

Regional medicinsk riktlinje

Suicidalitet hos barn och ungdom – akut bedömning och handläggning

Huvudbudskap

Riktlinjen syftar till att säkerställa att suicidnära barn/ungdomar 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. Även redaktionell justering av tidigare version (diarienummer SSN 2024-00044).

Bakgrund

I regionen inträffar cirka 10 suicid varje år i åldersgruppen under 19 år. Suicidalt beteende påverkas av biologiska-, psykologiska-, sociologiska- och omgivningsfaktorer. Exempel på statistiska riskfaktorer för suicid inkluderar manligt kön, relationsproblematik och ensamhet. Förhöjd risk syns vid suicid hos familjemedlem samt hos gruppen HBTQI-personer¹. De flesta som dör i suicid har någon form av psykisk ohälsa. I flera svenska enkätundersökningar uppger 7–8 procent av flickorna och 3–4 procent av pojkarna att de någon gång försökt ta sitt liv. För att kunna göra en tillförlitlig och välunderbyggd bedömning av suicidrisken hos barn och ungdomar är det viktigt att använda sig av en kombination av systematiskt tillämpad kunskap om risk- och skyddsfaktorer och en empatisk kommunikation med den unge och dess familjesystem.

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

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 suicidnära att berätta om sina tankar och känslor. Suicidrisken ökar inte av frågor om suicidtankar. Suicidrisken kan snabbt förändras och behöver därför omvärderas kontinuerligt. 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](#)), bedömning av aktuell symtombild (beakta särskilt depression, eskalerande självskadebeteende) och livssituation (förlust, kränkning, mobbning). 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. 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 den unges upplevda problem och behov genom att fråga detaljerat, noggrant och konkret. Samtalet ska företrädesvis ske såväl gemensamt som enskilt med den unge och dess vårdnadshavare, om inget framkommit som motsäger detta.

Beakta följande punkter:

- 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 säkerhets-/krisplan (AU123) (bilaga 2). Ge den suicidnära personen stöd i sin problemlösningsförmåga genom att tillsammans identifiera åtgärder som skulle kunna direkt eller indirekt minska suicidnärvärdet.

- Försök få till någon, om än liten, positiv förändring som kan inge hopp hos den unge och vårdnadshavarna.
- Samarbete med patient och vårdnadshavare är viktigt både för akut bedömning och vidare planering.

Särskilda överväganden

- Utlösande livshändelser är högst individuellt, varför individens egen berättelse är central i bedömningen. Akut utlösande faktorer kan vara: separation, dödsfall, kränkning, gräl, mobbning, misslyckande, sömnbrist, riskbruk/abstinens eller suicid/suicidförsök i sociala kretsens. Uppmärksamma risker via internet.
- Ta ställning till vårdnadshavare/närståendes omsorgs- och skyddsförmåga i den akuta krissituationen. Hur ser omsorgsnivån ut kring patienten? Är vårdnadshavare/närstående trygga med att ta hand om sitt barn i hemmet med stöd av vården? Föreligger avsaknad av tillit till vårdnadshavare i den akuta krissituationen?
- Statistiska riskfaktorer på gruppnivå: Tidigare suicidförsök, psykisk sjukdom, somatisk sjukdom, trauma och övergrepp, genetiska riskfaktorer – ärftlighet för psykisk sjukdom, suicid i släkten/familjen, impulsivitet, aggressivitet, fientlighet, hopplöshet, stresskänslighet, manligt kön och upprepat självskadebeteende.
- Uppmärksamma förändring av psykisk status (stämningsslag, psykotiska symtom, emotionell kontakt, attityd till behandlare, aggressivitet, drog- eller alkoholpåverkan, abstinens).
- Uppmärksamma skyddande faktorer: God problemlösningsförmåga, god social- och relationsförmåga, att hen kan be om och ta emot hjälp av vårdnadshavare/närstående, hen har en känsla av sammanhang och tillhörighet samt nätverkets resurser.
- Uppmärksamma att allvarliga suicidhandlingar kan ske utan medvetna dödsönskningar och suicidtankar, till exempel vid impulsivt beteende.
- Uppmärksamma vid antidepressiv behandling att suicidrisken kan öka inledningsvis varför tät uppföljning är viktig.
- Vid misstanke om att barn far illa, se regional medicinsk riktlinje: [Barn som far illa eller riskerar att fara illa](#)
- När aktuellt, säkerställ kommunikationen mellan olika aktörer i en [Samordnad Individuell Plan \(SIP\)](#)

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.

Primärvård

Behandla och följ upp patienter med låg suicidrisk. Vid svårbedömd eller förhöjd suicidrisk ska specialistpsykiatrien konsulteras.

Övrig specialistvård

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

Psykiatrisk specialistvård

Kontorstid bedöms alla patienter inom öppenvården. Övrig tid sker bedömning inom BUP:s akutverksamhet. Handläggning sker utifrån klinisk bedömning. Säkerställ dokumentationen i journal.

Åtgärd efter klinisk riskbedömning

Vid låg risk

Sedvanlig handläggning och uppföljning. I planeringen av vården behöver beaktas att risken kan öka vid förändrad sjukdomsbild/livssituation. Informera om klinikens akutverksamhet.

Vid måttlig risk

Suicidrisken är förhöjd. Upprätta säkerhet-/krisplan tillsammans med patient och vårdnadshavare utifrån vad som framkommit vid suicidriskbedömning. Vårdnadshavaren ökar tillsyn och omsorgen av den unge i hemmet och kontakter vården vid behov, och snar psykiatrisk uppföljning planeras in.

Vid hög risk

Indicerar oftast inläggning, med ställningstagande till tillsynsgrad.

Mycket hög suicidrisk

Akut behov av dygnet runt vård med hög tillsynsgrad. Om patienten inte accepterar inläggande vård ska vård enligt LPT övervägas.

Om suicidrisken är svårbedömd - konsultera jour för en gemensam fördjupad bedömning. Observation på sjukhus kan ofta vara indicerat. Om behov av akut inläggning övervägs, konsulteras heldygnsvården.

Alla patienter, oavsett tillstånd, ska efter suicidförsök följas upp inom specialistpsykiatrien tills situationen har stabiliserats. Suicidnära patient som uteblir från besök ska omgående följas upp aktivt av behandlings/vårdkontakten genom uppsökande per telefon med patient/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 bör patienten ha möjlighet till telefonkontakt med avdelningen. Patient som under pågående behandling berättar om tablettintag eller annan självskada, konsultera

läkare för ställningstagande till behov av medicinsk åtgärd. Förnyad suicidriskbedömning genomförs. Suicide Intention Scale (SIS) (bilaga 3) kan användas som stöd för att analysera omständigheterna vid ett aktuellt suicidförsök.

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-tilläggskod X60-X842).
- Antalet upprättade krisplaner inom specialistpsykiatri (AU123).
- Antalet upprättade vård- och omsorgsplaner inom primärvården (AU120) med tilläggskod X60-X84.

Utarbetad av

Regionalt processteam Suicidprevention och Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Innehållsansvarig

Samordningsråd barn- och ungdomspsykiatri.

Bilagor

1. Suicidstegen
2. Säkerhets-/krisplan
3. Suicid intention scale

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. Säkerhets-/krisplan

Krisplanen utformas ihop med dig och dina närstående. Planen ska uppdateras regelbundet.

1. Varför gör en säkerhets-/krisplanering? (aktuella symtom och händelser som lett fram till suicidtankar/suicidförsöket)	
2. Minska sårbarhet och öka stabiliteten:	
3. Utlösande händelse (triggers):	
4. Egna strategier:	
5. Vem kan kontaktas?	
6. Vårdnadshavarens strategier:	
7. Risksanering (till exempel vårdnadshavare tar hand om mediciner och säkerställer att farliga föremål undanröjs):	
8. Vård att vända sig till (till exempel telefonnummer till BUP-jour och akutverksamheter):	
9. Nästa besökstid:	Åtgärder vid uteblivet besök:
Datum:	Planen gäller för:
Närvarande:	

Bilaga 3. Suicide Intention Scale (SIS)

Namn:	Pnr:	Dat:
SKALA FÖR SJÄLMORDSAVSIKT		
(Suicide Intention Scale (SIS) enl. Beck Schuyler och Herman 1974)		
Objektiva omständigheter omkring självmordsförsöket		Poäng
1.	Isolering	0 - Någon närvarande 1 - Någon i närheten eller inom syn- eller hörhåll 2 - Ingen i närheten eller inom syn- eller hörhåll
2.	Vald tidpunkt	0 - Ingripande sannolikt 1 - Ingripande osannolikt 2 - Ingripande högst osannolikt
3.	Åtgärder för att förebygga upptäckt / ingripande	0 - Inga åtgärder 1 - Passiva åtgärder, t ex undvikande av andra, men ingenting gjort för att hindra dem att ingripa, ensam i ett rum med olåst dörr 2 - Aktiva åtgärder, t ex låst dörr
4.	Handlade för att skaffa hjälp under / efter försöket	0 - Meddelat potentiella hjälpare om försöket 1 - Kontaktade, men meddelade inte uttryckligen potentiella hjälpare om försöket 2 - Tog ingen kontakt med potentiell hjälpare
5.	Sista handlingen inför väntad död (t ex gåvor, testamente, försäkring)	0 - Inga 1 - Tänkte på eller gjorde vissa föranstaltningar 2 - Gjorde upp bestämda planer eller avslutade föranstaltningar
6.	Aktiva förberedelser för försöket	0 - Ingen 1 - Mycket liten till måttlig 2 - Omfattande
7.	Självmordsmeddelande	0 - Inget meddelande finns 1 - Meddelande endast övervägt eller skrivet, men sönderrivet 2 - Meddelande finns
8.	Avsikt öppet meddelat före försöket	0 - Inget har sagts 1 - Oklar kommunikation 2 - Otvetydig kommunikation
Patientens egen beskrivning		Poäng
9.	Angivet syfte med försöket	0 - Att påverka omgivningen, få uppmärksamhet, hämnas 1 - Blandning av 0 och 2 2 - Fly, lösa problem
10.	Förväntan om dödlig utgång	0 - Ansåg död osannolik 1 - Ansåg död möjlig, men inte trolig 2 - Ansåg dödlig utgång trolig eller säker
11.	Uppfattning om metodens farlighet	0 - Åsankade sig själv mindre skada än man trodde skulle vara dödlig 1 - Var osäker på om handlingen var dödande 2 - Åsankade skada som man bedömde tillräcklig för att vara dödande
12.	Försökets allvar	0 - Ville inte på allvar göra slut på livet 1 - Oviss om allvarlig avsikt att ta sitt liv 2 - Försökte på allvar ta sitt liv
13.	Inställning till liv / död	0 - Ville inte dö 1 - Blandning av 0 och 2 2 - Ville dö
14.	Uppfattning om medicinska möjligheter till upplivning	0 - Trodde att medicinskt ingripande kunde avvärja döden 1 - Oviss om döden kunde avvärjas genom medicinskt ingripande 2 - Säker på att dö trots medicinskt ingripande
15.	Grad av förberedelser	0 - Ingen, impulshandling 1 - Övervägt handlingen högst 3 timmar före försöket 2 - Övervägt mer än 3 timmar före försöket
Maxpoäng 30. Ju högre poäng desto allvarigare självmordsavsikt. Men man bör vara försiktig med att ange särskilt värde för hög eller låg risk.		Summa Poäng:

Bedömare: _____

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: 5.0

Giltig från: 2025-02-12

Giltig till: 2027-02-12