

# Fördjupat kunskapsunderlag för att förhindra självmord

## Europeiska psykiatriska föreningen ger evidensbaserad vägledning



**DANUTA WASSERMAN**, professor i psykiatri och suicidologi, Karolinska institutet; ordförande, European Psychiatric Association (EPA); chef danuta.wasserman@ki.se



**RIGMOR STAIN**, docent i experimentell trombocytforskning; redaktör rigmor.stain@ki.se



**VLADIMIR CARLI**, lektor; samtliga Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Karolinska institutet och Stockholms läns sjukvårdsområde valdimir.carli@ki.se

Självmord är ett stort folkhälsoproblem såväl i Sverige som i övriga Europa. Enligt senaste WHO-statistik dör omkring 150 000 människor årligen genom självmord i Europa.

European Psychiatric Association (EPA) är den största psykiatriska föreningen i Europa, sammansatt av 33 nationella psykiatriska föreningar med drygt 70 000 medlemmar. EPA har initierat projektet »European guidance« med syfte att förbättra den psykiatriska vården i Europa, bla genom att skapa och sprida vägledningsmaterial (position papers) baserade på medicinsk evidens och beprövad erfarenhet.

EPA har nu publicerat vägledningsmaterial med riktlinjer för behandling av självmordsbeteende och självmordsprevention [1].

### Suicidpreventivt arbete sedan länge

I Sverige har självmordstalen (säkra och osäkra) minskat stadigt från i medeltal 30 per 100 000 invånare under 1980-talet till omkring 19 per 100 000 invånare vid sekelskiftet, men därefter har minskningen planat ut. Suicidpreventivt arbete har bedrivits i Sverige sedan länge. Stockholms läns landsting sammanställde 1980 en kris- och suicidutredning [2]. Ett vårdprogramsunderlag från Socialstyrelsen följde 1983 [3].

Hösten 1993 påbörjade Svenska psy-

kiatriska föreningen sitt arbete med att utarbeta en serie kliniska riktlinjer; något som tidigare inte funnits inom psykiatrin i Sverige. Kvalitetsfrågor i vården hade börjat få allt mer uppmärksamhet, och syftet med de kliniska riktlinjerna var att förbättra vården genom att i största utsträckning basera riktlinjerna på vetenskapligt underlag. Riktlinjerna kunde därmed bidra till ökad trovärdighet för psykiatrin.

År 1995 presenterade Nationella rådet för självmordsprevention sitt arbete »Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention«. I och med detta program fick Sverige en gemensam begreppsapparat och en övergripande modell för landets arbete med suicidprevention [4].

### Förslag till nationellt program 2006

År 1997 publicerade Svenska psykiatriska föreningen arbetet »Självmordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling« [5].

Socialstyrelsens kunskapsöversikt 2003 »Vård av självmordsnära patienter« följer i stort dessa riktlinjer. Kunskapsöversikten baseras dock på en bredare litteratursökning av studier gjorda framför allt under 1990-talet och redogörelser för den vetenskapliga evidens som legat till grund för de sammanfattningar och slutsatser som presenteras [6].

Detsamma gäller Socialstyrelsens och Folkhälsoinstitutets »Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag« som överlämnades till riksdagen 2006 [7]. I arbetet konstaterar man att det finns en stor brist på suicidpreventiva studier, som kan ligga till grund för evidensbedömningar. Beprövad erfarenhet talar för att det personliga bemötandet och att bli sedd och hörd är centrala faktorer i omhändertagandet av självmordsnära personer; de kvalitativa studier som här förekommer kan dock inte bedömas enligt gängse evidensvärdering.

Som utgångspunkt för olika suicid-



Foto: Pasieka/Science Photo Library/IBL

Behandling av underliggande psykisk sjukdom (tex egentlig depression, bipolär sjukdom, ångestsjukdom) betonas i det vägledningsmaterial för suicidprevention som den europeiska psykiatriska föreningen har presenterat.

preventiva åtgärder presenteras i det nationella programmet stress-sårbarhetsmodellen, enligt vilken såväl det genetiska arvet som en förvärvad sårbarhet och interaktioner dem emellan (GxE, gene-environment interaction) bidrar till att självmordsbeteende utvecklas. Här inverkar även personlighetsvariabler och problemshanteringsförmåga till personens förmåga till återhämtning.

### EPA ger nu mer bredd och djup

Mycket av det som skrivs i EPA:s vägled-

### SAMMANFATTAT

**Ett svenskt nationellt** åtgärdsprogram för hur antalet fall av suicid ska minskas antogs 2008 av Sveriges riksdag.

**European Psychiatric Association (EPA)** har presenterat evidensbaserade suicidpreventiva vägledningsmaterial baserade på de senaste årens expansiva forskning inom psykiatrin.

**Omkring 90 procent** av självmordsnära personer har en underliggande psykisk sjukdom. Noggrann diagnostisering och behandling av såväl underliggande psykisk sjukdom som eventuell samsjuklighet har därför en nyckelroll i det suicidpreventiva arbetet.

**Det krävs** ett multidisciplinärt behandlingsteam och upprepade riskbedömningar samt att vårdplaner och vårdprogram görs upp i samarbete med patientens närmaste i den mån det går och efterföljs.

**Fortlöpande** utbildning i suicidologi för vårdpersonal samt genomgång och granskning av rutiner krävs också.

ningsmaterial överensstämmer med de evidensbaserade suicidpreventiva strategier som föreslagits i Sverige under 2000-talet. Men tack vare en expansiv psykiatrisk forskning under senare år kan EPA stödja sina slutsatser på ett betydligt bredare och djupare kunskapsunderlag än vad som tidigare varit möjligt [1].

EPA bekräftar således tidigare iakttagelser att uppemot 90 procent av personer som genomfört självmord har haft en underliggande psykisk sjukdom. Det finns en hög samsjuklighet med depression, ångestsjukdomar, personlighetsstörningar och beroendesjukdomar.

För att effektivt förhindra självmord krävs noggrann diagnostisering av underliggande psykisk sjukdom och eventuell samsjuklighet. Flera studier visar att upp emot en tredjedel av de personer som dött genom självmord har varit i kontakt med vården under året före självmordet. Många suiciderar inom några månader efter utskrivning från psykiatrisk klinik och en del dagarna efter utskrivning.

Därför har behandling av underliggande psykisk sjukdom som egentlig depression, bipolär sjukdom, ångestsjukdomar, alkohol- och drogmissbruk, schizofreni och andra psykoser samt ätstörningar en nyckelposition vid suicidprevention.

Eftersom självmordsrisken varierar inom korta tidsintervall, är det viktigt att man gör upprepade riskbedömningar. En suicidriskbedömning ska alltid vara allsidig och innefatta såväl psykiatrisk, somatisk och psykologisk utvärdering som sociala aspekter.

### Möjligheter till prevention

Det finns evidens för att farmakologisk behandling och kognitiv beteendeterapi (KBT) kan förhindra självmordsbeteende. När det gäller andra former av psykoterapi är det vetenskapliga underlaget för närvarande otillräckligt.

Antidepressiv behandling minskar självmordsrisken hos deprimerade patienter, men viss ökad självmordsrisk under de första 14 behandlingsdagarna kräver nogsam övervakning. Långtidsbehandling med litium har visats kunna förebygga självmordsförsök och självmord vid såväl unipolär depression som bipolär sjukdom. Behandling med klopazin kan minska självmordsbeteende hos patienter med schizofreni, men det krävs mera vetenskapligt underlag för att kunna bedöma eventuella suicidpreventiva effekter av atypiska antipsykotika.

Det krävs ett multidisciplinärt team för att man ska kunna omhänderta och behandla patienten korrekt, dvs förutom psykiater och psykiatrisjuksköters-

ka bör psykolog, socialtjänsteman och om möjligt närstående ingå i teamet. Psykosocial träning bör alltid ingå i behandlingen.

Man ska alltid lägga upp en vårdplan.

Det finns tyvärr mycket sparsamt med studier som beskriver effektiva behandlingar för ungdomar.

### Fokus på akut bedömning och vård

I EPA:s vägledningmaterial ägnas stort utrymme åt den akuta bedömningen och det medicinska omhändertagandet. Man beskriver vikten av att patienten omedelbart får stöd och bekräftelse samt att ångest och sömnlöshet lindras och att underliggande psykisk sjukdom behandlas. Patienten ska övervakas kontinuerligt och inte lämnas ensam.

Patienten kan uppleva en stor lättnad i symtombilden efter ett självmordsförsök och/eller efter samtal med läkare. Men allvarlig självmordsnärlighet kan uppträda så snart patienten återvänder hem eller är på permission. Därför måste man vara extremt noggrann vid förskrivning av läkemedel och med att ge föreskrifter om återbesök. Mängden läkemedel ska vara begränsad och förpackningarna små.

Före utskrivning måste man försäkra sig om att det finns ett återbesök för uppföljning och att en kopia av patientens utskrivningspapper skickats till och mottagits av ansvarig läkare på öppenvårdsmottagningen. Det är under den första perioden efter utskrivning från sjukhus och under obevakade permissioner som risken för självmord är som störst.

### Samsjuklighet måste behandlas

Nytt i EPA:s kunskapssammanställning är redovisningen av forskningsfronten rörande hur det biologiska arvet och samspelet mellan arv och miljö kan bidra till sårbarhet för självmordsbeteende.

EPA betonar vikten av att man undersöker förekomst av samsjuklighet och att man även behandlar samtidig sjukdom effektivt. Det har visats att omkring 75 procent av deprimerade patienter som varit behandlingsresistenta också haft en annan diagnos, exempelvis personlighetsstörning, ångestsjukdom, beroendesjukdom eller emotionell instabilitet.

### Sluten- eller öppenvård? Svårt beslut

Ett av de första svåra besluten för den ansvarige kliniker är om patienten ska tas om hand av slutenvården eller om behandlingen kan ske i öppenvården. Beslutet kan vara givet i svåra fall eller om det är fråga om allvarliga kroppsskador. Men i de flesta fall måste fördelar och nackdelar med slutenvård övervägas individuellt.

Sjukhusvård erbjuder ökad trygghet för patienten och de närstående. Säkerhetsåtgärderna, som kan vara miljömässiga och patientspecifika, har beskrivits i detalj [1]. Å andra sidan har det visat sig svårt att uppnå total trygghet på en avdelning. En undersökning av Socialstyrelsen visade att ungefär 20 procent av alla självmord i Sverige utförs av ineliggande patienter [8].

Från och med februari 2006 skulle alla självmord i anslutning till hälso- och sjukvården anmälas till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Men denna specialbestämmelse ska upphöra att gälla från och med våren 2013 [9]. Händelseanalyser av självmorden har visat att vården inte alltid tillämpar givna suicidpreventiva riktlinjer optimalt. De vanligast förekommande avvikelserna var att diagnos saknats eller att differentialdiagnostiska överväganden inte gjorts, att vårdprogram inte använts trots att de funnits, att vårdplaner saknats och att riskbedömningar gjorts i för liten omfattning [8].

### Fortlöpande utbildning behövs

Självmord och självmordsförsök kan förhindras. Avgörande faktorer för ett positivt resultat är att man har skapat förutsättningar för optimal följsamhet till den individuellt anpassade behandlingen hos patienten.

Att självmord trots allt sker är inte nödvändigtvis en återspeglning av bristande professionalitet. Men fortlöpande utbildning i suicidologi för vårdpersonal samt genomgång och granskning av rutiner är nödvändigt för effektiv behandling av självmordsnära patienter och för det suicidpreventiva arbetet i den psykiatriska vården [10].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**LÄS MER** Fullständig referenslista Läkartidningen.se

#### REFERENSER

1. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Organisation (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27:129-41.
2. Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention. Stockholm: Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Nationella rådet för självmordsprevention; 1995.
3. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2006.
4. Självmord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
5. Wasserman D, Wasserman C, redaktörer. The Oxford textbook of suicidologi and suicide prevention. A global perspective. Oxford, UK: Oxford University Press; 2009.