

Suicidriskbedömning

Det är enligt det vetenskapliga underlaget inte möjligt att predicera suicid på individnivå. Däremot är det viktigt att undersöka förekomst av suicidalitet för att förebygga suicid. Syftet är att identifiera vem som är i behov av insatser för att förebygga suicid och hur insatserna kan utformas, såsom till exempel en krisplan (som innehåller en säkerhetsplanering), uppföljning och bedömning av andra relevanta insatser och åtgärder. Det är vårdgivarens ansvar att formulera verksamhetens processer och rutiner som stödjer vårdpersonal i att planera, genomföra och dokumentera bedömningar och insatser på ett patientsäkert och personcentrerat sätt.

Rekommendation i nationella riktlinjer

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom innehåller en rekommendation med hög prioritet för hälso- och sjukvården att göra en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk för ungdomar och vuxna med depression eller ångestsyndrom.¹ Grunden för suicidriskbedömningen är en klinisk bedömning av patienten, som utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, såsom tidigare suicidförsök och psykiatrisk diagnos inklusive skadligt bruk eller beroende. I kartläggningen ingår också att identifiera om personen har eller har haft suicidtankar, suicidplaner, självskaðebeteende eller andra tecken på instabilitet. Dessutom ingår det att kartlägga personens livssituation, funktionsnivå och sociala nätverk. Vidare anger rekommendationen att en klinisk bedömning av suicidrisk förutsätter god samtalsfärdighet samt kunskap om och erfarenhet av att göra en klinisk suicidriskbedömning. Det ingår även att upprätta en krisplan (som inkluderar säkerhetsplanering, läs mer i *Krisplan – ta fram, använd och följ upp*²). Även i nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd beskrivs att hälso- och

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>

² <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/krisplan--ta-fram-anvand-och-folj-upp-2025-12-9992/>

sjukvården bör erbjuda strukturerad bedömning av suicidrisk till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och misstänkt ökad suicidrisk.³

Riskenivåbedömning i journal

Det är vårdgivaren som, med stöd i lagar och föreskrifter om journalföring, avgör hur bedömningar och prioriteringar ska dokumenteras i patientens journal och om dokumentation av risknivå ska ingå.⁴ Bedömning av risknivåer (till exempel "låg", "måttlig" eller "hög") som ofta används i journalsystem ingår inte i rekommendationen i nationella riktlinjer.⁵ Anvisningen om risknivå kommer från koden för strukturerad suicidriskbedömning (AU118) i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), som är avsedd som ett stöd för dokumentation i patientjournalen och uppföljning av vården på övergripande nivå.⁶ Bedömning i fasta risknivåer kan visa en ögonblicksbild, men eftersom suicidala impulser ofta är komplexa och kan variera snabbt behöver bedömningen göras om utifrån variation i individens mående och andra relevanta omständigheter. Oavsett om bedömningen är att patienten är i behov av akuta eller mer långsiktiga insatser för att ta hand om suicidalitet dokumenteras bedömningen och planeringen i patientens journal, utifrån den rutin som verksamheten tagit fram.

Arbete pågår med att ta fram en ny KVÅ-kod som motsvarar bedömning enligt rekommendationen i nationella riktlinjer. Den nya koden införs i januari 2027 och kan därefter användas som underlag för uppföljning.

Processer och rutiner som ger stöd

Centralt för att förebygga suicid är att utifrån den kliniska bedömningen avgöra **vilka förebyggande insatser som kan behövas** samt att planera insatser och uppföljning. Det är vårdgivarens ansvar att i sitt ledningssystem tydliggöra arbetssätten genom sina processer för hur verksamheten ska fungera och rutiner som beskriver aktiviteterna i processerna.⁷ Det är också vårdgivarens ansvar att bedöma vilken detaljnivå i rutinerna som är ändamålsenlig. Rutinerna ska vara tillräckligt tydliga för att ge vägledning, samtidigt som vårdpersonalen också behöver

³ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/schizofreni/>

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/juridiskt-stod-for-dokumentation/patientjournal-syftet-med-en-patientjournal/>

⁵ Däremot finns i kunskapsunderlaget för nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom en hänvisning till KVÅ AU118 för dokumentation av bedömningen.

⁶ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/>

⁷ <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/sosfs-20119-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-2011-6-38/>

sitt professionella handlingsutrymme för att göra individuella bedömningar och anpassa vårdåtgärder efter patientens behov.

Ledningssystemet utformas så att det är överblickbart och användbart i praktiken, vilket innebär att antalet rutiner hålls på en ändamålsenlig nivå, att rutinerna ska vara enkla att hitta och tillgängliga för berörd personal samt att strukturen är enkel så att det framgår hur olika processer och rutiner hänger samman. Samtidigt som ledningssystemet ska ge vårdpersonalen stöd i utförandet av vården behöver vårdgivaren också följa upp genom regelbundna egenkontroller att processer och rutiner både följs och fungerar i praktiken. Det tillhör vårdgivarens ansvar att i sitt ledningssystem beskriva det suicidförebyggande arbetet och de rutiner som behövs för att stödja personalen i utförandet, så att patienter får relevanta suicidförebyggande insatser.