

## Regional medicinsk riktlinje

# Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning och handläggning

### Huvudbudskap

Riktlinjen syftar till att säkerställa att alla suicidnära personer som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården får ett kvalificerat möte och planering av vård för att förebygga suicid.

### Ändringar sedan föregående version

Större tonvikt på personcentrering, tidig upptäckt och prevention inom samtliga vårdnivåer i enlighet med den nationella strategin för suicidprevention och psykisk hälsa.

### Bakgrund

I regionen inträffar cirka 200 suicid varje år. Uppskattad kvot mellan suicid och suicidförsök är 1:10. Suicidförsök och självskadebeteende är vanligare hos kvinnor och yngre. Suicidalt beteende påverkas av biologiska-, psykologiska-, sociologiska- och omgivningsfaktorer. Exempel på statistiska riskfaktorer för suicid inkluderar manligt kön, hög ålder, relationsproblematik, kroppslig sjukdom och ensamhet. Förhöjd risk syns vid suicid hos familjemedlem samt hos gruppen HBTQI-personer<sup>1</sup>. De flesta som dör i suicid har någon form av psykisk ohälsa. Över hälften har en pågående depression vid tiden för sin död och näst största diagnosgrupp utgörs av personer med alkohol- och substansberoende. Oavsett psykiatrisk diagnos är tidigare suicidförsök den enskilt starkaste prediktorn för död genom suicid. Även personer som skadar sig själv utan suicidavsikt kan ha ökad risk för framtida suicid, och sambandet är ännu starkare vid upprepat självskadebeteende.

Att samtala med patienten om suicidrisk är i sig en terapeutisk intervention.

Eftersom psykisk ohälsa i allmänhet och suicidtankar i synnerhet fortfarande är

<sup>1</sup> HBTQI är ett samlingsnamn och en förkortning för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer som identifierar sig som queer eller intersexperson.

behäftade med skam är det en viktig uppgift att uppmuntra den suicidnära att berätta om sina tankar och känslor. Suicidrisken ökar inte av frågor om suicidtankar. Suicidrisken kan snabbt förändras och behöver därför omvärderas kontinuerligt t ex under förloppet av en kris, vid försämring av underliggande grundsjukdom eller under vårdtiden. Kontinuitetsbrott i vården kan innebära ökad risk för suicid.

Suicidnära personer återfinns inom alla vårdnivåer inom primärvård, akutvård inkl. ambulanssjukvård, samt psykiatrisk och somatisk öppen- och slutenvård. Begreppet ”suicidnära” inkluderar personer som:

- nyligen (inom senaste året) har gjort ett suicidförsök (tilläggskod X60-X84 enligt ICD-10)
- har allvarliga suicidtankar och suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden
- utan att ange allvarliga suicidtankar bedöms vara i farozonen för suicid pga personliga omständigheter.

## Bedömning av suicidrisk

Suicidriskbedömning vilar på den kliniska intervjun med omsorgsfull värdering av suicidal intention, tidigare och aktuell suicidalitet (tankar, planer, avsikt, handlingar, se suicidstegen (bilaga 1 ), bedömning av aktuell symtombild (beakta särskilt psykotisk eller agiterad depression) och livssituation (förlust, kränkning). Skattningsformulär kan vara ett stöd i samtalet, men saknar prediktivt värde och kan inte ersätta den kliniska bedömningen.

Det är väsentligt att skapa förtroende i samtalssituationen och att tillräckligt med tid avsätts för bedömning. 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 individens upplevda problem och behov genom att fråga detaljerat, noggrant och konkret.

Beakta följande:

- Engagera medvetet 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. Inge hopp och försök bryta den akuta suicidala processen.
- Arbeta tillsammans fram en suicidspecifik krisplan (AU123) (bilaga 2). Ge den suicidnära personen stöd i sin problemlösningsförmåga genom att

tillsammans identifiera åtgärder som skulle kunna direkt eller indirekt minska suicidnärheten.

- Försök få till någon, om än liten, positiv förändring som kan inge hopp hos patienten.
- Samverka med närstående. Information från närstående är viktigt både för akut bedömning och vidare planering. Om patienten inte vill att någon kontaktas, undersök varför, och ta ställning till hur du ska handlägga vidare.

## Särskilda överväganden

- 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](#).
- Uppmärksamma symtom, diagnostisera och behandla samtidigt förekommande psykiatriska sjukdomstillstånd.
- Vid antidepressiv behandling kan suicidrisken öka inledningsvis varför tät uppföljning är viktig. Informera patienten och uppmana hen att omedelbart ta kontakt med vården vid förstärkt suicidbenägenhet.
- Hos äldre är även mildare depressiva tillstånd som inte uppfyller diagnoskriterierna för egentlig depression förknippade med ökad risk för suicid.
- Vid somatisk sjukdom, är det viktigt att noggrant gå igenom patientens egen uppfattning och inställning till sjukdomen. Speciellt bör smärta, ångest och sömnstörning uppmärksammas.
- Utlösande livshändelser är högst individuellt, varför individens egen berättelse är central i bedömningen.
- Uppmärksamma och ge relevant stöd till barn<sup>2</sup> om vårdnadshavare eller närstående är suicidnära, se regionala medicinska riktlinjer: [Barn som anhöriga](#) och [Barn som far illa eller riskerar att fara illa](#).
- Uppmärksamma att allvarliga suicidhandlingar kan ske utan medvetna dödsönskningar och suicidtankar, till exempel vid impulsivt beteende.

## Vårdnivå för handläggning

Såväl primärvårdsenheter som specialistenheter ska kunna göra en kvalificerad värdering av suicidrisken enligt denna riktlinje som dokumenteras (AU118). I vissa fall kan tvångsvård enligt LPT bli nödvändig för att förhindra suicid. Vid överföring ska mottagande enhet uppmärksammas på att suicidrisken bedömts vara hög och transporten ska ske på ett säkert sätt.

<sup>2</sup> 1 januari 2020 blev FN:s konvention om barnets rättigheter svensk lag.

## **Primärvård**

Behandla och följ upp patienter med låg/lätt förhöjd suicidrisk. Vid svårbedömd eller akut förhöjd suicidrisk ska specialistpsykiatri konsultas.

## **Övrig specialistvård**

Vid svårbedömd eller förhöjd suicidrisk ska specialistpsykiatri konsultas. Vid förmodad suicidal handling ska en akutpsykiatrisk konsultbedömning ske så fort allmäntillståndet tillåter.

## **Psykiatrisk specialistvård**

Hög suicidrisk indicerar oftast inläggning, med ställningstagande till tillsynsgrad. Vid svårbedömda fall är observation på sjukhus ofta indicerad. Vid situationer där remitterande har bedömt hög suicidrisk och specialistpsykiatri bedömer annorlunda, bör remitterande kontaktas för samråd. Om en akut suicidal patient inte läggs in, ska snabb specialistpsykiatrisk uppföljning erbjudas senast nästkommande dag via öppenvård eller akutmottagning. Detta ska ske genom planerade återbesök eller uppsökande telefonkontakt av särskild utsedd personal vid psykiatrisk akutenhet, eller av ordinarie behandlings/vårdkontakt inom psykiatri. Suicidnära patient som uteblir från besök ska omgående följas upp aktivt av behandlings/vårdkontakten genom uppsökande per telefon och om så bedöms hembesök. Kontakta vid behov även närstående. Tiden närmast efter utskrivningen är en riskperiod varför praxis bör vara återbesök inom en vecka. Inledningsvis kan täta återbesök vara indicerade. Kontinuitet i behandlingen är av stor vikt. Innan behandlingskontakt har etablerats på mottagande enhet inom specialistpsykiatri bör patienten ha möjlighet till telefonkontakt med avdelningen.

Alla patienter, oavsett tillstånd, ska efter suicidförsök följas upp inom öppenvårdpsykiatri om inget framkommit som motsäger detta. När situationen har stabiliserats och det är aktuellt med insats från annan enhet är det särskilt viktigt är att säkraövergången gällande dessa patienter.

## **Uppföljning av denna riktlinje**

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten regional vårdanalys för uppföljning och återkopplar till berörda samordningsråd samt till primärvårdsrådet. Uppföljning sker via följande indikatorer:

- Antal suicid i Västra Götaland fördelat på kön och ålder (enligt dödsorsaksregistret)
- Antalet suicidförsök (enligt ICD-10-tilläggs kod X60-X843)
- Antalet upprättade krisplaner inom specialistpsykiatri (AU123)
- Antalet upprättade vård- och omsorgsplaner inom primärvården (AU120) med tilläggs kod X60-X84.

## Utarbetad av

Regionalt processteam Suicidprevention och Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

## Innehållsansvarig

Samordningsråd vuxenpsykiatri.

## Bilagor

Bilaga 1. Suicidstegen

Bilaga 2. Krisplan (AU123)

## Bilaga 1. Suicidstegen

Samtalet är det viktigaste verktyget och suicidstegen kan hjälpa till att strukturera upp samtalet för att få en bild av personens tankar och planer runt döden.

- 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?

Suicidriskbedömningar grundas på en sammantagen klinisk bedömning, dvs en syntes av allt som framkommit under samtalet. Det är den fullständiga bedömningen som gäller, vilket innebär att en person som svarar "lågt" på stegen, ändå kan befinna sig i en högrisksituation.

## Bilaga 2. Krisplan (KVÅ-kod AU123)

En krisplan innehåller en beskrivning av de varningstecken som kan föregå förhöjd suicidrisk hos individen, och åtgärder som bör vidtas då.

Krisplanen utformas ihop med patienten och hens närstående eller andra resurspersoner, om inget framkommit som motsäger detta.

Planen uppdateras regelbundet. Om patienten vårdas inom heldygnsvård ska planen aktualiseras vid frigång, permission och i samband med utskrivning.

I planen bör följande punkter ingå:

- Aktuella kontaktuppgifter till både patient och närstående.
- Identifierade risksituationer t ex sömnbrist, försämrad impulskontroll i anslutning till berusning eller drogpåverkan.
- Probleminventering och förslag till åtgärder vid ökad suicidrisk som patienten själv kan vidta för att reducera stress, ångest, hopplöshetskänslor t ex utföra en inövad övning för att hantera ångest. Om detta inte hjälpt ska patienten uppmanas att t ex kontakta ordinarie vårdkontakt och/eller tillgängliga akutinstanser.
- Vid akuta vårdkontakter ska krisplanen alltid uppmärksammas och uppdateras vid behov i samråd med ordinarie vårdgivare.
- Åtgärder om patienten avviker, eller inte kommer till avtalat möte.
- Tidsram för behandlingsarbetet och tidpunkt för utvärdering och revidering.

Ge muntlig och skriftlig information, om vem närstående eller andra resurspersoner kan vända sig till vid en försämring av patientens tillstånd. Jourtid kan sjukhusets psykiatriska akutmottagning kontaktas.

# 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:** SSN11800-2140136717-551

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2025-02-12

**Giltig till:** 2027-02-12