

Regional medicinsk riktlinje

Suicidriskbedömning och säkerhetsplan – handläggning av barn och ungdom

Innehåll

Nytt sedan föregående version	2
Syfte.....	2
Huvudbudskap.....	2
Bakgrund.....	3
Indikatorer och målvärden.....	3
Vårdnivå och samverkan	3
Samverkan	4
Remissrutiner	4
Bedömning.....	4
Strukturerad suicidriskbedömning (AU 118)	4
Särskilda överväganden	6
Handläggning	7
Klinisk uppföljning	8
Läkemedel.....	9
Patientinformation och stöd.....	9
Uppföljning av denna riktlinje	9
Innehållsansvarig.....	9
Referenser	9
Relaterad information	10

Nytt sedan föregående version

Nuvarande version ersätter tidigare dokument ”Suicidalitet hos barn och ungdom – akut bedömning och handläggning” och är uppdaterat med

- statistik
- anpassning av text kring suicidriskbedömning och säkerhetsplan till aktuell terminologi och i enlighet med den nationella strategin "[Det handlar om livet](#)".

I övrigt redaktionella ändringar.

Syfte

Riktlinjen syftar till att förebygga suicidala handlingar och främja att unga patienter med suicidalt beteende får gott bemötande och kvalificerad handläggning i kontakt med hälso- och sjukvården.

Huvudbudskap

- Suicidprevention är en angelägenhet inom all hälso- och sjukvård.
- Ett strukturerat kliniskt samtal är det viktigaste verktyget i en suicidriskbedömning. Lyssna, fråga och försök förstå. Patientens egen berättelse är central i bedömningen. Engagera vårdnadshavare och, i förkommande fall, andra viktiga vuxna. Skattningsformulär kan vara ett stöd i samtalet, men saknar prediktivt värde och kan inte ersätta den kliniska bedömningen.
- Målet med suicidriskbedömningen är att identifiera patientens eventuella behov av skyddsåtgärder genom att:
- Uppmärksamma individuella faktorer som kan utlösa en suicidal kris.
- Bedöm hur pass farligt och instabilt patientens beteende är just nu och under den närmaste tidsperioden. Väg in faktorer såsom substanspåverkan, sömnstörning, agitation och förtvivlan.
- Säkerhetsplan är ett verktyg för att tillsammans med patient och vårdnadshavare och eventuellt andra viktiga vuxna strukturera och hantera situationen när en suicidal kris intensifieras.

Bakgrund

I Västra Götaland inträffar årligen omkring tio suicid i åldersgruppen 19 år och under. Antalet suicidförsök är betydligt fler. De flesta barn som dör i suicid är tonåringar, men det förekommer även att barn under 13 år tar sitt liv. Ungefär lika många flickor som pojkar dör i suicid. Suicidförsök och självskadebeteende är vanligare bland flickor.

Den enskilt starkaste riskfaktorn är tidigare suicidförsök.

Exempel på andra riskfaktorer för suicid:

- Psykiatriska faktorer som allvarlig depression, ångesttillstånd eller användning av alkohol och andra droger.
- Biologiska eller genetiska faktorer som sårbarhet eller familjehistoria med suicid.
- Traumatiska livshändelser (ex förlust av närstående, våldsutsatthet eller sexuellt utnyttjande). Uppmärksamma även aktiviteter på internet.
- Mobbning eller annan kränkning, social isolering, ekonomisk utsatthet, konflikter med andra personer.
- Tillgång till metoder för suicid.

Indikatorer och målvärden

Det finns en handlingsplan för suicidprevention i Västra Götaland (2020–2025). Utifrån denna handlingsplan följs antalet suicid upp årligen.

Vårdnivå och samverkan

Samtliga instanser inom hälso- och sjukvård ansvarar för att genom adekvat bemötande (våga fråga, stödja, lyssna och stanna kvar i samtalet) bedöma patientens psykiska mående, suicidalitet och skyddsbehov samt ge stöd även till vårdnadshavare vid behov och uppmärksamma eventuella syskon i enlighet med RMR [Barn som anhöriga](#).

Primärvård

Om patientens behov av skyddsinsatser bedöms vara litet ansvarar primärvården för behandling/uppföljning av primärvårdsinsatser utifrån patientens grundtillstånd.

Specialiserad vård

Specialistpsykiatrin ansvarar för suicidpreventiva insatser vid akuta tillstånd eller då det suicidala tillståndet kräver ökad vaksamhet och regelbunden uppföljning. Vid somatisk heldygnsvård på grund av suicidförsök bör samarbete med psykiatrisk konsult alltid upprättas.

Samverkan

Planera vården tillsammans med patient och vårdnadshavare och beakta behov av samverkan med övriga aktörer i vårdkedjan. Kontinuitet i behandlingen är av stor vikt. Säkerställ att glapp inte uppstår.

I vissa fall kan tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård bli nödvändig för att förhindra suicid. Säkerställ att transport sker på säkert sätt och att mottagande enhet uppmärksammas på den bedömda suicidrisken.

Remissrutiner

Dokumentera alltid resultatet från suicidriskbedömningen samt bedömningens grunder.

Bedömning

Strukturerad suicidriskbedömning (AU 118)

Syftet med en strukturerad suicidriskbedömning är att skapa en delad förståelse för patientens suicidalitet, hur allvarlig den är och vad som utlöser den. Målet är att identifiera patientens eventuella behov av skyddsåtgärder och att göra en plan tillsammans med patient och vårdnadshavare för vilka insatser som behövs för att minska risken.

För att kunna göra en väl underbyggd bedömning av suicidrisken hos barn och ungdomar är det viktigt att använda sig av en kombination av systematiskt tillämpad kunskap om risk- och skyddsfaktorer samt skapa en empatisk kommunikation med patienten och dess familjesystem. Att samtala med patienten och dennes vårdnadshavare om suicidrisk är i sig en terapeutisk intervention. Eftersom psykisk ohälsa i allmänhet och suicidtankar i synnerhet fortfarande är behäftade med skam är det en viktig uppgift att uppmuntra den som uttryckt suicidtankar att berätta om sina tankar och känslor. Suicidrisken ökar inte av frågor och samtal om

suicidtankar. Suicidrisken kan snabbt förändras och behöver därför omvärderas kontinuerligt.

Suicidriskbedömning vilar på den kliniska intervjun med omsorgsfull värdering av suicidal intention, tidigare och aktuell suicidalitet (tankar, planer, avsikt, handlingar, se suicidstegen), bedömning av aktuell symtombild, psykisk status (beakta särskilt stämningsnivå och eskalerande självskadebeteende, substansbruk) och livssituation (förlust, kränkning, mobbning). Bedöm hur instabilt och hur farligt patientens beteende är just nu och under den närmaste tidsperioden.

Suicidstegen kan hjälpa till att strukturera upp samtalet men observera att utfallet inte kan användas för att predicera suicid. Ställ frågor tills du kommit en nivå ”över” där du uppfattar att sanningen ligger.

- 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?
- Suicidavsikter eller planer – När, var, hur?
- Suicidimpulser – Har du varit nära att ta livet av dig?
- Suicidhandling – När, var, hur?

Det är väsentligt att skapa förtroende i samtalssituationen. En klinisk allians förbättras av ett personcentrerat förhållningsätt där du signalerar att du är intresserad, tar personen på allvar, lyssnar, frågar och försöker förstå. Detta kan minska patientens känsla av att vara ensam med sina tankar. Fokusera på patientens upplevda problem och behov genom att fråga detaljerat, noggrant och konkret. Samtalet ska företrädesvis ske såväl gemensamt som enskilt med patienten och dess vårdnadshavare, om inget framkommit som motsäger detta. Beakta följande punkter:

- Engagera patienten som en aktiv deltagare i samtalet.
- Vad har hänt? Hur har du tänkt? Vad är det som får dig att inte vilja leva? Känns allt hopplöst?
- Finns något som får dig att vilja leva?
- Återberätta patientens budskap. Har jag förstått dig rätt?

- Var tydlig med att det går att få hjälp. Ge stöd i problemlösningsförmåga genom att tillsammans identifiera åtgärder som skulle kunna direkt eller indirekt minska suicidrisken.
- Samarbete med patient och vårdnadshavare är viktigt både för akut bedömning och vidare planering.
Strukturerad suicidriskbedömning dokumenteras med KVÅ-kod (AU 118).

Särskilda överväganden

- Även patienter som skadar sig själva utan suicidavsikt kan ha ökad risk för suicid, och sambandet är ännu starkare vid upprepad självskada.
- Uppmärksamma att allvarliga suicidhandlingar kan ske utan uttalade dödsönskningar och suicidtankar, exempelvis på grund av skam, självska debeteende eller impulsivitet.
- Ta ställning till vårdnadshavare/närståendes omsorgs- och skyddsförmåga i den akuta krissituationen. Hur ser omsorgsnivån ut kring patienten? Är vårdnadshavare/närstående trygg med att ta hand om sitt barn i hemmet med stöd av vården?
- Vid intoxication är somatisk bedömning nödvändig för att förebygga komplikationer och bedöma behov av begränsande insatser. Förnyad suicidriskbedömning genomförs. Suicide Intention Scale (SIS) kan användas som stöd för att analysera omständigheterna vid ett aktuellt suicidförsök.
- När aktuellt, säkerställ kommunikationen mellan olika aktörer i en [Samordnad Individuell Plan \(SIP\)](#).
- Uppmärksamma och ge relevant stöd till barn om vårdnadshavare eller närstående har förhöjd suicidrisk, se regionala medicinska riktlinjer: [Barn som anhöriga](#)
- Åtgärder kan krävas vid tillgång till självmordsredskap (läkemedel, vapen). Läkare har skyldighet att göra anmälan enligt [vapenlagen 6 kap 6 § \(1996:67\)](#) och utifrån Socialstyrelsens [föreskrifter SOSFS 2008:21](#).

Handläggning

Suicidpreventiva åtgärder

Bedöm hur pass farligt och instabilt patientens beteende är just nu samt kommer att vara under den närmaste tidsperioden. En situation där patientens aktiviteter snabbt kan eskalera i frekvens eller omfattning och leda till allvarliga konsekvenser bör generera en uppgradering av skyddande insatser.

Så länge tillståndet är stabilt och konsekvenserna av aktiviteterna bedöms vara ringa - fortsätt behandla grundtillstånd och ge personcentrerad psykoedukation. Beakta att suicidalitet kan fluktuera vid förändrad sjukdomsbild/livssituation.

Vid förhöjd suicidal aktivitet, men där konsekvenserna av aktiviteterna fortsatt bedöms vara ringa - förtäta kontakten, ge personcentrerad psykoedukation och initiera säkerhetsplan tillsammans med patient och vårdnadshavare.

Om tillståndet bedöms vara instabilt och konsekvenserna av aktiviteterna bedöms vara farliga krävs omedelbara skyddsinsatser. Överväg psykiatrisk heldygnsvård och vid behov åtgärder enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Om konsekvenserna av aktiviteterna är svårbedömda, med anledning av till exempel bristfällig information, medicinpåverkan, berusning, otydlig eller ambivalent suicidal kommunikation - överväg alltid en högre nivå av skyddsinsatser övervägas.

Vid återkoppling till patient och vårdnadshavare bör allvarlighetsgraden och de viktigaste faktorerna som medför risk beskrivas, tillsammans med resurser och skyddsfaktorer.

Psykoedukation

Erbjud patient och vårdnadshavare kunskap om hur ett suicidal krisförlopp gestaltar sig för att öka deras kontroll och möjlighet att delta i beslut om vård och handläggning. Psykoedukation kan ges individuellt, familjevis eller i grupp.

Säkerhetsplan

En [säkerhetsplan](#) tas fram tillsammans med patient och vårdnadshavare som ett verktyg för att hantera suicidala impulser och innehåller:

- **Varningstecken**, till exempel sömnbrist, försämrad impuls kontroll i anslutning till berusning eller drogpåverkan. Dessa fungerar som en påminnelse om att använda säkerhetsplanen.
- **Risksituationer/utlösande livshändelser** som kan trigga försämring.
- **Egna strategier** för att distrahera sig från krisen, till exempel promenera, lyssna på musik. Om detta inte har hjälpt aktiveras nästa steg i säkerhetsplanen.
- **Personer eller situationer som kan få patienten att tänka på annat**. Ange personer och sammanhang som kan distrahera, kontaktuppgifter till dessa personer.
- **Familj, vänner eller närstående som kan vara till hjälp**. Ange personer som patienten kan vända sig till för att uttryckligen be om hjälp i en krissituation.
- **Kontakt med vården**. Ange vem patienten ska vända sig till dagtid respektive jourtid. Åtgärder om patienten avviker eller inte kommer till avtalat möte. Vid behov av akut hjälp uppmanas patienten att vända sig till psykiatrisk akutmottagning eller larma 112.
- **Minska risker**. Om patienten har tillgängliga suicidredskap görs en plan för hur de ska undanröjas/hanteras. Gör en plan för att minska risksituationer.

Planen uppdateras regelbundet. Om patienten vårdas inom heldygnsvård ska planen aktualiseras vid frigång, permission och i samband med utskrivning. Vid akuta vårdkontakter ska säkerhetsplanen alltid uppmärksammas och uppdateras vid behov i samråd med ordinarie vårdgivare.

Klinisk uppföljning

Tiden närmast efter utskrivningen är en riskperiod för förnyat suicidförsök varför praxis bör vara återbesök inom en vecka. Patienten bör även erbjudas insatser under utskrivning. Ett exempel kan vara stödjande telefonkontakt

med avdelningen i väntan på att behandlingskontakt har etablerats på mottagande enhet. Säkerställ att säkerhetsplan upprättats. Inledningsvis kan täta återbesök vara indicerade.

Patienter som har varit inlagda för suicidprevention och som uteblir från besök bör omgående följas upp aktivt av behandlings/vårdkontakten genom uppsökande per telefon eller - om så bedöms - hembesök. Kontakta vårdnadshavare.

Patienter med bedömd hög risk som inte läggs in, bör erbjudas specialistpsykiatrisk uppföljning snarast, dock senast inom en vecka.

Läkemedel

Överväg intoxikationsrisk utifrån läkemedel som patienten har tillgång till.

Vid antidepressiv behandling kan suicidrisken öka inledningsvis varför tät uppföljning är viktig. Informera patient och vårdnadshavare och uppmana dem att omedelbart ta kontakt med vården vid förhöjt skyddsbehov.

Patientinformation och stöd

[Själv mordstankar - 1177](#)

[Patientföreningar och närståendeföreningar - 1177](#)

Uppföljning av denna riktlinje

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten regional vårdanalys för uppföljning och återkopplar till berörda samordningsråd, regionala programområden och processteam minst en gång per år.

- Antal strukturerade suicidriskbedömningar (AU118).
- Antal upprättade säkerhetsplaner (AU123).

Innehållsansvarig

Samordningsråd barn- och ungdomspsykiatri.

Referenser

Fazel, S. and Runeson, B. (2020). Suicide. The New England journal of medicine, 382(3), 266-274. doi:10.1056/NEJMra1902944

Folkhälsomyndigheten. Suicidprevention [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Hämtad från: [Suicidprevention – Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se)

Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet. Psychiatry*, 9(11), 922–928. doi:10.1016/S2215-0366(22)00232-2

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](https://www.vardochinsats.se) för självskadebeteende (2023-08-21)

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](https://www.vardochinsats.se) för ångest och depression (2023-08-16)

Socialdepartementet. (2024). *Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention* (Skr. 2024/25:77).

Tillgänglig på <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2025/01/skr.-20242577>

Stanley & Brown (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264.

Relaterad information

[Min Livlina - Suicide Zero](#)

[Vård och insatsprogram adhd](#)

[Vård- och insatsprogram depression och ångestsyndrom](#)

[Vård- och insatsprogram missbruk och beroende](#)

[Vård- och insatsprogram schizofreni och liknande tillstånd](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Malin Rex, (malpa4), Verksamhetsutvecklare

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-552

Version: 6.0

Giltig från: 2025-06-02

Giltig till: 2027-06-02