en personlig undersökning av patienten och bör inkludera anamnes från närstående. Bedömningen bör innehålla:

- riskfaktorer och skyddsfaktorer för suicid, inklusive eventuella akuta triggers
- aktuell suicidalitet (eventuell förekomst och intensitet av livsleda, suicidtankar, suicidplaner, suicidala impulser)
- bedömning av suicidrisken (låg, förhöjd, akut/hög)

** **Suicidpreventiva åtgärder** ska vidtas vid förhöjd suicidrisk och vara individuellt anpassade. Exempel kan vara:

- tät uppföljning i öppenvård, eventuellt hembesök
- inläggning i slutenvård med rimlig tillsynsgrad
- säker slutenvårdsmiljö
- ställningstagande till behov av tvångsvård
- rimliga behandlingsinsatser beroende på problematik som läkemedel, ECT, KBT, DBT
- ställningstagande till anmälan om olämplighet av innehav av vapen

[Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning handläggning.pdf \(vgregion.se\)](#)

Med bilagor Suicidstege och krisplan