

# Suicidprevention – prognosen är god om hjälpen erbjuds i tid

## LÅNGSIKTIGT MÅL BÖR VARA ATT FÖRSTÄRKA SKÄLEN ATT LEVA

**Behandling** av eventuell underliggande sjukdom är den suicidpreventiva åtgärd som länge dominerat inom svensk hälso- och sjukvård, och den är betydelsefull, särskilt vid svår psykisk sjukdom som bipolaritet, psykosjukdom och skadligt substansbruk. Suicidrisk bedöms med utgångspunkt i en strukturerad samtalsmodell snarare än patientens berättelse. Medicinsk behandling är viktig för att förhindra suicid, och strukturerade frågor gör att risken för att glömma viktiga frågor minskar, men det räcker inte. Majoriteten av psykiskt sjuka individer är inte suicidala, och många som avlider genom suicid saknar psykiatrisk diagnos. Mer forskning behövs kring effektiva metoder för att bedöma suicidrisk, samarbete med närstående och suicidpreventiva åtgärder som kompletterar behandling av underliggande sjukdom.

**Våren 2019.** Jag möter föräldrar som har mist sin 22-åriga dotter A genom suicid i samband med permission under pågående psykiatrisk heldygnsvård. Hon sprang ifrån medföljande personal och hoppade från en bro. A var diagnostiserad med bipolär sjukdom typ 2, ADHD och högfungerande autism. Hon hade också kronisk smärta i ryggen efter en ridolycka. A gjorde flera suicidförsök i tonåren, men inga under

**Ullakarin Nyberg,**  
med dr, Norra Stockholms psykiatri, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm; Centrum för psykiatriforskning, Karolinska institutet  
● ullakarin.nyberg@regionstockholm.se

ha uppvisat några symtom som indikerat självmordsrisk. Tvärtom påpekades att A vid alla strukturerade suicidriskbedömningar på ett trovärdigt sätt förnekade aktuella suicidtankar och berättat om sina framtidsplaner. Den förtvivlade mamman sa till mig: »Jag visste att det skulle hända och jag sa det till personalen, men de lugnade mig. Jag ville så gärna tro att jag hade fel, men jag kände ju till att min dotter hade tänkt på självmord sedan hon var sju år gammal. För henne var döden helt odramatisk. Hon kunde inte förstå varför man måste leva om livet innehåller mer lidande än glädje.«

Mamman visade mig A:s dagbok. Där fanns dagliga anteckningar i tabellform med en kolumn för skäl att leva och en för skäl att dö. Skälen att leva hade med tiden blivit allt färre och handlade om föräldrarna, hennes hund, framtida studier och en häst hon brukade besöka. Skälen att dö hade däremot blivit allt fler under månaderna som föregick hennes död. De handlade om A:s insikter om hur hennes framtid skulle komma att te sig, oviljan att vara en »psykiatrisk patient«, känslan av utanförskap, oförmågan att förstå andra och om ryggsmärta. Dagen innan hon tog sitt liv hade hon skrivit: »Jag vet att jag aldrig kommer att få ett vanligt liv med jobb och familj. Jag kommer inte heller att kunna rida igen, det har min läkare sagt. Jag fungerar inte som andra och ställer alltid till det eftersom jag inte förstår hur människor fungerar. Min familj får det bättre utan mig. När jag är död slipper de vara oroliga och det vet jag att de är fast de inte låtsas om det.«

I svensk psykiatri har vi kommit långt när det gäller bedömning av suicidrisk enligt en strukturerad mall

»Personalen bedömde inte den akuta suicidrisken som förhöjd eftersom hon nekade till suicidavsikt och inte hade skurit sig under vårddagen.«

de senaste fem åren. Orsaken till inläggning var misstänkt suicidförsök. A hade i närtid vid tre tillfällen skurit sig djupt på samma ställe i ljumsken med allvarlig blödning till följd. Beteendet var nytt och oron stor hos närstående och personal, men vid inläggning försäkrade A att hennes avsikt inte varit att dö. Personalen bedömde inte den akuta suicidrisken som förhöjd eftersom hon nekade till suicidavsikt och inte hade skurit sig under vårddagen. Dessutom hade alla permissioner fungerat utan problem. A ansågs förbättrad och utskrivning var planerad.

Verksamhetens internutredning kunde inte påvisa några brister i vården, och det hade föräldrarna informerats om. Rutinerna hade följts, och A ansågs inte

### HUVUDBUDSKAP

- Om en patient genom sitt agerande i närtid har visat sig oförmögen att ta ansvar för sitt liv ska vårdplanering baseras på mer än det som personen säger. Det är viktigt att patientens beteende beaktas i bedömning av suicidrisk.
- Strukturerad bedömning av suicidrisk bör kompletteras med personligt färgade frågor som belyser patientens upplevelse av sin situation.
- Målet på lång sikt bör vara att förstärka skälen att leva och hitta alternativ till självskadande handlingar när livet känns omöjligt att leva.
- Närstående bör vara delaktiga i bedömning och vårdplanering, särskilt när patientens beteende inte stämmer överens med vad hen säger.



Foto: Artinun Prekmoung/Mostphotos

»Mamman visade mig A:s dagbok. Där fanns dagliga anteckningar i tabellform med en kolumn för skäl att leva och en för skäl att dö.«

som handlar om patientens känslor, tankar, planer och tidigare erfarenheter. Strukturen hjälper oss att fråga på ett systematiskt sätt. Den suicidriskbedömning som dokumenteras i journalen består ofta av en uppräknings lista av faktorer som anses utgöra en risk, inklusive statistiska sådana som kön och ålder, och sådana som anses skyddande, exempelvis framtidsplaner och omsorg om närstående. Sammanvägningen av risk- och skyddsfaktorer utmynnar i bedömning av suicidrisken som »minimal«, »viss«, »hög« eller »mycket hög«. Vårdgivare förlitar sig ofta på skattningsskalar, trots att SBU:s litteraturoversikt från 2015 om instrument för bedömning av suicidrisk visar att det saknas en specifik skattningsskala eller strukturerad metod för att förutse suicidala handlingar [1]. Patientens egen uppfattning om risken för att suicidtankar övergår i handling finns sällan med, och inte heller mer detaljerad information om patientens syn på sin egen suicidalitet, vad som har hjälpt hen att orka med sitt liv fram till den dag bedömningen äger rum eller vad hen skulle kunna göra i stället för att skada sig själv nästa gång lidandet känns omöjligt att uthärda. Närståendes syn på situationen saknas också ofta. Man skulle kunna hävda att den strukturerade suicidriskbedömningen är utformad mer efter vårdgivarens än patientens behov, eftersom patientens personliga berättelse, det som kan kallas inifrån-perspektivet, ofta saknas [2, 3].

Detta ofullständiga synsätt på bedömningen av suicidrisk ansluter till de slutsatser som Elin Fröding lyfter fram i sin avhandling om suicid som allvarlig vårdskada [4]. Hon har granskat suicid som anmäls till Socialstyrelsen och tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg under olika tidsperioder fram till 2019 och kommer fram till att utredningarna vanligen utgår från ett linjärt orsakssamband där man söker felhändelser och avvikelser och fokuserar på de senaste vårdkontaktarna, också när förloppet har pågått under lång tid. Det sättet att se på suicidalitet ger en mycket begränsad bild av det komplexa händelseförlopp som vanligen föregår suicid, och slutsatserna genererar endast sällan kliniskt relevanta förslag till förbättringar. Det leder också till att de sista personer som träffat en individ innan hen tar sitt liv ges orim-

ligt stort ansvar för händelsen, och det har i sin tur bidragit till att generera en defensiv kultur hos vårdgivare. Dokumentation i journalen blir ett sätt att skydda sig själv i stället för ett resonemang kring komplex problematik och vårdplanering som kan vara användbart för andra vårdgivare.

Den dystra sanningen är att personer kan ta sitt liv trots god vård och behandling, eftersom vården bara utgör en liten del av en människas liv. Det är dessutom mycket svårt att förutse vilka av alla suicidala patienter som kommer att avsluta sitt liv genom suicid. Det är däremot möjligt att förebygga suicid, och prognosen är god för majoriteten av drabbade om hjälpinsatser erbjuds i tid. Vår förmåga till »response shift«, alltså att hitta en ny inriktning för våra liv, är stor och borde få större plats i det suicidpreventiva arbete som bedrivs [5]. Det krävs en bredare bedömning som tar hänsyn till både sårbarhet och resiliens ur ett helhetsperspektiv för att hjälpa patienten att hitta nya skäl att leva och förstärka dem som redan finns.

I Sverige har det publicerats mer än 100 avhandlingar om självmord sedan 1970-talet, men bara ett fåtal av dessa fokuserar på klinisk suicidprevention [Marie Åsberg, Stockholm, pers medd; 2022]. Synen på suicid börjar långsamt att förändras, och detta skifte behöver belysas mer än vad som görs i dag. Det pågår en viktig studie av metoden ASSIP (Attempted suicide short in-

**»Man skulle kunna hävda att den strukturerade suicidriskbedömningen är utformad mer efter vårdgivarens än patientens behov, eftersom patientens personliga berättelse ... ofta saknas ...«**

tervention program) i Sverige som baseras på patientens egen livsberättelse, men mer forskning behövs. Suicidförsök kan ses som ett sätt att lösa problem i en situation där andra möjligheter tillfälligt är uttömda. Försöket att avsluta sitt liv kan också betraktas som ett psykologiskt olycksfall, eftersom det ofta handlar om en ansamling av utlösande faktorer under en kort tidsperiod som sätter individens förmåga att bemästra situationen ur spel. Allt fler ansluter sig till synsättet att förståelse för den unika individens situation och samarbete med både patient och närstående, med målet att förstärka skälen att leva, är nödvändiga ingredienser för effektiv suicidprevention.

Hur kommer det sig att utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet på många sätt går så långsamt? Med ett antal dödsfall motsvarande en hel skolklass varje vecka ter det sig obegripligt. Kanske har det att göra med kvarvarande tabuering, även om avstigmatiseringen av suicid och psykisk sjukdom har kommit långt. Människor med psykiska problem betraktas ofta inte som kompetenta experter på sina liv, och det

finns en envist kvarhängande uppfattning att riskerna med att beforska sårbara individer överskrider vinsterna när det gäller suicid. Vi fick avslag i samtliga instanser på en studie av samtliga föräldrar i Sverige som mist ett barn genom suicid, trots att vi kunde visa att det saknas vetenskapliga argument för att en sådan studie orsakar skada. När vi efter åtskilliga överklaganden slutligen fick göra studien visade det sig

## »Frågor utlöser inte suicidala handlingar, och ett samtal räcker ofta för att nya möjligheter ska uppenbaras.«

att 94 procent av 666 förlustdrabbade föräldrar upplevde sitt deltagande som positivt, och 91 procent var beredda att rekommendera andra att delta i studien, medan endast 11 procent berördes obehagligt men snabbt övergående av frågorna i ett extensivt och studiespecifikt frågeformulär [6]. En dominerande orsak till denna inställning var viljan att hjälpa andra i samma situation: »Det känns så tomt när någon nära dör. Därför tycker jag det är positivt att någon utomstående vill veta hur man upplevde det hela.« »Jag är glad att någon bryr sig. Det är bra att tänka igenom återigen vad som händer. Även om det har rivit upp tankar och känslor som har gjort mig upprörd.« »Förhoppningsvis får kanske andra anhöriga mer hjälp och stöd genom denna studie.«

Myter och fördomar kan leda till att sårbara individer missgynnas, eftersom brist på forskning gör att metoder som inte är evidensbaserade används i högre utsträckning än inom andra och bättre beforskade områden.

Några förbättringsområden inom suicidprevention:

- Det behövs fler välgjorda studier om suicidalitetens psykologi, alltså hur suicidala personer känner, tänker och planerar.
- Kliniskt användbara behandlingsstrategier behöver tas fram, utvärderas vetenskapligt och implementeras.
- Den strukturerade suicidriskbedömningen behöver kompletteras med ett mer personcentrerat tilltal där patientens berättelse, upplevelse och önskemål står i fokus.
- Mötet med patienter som inte orkar leva måste präglas av intresse för orsaker till lidandet och respekt för patientens syn på självmord som utväg, men också fokusera på skäl att leva. Skifte av fokus mot patientens möjligheter och resurser ökar möj-

ligheten att förstärka skyddsfaktorer.

- Tvångsvård kan behövas, men är inte lösningen på all suicidal problematik. Det finns många andra sätt att växla vårdnivå, och varje möte med en suicidal patient bör innehålla ambitiösa försök att motivera hen att acceptera föreslagna vårdinsatser.
- Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård bör ha grundläggande kunskap om suicidal problematik och hur man kan fråga om suicidalitet. Lämpliga frågor kan vara: »Det är vanligt att tänka på självmord som en utväg när man har det svårt. Är det så för dig?« »Hur ser du på framtiden?« »Hur tänker du kring liv och död?« »Är du själv rädd för att dina tankar på självmord ska leda till att du skadar dig själv? Hur ska vi hjälpas åt så att det inte händer?« Frågor utlöser inte suicidala handlingar, och ett samtal räcker ofta för att nya möjligheter ska uppenbaras. Om vårdgivare utanför psykiatri blir oroliga över suicidrisk ska det finnas rutiner för kompletterande bedömning inom lämplig instans.
- Så kallade organisatoriska mellanrum, alltså att vårdkedjan innehåller glapp, riskerar att förstärka suicidrisken hos sårbara individer. God samverkan mellan instanser som är inblandade i vården av en suicidal person är viktig.
- Närstående har ofta information som är central i bedömningen av suicidrisk. Den som inte känner patienten kan inte bedöma hur förändrad en person är, och därför bör närstående alltid tillfrågas när det är möjligt.
- Suicid och suicidala handlingar väcker ofta starka reaktioner hos vårdgivare och andra professionella. Hjälpt att bearbeta händelsen genom stöd till personal ökar förutsättningarna för effektivt förbättringsarbete.

**Åter till mitt samtal** med A:s föräldrar. Vad hade kunnat förhindra hennes självmord? Hur hade det blivit om A fått hjälp att berätta om sin upplevelse av situationen och om sina tankar kring liv och död snarare än upprepade frågor om orsaker till sitt självskaumbeteende som hon aldrig kunde svara på? Hade det underlättat om hon fått skriva ned sina tankar? Hade ett tätare samarbete med anhöriga gjort skillnad? Ingen kan svara på dessa frågor, men varje självmord ger möjlighet att förstå lite mer om detta komplexa samhällsproblem. Enkla lösningar saknas, men god och säker vård som innehåller medmänsklighet och goda möten kan vara livräddande. Inställningen att varje individ är viktig kan och bör spridas från många olika håll. Där kan vi alla bidra. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2024;121:24100

## REFERENSER

1. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015.

SBU-rapport nr 242.  
2. Beskow J. The meaning of suicidality. In: Osorno J, Svanström L, Beskow J. Community suicide prevention. Stockholm: Karolinska institutet; 2010. p. 37-59.  
3. Van Orden KA, Witte

TK, Cukrowicz KC, et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575-600.  
4. Fröding E, Andersson Gäre B, Westrin Å, et al. Suicide as an incident of severe patient

harm: a retrospective cohort study of investigations after suicide in Swedish healthcare in a 13-year perspective. *BMJ Open*. 2021;11:e044068.  
5. Ortega-Gomez E, et al. Detection of response

shift in quality of life studies: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. Epub 5 feb 2022. doi: 10.1186/s12955-022-01926-w  
6. Omerov P, Steineck G, Dyregrov K, et al. The ethics of doing

nothing. Suicide-behavior and research: ethical and methodological considerations. *Psychol Med*. 2014;44(16):3409-20.

## SUMMARY

### **Suicide prevention – the prognosis is good if help is offered in time**

It is difficult to predict who will end their life by suicide, but often possible to prevent a suicide. To succeed with suicide prevention within healthcare, a clinical practice is required that includes more than assessing signs of psychiatric disease. Assessments of suicide risk must include the patient's own perspective and narrative, as well as life-threatening behavior and reasons to live. Cooperation with relatives is necessary to understand the whole picture, and alternative behavior in situations where life seems impossible to endure should be the long-term goal of all suicide prevention.