

# Suicidrisk och suicid

## Suicidriskbedömning

För att hantera en patients känslomässiga smärta och förtvivlan samt bedöma eventuell suicidrisk är det viktigt att vidta följande åtgärder:

- Validera patientens känslomässiga smärta och förtvivlan.
- Var lugn och metodisk i ditt tillvägagångssätt. Kom ihåg att utföra en funktionsanalys för att få en helhetsbild av patientens situation och behov.
- Undersök patientens mentala status. Fråga specifikt om eventuella psykotiska symptom, förstämning eller ångestsymptom.
- Var direkt när du frågar om suicidalt beteende. Använd evidensbaserade metoder för att bedöma sådant beteende.
- Bedöm patientens sociala kontext. Hjälp patienten att sätta upp kortsiktiga mål som identifierar källor till känslomässig anknytning och samhörighet som kan stärkas omgående.
- Bedöm den aktuella risken för substansmissbruk. Fråga om bruket av alkohol, receptbelagda läkemedel och andra substanser.
- Omdefiniera alltid suicidalt beteende som ett problemlösningsbeteende.
- Ta fram en säkerhetsplan som betonar patientens förmågor baserad på den bedömning du gjort.
- Gå igenom säkerhetsplanen med patienten för att skapa en strukturerad strategi för att hantera känslomässig smärta och förtvivlan.
- Boka in extra kontakter om nödvändigt, men var försiktig med att förstärka suicidalt beteende. Betona istället vikten

av problemlösning och arbete mot långsiktiga mål, snarare än att enbart fokusera på att "må bättre".

Det är avgörande att genomföra dessa åtgärder med empati, respekt och en öppen dialog för att skapa en trygg miljö för patienten.

Bedömning av självmordsrisk är en av de svåraste bedömningar som kan göras inom hälso- och sjukvården. Det finns alltid ett behov av psykiatrisk specialistbedömning när en patient bedöms som självmordsnära. Överväg vårdintyg. Involvera, om möjligt, närstående. Patienten ska alltid ha sällskap till psykiatrisk klinik av en personal. Lämna inte patienten ensam. Tjänsteresa med minst en personal, Taxi Göteborg 020-919090, uppge kostnadsställenummer 30536.

Vid vårdintyg utfärdar läkare intyget och begäran om polishandräckning samt kontaktar psykiatriska akutmottagningen Personal kontaktar polisen för polishandräckning.

Telefonnummer till aktuell polismyndighet, riktlinjer för intyg enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och Enkla rutiner för polishandräckning finns på SOFIA-ytan och i pärmen LARM/AKUT i arkivet. Här finns även blanketter för ändamålet. Dessa finns även att hämta på intranätet, under Medicinska riktlinjer - Psykisk hälsa.

Om patienten avviker från mottagningen innan vårdintygsbedömningen är slutförd, kontakta polis för samverkan/rådgivning samt patientens anhöriga.

Vid behov av vårdintygsbedömning när läkare på MUX inte är tillgängliga och patienten inte vill åka till Psykiatriska akutmottagningen kontakta läkare på Capio Axess vårdcentral här i huset.

## **Våga fråga**

*Enligt chefläkare på Regionhälsan är det alltid den kliniska helhetsbilden vi ska luta oss emot. Om den kliniska helhetsbilden inte indikerar förhöjd suicidrisk krävs ingen strukturerad bedömning, det förefaller tillräckligt att skriva "suicidrisk bedöms ej förhöjd i dagsläget".*

- Att fråga en patient om suicidtankar framkallar inte suicidhandlingar.

- Suicidriskbedömning ska ske vid varje kontakt av den som möter en patient i en behandlingssituation vid diagnos/tillstånd där det kan föreligga suicidrisk, men kom ihåg att de två nyckelfärdigheterna för effektiva krisinterventioner är att validera känslomässig smärta och att utveckla en effektiv problemlösningsplan med patienten.
- Försök begränsa fokuset på ett suicidalt beteende samtidigt som du ökar tonvikten på att lösa specifika problem som utlöste krisen. Det ska framgå i journaldokumentationen hur behandlaren har resonerat sig fram till den aktuella bedömningen. Detta även om ingen strukturerad suicidriskbedömning gjorts.
- Använd med fördel frågor från ”den suicidala stegen”.
- Föreligger riskfaktorer? Såsom tidigare suicidförsök.
- Be kollega om hjälp vid bedömning av självmordsrisk.
- Be sekreterare att avboka övriga patienter om behov av detta finns.

## **Suicidstegen**

- Nedstämdhet – Hur mår du? Är allt hopplöst?
- Dödstankar – Känns livet meningslöst?
- Dödsönskan – Har du önskat att du vore död?
- Suicidtankar – Tänker du på att ta livet av dig?
- Suicidimpulser – Har du varit nära att ta livet av dig?
- Suicidavsikter eller planer – När, var, hur?
- Suicidhandling – När, var, hur?

## **Suicidriskbedömning via telefon**

- Strukturerad suicidriskbedömning.
- Informera dig om namn, personnummer och var personen befinner sig.
- Har personen någon hos sig? Om möjligt, be om att få tala med den personen.
- Om behov finns, uppmana personen att söka psykiatriska akutmottagningen helst i sällskap med någon.
- Vid akut risk där personen ej är villig att uppsöka psykiatriska akutmottagningen, stanna kvar i telefonen med personen och be kollega ringa polis. Informera patienten om detta.

- Om personen är aktuell på mottagningen och suicidrisken ej längre bedöms vara akut boka in ett besök snarast.

### ***Dokumentera suicidriskbedömningen.***

#### **Samverka med närstående i samråd med patienten**

Samverka med närstående är mycket viktigt då en patient ger uttryck för suicidtankar/planer. Tänk på att kontakten med närstående kan vara patientens livlina utanför vården. Därför bör samtal föras med patienten kring närståendekontakt redan vid behandlingsstart. En redogörelse för ett samtal gällande suicidprevention bör dokumenteras i behandlingsplanen under rubrik ”suicidriskbedömning”. Här kan närmast närstående skrivas in tillsammans med ev. telefonnummer.

Ex. på text i nybesöksutredningen under rubriken suicidriskbedömning: ”I samband med nybesök har samtal förts med patienten angående vikten av kontakt med närstående vid risk för suicid. Detta för att underlätta kontakter vid en ev. krissituation. Patienten är införstådd med ovan och har lämnat sitt samtycke till att mottagningen vid en sådan krissituation får kontakta patientens närstående (ex. mor och ev. telefonnummer skrivs här)”.

Vid krissituation kontaktas närstående i samråd med patienten och involveras i möjligaste mån i patientens personliga säkerhetsplan. Om patienten i rådande situation ej samtycker till kontakt bör motiverande samtal föras med patienten gällande närståendekontakt. Om bedömning görs att patientens liv är i fara får lämpliga åtgärder vidtas och närstående kontaktas utan medgivande. Detta för att säkerhetsställa patientens säkerhet.

Alla uppgifter till närstående behöver uppdateras vid en uppkommen situation där suicidrisk finns.

**Var medveten om att suicidrisken kan öka initialt vid antidepressiv behandling.**

## Vid fullbordat suicid

## **Information till personal**

Verksamhetschef eller medicinsk rådgivare samlar samtlig personal i tjänst för en första information och ett avlastande samtal. Patienter får avbokas för att möjliggöra detta samtal. Direkt berörd läkare/behandlare får hjälp med att boka av besök den dag de får besked.

Verksamhetschef eller medicinsk rådgivare tar initiativ till en avstämning med berörd personal innan man går för dagen. Detta även om man haft möte tidigare under dagen.

## **Psykologisk genomgång**

Efter fullbordat suicid anordnas en psykologisk genomgång för berörda medarbetare.

De medarbetare som varit på ledighet under aktuell händelse informeras skyndsamt vid återgång i arbete av verksamhetschef eller medicinsk rådgivare.

Den psykologiska genomgången äger rum efter 1-3 dagar och leds av verksamhetschef eller på delegering av annan personal i teamet. Företagshälsovård ska alltid kopplas in för ytterligare psykologisk genomgång för berörda medarbetare. Beställning görs av verksamhetschef.

Vid behov anordnas ett uppföljande möte med samma gruppleddare som vid den psykologiska genomgången. Verksamhetschef/medicinsk rådgivare ansvarar för att undersöka om behovet finns.

Fokus vid den psykologiska genomgången ska vara personalens egna upplevelser och reaktioner.

## **Retrospektiv genomgång**

En retrospektiv genomgång bör hållas 4-6 veckor efter fullbordat suicid. Vid denna genomgång är fokus på patientens sjukdomshistoria, vårdförlopp, handläggning och omständigheter i anslutning till dödsfallet. Denna genomgång leds av verksamhetschef eller på delegering av annan personal i teamet.

Genomgången syftar till en förståelse av patientens sjukhistoria och bakomliggande orsak till patientens suicid samt utveckla vården och förbättra arbetet med suicidnära patienter.

## **Dokumentation**

Ansvarig behandlare ska snarast dokumentera i journalen om det som inträffat samt dokumentera i MedControl. Gäller både vid suicidförsök och fullbordat suicid. Ta ställning till om Lex Maria ska göras.

## **Uppföljning av anhöriga**

Anhöriga erbjuds möjlighet att träffa patientens behandlare och läkare för att samtala om det som inträffat och ställa frågor.

Anhöriga erbjuds krissamtal.

## **Relaterade dokument**

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

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Mottagning unga vuxna

**Innehållsansvar:** Elisabeth Lundén, (elilu8), Specialistläkare

**Granskad av:** Hanna Söderberg, (hanho2), Verksamhetschef

**Godkänd av:** Hanna Söderberg, (hanho2), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** RHS9926-1306825477-40

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2026-04-20

**Giltig till:** 2028-04-20