

Gäller för: VE BUP

Giltig från: 2025-06-03

Innehållsansvar: Christina Ahlberg Seiving, (chrse7), Psykolog, leg.

Giltig till: 2027-06-03

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Suicidnära patient - bedömning och handläggning inom barn- och ungdomspsykiatri

Revideringar i denna version

Reviderad så att den nu endast gäller för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg. Ansvaret för suiciduppföljning har justerats på nytt. Språkliga omformuleringar är gjorda samt justerat innehållsansvarig.

Bakgrund

Suicidalitet i olika grad är vanligt hos ungdomar och ofta grund till att vårdinsatserna vid psykisk ohälsa bedöms tillhöra specialistpsykiatri.

De patienter som söker för suicidal problematik, det vill säga suicidtankar, suicidala handlingar eller suicidalt beteende ska skyndsamt bedömas.

Suicidala patienter inom psykiatri är ”blåljuspatienter” och kräver samma beredskap, omhändertagande och prioritet som somatiska hjärtinfarkter, det vill säga att en bedömning ska ske skyndsamt och med extra noggrannhet.

Syfte

Detta dokument är framtaget för att tydliggöra och säkerställa hur och när suicidriskbedömning, säkerhetsplanering och uppföljning ska ske.

Mål

Målet med denna rutin är att:

- behandlare på BUP på ett korrekt och säkert sätt ska kunna göra en strukturerad suicidriskbedömning, säkerhetsplanering och säkerställa uppföljning.
- suicidriskbedömning ska sammanfatta patientens suicidrisk och åtgärder ska kopplas till bedömningen.
- behandlare ska göra säkerhetsplanering tillsammans med patienten.
- behandlare ska dokumentera och sammanfatta bedömning i Melior.

- vi på BUP har en tydlig rutin för registrering i Elvis och hur uppföljning ska ske.

Suicidriskbedömning

Suicidriskbedömningen vilar på den kliniska intervjun och ska innehålla:

- värdering av suicidal intention, tidigare och aktuell suicidalitet (tankar, planer, avsikter, handlingar).
- bedömning av aktuell symtombild och livssituation (förlust, kränkning, relationsproblem).
- användning av suicidstegen och andra skattningsformulär är ett stöd i samtalet men ersätter inte den kliniska bedömningen.

Definition av suicidnära patient

- De som under de senaste sex månaderna gjort ett suicidförsök.
- De som har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden.
- De som utan att ange allvarliga suicidtankar bedöms vara i farozonen för suicid.

Att göra en strukturerad suicidriskbedömning innebär följande:

- Att inventera väsentliga skydds- och riskfaktorer.
- Att använda suicidstegen vid bedömning.
- Att göra en sammanfattande bedömning och värdering av risk enligt akutbedömningsmallen.
- Att göra en säkerhetsplanering.

Statistiska riskfaktorer

- Tidigare suicidhandlingar.
- Psykisk sjukdom och dess svårighetsgrad/fas/samsjuklighet (t ex depression, bipolär sjukdom, psykos).
- Trauma och övergrepp.
- Genetiska riskfaktorer/ärflighet för psykisk sjukdom, suicid i familjen eller släkten.
- Personlighet; impulsivitet, aggressivitet, fientlighet, hopplöshet, stresskänslighet.
- Manligt kön.
- Akut eskalerande självskadebeteende.
- HBTQ+-personer

Akut utlösande faktorer

- Separation, dödsfall, kränkning, konflikter, misslyckande.
- Sömnbrist.
- Missbruk, abstinens.

- Mobbing, suicid/suicidförsök i kamratkretsen.

Skyddande faktorer

- God problemlösningsförmåga.
- God social förmåga.
- Kan be om och ta emot hjälp av vårdnadshavare.
- Känsla av sammanhang och tillhörighet.
- Nätverkets resurser – föräldrar, anhöriga och andra relationer.

Vilka ska bedömas?

- Nya patienter, ibland bara genom att fråga om hur det är när det är som värst.
- Suicidriskbedömning ska göras vid akutbesök och/eller vid bedömningssamtal/nybesök.
- Förändring i stämningsläge och/eller suicidal handling, tanke eller gest hos patienten.
- Patienter med allvarliga suicidtankar.
- Patienter som av andra skäl bedöms vara i farozonen, även om de inte bejakar suicidtankar.

Besöket

När det gäller barn och ungdomar är det av största vikt att prata med föräldrar eller andra tillgängliga vuxna. Det är viktigt att uppmärksamma tecken på suicidalitet och andra psykiatriska symtom samt för att kunna värdera vilket stöd patienten kan få utanför sjukvården och för att kunna göra en användbar säkerhetsplanering.

Det viktigaste är dock alltid samtalet med patienten själv som huvudsakligen ska ske utan medföljande. Det är väsentligt att försöka skapa förtroende i samtalsituationen, vilket innebär att lyssna, fråga, dela, trösta och försöka förstå. Sekretessfrågan bör alltid beröras med barn och ungdomar. Information som förälder (eller den som har barnet i sin vård) behöver för att exempelvis kunna ha tillsyn över barnet/ungdomen ska den vuxne få av oss. Däremot behöver vi inte delge all information om tidigare händelser som framkommit om det försvårar för barnet/ungdomen att berätta för oss.

Förutsättningen för en god allians förbättras när behandlaren signalerar intresse, tar patienten på allvar och att vi kan hantera samtal som handlar om suicidalitet.

Ställ konkreta frågor. Fråga gärna efter en tidslinje i syfte att få fram mer data om när det känns som värst och när suicidala incidenter inträffat. Om patienten inte vill eller kan svara alls kan det vara hjälpsamt att använda den information man fått på andra sätt och att behandlaren delger sina egna tankar kring situationen och därefter försäkras sig om att man förstått patienten rätt – använd *Förstå mig rätt*.

Beakta följande:

1. Vad har hänt?
2. Vad hade du för tankar?
3. Vad är det som får dig att inte vilja leva?
4. Vad får dig att tänka att du ändå vill leva?

Förmedla att det finns hjälp att få. Inge hopp och försök bryta den akuta suicidala processen.

Ge stöd i problemlösning och engagera patienten.

Arbeta tillsammans med patienten och ha också med följande i en specifik säkerhetsplan. Om patientens medverkan i säkerhetsplaneringen är bristande kan det vara en anledning att värdera suicidrisken högre. Försök motivera till någon, om än liten, positiv förändring.

Vid planerade besök/bedömningar bör man ställa någon fråga om livslust eller hur det känns när det är som värst för att screena behov av närmare bedömning – använd *suicidstegen*.

Att använda som hjälp vid bedömningen

- RMR Suicidalitet hos barn och ungdom – akut bedömning handläggning.pdf (vgregion.se)
- Akutbedömningsmallen
- SIS (Suicidal Intention Scale)
- Säkerhetsplanering vid suicidrisk
- Deplyftet, Självordsriskbedömning
- MADRS-S (Blåappen)
- Suicidstegen
- QIDS-A17-SR

Låg risk

- Sedvanlig handläggning och uppföljning av grundsjukdomen.
- Informera om verksamhetens akutverksamhet och förse patient och vårdnadshavare med kontaktuppgifter.
- Vid behov, fokusera på valda delar av säkerhetsplaneringen.

Medel risk

- Handläggning och uppföljning baseras på klinisk bild och riskfaktorer för suicidalitet.
- Tillse ökad tillsyn, omsorg och suicidriskbedömning enligt rutin.
- Gör säkerhetsplan tillsammans med patient och närstående.
- Behandlare i öppenvården konsulterar läkare, alternativt mer erfaren legitimerad kollega, för att stämna av sin bedömning.

Hög risk

- Behandlare kontaktar läkare på mottagningen eller verksamhetens bakjour och tillsammans beslutas om fortsatt handläggning av ärendet.
- Om vi fattar beslut att patienten inte behöver en akut inläggningsbedömning ska behandlaren göra en säkerhetsplan tillsammans med patient och vårdnadshavare/närstående där det är möjligt. Planera för en snar tid för uppföljande bedömning av suicidrisken.
- Hög risk är en indikation för psykiatrisk heldygnsvård.

Vid bedömning av behov av slutenvård, vardagar (08.00-16.30)

- Bakjouren på BUP:s akutansvar SkaS kontaktar bakjour på SU i Göteborg.
- Vårdintyg skrivs på sedvanligt sätt om kriterierna är uppfyllda

Vid bedömning av behov av slutenvård, övrig tid (kväll/helgdag)

- Sjuksköterska på BUP:s akutansvar SkaS kontaktar primärjour/bakjour på SU i Göteborg.
- Vårdintyg skrivs på sedvanligt sätt om kriterierna är uppfyllda

Uppföljning om patientens suicidrisk bedöms som förhöjd

Suicidrisken kan ändras snabbt. Därför måste det ske upprepade riskbedömningar och revidering av säkerhetsplaneringen tills den akuta krisen är under kontroll. Om patienten inte läggs in inom heldygnsvården ska muntlig och skriftlig information ges om var patienten, föräldrar/närstående eller omsorgspersoner kan vända sig om akuta behov uppstår.

- Vi ska använda oss av kommunikationsverktyget *Förstå mig rätt* för att efterhöra så att informationen mottagits.
- Uppföljning via telefon ska i normalfallet ske dagen efter av akutansvaret eller enligt annan överenskommelse.
- Akutansvaret upprättar vårdplan där det dokumenteras vilken vecka/månad uppföljningen ska ske.
- Akutansvaret säkerställer även planering i Elvis (planeringsunderlag).

Uppföljning på Akutansvaret

Akutansvaret skickar med patient och anhöriga ett informationsblad där det klart framgår när och var patienten ska följas upp.

- Uppföljning 1: Inom en vecka efter suicidhandlingen/utskrivning från slutenvården.
- Om man efter det att en patient har utfört en suicidnära handling bedömer att suicidrisken är låg, men ändå bedöms vara i farozonen för suicid, planeras för uppföljning 1 (inom en vecka) och 2 (inom en

månad). Därefter ställningstagande till behov av ytterligare uppföljning enligt rutin.

(Därefter går uppföljningsansvaret över till BUP:s öppenvård.)

Uppföljning i öppenvården

- Uppföljning 2: En månad efter suicidhandlingen/utskrivning från slutenvården.
- Uppföljning 3: Tre månader efter suicidhandlingen/utskrivning från slutenvården
- Uppföljning 4: Sex månader efter suicidhandlingen/utskrivning från slutenvården

Vid svårigheter att motivera familjen för denna uppföljningsplan övervägs orosanmälan till socialtjänsten.

Vid patienter som går i behandling ska ett ställningstagande kring suicidrisk göras vid varje besök, men om det inte finns någon indikation på förändrat mående ska suicidrisken bedömas som låg.

Vid förhöjd risk kontaktas BUP:s akutverksamhet/ansvarig bakjour (var god se telefonnummer under rubriken *Viktiga telefonnummer*).

Om patienten fyller 18 år under perioden för uppföljning, skickas remiss till vuxenpsykiatri för övertag.

Planeringsunderlag enligt följande:

Team: MBUM/SBUM

Besökstyp: E, (kan ändras efter hand till ET/EV)

Resurs: TEAMBUP

Besöksorsak: SU (suiciduppföljning)

Måldatum enl ovan. (1/3/6 månad/er)

I kommentarsfält ”1 månad” etc.

Viktigt att söka ut planeringsunderlag med orsak ”SU” veckovis och hantera.

Dokumentation och åtgärder efter sammantagen

suicidriskbedömning

- Aktuell situation beskrivs under sökordet aktuellt
- Under sökordet självmordsrisk dokumenteras riskfaktorer och skyddsfaktorer. Slutligen görs en samlad bedömning.
- Av dokumentationen ska framgå om patienten bedöms som suicidnära.
- Den skriftliga säkerhetsplanen kopieras och delas ut till patient och närstående. En kopia läggs förs scanning och förvaring i e-arkiv.

Viktiga telefonnummer

- Internt nummer till BUP Akutansvar: 0500 - 47 85 18 (får ej ges till vårdnadshavare)

- Primärjour: 0769 - 40 28 95
- Bakjour: 0769 - 40 26 33
- Primärjour/bakjour på SU i Göteborg: 031 - 342 10 00 (sjukhusets växel)

KVÅ-koder

AU118 Strukturerad suicidriskbedömning

AU123 Säkerhetsplan

Rutinen utgår från

[Suicidalitet hos barn och ungdom – akut bedömning handläggning.pdf](#)
([vgregion.se](#))

Bilagor

[Akutbedömningsmall med säkerhetsplan/krisplan](#)

[Informationsblad](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE BUP

Innehållsansvar: Christina Ahlberg Seiving, (chrse7),
Psykolog,leg.

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9718-621466736-28

Version: 11.0

Giltig från: 2025-06-03

Giltig till: 2027-06-03