



Assumpte

Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS)

Àmbit

Servei Català de la Salut (CatSalut)

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)

Índex

1. Exposició de motius
2. Àmbit d'aplicació
3. Objecte de la Instrucció i objectius del Codi risc de suïcidi
 - 3.1. Objecte de la Instrucció
 - 3.2. Objectius del Codi risc de suïcidi
4. Fases del Codi risc de suïcidi
5. Registre de pacients
6. Implantació
7. Seguiment i avaluació
8. Verificació dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura pel CatSalut
9. Disposicions addicionals
10. Disposició transitòria
11. Entrada en vigor

Annex

Document Codi risc de suïcidi, elaborat conjuntament pel Departament de Salut i el CatSalut i amb el consens de les societats científiques

1. Exposició de motius

El suïcidi és un problema de salut pública de primera magnitud i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que el 2020 representarà un 2,4% de la càrrega total de problemes de salut.

S'estima que cada any un milió de persones se suïciden al món i preocupa especialment perquè és una de les primeres causes de mortalitat prematura en persones joves d'ambdós sexes (el grup de 25 a 44 anys constitueix el primer grup de risc). Així mateix, cal tenir en compte que les estadístiques no registren les temptatives o intents de suïcidi, tot i que s'estima que es produeixen unes 20 temptatives per cada suïcidi consumat.

La mortalitat per suïcidi podria ser, en gran part, evitable, i existeix un important marge de millora quant a les mesures preventives a implantar mitjançant la responsabilització i la col·laboració intersectorial, a la vegada que es disposa de suficient evidència sobre l'existència d'intervencions sanitàries i de salut pública efectives per prevenir-la.

El Departament de Salut ja va recollir les prioritats establertes per l'OMS (programa SUPRE) en el Pla de salut de Catalunya de 2004, impulsant projectes assistencials orientats específicament en aquest sentit. Així, va promoure la participació de Catalunya en el Projecte europeu contra la depressió, promogut per la Lliga Europea contra la Depressió (European Alliance Against Depression) i ha desenvolupat dues experiències, la primera a Barcelona (a la dreta de l'Eixample) i la segona a Sabadell. Aquest programa desenvolupa un seguit d'estratègies i programes contra la depressió i el risc de suïcidi, amb un enfocament global i d'atenció integral, i ha mostrat molts bons resultats quant a l'increment de la supervivència, la disminució dels reintents de suïcidi i la reducció del nombre de suïcidis consumats.

En aquest sentit, cal destacar també el paper clau de l'atenció primària, la qual ja disposa de la Guia de pràctica clínica (GPC) de la depressió, que facilita la detecció del risc de suïcidi, l'avaluació de la gravetat i l'enregistrament a la història clínica. També s'hi preveu cercar i potenciar aquelles estratègies assistencials que puguin ser més efectives per detectar a temps el risc de suïcidi, millorar la resposta assistencial i evitar la seva repetició.

D'acord amb les recomanacions de l'OMS,



recollides també en el Pla d'acció de la regió europea per als propers anys, el Departament de Salut prioritza la prevenció d'aquest problema de salut, d'acord amb la política fixada en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015. La línia estratègica 1 prioritza, com a objectiu de salut, la disminució de la mortalitat per suïcidi i concreta mesures de prevenció efectives per a la reducció de la mortalitat, entre les quals hi ha la millora de l'accessibilitat als serveis de salut de les persones en risc i el seguiment acurat durant el període crític posterior de la temptativa autolítica. Aquest projecte s'emmarca en la línia de continuïtat que ha prioritzat l'abordatge de la depressió com una de les malalties cròniques de major impacte i preveu rutes assistencials de la depressió implantades a tot el territori de Catalunya que preveuen la detecció del risc de suïcidi i les actuacions que s'han de portar a terme.

Per tots aquests motius, el Departament de Salut i el CatSalut van implantar una prova pilot que va ser avaluada, i l'any 2015 s'ha procedit al desplegament progressiu del Codi risc de suïcidi (CRS).

Aquest CRS comprèn un conjunt protocol·litzat d'actuacions assistencials i preventives adreçades a aquelles persones que, en el moment de contactar i/o acudir al sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT), presentin un risc important de suïcidi que, de manera imminent o a curt termini, podria arribar a comprometre la seva vida, provocar una greu discapacitat o bé comportar una reducció important de la qualitat de vida de les persones.

Així mateix, és necessari assegurar la continuïtat assistencial postalta dels pacients atesos a l'hospital per conductes suïcides, per prevenir-ne la repetició, assegurar un seguiment preventiu proactiu per part dels centres de salut mental, així com l'adequat seguiment longitudinal des de l'atenció primària i la detecció precoç del risc elevat de suïcidi des de tots els dispositius assistencials.

Cal posar de relleu que la prioritat en la potenciació de la coordinació assistencial entre els dispositius implicats serà essencial per garantir la continuïtat assistencial del pacient en risc.

Així mateix, la prevenció i l'atenció al risc de suïcidi també té un important component intersectorial, atès que la primera identificació i/o sospita de risc elevat de suïcidi pot donar-se a nivell de la família, de l'escola, de la comunitat

i, per tant, els agents d'aquests àmbits són també uns actors molt rellevants que han de poder participar i poder col·laborar de manera principal en la prevenció del risc de suïcidi. Per aquest motiu, l'abordatge del risc de suïcidi no només s'ha de fer des de l'àmbit sanitari, primari i de promoció de la salut mental, sinó que també cal completar-lo i integrar-lo amb un àmbit i una visió educacional, social i comunitària i també cal comptar amb la col·laboració de les associacions de familiars i afectats.

En aquest àmbit, cal fer especial referència al marc de col·laboració amb les forces de seguretat i al protocol de col·laboració per a l'atenció a les urgències psiquiàtriques i al marc de col·laboració ja existent entre els departaments de Salut, d'Interior i de Justícia, l'Ajuntament de Barcelona, la Delegació del Govern a Catalunya, el Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, l'Associació Catalana de Municipis i la Federació de Municipis de Catalunya.

Així mateix, el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), en una de les àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial, preveu la prevenció de conductes suïcides amb l'activació del Codi risc de suïcidi en persones d'alt risc.

Tenint en compte la Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya, sobre el sistema públic de salut, aprovada pel Ple del Parlament en la sessió 56, de 19 de juny de 2015, i publicada al BOPC núm. 610, de 25 de juny de 2015, que, en l'apartat XIII, Codis d'atenció a les emergències, preveu el Codi risc de suïcidi, i així mateix, el Parlament de Catalunya considera que, amb l'objectiu de mantenir i millorar els bons índexs de supervivència i l'impacte en la qualitat de vida de la població de Catalunya, cal consolidar l'aplicació dels diferents codis d'atenció a les emergències, reduir els temps de resposta i incrementar el percentatge de pacients que reben el tractament en el temps adequat.

Vist el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, en especial pel que fa als objectius i les actuacions sobre la prevenció del suïcidi per a la millora de la salut mental, en general.

Vist el Pla de Govern 2013-2016, en especial pel que fa a l'objectiu de promoure la prevenció i la protecció davant les situacions de risc en què es puguin trobar els col·lectius més vulnerables.

D'acord amb la proposta del director general de Planificació i Recerca en Salut, en virtut de les



competències que li són conferides per l'article 6 del Decret 56/2013, de 22 de gener, de reestructuració del Departament de Salut.

Atès l'article 6.1.c) de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, que estableix com a finalitat del CatSalut la coordinació de tot el dispositiu sanitari públic i de cobertura pública i la millor utilització dels recursos disponibles, d'acord amb l'article 7.1.a), que estableix la funció de l'ordenació sanitària, i l'article 7.1.f), que preveu la funció d'establiment de directrius generals i criteris vinculants quant als centres, els serveis i els establiments adscrits funcionalment al Servei Català de la Salut, pel que fa a la seva coordinació amb el dispositiu sanitari públic.

Atès l'article 11 del Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació de serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut, que preveu les instruccions del Servei Català de la Salut i que estableix que les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de complir les instruccions que el Servei Català de la Salut dicti en el marc de les seves competències.

D'acord amb el Departament de Salut i en exercici de les funcions que m'atorguen els articles 16 i 17 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, dicto aquesta Instrucció.

2. Àmbit d'aplicació

Servei Català de la Salut (CatSalut).

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).

3. Objecte de la Instrucció i objectius del Codi risc de suïcidi

3.1. Objecte de la Instrucció

L'objecte d'aquesta Instrucció és establir l'atenció als pacients en risc de suïcidi mitjançant el Codi risc de suïcidi (CRS).

El CRS és un conjunt protocol·litzat d'actuacions preventives i assistencials adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar i/o acudir al sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) presentin un risc important de suïcidi.

El protocol del CRS constitueix també una estratègia assistencial que vol assegurar la vinculació als serveis sanitaris d'aquelles persones identificades amb més risc de suïcidi i facilitar-los l'oportunitat de rebre una atenció continuada. Preveu, en funció de la gravetat del cas, tant l'activació dels recursos adequats per garantir l'atenció urgent com el seguiment adient, mantenint el continuïtat assistencial.

En l'annex a aquesta Instrucció, hi consta el document Codi risc de suïcidi, elaborat conjuntament pel Departament de Salut i el CatSalut i amb el consens de les societats científiques. Amb aquest Codi es pretén disminuir les temptatives de suïcidi i la repetició mitjançant la gestió protocol·litzada de les situacions de les persones en risc de suïcidi identificades pels centres de la xarxa pública del sistema sanitari.

Les previsions que conté aquesta Instrucció no tenen caràcter clínic.

3.2. Objectius del Codi risc de suïcidi

El CRS pretén contribuir en l'assoliment de tres objectius generals de salut claus i, per aquest motiu, també s'estableixen els objectius específics, que fan referència a la millora del procés assistencial a les persones amb risc de suïcidi des de qualsevol punt del SISCAT.

Objectius de salut

Els objectius de salut del CRS són:

1. Disminuir la mortalitat per suïcidi.
2. Augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida.
3. Prevenir la repetició de temptatives suïcides.

Els objectius específics del CRS són:

- Impulsar i assegurar una atenció proactiva i adequada –segons el nivell de gravetat– a les persones que presenten un risc de suïcidi, des de qualsevol punt d'atenció sanitària.
- Implantar un procés d'actuació específica urgent de tots els agents sanitaris implicats, amb un especial paper del 061 CatSalut Respon i dels sistemes d'emergències mèdiques.



- Assegurar unes condicions òptimes de seguretat dels pacients atesos per conductes suïcides, especialment en els serveis d'urgències hospitalaris.
- Implantar un procediment homogeni, diferenciat per adults o menors d'edat, per garantir la continuïtat assistencial postalta d'urgències o d'hospitalització dels pacients atesos per conducta suïcida.
- Facilitar el seguiment sistemàtic i la vinculació als centres de salut mental (CSM) o hospitals de dia (HD) durant el període crític de major risc de reintent posterior a l'atenció de la temptativa a l'hospital, així com el seguiment longitudinal per part de l'atenció primària de salut (APS) durant 12 mesos per prevenir repeticions.

L'assoliment d'aquests objectius comporta establir el paper de cadascun dels serveis assistencials que poden arribar a intervenir davant un risc de suïcidi alt i del procés assistencial establert entre ells.

4. Fases del Codi risc de suïcidi

Les fases del CRS són:

Fase 1. Detecció, sospita de risc alt i primera atenció. Activació del CRS.

Fase 2. Seguiment proactiu després de l'alta (almenys 30 dies).

Aquesta fase de seguiment posthospitalari preveu dues accions complementàries:

- a) seguiment proactiu presencial del servei ambulatori de salut mental o bé, de manera subsidiària, per part de l'hospital de dia, i
- b) seguiment proactiu telefònic als 30 dies de l'alta de l'hospital, per part del 061 CatSalut Respon o dels equips multidisciplinaris de suport especialitzat (EMSE).

Fase 3. Seguiment preventiu longitudinal (12 mesos).

5. Registre de pacients

El CatSalut, a partir del Registre de pacients del Departament de Salut, ha creat el registre sanitari de casos per tal de recollir la informació

necessària a efectes epidemiològics, per fer el seguiment de l'atenció i la resolució, així com l'avaluació.

Tots els ens i centres que porten a terme aquestes actuacions han de registrar i facilitar la informació relativa als pacients, d'acord amb el que estableixin el Departament de Salut i el CatSalut.

6. Implantació

La Direcció de l'Àrea d'Atenció Sanitària i les gerències de les regions sanitàries han de dur a terme les corresponents actuacions d'implantació, coordinació i seguiment.

L'organització del CatSalut en regions sanitàries facilita la gestió de serveis de la xarxa sanitària pública. Així mateix, l'ordenació i la configuració del model d'atenció a la persona amb risc de suïcidi necessiten una implantació territorial per aconseguir els seus objectius.

Les regions exerceixen funcions de coordinació i de seguiment per implantar aquest model, i s'han de dotar d'un pla territorial o ruta assistencial per tal d'implantar el CRS.

7. Seguiment i avaluació

S'ha d'establir un sistema de seguiment i avaluació de l'atenció i del procés assistencial, a l'efecte de detectar possibles millores i proposar les corresponents mesures, i millorar la qualitat, els resultats i els mecanismes de registre de les dades.

L'avaluació s'ha de portar a terme mitjançant l'anàlisi periòdica de les dades registrades i els corresponents indicadors que s'estableixin.

A aquest efecte es crea una Comissió de Seguiment i Avaluació que, entre d'altres funcions, ha de vetllar per la millora i la qualitat de l'atenció i la millora dels mecanismes de registre i de recopilació de dades.

8. Verificació dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura pel CatSalut

Les entitats proveïdores de serveis sanitaris i els centres hospitalaris han de verificar el compliment dels requisits d'assegurament, residència i cobertura pel CatSalut.



Per part de les entitats proveïdores de serveis sanitaris, cal una verificació de l'ens responsable de l'atenció i una acreditació de la responsabilitat i l'atenció a càrrec del CatSalut que ve determinada per una validació del nivell de cobertura dels assegurats del CatSalut, i complir els requeriments específics establerts pel CatSalut per a la seva facturació.

En cas de persones no residents a Catalunya, cal que es compleixi el que estableix el Reial decret 1207/2006, de 20 d'octubre, pel qual es regula la gestió del Fons de cohesió sanitària i normativa de desenvolupament, així com complir el que preveu la Instrucció 02/2011, del CatSalut, Fons de cohesió sanitària. Assistència a persones residents derivades entre comunitats autònomes. Sistema d'informació del Fons de cohesió sanitària.

Les entitats proveïdores han de tenir en compte les previsions de la Instrucció 04/2013, del CatSalut, actuacions amb relació a la protecció de l'assegurament i la responsabilitat de l'atenció sanitària a càrrec del CatSalut.

El CatSalut no es fa càrrec de les prestacions de les quals no és responsable o respecte de les quals hi ha un responsable, també en el cas de l'atenció urgent. En aquests casos, la seva facturació s'ha de fer directament a la persona com a atenció privada o bé directament a l'ens que en sigui responsable.

En qualsevol cas, les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de complir les instruccions del CatSalut que estableixin previsions sobre accés, cobertura i responsabilitat en l'assegurament. En aquest sentit també han de complir la Instrucció 08/2015, del CatSalut, accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut.

9. Disposicions addicionals

Primera. En cas que altres sistemes d'emergències traslladin pacients a centres del SISCAT, els protocols d'actuació, d'atenció i trasllat s'han d'ajustar al que preveu aquesta Instrucció, així com al que prevegin els protocols d'actuació establerts en els àmbits de la coordinació, la gestió, el control de fluxos i la canalització de la demanda d'assistència sanitària, en cas d'urgència o emergència, dins del territori de Catalunya.

Segona. El CatSalut, d'acord amb el Departament de Salut, ha de promoure la creació d'una comissió de coordinació de l'atenció i de seguiment entre els dispositius assistencials i els àmbits intersectorials implicats –família, escola i comunitat–, de forma que es faciliti una atenció preventiva, proactiva i transversal, així com un seguiment integrat, amb la finalitat de prevenir i disminuir el nivell de risc de suïcidi.

10. Disposició transitòria

Les actuacions previstes en aquesta Instrucció han d'estar desplegades a tot Catalunya al més aviat possible i, com a màxim, el 31 de desembre de 2015.

11. Entrada en vigor

Aquesta Instrucció entra en vigor el 15 de setembre de 2015.

Barcelona, 8 de setembre de 2015

El director

Josep Maria Padrosa i Macias

Annex

Document Codi risc de suïcidi, elaborat conjuntament pel Departament de Salut i el CatSalut i amb el consens de les societats científiques

Codi risc de suïcidi

Per esmentar aquesta publicació:

Codi risc de suïcidi. Barcelona: Direcció Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya; 2015.

© 2015, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut,



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>.

Edita:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

Primera edició:

Barcelona, setembre 2015

Dipòsit legal:

xxxxxx

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Índex

Introducció	4
1. La situació a Catalunya	5
2. Les polítiques del Departament de Salut: la prevenció del suïcidi	7
3. Valoració del risc de suïcidi i criteris d'actuació dels diferents àmbits sanitaris	9
4.1. Nivell de risc baix	10
4.2. Nivell de risc moderat o mitjà	11
4.4. Criteris d'actuació dels diferents àmbits sanitaris.....	13
4.4.1. Criteris bàsics d'actuació de l'APS	13
4.4.2. Criteris bàsics d'actuació dels centres d'urgències d'atenció primària o dels centres d'atenció continuada.....	14
4.4.3. Criteris bàsics d'actuació del 061 CatSalut Respon i del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)	15
4.4.4. Criteris bàsics d'actuació dels serveis de salut mental (CSM, HD i CAS)	16
4.4.5. Criteris bàsics d'actuació hospitalària urgent.....	17
4. Codi risc de suïcidi: fases de la intervenció	18
5.1. Fase 1: sospita de risc alt i primera atenció	19
5.2. Fase 2: seguiment proactiu després de l'alta	21
5.3. Fase 3: seguiment preventiu longitudinal (12 mesos)	22
5. Criteris ètics per a la implantació del Codi risc de suïcidi: el consentiment, la confidencialitat i el paper de la família	25
6.1. Especificitats en el cas de l'atenció a menors d'edat.....	27
6. Bibliografia	28
Bibliografia addicional	29
Annexos.....	30
1. Determinació del nivell de risc de suïcidi (escala MINI) i els factors de risc	31
2. Mesures recomanades per a la seguretat clínica del pacient suïcida a urgències i a la planta d'hospitalització	32

Introducció

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) determina que el suïcidi és un problema de salut pública de primera magnitud i alerta de l'augment de la mortalitat per suïcidi que s'està produint a escala mundial. S'estima que un milió de persones se suïcida al món cada any. El suïcidi preocupa especialment perquè és una de les primeres causes de mortalitat en persones joves. A escala mundial, l'OMS preveu que el 2020 el suïcidi representarà un 2,4% de la càrrega global per malaltia, incloent-hi la mortalitat (AVAD).¹

Les estadístiques oficials disponibles no registren les temptatives ni les situacions greus de conducta suïcida, però s'estima que es produeixen unes 20 temptatives per cada suïcidi consumat (una raó d'1:20). Tot i que es produeixen més temptatives en les dones, la mortalitat per suïcidi és tres vegades superior en els homes, atès que solen utilitzar mètodes més letals. Els factors que influeixen en aquest fenomen són psicològics, biològics, socials i culturals. Entre aquests, això no obstant, està demostrat que els trastorns mentals (especialment la depressió i els trastorns per consum d'alcohol) esdevenen els principals factors de risc.

L'OMS ha definit el programa SUPRE (1) de prevenció del suïcidi. En el marc d'aquest programa s'han elaborat guies de bones pràctiques adreçades a diferents col·lectius i agents socials, i es recomana als estats membres que impulsin plans d'acció per combatre aquest problema de salut. En aquesta mateixa línia, el Pla d'acció europeu sobre salut mental (2) (Turquia, 2013) prioritza una estratègia per a la prevenció del suïcidi als estats membres.

La base d'aquesta estratègia es fonamenta en l'efectivitat demostrada de les polítiques de prevenció i l'impacte positiu en la reducció de la mortalitat. Entre les diferents mesures proposades, la millora de l'accessibilitat als serveis de salut de les persones en risc i el seguiment acurat durant el període crític posterior a la temptativa esdevenen elements clau.

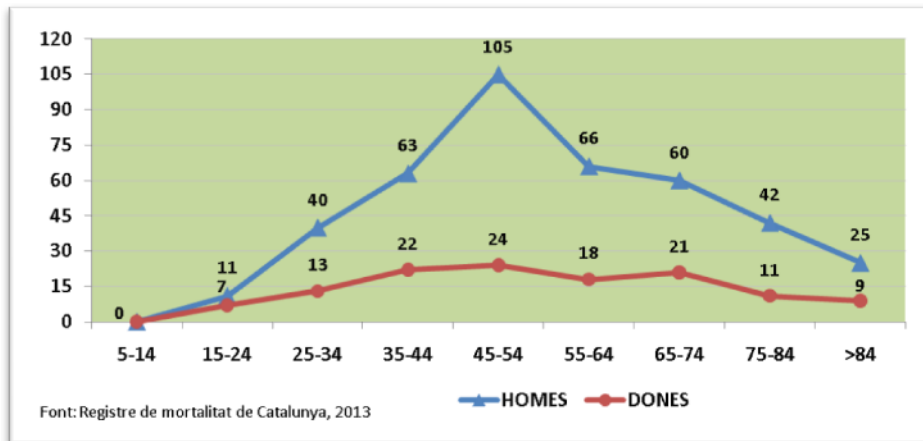
D'altra banda, també es recomana millorar els sistemes de registre, ja que les dades de mortalitat representen la punta de l'iceberg del problema real. La millora dels mecanismes de registre i de recopilació de les dades és una eina necessària per avaluar la implantació de les polítiques, facilitar-ne la revisió sistemàtica i fomentar la recerca.

¹ AVAD: anys de vida ajustats per discapacitat, i inclou anys de vida perduts (AVP) per mortalitat prematura i anys de vida viscuts amb malaltia/discapacitat (AVD).

1. La situació a Catalunya

L'any 2013 es van registrar 537 morts per suïcidi a Catalunya, un 5,9% més que l'any 2012. Tres de cada quatre morts són homes. La figura 1 mostra descriptivament la casuística de l'any 2013 segons el gènere i el grup d'edat.

Figura 1. Nombre de suïcidis consumats segons el grup d'edat i el gènere. Catalunya 2013



Tradicionalment, la taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya és de les més baixes d'Europa i és inferior a la global de l'Estat espanyol. La taxa de l'any 2013 a Catalunya se situa en 7,20 defuncions per 100.000 habitants de població general, i s'apropa a la global espanyola (figura 2).

Figura 2. Taxa per 100.000 habitants de la mortalitat per suïcidi. Catalunya, Espanya i Europa-28 1999-2013



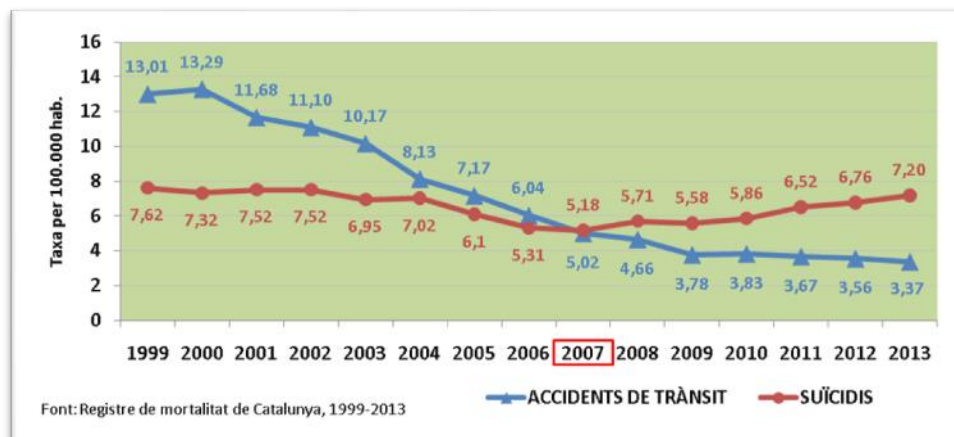
Segons la informació disponible, l'evolució de la mortalitat per suïcidi ha mostrat diverses tendències contraposades. Malgrat que aquest és un fenomen difícil de mesurar i les dades estan subjectes a diverses consideracions tant legals com de mètodes de recollida, l'estadística que s'obté mostra força consistència.

L'evolució 1999-2013 de les taxes de mortalitat per suïcidi a Catalunya (figura 2) mostra un punt d'inflexió i un canvi de tendència l'any 2007, després de nou anys de decrement de la taxa per 100.000 habitants, fins a arribar a un 5,18 aquell any.

El patró segons l'edat que segueix la mortalitat per suïcidi a Catalunya coincideix amb el que descriu l'OMS. El nombre més gran de defuncions es produeix en persones de 45 a 54 anys, però també preocupa el suïcidi en persones més grans de 74 anys. Tot i que quantitativament menor en termes absoluts, el suïcidi és la primera causa de mortalitat entre els joves, en els grups d'edat de 25 a 44 anys en ambdós sexes.

En conclusió, el suïcidi esdevé la tercera causa de mortalitat evitable en el nostre entorn, la qual supera, des de fa més de cinc anys, la mortalitat causada per accidents de trànsit. (figura 3).

Figura 3. Taxa per 100.000 habitants d'accidents de trànsit enfront de suïcidis. Catalunya 1999-2013



2. Les polítiques del Departament de Salut: la prevenció del suïcidi

D'acord amb les recomanacions de l'OMS, recollides també al Pla d'acció europeu sobre salut mental fins a l'any 2020, el Departament de Salut ha prioritzat la prevenció del suïcidi. Les polítiques definides tenen per objectiu disminuir la mortalitat, augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida i prevenir la repetició de temptatives autolítiques.

La mortalitat per suïcidi és, en bona part, evitable, i es disposa d'evidència suficient en el nostre entorn sobre l'efectivitat de les intervencions sanitàries desenvolupades. En la darrera dècada, Catalunya ja va iniciar polítiques, accions i experiències territorials en aquesta direcció. Des de l'any 2004, Catalunya participa en el Projecte europeu contra la depressió, en el marc del projecte European Alliance Against Depression (EAAD) (3). S'han desenvolupat dues experiències pilot al districte de la Dreta de l'Eixample de Barcelona i a Sabadell (4, 5), que han estat avaluades i de les quals es disposa de dades rellevants sobre la seva efectivitat.

D'altra banda, en el marc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 (6), s'ha prioritzat l'abordatge de la depressió com una de les malalties cròniques de més impacte, i s'han definit les rutes assistencials de la depressió als diferents territoris de Catalunya. La implantació d'aquestes rutes es formula sobre la base de l'aplicació de la *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto* (GPC) (7), adaptada a l'entorn del sistema sanitari del nostre país, i s'ha incorporat en versió digitalitzada en la història clínica de l'atenció primària de Catalunya (ECAP). La detecció de les situacions de risc de suïcidi i l'avaluació de la gravetat del risc en si esdevenen un element clau en la implantació de la GPC i la definició de la ruta assistencial.

El **Codi risc de suïcidi** (CRS) s'emmarca en la línia estratègica 1 del Pla de salut de Catalunya, de millora de la salut i la qualitat de vida de les persones, i pretén contribuir en l'assoliment de tres objectius generals de salut clau:

1. Disminuir la mortalitat per suïcidi.
2. Augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida.
3. Prevenir la repetició de temptatives suïcides.

El CRS és un conjunt protocol·litzat d'actuacions preventives i assistencials adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar amb el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) presenten un risc important de suïcidi.

El protocol del CRS és una estratègia assistencial que pretén assegurar la vinculació als serveis sanitaris d'aquelles persones identificades amb més risc de suïcidi i facilitar-los l'oportunitat de rebre una atenció continuada.

Atès que la majoria de les persones amb conductes suïcides pateixen trastorns mentals, és important assegurar-ne la continuïtat assistencial i que accedeixin al tractament específic indicat en cada cas. Garantir la continuïtat de l'atenció sanitària, en una etapa crítica de transició com és el període immediatament posterior a la temptativa, és un aspecte essencial del procés assistencial, ja que el risc de repetició de conducta suïcida és especialment alt en aquest període.

3. Valoració del risc de suïcidi i criteris d'actuació dels diferents àmbits sanitaris

Alguns estudis elaborats en el nostre entorn mostren que una proporció elevada de persones que se suïciden havien contactat els dies previs amb el sistema sanitari. També s'ha pogut constatar àmpliament que la depressió, la principal patologia associada al suïcidi, és un problema de salut freqüent, sovint infradiagnosticat i amb un important marge de millora pel que fa al seu tractament.

Per això és important aprofitar els contactes assistencials de les persones amb depressió per tal d'avaluar-ne específicament el risc de suïcidi (un símptoma de la depressió) i efectuar un cribratge primerenc del nivell de risc. **Tenir una avaluació del risc de suïcidi és molt rellevant**, ja que permetrà fer una detecció precoç i prendre una decisió assistencial adequada.

Actualment es disposa de diferents instruments de cribratge i de guies de pràctica clínica en salut mental, suficientment provats i acceptats, basats en l'evidència científica. Alguns han estat adaptats a l'entorn de Catalunya (7).

Un objectiu important d'aquest protocol és definir uns criteris bàsics per al cribratge, la detecció i la valoració inicial del risc de suïcidi, que es mostren a l'annex 1. Aquests criteris pretenen facilitar als professionals de la salut la valoració sistemàtica del risc de suïcidi en els casos indicats, determinar el nivell de risc (alt, moderat o baix) i facilitar la presa de decisions assistencials preventives.

No obstant això, és important remarcar que, tot i els resultats valorats en el cribratge, la validació final del nivell de risc de suïcidi sempre s'ha de dur a terme amb una avaluació clínica acurada a càrrec d'un facultatiu especialitzat en salut mental.

Els criteris bàsics definits en aquest protocol s'emmarquen en les recomanacions de les guies de pràctica clínica del sistema nacional de salut i en l'*Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult*. Es proposa el mòdul de risc de suïcidi de la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (versió 5.0.0, validada en castellà l'any 2000).

A més a més, també s'hi ha inclòs una llista de factors de risc per explorar recollits a la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (8), de l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries de Galícia (Avalia-t), del 2012.

La valoració inicial del nivell de risc, a partir dels criteris bàsics definits, ha de facilitar la presa de les decisions més immediates per part dels professionals sanitaris i determinar la inclusió o no d'un pacient al CRS. Aquesta valoració determinarà també la coordinació assistencial necessària entre els dispositius implicats en l'atenció immediata al quadre agut i el seguiment posterior.

Per a les finalitats d'aquest document, s'entén per *temptativa autolítica o de suïcidi* qualsevol comportament suïcida, incloent-hi les intoxicacions voluntàries i les autolesions o les autoagressions, que tenen una intencionalitat manifesta de causar la pròpia mort, sense aconseguir-ho.

Es tracta d'una definició més restrictiva que la de l'OMS (2014), perquè exclou les lesions o les autoagressions que no tenen una intencionalitat mortal expressa (independentment dels mitjans o de la consideració d'altres factors de risc) (9).

Així doncs, amb els instruments proposats, el resultat de la valoració ens indicarà diversos nivells de risc.

4.1. Nivell de risc baix

Un nivell baix de risc de suïcidi es correspon amb una puntuació d'1 a 5 punts en el mòdul de suïcidi de l'escala MINI. En aquestes situacions, la persona afectada acostuma a manifestar un estat de malestar psicològic i idees passives de mort. En l'entrevista clínica, les persones en aquesta situació poden no parlar explícitament d'idees de morir, però expressen un desig de "desaparèixer", de "deixar de patir", que el personal clínic ha d'explorar.

Les persones amb risc de suïcidi baix, en principi, tenen una probabilitat reduïda de portar a terme una conducta suïcida a curt i mitjà termini. En els pacients que presentin aquesta situació, caldrà **explorar la presència de factors de risc i els problemes de salut** que poden contribuir a incrementar el risc de suïcidi i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques de baixa intensitat.

Actuacions assistencials recomanades en cas de risc baix

Un nivell de risc baix requereix un seguiment periòdic des de l'atenció primària de salut. El metge de família pot demanar una interconsulta amb l'especialista de suport del centre de salut mental per a un millor maneig del cas.

En el cas de pacients atesos en un servei d'atenció urgent, es faran les anotacions pertinents a la història clínica i s'informarà el personal mèdic d'atenció primària per tal que pugui fer-ne el seguiment, si més no, mentre la situació de risc baix persisteixi.

4.2. Nivell de risc moderat o mitjà

Un nivell moderat o mitjà de risc de suïcidi es correspon amb una puntuació de 6 a 9 punts en el mòdul de suïcidi de l'escala MINI. En aquestes situacions, a banda d'expressar idees actives o desig de mort o de "desaparèixer" (com en el risc baix), també manifesten que han pensat a suïcidar-se, sovint amb verbalització d'ambivalència sobre aquestes idees, però **no existeix cap planificació de la conducta suïcida.**

Les persones amb risc mitjà tenen una probabilitat moderada de portar a terme una conducta suïcida a curt o mitjà termini, i són més o menys vulnerables en funció dels factors de risc o dels elements protectors de què puguin disposar en el seu entorn. La detecció d'un nivell de risc moderat de conducta suïcida requereix una **exploració completa dels factors de risc i els problemes de salut** que poden contribuir a incrementar el risc i a precipitar una conducta suïcida. Molts d'aquests factors de risc són modificables i susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques.

Excepcionalment, l'avaluació clínica de la comorbiditat i dels factors de risc presents en el pacient amb risc moderat pot aconsellar la necessitat d'incrementar el nivell de sospita inicial a un nivell de risc alt.

Actuacions assistencials recomanades en cas de risc moderat o mitjà

El nivell de risc moderat de suïcidi requereix un seguiment periòdic amb indicació de les mesures de suport directes o indirectes més adients per reduir el nivell de risc.

Si la situació no presenta un caràcter urgent, es recomana una valoració diferida d'un professional de salut mental. Si més no, el metge generalista pot fer una interconsulta amb un psiquiatre o psicòleg clínic en el termini de temps més breu possible.

4.3. Nivell de risc alt

Un nivell de risc alt de suïcidi es correspon amb una puntuació de 10 punts o més en el mòdul de suïcidi de l'escala MINI. En aquestes situacions, ja s'ha produït una temptativa prèvia recent o bé la persona, a més de manifestar una ideació suïcida, expressa una planificació de conducta suïcida.

Les persones amb risc alt de suïcidi tenen una probabilitat elevada de portar a terme una conducta suïcida a curt o mitjà termini. Molt especialment, si s'ha produït una temptativa prèvia recent, existeix un risc alt de repetició. **Aquestes persones constitueixen el grup diana principal del CRS.**

L'avaluació psiquiàtrica és l'element clau, amb una exploració dels factors de risc i els signes d'alarma, així com una entrevista clínica i una avaluació psicopatològica acurada per fer un diagnòstic i determinar la inclusió en el protocol CRS segons el criteri clínic del personal facultatiu.

Actuacions assistencials recomanades en cas de risc alt

→ **Inclusió al protocol CRS**

Taula resum: Què implica l'avaluació del risc de suïcidi?

RISC BAIX	→	<ul style="list-style-type: none">✓ Escala MINI d'1 a 5 punts✓ Idees passives de mort✓ Desig de desaparèixer o de deixar de patir✓ Seguiment des de l'atenció primària	Exploració dels factors de risc Exploració dels problemes de salut
RISC MODERAT o MITJÀ	→	<ul style="list-style-type: none">✓ Escala MINI de 6 a 9 punts✓ Pensament suïcida✓ No-planificació de conducta suïcida✓ Seguiment des de l'atenció primària de salut o el centre de salut mental	
RISC ALT	→	<ul style="list-style-type: none">✓ Escala MINI \geq 10 punts✓ Planificació de conducta suïcida✓ Temptatives prèvies recents✓ Avaluació psiquiàtrica✓ Inclusió al protocol CRS	

4.4. Criteris d'actuació dels diferents àmbits sanitaris

La primera atenció es pot produir per consulta espontània (a demanda de la mateixa persona afectada, de familiars o per l'alerta de tercers) en qualsevol dispositiu d'atenció urgent. També es pot fer una bona detecció en qualsevol contacte assistencial que suggereixi una depressió o una afectació emocional que resulti d'una exploració o entrevista clíniques fetes per un servei sanitari no especialitzat en salut mental com és l'atenció primària de salut (APS).

4.4.1. Criteris bàsics d'actuació de l'APS

- La detecció i l'atenció de les situacions de risc de suïcidi està incorporada a les rutes assistencials de la depressió implantades a tots els territoris de Catalunya. D'acord amb el pacte territorial consensuat entre els serveis, quan l'atenció primària detecta una persona amb **risc de suïcidi moderat o baix**, el metge de família pot fer una interconsulta amb el psiquiatre referent per a una avaluació psiquiàtrica i de la possible comorbiditat rellevant. També en farà un seguiment longitudinal freqüent.
- Davant una situació de sospita de **risc de suïcidi alt**, segons els criteris de valoració inicial, caldrà proporcionar una primera atenció sanitària i consell al pacient o al referent més proper. Si la interconsulta amb el psiquiatre de referència està disponible de manera immediata, cal contactar amb l'especialista per fer-ne una avaluació clínica. Si aquest contacte no és possible i el metge ho estima necessari, cal trucar al 061 CatSalut Respon per tal de traslladar la persona afectada de manera segura al centre de referència pertinent.

Taula resum: APS

Nivell de risc de suïcidi	Intervenció
RISC BAIX o RISC MODERAT	<ul style="list-style-type: none">✓ Segons la ruta assistencial de la depressió implantada en cada territori✓ Interconsulta amb el psiquiatre de referència✓ Seguiment longitudinal
RISC ALT	<ul style="list-style-type: none">✓ Interconsulta urgent amb el psiquiatre de referència O bé <ul style="list-style-type: none">✓ Avís al 061 CatSalut Respon per al trasllat segur al centre de referència del CRS

4.4.2. Criteris bàsics d'actuació dels centres d'urgències d'atenció primària o dels centres d'atenció continuada

Quan la persona acudeix al centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) o al centre d'atenció continuada (CAC) per a una atenció urgent, sigui quin sigui el motiu, i si durant la visita es detecta un risc de suïcidi, en la primera atenció es prioritzaran els problemes somàtics i, seguidament, si és possible, es farà el cribatge del nivell de risc, segons els criteris de valoració descrits a la taula resum a l'annex 1.

- Davant un **risc de suïcidi moderat o baix**, es referirà el pacient a l'APS per al seguiment habitual. Si es valora també la presència de factors de risc rellevants o comorbiditat greu, es podrà decidir, segons el criteri clínic, augmentar el nivell de risc de sospita i referir el pacient a l'hospital, o bé mobilitzar els recursos que es considerin més adients en cada cas.
- Davant la sospita de **risc de suïcidi alt**, s'ha de comunicar al 061 CatSalut Respon, que activarà el dispositiu o el transport sanitari adient per transportar la persona afectada a l'hospital de referència, segons els criteris del mapa de recursos i fluxos assistencials del CRS a Catalunya.

Taula resum: CUAP/CAC

Nivell de risc de suïcidi	Intervenció
RISC BAIX o RISC MODERAT	<ul style="list-style-type: none">✓ Consell mèdic✓ Informar sobre dispositius adients (centre de salut mental o atenció primària)✓ Revaloració clínica de risc mitjà a risc alt en funció dels factors de risc
RISC ALT	<ul style="list-style-type: none">✓ Avís al 061 CatSalut Respon per al trasllat a l'hospital

4.4.3. Criteris bàsics d'actuació del 061 CatSalut Respon i del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)

Després de la valoració inicial sistemàtica ràpida per identificar el possible risc de suïcidi, aplicant els criteris de l'escala MINI, es determinarà el següent:

- Davant una **sospita de risc baix o risc mitjà**, sense factors de risc rellevants, es recomana donar consell assistencial (telefònic o presencial) i informació sobre els dispositius assistencials adients, en primera instància el personal mèdic d'atenció primària o bé el centre de salut mental si ja està sent atès en aquest dispositiu. Es recomana, a més, indicar que pot tornar a trucar o bé que acudeixi a urgències si el seu estat empitjora.

En determinats casos de sospita de risc moderat, i en funció de la coexistència de comorbiditat o factors de risc que puguin agreujar la situació, es valorarà la necessitat d'incrementar el nivell de risc de suïcidi a risc alt

- Si amb l'avaluació se sospita un **nivell de risc alt**, es requerirà donar consell (telefònic o presencial, segons es tracti del 061 CatSalut Respon o del SEM) a la persona afectada o als seus referents i activar-ne el trasllat sanitari urgent a l'hospital.

Si la situació de risc de suïcidi alt és també imminent, es valorarà l'activació del 112 (en cas de situacions que comprometin la seguretat, de violència, de sospita o certa de possibilitat de danys a tercers). Mentre no arriba el suport assistencial, el 061 CatSalut Respon intentarà assegurar que la persona afectada no es quedi sola en cap moment i fer-li un acompanyament telefònic continuat.

- **Tota temptativa autolítica recent es considera, per definició, una situació de risc alt.** Primer, s'intentarà fer una identificació telefònica —que serà presencial en el cas del SEM— de l'existència o no de signes de risc vital (signes d'enverinament o intoxicació, signes que requereixen una atenció mèdica urgent, com ferides greus per autolesió, pèrdua de consciència, somnolència, etc.), així com de la situació de seguretat en l'entorn.

Davant l'existència de lesions o risc vital, el SEM activarà l'emergència i es comunicarà ràpidament a l'hospital referent, que prioritzarà l'estabilització somàtica del pacient.

En la mesura que sigui possible, prèviament a l'arribada a l'hospital, es recomana també el cribratge ràpid per identificar les possibles causes de la temptativa i també els problemes de salut i els factors de risc associats. Aquesta pot ser també una informació essencial per orientar les decisions assistencials urgents més oportunes en arribar a l'hospital.

Taula resum: 061 CatSalut Respon / SEM

Nivell de risc de suïcidi	Intervenció
RISC BAIX o RISC MODERAT	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consell telefònic (061) / atenció sanitària (SEM) ✓ Informar sobre dispositius adients (centre de salut mental o atenció primària) ✓ Revaloració clínica de risc mitjà a risc alt en funció dels factors de risc
RISC ALT	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consell telefònic ✓ Valoració coordinada amb el 112 de la intervenció dels cossos de seguretat ✓ Atenció presencial o trasllat a l'hospital de referència CRS ✓ Sol·licitar via d'accés específica al CRS en el triatge

4.4.4. Criteris bàsics d'actuació dels serveis de salut mental (CSM, HD i CAS)

Si des del centre de salut mental (CSM), el centre d'atenció i seguiment (CAS) o l'hospital de dia (HD) es detecta un pacient que presenta un risc de suïcidi, cada dispositiu determinarà quina pauta de seguiment especialitzat serà l'oportuna d'acord amb els criteris clínics i, si escau, els establerts en la ruta assistencial de la depressió. Normalment el risc alt determinarà també l'activació del circuit del trasllat urgent a l'hospital.

4.4.5. Criteris bàsics d'actuació hospitalària urgent

Una persona que ha fet una temptativa de suïcidi pot accedir al servei d'urgències perquè s'ha activat el SEM o bé perquè hi ha anat de manera espontània. En aquest cas, l'hospital iniciarà el procediment del CRS i establirà una via preferent d'accés en el sistema de triatge que permeti fer-ne una avaluació psiquiàtrica urgent i iniciar les intervencions adequades per a la gestió específica del risc de suïcidi.

En el cas que la persona afectada sigui traslladada pel SEM, la unitat alertarà el 061 CatSalut Respon que està traslladant un pacient amb un CRS, i aquests alertaran l'hospital per tal que estiguin a l'espera de rebre'l. Sempre que sigui possible, es farà el trasllat a l'hospital de referència, segons els criteris de derivació del mapa de recursos i fluxos assistencials (annex 2).

En ambdós casos:

- Es prioritzarà sempre l'atenció medicoquirúrgica necessària per assegurar la supervivència del pacient.
- Una vegada assegurada l'estabilitat clínica en l'aspecte somàtic, se li farà una avaluació psiquiàtrica urgent, que permetrà confirmar el nivell de risc i iniciar les actuacions terapèutiques psiquiàtriques adequades.

4. Codi risc de suïcidi: fases de la intervenció

El CRS és un protocol assistencial que proporciona una resposta sanitària adequada a les persones en situació de risc de suïcidi alt. Estableix, en funció de la gravetat del cas, tant l'activació dels recursos adequats per garantir l'atenció urgent com el seguiment adient mantenint el contínuum assistencial.

Els **objectius** específics del CRS són:

- **Impulsar i assegurar una atenció proactiva i adequada**, segons el nivell de gravetat, a les persones que presenten un risc de suïcidi, des de qualsevol punt de l'atenció sanitària.
- **Implantar un procés d'actuació específica urgent** de tots els agents sanitaris implicats, amb un paper especial del 061 CatSalut Respon i del SEM.
- **Assegurar unes condicions òptimes de seguretat dels pacients atesos per conductes suïcides**, especialment en els serveis d'urgències hospitalaris.
- **Implantar un procediment homogeni, diferenciat per a adults o menors d'edat**, per garantir la continuïtat assistencial postalta d'urgències o d'hospitalització dels pacients atesos per conducta suïcida.
- **Facilitar el seguiment sistemàtic i la vinculació als CSM o els HD durant el període crític de més risc de reintent** posterior a l'atenció de la temptativa a l'hospital, així com el seguiment longitudinal des de l'APS durant 12 mesos per prevenir repeticions.

L'assoliment d'aquests objectius comporta establir el paper de cadascun dels serveis assistencials que poden arribar a intervenir davant un risc de suïcidi alt i del procés assistencial establert entre ells. El CRS es divideix en tres fases:

- Una primera fase comprèn l'atenció immediata de la persona amb risc alt de suïcidi (en l'àmbit hospitalari, per reduir el risc a mitjà o baix).
- Una segona fase és quan aquesta persona és derivada a un servei ambulatori de salut mental.
- I la darrera fase estableix el seguiment longitudinal a llarg termini.

5.1. Fase 1: sospita de risc alt i primera atenció

En aquesta fase es faran les intervencions següents:

- Tal com s'ha explicat en el capítol anterior, el pacient haurà rebut una **valoració inicial** adequada per a la detecció a temps del risc de suïcidi alt a qualsevol punt d'atenció sanitària del SISCAT2 (061 CatSalut Respon, SEM, APS, CUAP, CAS, CAC, CSM, HD), que haurà identificat també si és imminent i si pot comportar o no un risc vital.

Davant la detecció o la sospita d'una situació de risc alt de suïcidi per un dispositiu sanitari no especialitzat, es generarà l'avís per part del primer, actuant a través del 061 CatSalut Respon, que alertarà i mobilitzarà els recursos necessaris per garantir una resposta assistencial ràpida i efectiva.

Si el 112 és el primer dispositiu a rebre una trucada per possible temptativa autolítica, la derivarà al 061 CatSalut Respon per tal que en valori inicialment el risc i la necessitat d'intervenció o no per part dels cossos de seguretat.

Mentre no arribi el recurs mobilitzat, es prestarà una primera atenció sanitària telefònica del 061 CatSalut Respon, o bé de manera presencial (AP, CUAP, CAS, CAC, CSM, HD).

En aquesta primera intervenció, tot i que es prioritzarà l'atenció als problemes somàtics que hi pugui haver (lesions, ferides, intoxicació per substàncies o altres), es recomana, alhora, mantenir una escolta activa i donar suport emocional a la persona o als referents (acompanyants o familiars) i, sempre que sigui possible, establir mesures per garantir un entorn prou segur i prevenir reintents immediats.

- **El trasllat amb transport sanitari** al servei d'urgències de l'hospital, sempre que sigui possible, a l'hospital de referència de CRS, d'acord amb els criteris del mapa de recursos i fluxos assistencials del CRS a Catalunya s'adequarà en funció de la gravetat del pacient i amb les mesures de seguretat necessàries.
- **L'atenció al servei general d'urgències** de l'hospital prioritzarà l'estabilització física del pacient. Un cop estable somàticament, caldrà garantir-ne una avaluació psiquiàtrica acurada i la **confirmació clínica del nivell de risc alt, que serà el criteri determinant per incloure el pacient al protocol CRS.**

2 SISCAT: sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya.

La inclusió del pacient al protocol CRS i l'activació del seguiment proactiu especialitzat es fa a partir de la **valoració clínica de nivell de risc alt per part d'un especialista**.

Inicialment, en **el cas que s'hagi produït una temptativa autolítica**, es recomana **incloure sempre els pacients al protocol**.

En cas de risc alt sense temptativa prèvia, el criteri clínic que resulti de la valoració general, juntament amb l'exploració acurada dels factors de risc associats al cas, determinarà la inclusió del pacient en el protocol, a criteri del facultatiu.

- **La valoració psiquiàtrica a urgències determinarà també l'opció terapèutica adient, sigui l'ingrés a la unitat de psiquiatria d'aguts corresponent** (en el cas de risc alt persistent), **o bé donar l'alta clínica al pacient des del mateix servei d'urgències per a un seguiment ambulatori a càrrec del seu centre de salut mental de referència**.
- **En el cas que l'estat de salut del pacient requereixi un ingrés en un servei no psiquiàtric, o bé en un hospital que no disposi de servei de psiquiatria, caldrà garantir igualment l'avaluació per part del psiquiatre referent de la interconsulta i determinar la valoració clínica del nivell de risc de suïcidi abans de l'alta dels serveis hospitalaris**. Igual que en el cas anterior, aquesta valoració clínica del nivell de risc determinarà la indicació d'incloure el pacient al protocol CRS.

En el moment de l'alta hospitalària del pacient, sigui des del mateix servei d'urgències o des de la unitat d'aguts si ha requerit ingrés, **s'activarà la fase de seguiment proactiu**. L'activació del CRS la fa el psiquiatre responsable de l'alta, simplement inclouent el pacient en el registre oficial del CRS.

Un aspecte clau en aquest moment és la informació que es facilita al pacient i als familiars referents, si és el cas, sobre l'existència del protocol CRS i en què consisteix el pla de seguiment i les actuacions assistencials previstes per prevenir noves conductes suïcides.

És important demanar al pacient de manera expressa el seu consentiment informat verbal, explicant-li els avantatges i les conseqüències de la no-inclusió al CRS, especialment el risc contrastat de discontinuïtat assistencial. Per tal de reforçar aquesta informació, es disposa de tríptics informatius que es lliuraran a les persones afectades juntament amb l'informe d'alta.

5.2. Fase 2: seguiment proactiu després de l'alta

La fase 2, de seguiment posthospitalari, estableix dues accions complementàries:

- c) Seguiment proactiu presencial a càrrec del servei ambulatori de salut mental, o bé de manera subsidiària de l'hospital de dia.
- d) Seguiment proactiu telefònic als 30 dies de l'alta de l'hospital a càrrec del 061 CatSalut Respon, o bé dels equips multidisciplinaris de suport especialitzat (EMSE) en salut mental.

A) Seguiment proactiu presencial

Els **adults** inclosos al CRS han de ser atesos pel seu CSM de referència, amb visita preferent, en un **termini màxim de 10 dies** posteriors a l'alta de l'hospital o del servei d'urgències. Segons el pacte establert al territori, reflectit a la ruta assistencial, aquest seguiment proactiu pot fer-lo també l'hospital de dia o el servei d'atenció a les situacions de crisi.

En aquesta visita postalta s'establirà un pla terapèutic de seguiment periòdic de més o menys intensitat en funció del nivell de risc detectat, els factors de risc i de la morbiditat. Sempre que el pacient ho accepti, cal garantir també l'atenció al nucli familiar més pròxim. En el cas que la persona sigui atesa també per algun altre servei de salut, s'ha d'establir la coordinació necessària amb els dispositius corresponents per tal de garantir la continuïtat assistencial (per exemple, amb el CAS si hi ha problemes relacionats amb la toxicomania, i molt especialment amb l'atenció primària).

En el cas d'**adolescents fins als 18 anys**, segons l'acord territorial, el centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) de referència, o bé l'hospital de dia d'adolescents, ha d'assegurar la visita de seguiment proactiu en un **termini màxim de tres dies (72 hores)** després de l'alta de l'hospital. El centre referent del seguiment ha de dissenyar una intervenció intensiva específica que garanteixi l'atenció estreta d'aquests pacients i les seves famílies o tutors legals.

Tant en el cas d'adults com en el dels menors d'edat, la comunicació i la coordinació assistencial entre el CSM i l'APS és essencial en aquesta fase per tal d'assegurar la continuïtat assistencial i la detecció precoç de l'increment del risc de suïcidi en les persones incloses al CRS.

En cas que es produeixi l'èxitus del pacient, cal assegurar l'atenció especialitzada de les famílies i les persones properes per ajudar-los en el procés de dol que es genera en terceres persones afectades pel suïcidi d'un ésser estimat. També és recomanable

informar de l'existència d'associacions de supervivents (familiars de persones que s'han suïcidat), que faciliten ajudes específiques en el procés de dol.

B) Seguiment proactiu telefònic als 30 dies de l'alta de l'hospital a càrrec del 061 CatSalut Respon o dels equips EMSE

En tots els casos (adults i adolescents), als 30 dies de l'alta hospitalària donada per un CRS, el 061 CatSalut Respon farà un seguiment sanitari telefònic. En els territoris on estiguin desplegats els equips EMSE, el seguiment telefònic el farà aquest servei.

El seguiment telefònic als 30 dies respon a dos objectius fonamentals. En primer lloc, valorar l'estat de salut del pacient i confirmar que la persona ha rebut l'atenció dels serveis sanitaris implicats en la fase de seguiment proactiu, tot reforçant el compliment dels pacients. En segon lloc, permet detectar persones que es desvinculen dels serveis.

Mitjançant la trucada es fa una entrevista telefònica protocol·litzada que té per objectiu reavaluar el nivell de risc, reforçar el suport i proporcionar un consell sanitari adient. Si en el curs d'aquesta trucada es detecta que pugui haver empitjorat el nivell de risc, es pot contactar amb el professional de referència o bé activar una resposta assistencial urgent.

Els centres de salut mental o els hospitals de dia referents del seguiment presencial rebran la informació que resulta d'aquesta valoració telefònica realitzada.

5.3. Fase 3: seguiment preventiu longitudinal (12 mesos)

És important assegurar un seguiment longitudinal a tots el pacients que hagin estat inclosos al CRS almenys durant els 12 mesos posteriors a la presentació de la conducta suïcida. Per aquest motiu, serà molt important la comunicació i la coordinació entre els serveis d'atenció primària i els de salut mental per garantir la comprovació periòdica del nivell de risc.

L'atenció primària de salut és el servei sanitari més adient per al seguiment i la detecció en cas d'agreujament del nivell de risc, atès que permet un contacte assistencial freqüent. Alhora, és el dispositiu sanitari més proper i coneixedor de les necessitats globals en salut dels individus.

Un factor fonamental per assegurar la continuïtat assistencial necessària durant els mesos posteriors a l'episodi de conducta suïcida és la concreció de mecanismes clars de derivació, coordinació i comunicació àgils entre l'APS i els dispositius comunitaris de salut mental, d'acord amb les rutes assistencials definides i els pactes establerts a cada

territori. Això facilitarà que els professionals d'atenció primària puguin fer una interconsulta o sol·licitar amb agilitat una visita preferent per a l'avaluació.

En el termini de 12 mesos després de l'episodi de conducta suïcida, i sempre que es mantingui una situació de risc baix, es produirà l'alta del protocol CRS.

Taula resum: Actuació assistencial del Codi risc de suïcidi

FASE 1: SOSPITA DE RISC ALT I PRIMERA ATENCIÓ
<ul style="list-style-type: none">✓ Valoració inicial a qualsevol punt d'atenció del SISCAT (061 CatSalut Respon, SEM, APS, CUAP, CAS, CAC, CSM, HD).✓ Primera atenció sanitària.✓ Transport sanitari al servei d'urgències hospitalari.✓ Atenció hospitalària urgent a la temptativa:<ul style="list-style-type: none">• Estabilització física del pacient• Valoració psiquiàtrica• Valoració del nivell de risc de suïcidi a l'alta• Valoració d'ingrés hospitalari✓ Alta hospitalària, sigui des d'urgències o des de la unitat d'hospitalització: activació del CRS en tots els casos amb risc inicial alt (supervivents de temptatives o pacients amb plans específics de suïcidi).✓ Informació al pacient i la família del CRS (consentiment informat verbal).
FASE 2: SEGUIMENT PROACTIU
<ul style="list-style-type: none">✓ Contacte i visita postalta al CSM/HD en un termini màxim de:<ul style="list-style-type: none">• 10 dies en adults• 72 hores en menors d'edat✓ Trucada als 30 dies des del 061 CatSalut Respon o de l'EMSE:<ul style="list-style-type: none">• Reavaluar el risc actual de suïcidi• Verificar la vinculació amb el servei de salut mental• Facilitar el suport i la informació sanitària

FASE 3: SEGUIMENT PREVENTIU LONGITUDINAL DURANT 12 MESOS

- ✓ **Reavaluació del nivell de risc i control sinèrgic dels factors de risc modificables.**

5. Criteris ètics per a la implantació del Codi risc de suïcidi: el consentiment, la confidencialitat i el paper de la família

El Codi risc de suïcidi és un protocol d'actuació del sistema sanitari català davant una persona en risc de suïcidi, que implica la presa a càrrec d'una situació de risc vital que pot produir conseqüències irreversibles en persones que presenten una situació de vulnerabilitat psicològica significativa. Aquesta realitat s'ha de diferenciar de la d'aquelles persones malaltes en situació terminal o de patiment irreversible que demanen ser ajudades a posar fi a la seva vida, circumstància que ja va ser analitzada pel Comitè de Bioètica de Catalunya l'any 2005.

No obstant això, la conducta suïcida pot presentar determinants que van més enllà de la mirada del sistema de salut. El suïcidi és un fenomen complex, de profundes arrels antropològiques i culturals, respecte del qual hi ha posicions filosòfiques, morals o religioses diverses. El protocol és una proposta d'actuació dels serveis sanitaris per tal de fer front a una situació concreta de risc, ara i aquí, referida a una persona ("pacient") la qual s'ha d'atendre i tractar. En aquest sentit, els criteris de bones pràctiques impliquen que, en situació d'urgències, cal atendre les necessitats mèdiques i psicològiques immediates, avaluar-ne el risc i controlar-la mitjançant l'estada a l'hospital (sigui a urgències o en règim d'hospitalització), en condicions de seguretat adequades i pel temps que duri la condició de risc, així com donar consell als familiars i al pacient, i fer-ne un seguiment ambulatori posterior. En el context d'un servei d'urgències, ha de prioritzar-se sempre la seguretat, almenys mentre duri la situació de risc.

Però una cosa és un oferiment d'ajuda i una altra cosa és la imposició d'una actuació sobre una persona, encara que sigui amb la finalitat d'evitar-li un mal. Cal tenir present que, fins i tot quan es considera indicada una mesura de seguretat sense consentiment de la persona, s'ha de saber que, en fer-ho, es conculca un bé important d'un ciutadà, que s'han de donar bones raons per fer-ho i que la situació d'involuntarietat s'haurà de reconsiderar de seguida que el pacient millori, i sense dilacions excessives (temps d'espera a urgències, trasllats a altres centres).

La valoració de la competència del pacient és una qüestió cabdal, tant en relació amb la conducta suïcida com amb la possible necessitat d'un ingrés hospitalari si es considera que la situació psicopatològica és d'alt risc. Els criteris de competència pressuposen l'aptitud d'una persona per comprendre els riscos derivats de les diferents alternatives possibles d'una decisió, raonar de manera coherent les relacions causa-efecte i poder expressar la pròpia opció també segons els propis valors o preferències personals.

En una situació d'urgència, la valoració de la competència per decidir sobre la pròpia salut

és especialment complexa. Es recomana valorar primerament els riscos probables als quals s'enfronta el pacient si no s'intervé, i fer una bona exploració de l'estat psicopatològic. Convé recordar, però, que la competència per a una decisió concreta és un procés que admet estratègies per tal de millorar-la: diferir la decisió fins que el pacient estigui més tranquil, presència o no de la família, cuidar l'entorn de l'entrevista, etc.

En una situació de risc suïcida a urgències, la prudència l'ha de fer considerar, d'entrada, com una conducta no competent de la persona, almenys fins que es valori que ha cessat el risc. Es procurarà que el pacient pugui entendre la necessitat d'un ingrés voluntari durant uns dies, si és que es considera que la situació de risc és alta. La indicació d'ingrés involuntari estarà més relacionada amb la presència de psicopatologia mental greu i amb el correlat de disminució de la competència per decidir què pot representar.

Un altre aspecte que cal tenir especialment en compte és el de la confidencialitat, la importància de la qual mereix especial consideració, tant en el curs de l'atenció sanitària com en la constància documental.

En primer lloc, cal distingir la persona malalta de la que no té cap malaltia ni trastorn mental descrit. En aquest darrer cas, en què no es pot constatar cap patologia significativa, tot i saber que hi ha voluntat de suïcidi o que va haver-n'hi un intent, no hauria de constar aquesta dada biogràfica en la història clínica sempre que la persona manifesti explícitament el seu dret d'oposició.

En qualsevol cas, tot i que hi hagi prou motiu per a la inscripció d'aquesta informació, cal tenir present els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades del pacient. Convé tenir en compte especialment el dret d'oposició al fet que es transmetin aquestes dades a altres professionals i el de cancel·lació de les dades després d'un temps prudencial i d'acord amb els criteris generals corresponents.

El fet que l'intent de suïcidi quedi registrat a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC), fàcilment accessible per molts professionals del sistema, comporta un risc evident d'estigmatització per a la persona. Aquest risc obliga a ponderar molt bé si el fet de deixar-ne constància comporta més benefici que un possible perjudici per a la persona afectada. Això podria ser especialment important en el cas de temptatives de tipus reactiu i poc consistents, també en els menors.

En tot cas, hi ha l'obligació legal de registrar correctament les actuacions sanitàries, incloent-hi les derivades d'una temptativa de suïcidi (simplement mitjançant la codificació de causa externa voluntària amb el codi CIM-9 E950.x-E959.x, o bé CIE-10 X60-X84).

S'ha d'informar el pacient sobre l'existència del protocol CRS i sobre el registre sanitari de casos, així com registrar a la historia clínica tant si es fa com els motius pels quals no es fa.

En el mateix sentit, no es pot considerar la informació a tercers (a la família) com un hàbit automàtic sense passar per la persona afectada. Convé ser molt curós en el tractament dels possibles drets de tercers en tots els casos, sense perdre de vista que, com més vulnerable és la persona, més suport necessita del seu propi entorn.

És important no separar la persona afectada de les persones del seu entorn, les que necessiti en aquell moment, i no imposar-li ningú que la persona no vulgui. De la mateixa manera, s'ha de tractar convenientment el dol, molt intens, dels familiars i les persones vinculades a la persona suïcida que ha consumat l'intent. En els casos de suïcidis portats a terme en entorns assistencials, o en persones que estaven en tractament en el servei, els professionals i la mateixa organització s'han d'implicar en la informació a la família i en els actes d'acompanyament a la família en els primers dies i, si cal, oferir suport als familiars en l'etapa del dol.

6.1. Especificitats en el cas de l'atenció a menors d'edat

Les consideracions esmentades són extremament rellevants quan es tracta d'un menor. Una conducta suïcida d'alt risc en un menor, tingui l'edat que tingui, s'ha de considerar habitualment com una situació d'extrema vulnerabilitat que en limita extraordinàriament la capacitat de decidir lliurement, autònomament i voluntàriament. I, a més, pot significar un risc greu per a la seva salut.

Cal, doncs, implicar la família o els tutors legals des del primer moment, això sí, informant el menor dels motius pels quals es fa. Serà imprescindible identificar ambdós progenitors o els tutors legals i consignar-ne les dades de contacte per tal de coordinar tot el seguiment del cas, així com per comptar amb el seu consentiment per parlar posteriorment amb el menor en la fase de seguiment proactiu i per poder-ne valorar l'evolució.

L'adolescència és una etapa en què no són infreqüents els conflictes intrafamiliars, i aquests, en algunes ocasions, poden entorpir el procés de seguiment del cas. S'haurà d'estar particularment atent a aquestes situacions i fer-ne una gestió acurada.

6. Bibliografia

- (1) http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.
- (2) The European Mental Health Action Plan. Çesme Izmir (Turquia): Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa; 16-19 de setembre de 2013. Disponible a: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf
- (3) Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, van Audenhove C, Bouleau JH, van der Feltz-Cornelis C, et al. The "European Alliance Against Depression (EAAD)": A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008; 9: 51-8. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/15622970701216681>
- (4) Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone Management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. Maig de 2013;147(1-3):269-76.
- (5) Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord*. Setembre de 2013; 25; 150 (3): 840-6.
- (6) Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
- (7) Adaptació al model sanitari català de la guia pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2010/pdf/adaptacio_gpc_depressio_aiaqs_2010ca.pdf
- (8) Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2010. Disponible a: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- (9) Preventing suicide. A global imperative. Luxemburg: Organització Mundial de la Salut; 2014. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

Bibliografía adicional

- Bobes J, Giner J, Saiz J, editors. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011. Disponible a:
http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
- Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Sistema Nacional de Salud. Avalia-t. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2014. Disponible a:
http://portal.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Sistema Nacional de Salud. Avalia-t. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible a:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA; 2005; 294: 2064-74.
- Soler Insa PA, Gascón Barrchina J, coordinadors. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales (RTM-IV). Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. 4a edició. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida; 2012.

Annexos

1. Determinació del nivell de risc de suïcidi (escala MINI) i els factors de risc

ESCALA MINI	SÍ	PUNTS	NIVELL DE RISC
<u>Durant aquest darrer MES:</u>			
1. Ha pensat que seria millor morir-se o ha desitjat estar mort/a?	<input type="checkbox"/>	1	RS BAIX 1-5 punts
2. Ha volgut fer-se mal?	<input type="checkbox"/>	2	
3. Ha pensat en el suïcidi?	<input type="checkbox"/>	6	RS MODERAT 6-9 punts
4. Ha planejat com suïcidar-se ?	<input type="checkbox"/>	10	
5. Ha intentat suïcidar-se ?	<input type="checkbox"/>	10	RS ALT ≥10 punts
<u>Al llarg de la seva vida:</u>			
6. Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?	<input type="checkbox"/>	4	

FACTORS DE RISC PRESENTS/ACTUALS	SÍ	NO
1. Trastorn mental		
2. Sentiments de desesperança		
3. Impulsivitat, agressivitat, nivell de consciència alterat		
4. Consum o dependència de l'alcohol		
5. Consum o dependència d'altres drogues		
6. Malaltia somàtica greu, discapacitat o amb presència de dolor		
7. Viu sol/a		
8. Absència de nucli familiar o social contenidor		
9. Problemes socials (aïllament, manca de suport, socioeconòmics)		
10. Esdeveniments vitals estressants (atur, problemes de parella, problemes familiars)		
11. Accés a mitjans letals		
12. Antecedents familiars de suïcidi		

2. Mesures recomanades per a la seguretat clínica del pacient suïcida a urgències i a la planta d'hospitalització

La forma de presentació, en un servei d'urgències, dels pacients amb conducta suïcida és molt heterogènia: hi ha des dels que presenten una situació de compromís vital fins als que, a causa del seu trastorn mental, poden intentar fugir del centre. **Les dues primeres mesures que cal adoptar davant un pacient amb conducta suïcida són una avaluació immediata de la seva situació clínica i la instauració d'un tractament eficaç que minimitzi el risc de mort o discapacitat.** En línies generals, l'assistència immediata i de qualitat està garantida en els pacients més greus; però, a mesura que disminueix el grau d'urgència somàtica, cal assegurar l'aplicació de mesures protocol·litzades de seguretat clínica al servei d'urgències i a la unitat d'hospitalització mèdica o quirúrgica fins que es pugui dur a terme una avaluació psiquiàtrica acurada i completa del risc de suïcidi, una orientació diagnòstica i l'opció terapèutica més adient.

Recomanacions que cal incloure en el protocol de seguretat clínica en un servei d'urgències de l'hospital general

1. Revisar acuradament el pacient i les seves pertinences per tal d'assegurar que el pacient no ocultï cap estri susceptible de causar dany. Es retiraran tots els objectes perillosos per la seva capacitat de ferir, tallar, cremar o asfixiar. Per exemple: vidres, miralls, màquines d'afaitar, cordons, bosses, auriculars amb cable, cinturons, encenedors, ganivets, navalles, medicació, productes d'higiene, etc.
2. Revisar periòdicament el box per tal d'advertir la presència d'elements perillosos que hagin pogut ser subministrats al pacient per terceres persones posteriorment a la revisió inicial.
3. Supervisar el pacient directament durant l'administració del menjar o en situacions d'autocura personal (higiene, etc.).
4. Prendre mesures de contenció mecànica i farmacològica prescrita per un facultatiu, si cal, per agitació psicomotora o per risc d'autoagressivitat o heteroagressivitat.
5. Prendre mesures de vigilància exhaustiva i continuada per risc de fuga o d'autolesió.
6. Situar el pacient en un box proper al control d'infermeria.
7. Informar els professionals de referència del risc de suïcidi i d'altres riscos.
8. Promoure i facilitar la presència d'un cuidador o familiar que acompanyi el pacient les 24 hores del dia en els casos en què no hi hagi contraindicació clínica.
9. Monitorar l'evolució de la ideació suïcida del pacient. No jutjar ni infravalorar els pensaments referits pel pacient.

10. Mirar d'evitar al màxim l'alta voluntària dels pacients atesos amb un risc de suïcidi inicialment alt. Cal fer una avaluació urgent de la competència del malalt per prendre decisions i, si no se'l considerés competent, caldria cursar-ne un ingrés involuntari, segons l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil, que regula els internaments involuntaris amb fins terapèutics.
11. Sempre és necessari informar el pacient de les mesures adoptades i sobre el pla terapèutic d'intervenció i de seguiment establerts en el seu propi benefici i per a la seva seguretat.

Recomanacions que cal incloure en el protocol de seguretat clínica de la planta d'hospitalització mèdica o quirúrgica (en cas que el pacient no pogués ser ingressat al servei de psiquiatria)

1. Situar el pacient en una habitació al més a prop possible del control d'infermeria i al més lluny possible de les zones pròximes a la sortida (ascensors, sortida d'emergències, etc.).
2. Assegurar el segellament de finestres contínuament.
3. Revisar-ne els objectes personals i retirar tot utensili personal susceptible de causar dany. Per exemple: tissors, màquines d'afaitar, miralls, cordons, auriculars, encenedors, cinturons, productes d'higiene personal. Proporcionar-li la roba de l'hospital.
4. Supervisar estrictament la presa de la medicació, sense opció que el pacient la recopili sense ingerir-la en el moment precís.
5. Establir una supervisió regular del pacient al llarg del dia i de la nit.
6. Interrogar el pacient sobre la seva ideació suïcida. No jutjar ni minimitzar la situació.
7. Sol·licitar, de manera precoç, la interconsulta amb la unitat o el dispositiu de psiquiatria d'enllaç per tal d'assegurar l'estabilització psicopatològica del pacient.
8. Informar la totalitat de l'equip sanitari responsable del pacient del risc de suïcidi existent.
9. Revisar periòdicament l'habitació per tal de detectar la possible entrada d'objectes de risc per mitjà de terceres persones.
10. Assegurar una contenció farmacològica o mecànica, si calgués, a causa de l'agitació psicomotora o l'autoagressivitat o l'heteroagressivitat física del pacient.
11. Si es considerés necessari en casos de risc alt persistent, cursar un ingrés involuntari, segons l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil, que regula els internaments involuntaris amb fins terapèutics, per tal d'evitar l'alta voluntària.

12. Informar sempre el pacient i els seus familiars o referents de les mesures adoptades i sobre el pla terapèutic d'intervenció i el seguiment establerts en el seu propi benefici i seguretat.

