

Gäller för: VE Psykiatri

Innehållsansvar: Anna Sjöstrand, (annkn7), Enhetschef

Granskad av: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1), Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-11

Giltig till: 2028-09-11

Strukturerad suicidriskbedömning – Psykiatri

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

Ny innehållsansvarig.

Bakgrund, syfte och mål

Denna rutin är utarbetad efter Socialstyrelsens krav på dokumentation i samband med suicidriskbedömningar och de riktlinjer som Svensk Psykiatrisk Förening fastställt inom området. Varje år begår ca 1500 personer självmord i Sverige och av dessa är cirka 10 kopplade till Psykiatrin i Skaraborg. Socialstyrelsen har flertalet gånger kommenterat att det saknas strukturerade suicidriskbedömningar och påpekat att förbättring måste ske inom detta område. Med strukturerade suicidriskbedömning avser Socialstyrelsen under specifika sökord i journalen.

Mål:

- All vård- och behandlingspersonal skall kunna utföra suicidriskbedömningar
- Alla suicidriskbedömningar skall dokumenteras enligt journalmall i Melior
- Alla suicidnära patienter skall ha en uppdaterad vårdplan

Avgränsningar

Vilka patienter skall bedömas avseende suicidrisk?

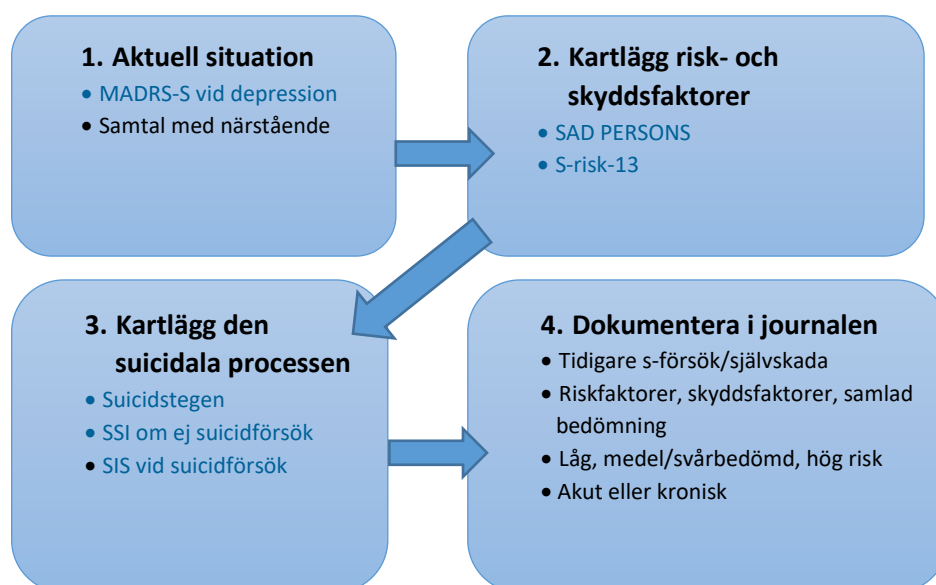
- Patienter som är nya inom psykiatrin

- Patienter som tidigare genomfört suicidriskförsök eller haft suicidala kriser
- Patienter under suicidal krisutveckling
- Patienter med misstänkt risk för suicid

Var uppmärksam på att riskfaktorer för suicid kan finnas trots att patienten inte uttrycker psykisk ohälsa – gör en bedömning även på dessa patienter!

Arbetsbeskrivning

Strukturerad suicidriskbedömning



Utredning och bedömning:

Ett gott bemötande som bygger på kunskap, respekt och värme är av stor vikt för den suicidnära patienten och dennes anhöriga. En god relation med patienten är centralt för att kunna göra en korrekt bedömning.

Anamnes:

Samtal med en suicidnära patient bör innehålla en utförlig anamnes där behandlaren penetrerar viktiga risk- och skyddsfaktorer:

- aktuella tillstånd och påfrestningar
- aktuella suicidtankar/planer – använd suicidstegen som stöd, se nedan
- psykiatriska sjukdomar

- tidigare suicidförsök
- hereditet för psykisk ohälsa och suicid i släkten
- trauman/övergrepp
- social situation inklusive relationer, sysselsättning och boende
- missbruk
- kronisk smärta eller allvarlig kroppslig sjukdom
- bedömning av funktionsnivå
- personlighet
- psykisk status

Samtal med närstående om detta är möjligt. Ofta kan de bidra med mycket värdefull information, framför allt vad gäller bedömning avseende funktionsnivån i hemmet.

Skattningsinstrument

Skattningsinstrument kan med fördel användas som stöd i intervjun och fungera i utbildningssyfte för att få hjälp med att ställa de rätta frågorna i samtalet. Inget skattningsinstrument som finns idag kan ensamt, med säkerställt utfall, användas för att bedöma suicidrisk, utan det är den samlade kliniska bedömningen som är avgörande. Många patienter som genomgår suicid förnekar suicidtankar och ter sig inte deprimerade!

- [Suicidstegen](#) – kartlägger var patienten befinner sig i den suicidala processen. Önskvärt att denna används vid varje suicidriskbedömning.
- [S-risk 13](#) – enklare uppställning av faktorer som väger in såväl det suicidala beteendet som några kliniska riskfaktorer. Bra att använda vid ny patient, tar upp de viktigaste riskfaktorerna.
- [Suicid Intention Scale \(SIS\)](#) – kan användas vid första bedömningssamtalet efter suicidförsök. Skalan värderar intentionen med suicidförsöket.
- [Scale for Suicide Ideation \(SSI\)](#) – kan användas i mötet med de patienter som inte genomgått suicidförsök, men som befinner sig i en suicidal kris. Skalan syftar till att kartlägga patienternas attityd till att leva eller dö, karaktären av suicidtankarna och det tänkta suicidförsöket.
- [Sad Person Scale](#) – kartlägger viktiga statistiska riskfaktorer, kan användas om man är osäker på vilka dessa är.
- [MADRS](#) – självskattning för att bedöma grad av depression. Denna skala är lämplig att använda vid misstanke om depression och vid uppföljning för att följa depressionsutveckling.

Skalorna nedan kräver utbildning och är mer omfattande.

- **SUAS** – väger in det suicidala beteendet som viktiga kliniska symptom.
- **Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)** – innehåller två delar, den beskriver separat den suicidala intentionen och det suicidala beteendet.

En samlad klinisk bedömning görs slutligen där diagnos, aktuell situation, risk – och skyddsfaktorer vägs samman. För exempel på hur olika situationer kan bedömas, se länk nedan.

[Suicide Intention Scale \(SIS\)](#)

Dokumentation

I journalsystemet Melior finns nya sökord för att dokumentera suicidriskbedömningen.

- Under anamnes finns rubriken *tidigare s-försök/självskada* där tidigare suicidförsök och självskada skall beskrivas, detta då tidigare suicidförsök är den enskilt viktigaste riskfaktorn för suicid
- Aktuellt tillstånd beskrivs under sökordet *aktuellt*
- Under sökordet *själmordsrisk* ligger underrubrikerna *riskfaktorer* och *skyddsfaktorer*, där kända sådana skall dokumenteras
- Under *själmordsrisk* skall slutligen en *samlad bedömning* göras; **låg, medel/svårbedömd eller hög risk**. Gör även en bedömning utifrån tidsperspektivet; om suicidrisken skattas som **kronisk** eller **akut**. Kronisk suicidrisk innebär förekomst av oföränderliga (historiska) och svårföränderliga (vissa demografiska) riskfaktorer och leder oftast till behandling i öppenvård, oberoende av allvarlighetsgrad.

Genom att dokumentera på detta sätt kommer det bli enklare för efterföljande läsare att förstå resonemanget kring bedömningen. Vid svårbedömd risk skall en ny bedömning göras så snart detta är möjligt, helst inom 24 timmar.

Vid hög suicidrisk och i svårbedömda fall ska ställningstagande till heldygnsvård göras. Ansvarig överläkare i första hand eller bakjour ska

alltid kontaktas. Suicidriskbedömningar skall upprepas ofta eftersom suicidrisken snabbt kan ändra sig beroende på tid, plats och situation. Inför promenader eller aktiviteter, vid permissioner och utskrivning är det också betydelsefullt att på nytt värdera suicidrisken.

Uppföljning i öppenvården

Alla patienter som vi får vetskap om ska efter suicidförsök erbjudas följande uppföljning.

- 1 vecka efter suicidhandlingen alternativt inom en vecka efter utskrivning från heldygnsvård psykiatri
- 1 månad efter suicidhandlingen
- 3 månader efter suicidhandlingen
- 6 månader efter suicidhandlingen
- 1 år efter suicidhandlingen

Bedömning via telefon ska vara undantag. Ett besök på mottagningen alternativt hemma hos patienten ska alltid eftersträvas.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Psykiatri

Innehållsansvar: Anna Sjöstrand, (annkn7), Enhetschef

Granskad av: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1),
Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9718-621466736-89

Version: 12.0

Giltig från: 2026-09-11

Giltig till: 2028-09-11