

Gäller för: Verksamhet Psykiatri Affektiva, Verksamhet Psykiatri Psykos,
Verksamhet Rättpsykiatri, Verksamhet Neuropsykiatri, Verksamhet Beroende
Innehållsansvar: Pia Rydell, (piary1), Verksamhetschef
Granskad av: Emelie Ekoff Andersson, (emeek3), Verksamhetsutvecklare
Godkänd av: Anna Sveide Antonelli, (annsv59), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-11-12

Giltig till: 2026-10-28

Rutin för suicidriskbedömning

Förändringar sedan föregående version

Tillägg av användning av kod AU118

Bakgrund och syfte

I denna rutin återfinns tillämpningsanvisningar som är specifika för olika delar av psykiatrisk verksamhet inom SU. Dessa ska ses som ett komplement till, inte en ersättning för, den aktuella regionala riktlinjen för suicidnära vuxna.

[Regional medicinsk riktlinje: Suicidalitet hos vuxna - akut bedömning, handläggning](#)

Utförande

Suicidrisken kan snabbt förändras och behöver därför omvärderas kontinuerligt under vårdtiden. Det är inte möjligt att i en rutin fastslå hur tätt omprövningen bör göras; här måste den kliniska helhetsbilden utgöra den avgörande utslagsfaktorn. Det är också denna som ska vara vägledande vid formulering av vård- och behandlingsinnehåll, samt innehåll i vårdplaner och kris- och handlingsplaner. Försämring av underliggande grundsjukdom, eventuella krisreaktioner etc. ska tas i beaktande. Tidigare suicidförsök är den enskilt viktigaste prediktorn för suicid. Om patienten uttrycker suicidtankar, eller om tidigare suicidförsök återfinns i anamnesen, bör ett fördjupat samtal genomföras. I bedömningen av suicidrisken ingår att utforma en personcentrerad [kris- och handlingsplan](#) med förslag på konkreta åtgärder.

Dokumentation

Tidigare suicidförsök ska dokumenteras under uppmärksamhetsinformation som observandum. Under sökordet ”Tidigare suicidförsök” dokumenterar personal suicidförsök med alternativ ”Ja” eller ”Inget känt”. Vid ”Ja” aktiveras observandum-symbolen i patients journal. I fritextrutan anges hänvisning till journalanteckning för det senast kända suicidförsöket.

Den kliniska bedömningen summeras i patientjournalen som: låg risk, förhöjd risk och hög risk. Bakgrunden till aktuell bedömning ska redovisas. Det är viktigt att bedömningen dokumenteras på ett tydligt sätt, i direkt anslutning till genomfört möte med patienten. Bedömningen bör ligga synlig i löpande journaltext och således inte vara en separat anteckning som kan vara svår att hitta. Diagnos *Avsiktligt självdestruktiv handling* bör registreras för personer som tidigare genomfört suicidförsök. KVÅ-kod som används är AU118 (strukturerad suicidriskbedömning).

Förslag till åtgärder

För alla led i vårdkedjan gäller att sträva efter ett tryggt omhändertagande av den suicidnära patienten. Nära samarbete mellan vårdgrannar är en förutsättning för att kunna tillgodose patientens behov av hög kontinuitet.

Observera att vid bedömning av suicidrisk är den kliniska helhetsbilden avgörande för den fortsatta handläggningen. Vid förhöjd suicidrisk är vårdplan respektive kris- och handlingsplan viktiga för den fortsatta handläggningen.

Bedömning av risknivå

Låg risk - Sedvanlig handläggning och uppföljning av grundsjukdom.

Förhöjd risk - Hög personell resurs, fungerande nätverk, måttlig klinisk svårighetsgrad och få riskfaktorer i övrigt talar för möjlighet att följa upp behandling polikliniskt, med snar tid för ny kontakt.

Hög risk - Lägre personell resurs, sviktande nätverk, hög klinisk svårighetsgrad och flera riskfaktorer i övrigt talar för behov av inläggning med stöd av HSL. Om patienten inte accepterar vård enligt HSL ska LPT övervägas. Vid missbruksutlöst suicidrisk ska LVM övervägas. Bedöm behov av extra tillsyn (extravak).

Gränssnitt gentemot primärvård

Det är specialistpsykiatrin som bär huvudansvaret för vården av suicidnära patienter. Detta innebär bland annat att specialistpsykiatrin bör vara generös beträffande konsultationsförfrågningar från primärvården. Remisser gällande patienter med förhöjd suicidrisk bör handläggas skyndsamt.

Tillämpningsanvisningar för Psykiatrisk akutmottagning

- Patienter som nyligen gjort suicidförsök/uttalat allvarliga suicidtankar ska övervakas i väntan på suicidriskbedömning.
- Inremittent bör kontaktas vid eventuell diskrepans mellan remissinnehåll och innehåll i patientens utsaga.
- All patientnära personal ska kunna göra en suicidriskbedömning. Handläggningen av suicidnära patienter bör i första hand genomföras av specialistläkare i psykiatri, men kan också genomföras av erfaren legitimerad läkare/ST-läkare i psykiatri. Vid behov ska mer erfaren kollega konsulteras.
- Det är en fördel om kontakt med närstående kan etableras redan vid akutbesöket eller konsultbedömningen, såvida starka skäl inte talar emot. Kontakt med närstående bör tas omedelbart, medvetet avsteg från detta ska dokumenteras med angiven anledning.
- Transport från akutmottagningen till avdelningen ska göras med en eller flera medarbetare under säkra former. Föremål, kläder m.m. som kan användas vid självskada avlägsnas enligt rutinen för [Visitation](#).
- Patient som nyligen gjort suicidförsök eller av annan anledning bedöms vara suicidnära, men som inte läggs på psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning, ska erbjudas besök nästkommande dag. Detta besök kan ske inom befintlig öppenvård, eller på psykiatrisk akutvårdsmottagning. Se även rutin: [Akuta tider inom den samlade SU-psykiatrin](#).

Tillämpningsanvisningar för Psykiatrisk heldygnsvård

- Inom heldygnsvården ska suicidriskbedömning dokumenteras i daganteckning.

- Avdelningsläkare ansvarar för att suicidrisken bedöms fortlöpande under vårdtiden. Kontakt med närstående är ett viktigt redskap i behandlingen av patienten.
- Föremål, kläder m.m. som kan användas vid självskada avlägsnas enligt rutinen för [Visitation](#).
- Samtlig personal ska ha god kännedom om hur man bör agera om en patient avviker under vårdtiden.
- Övergången till annan enhet i vårdkedjan bör planeras noggrant och med god framförhållning tillsammans med patienten och dennes nätverkspersoner. Använd SAMSA för att säkerställa god överrapportering från heldygnsvård till öppenvård.

Tillämpningsanvisningar på Psykiatrisk öppenvårdsmottagning

- Inom öppenvården ska suicidriskbedömning dokumenteras i besöksanteckning.
- Suicidriskbedömning ska göras fortlöpande under patientens öppenvårdskontakt. Kontakt med närstående bör ske regelbundet.
- Beslut om tätare kontakt bör fattas i alla de fall där suicidrisken bedöms vara förhöjd.
- Om patienten bedöms som suicidnära bör man överväga direktinläggning inom heldygnsvården.
- Samtlig personal ska ha god kännedom om hur man bör agera om en patient uteblir från ett inplanerat mottagningsbesök.

Uppföljning

Verksamhetschef eller annan utsedd person i verksamheten informerar när rutinen införs eller revideras och ansvarar för att verksamhetsområdet arbetar i enlighet med SOSFS 2011:9. Verksamhetscheferna via linjecheferna på respektive enheter ansvarar för att rutinen är känd och följs. Verksamhetsutvecklare inom SU-Psykiatrin ansvarar för uppföljning av rutinen. Avvikelse från rutinen hanteras enligt SU:s riktlinjer för avvikelshantering i MedControl PRO.

Relaterad information

[Regional medicinsk riktlinje: Suicidalitet hos vuxna - akut bedömning, handläggning](#) (i rutinen finns information om suicidstegen och krisplan)

[Socialstyrelsens samlade information om förebyggande av suicid](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Psykiatri Affektiva, Verksamhet Psykiatri Psykos, Verksamhet Rättspsykiatri, Verksamhet Neuropsykiatri, Verksamhet Beroende

Innehållsansvar: Pia Rydell, (piary1), Verksamhetschef

Granskad av: Emelie Ekoff Andersson, (emeek3), Verksamhetsutvecklare

Godkänd av: Anna Sveide Antonelli, (annsv59), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9806-1988473940-213

Version: 12.0

Giltig från: 2024-11-12

Giltig till: 2026-10-28