

# Suicidpreventionen kan bli evidensbaserad och effektiv

## INIFRÅN- I STÄLLET FÖR UTIFRÅNPERSPEKTIV ÅTERUPPRÄTTAR PATIENTEN

**Trafikdödsfallen** fick sin nollvision 1997, och antalet dödsfall har sedan dess reducerats dramatiskt. Däremot dör fortfarande fyra svenskar varje dag av självmord, nästan lika många som på 1960-talet. Med ledning av en allmänt accepterad nollvision för dödsfall i trafiken [1] har stora resurser satsats på en målstyrd utveckling av trafiksäkerheten [2].

År 1995 kom det första nationella programmet för självmordsprevention. År 2008 kom nollvisionen för suicid och ett självmordspreventivt program i nio punkter. År 2015 fick Folkhälsomyndigheten ansvaret för spridning av kunskap om suicidprevention. Vi diskuterar i dag samma frågor som 1995. Vad gäller statlig resurstilldelning har inget väsentligt hänt.

Trots detta har intresset för suicidprevention och för utbildningar och utveckling av suicidpreventiva program ökat kraftigt i Sverige. Och viktigast av allt - en svängning från utifrån- till inifrånperspektiv är på gång, dvs från andras perspektiv till att efterfråga suicidala personers och efterlevandes egna erfarenheter, låta dem tala för sig själva.

### Utifrån: traditionella föreställningar

Inom psykiatrin dominerar uppfattning-



**Jan Beskow**, professor, f d överläkare, psykiatriska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; Suicidprevention i väst, SPIV  
● jan.beskow@informab.se



**Ullakarín Nyberg**, med dr, överläkare, Norra Stockholms psykiatri

en att självmord är en följd av psykisk sjukdom, framför allt depression. Läkare försöker passa in suicidaliteten inom olika diagnostiska kategorier, det är det de är utbildade för. Korrelationen mellan t ex depression och suicid är också hög, i storleksordningen 60 procent eller mer.

Prediktionsvärdet, dvs förmågan att utifrån förekomsten av psykisk störning förutsäga suicidala handlingar hos en person, är emellertid låg eftersom tillstånden vanligen varar under lång tid. Prediktionsvärdet av skattningsinstrument för att identifiera personer som senare

kommer att utföra suicidala handlingar är också lågt [3, 4].

Psykiska störningar och tidigare suicidförsök är viktiga riskfaktorer för fullbordat suicid, men den psykiatriska sjukdomsmodellen är inte en teori om suicidalitet. Under åren 1971 till 2014 publicerades 98 avhandlingar om självmord i Sverige [5], huvudsakligen om epidemiologi, riskfaktorer och biologi. Däremot fokuserade man inte på hur suicidala personer känner och tänker, dvs suicidalitetens psykologi.

Detta ambitiösa arbete har därför inte ökat vår kunskap om inifrånperspektivet. Känslan av att inte bli förstörd är fortfarande vanligt förekommande hos suicidala personer.

### Inifrån: patienter och närstående

Sedan år 2000 samarbetar en grupp internationellt välrenommerade suicidforskare och kliniker, varav hälften psykiatrer, i den s k Aeschigruppen [6]. Deras utgångspunkt är den allvarliga frågan om varför bemötandet av suicidala patienter är så djupt otillfredsställande i hela västvärlden [7].

Gruppen har dragit den dystra slutsatsen att det nuvarande bemötandet är utformat mer för att tillfredsställa klinikers behov än patientens. Suicidala patienter har sänkt problemlösningsförmåga, men bara när de är suicidala [8]. Vanligen arbetar de intensivt för att hålla

påträngande suicidtankar under kontroll, lösa bakomliggande problem och göra det möjligt att leva vidare.

Baserat på talrika vetenskapliga referenser förordar gruppen att den medicinska expert-patientmodellen för diagnostik ersätts av ett mer jämlikt bemötande, där fokus är patientens aktuella problematik (Fakta 1). Behandlaren bör betrakta patienten som expert på sin egen situation och lyssna lyhört till hans berättelse [9]. Ett sådant inifrånperspektiv leder ofta till upptäckten av tunga individuella riskfaktorer såsom tidigare trauman och aktuella förluster.

Uppgiften för behandlaren är att tillsammans med patienten nå en gemensam förståelse av hans suicidalitet. Klinikern ska skapa en terapeutisk relation genom

»... att efterfråga suicidala personers och efterlevandes egna erfarenheter, låta dem tala för sig själva.«

att möta dessa psykiskt plågade patienter på ett icke-värderande och stödjande sätt. Gruppen rekommenderar följande ordning: patientens berättelse först, diagnostik av eventuell psykisk störning sedan. Detta kan vara svårt i en traditionell vårdmiljö där åtgärdsförslag och övertagande av ansvar för patientens situation prioriteras och lyssnandet ofta inte betraktas som en professionell åtgärd.

Under de senaste åren har dock värdet av att möta patienter på detta sätt blivit tydligt inom personcentrerad vård [10, 11]. Vinsterna är stora om patientens upplevelser och önskemål tidigt involveras i vårdplaneringen. Liknande erfarenheter finns inom självskadevården [12] och suicidpreventionsforskningen [13, 14]. Ut-

### HUVUDBUDSKAP

- Nu finns väl underbyggda riktlinjer för hur kliniker ska bemöta suicidnära patienter.
- Riktlinjerna är utarbetade av Aeschigruppen och baserade på suicidalitetens psykologi och i harmoni med patientcentrerad vård.
- Att se suicidalitet som ett patientsäkerhetsproblem innebär också att förstå det som en form av olyckshändelse.
- Suicidalitetens tabuställning är på väg att brytas, likaså restriktioner för suicidforskning.

## FAKTA 1. Aeschigruppens riktlinjer

### Mötet med den suicidala patienten. Riktlinjer för kliniker [6]

- Klinikerns uppgift är att tillsammans med patienten nå en gemensam förståelse av hans suicidalitet.
- Klinikern ska vara medveten om att de flesta suicidala patienter lider av psykisk plåga, ångest och fullständig brist på självrespekt.
- Intervjuarens

attityd ska vara icke-värderande och stödjande.

- Intervjun ska börja med patientens egen berättelse. Målet ska vara att engagera patienten i en terapeutisk relation.
- Vi behöver nya modeller för att förstå suicidalitet, vilka kan ge ramar för patienten och klinikerna att nå delad förståelse av patientens suicidalitet.

formningen av sjukhusmiljö, vårdssystem och bemötande har stor betydelse för att förebygga självmord och självmordsförsök [15].

Att se suicidalitet som ett patientsäkerhetsproblem innebär också att förstå det som en form av olyckshändelse, där brister i omgivande sociala strukturer har ett avgörande inflytande [16-18].

## Forskning om erfarenheter

Bemötandet av suicidala individer påverkas av den tabuering som fortfarande finns. Detsamma gäller för forskning om hur de känner och tänker. Erfarenheter hos efterlevande efter självmord ger nödvändiga ingångar till suicidalitetens psykologi.

Men sådan forskning har länge motarbetats av etiska nämnder och myndigheter. Människor förutsätts inte tåla frågor om suicidalitet. Detta gäller också de som drabbats av suicid i familjen, trots att de själva efterfrågat sådan forskning.

Med avstamp i en svensk artikel [19] har en ledare i Psychological Medicine identifierat och sammanfattat 13 studier med skiftande design där efterlevande till personer som tagit sina liv intervjuats. Samtliga intervjuer är publicerade 2001 till 2013. Inte i någon av studierna har forskarna kunnat påvisa någon statistiskt säkerställd ökning av tankar på suicid hos de intervjuade [20]. Sådana studier verkar snarare förbättra den psykiska hälsan inom denna utsatta grupp och minska risken för komplikationer till följd av förlusten.

Oron för etiken i att fråga om erfarenheter av suicidalitet kan nu ersättas av ett mer avspänt förhållningssätt där man uppmuntrar och vidareutvecklar denna forskning. Det avgörande är att frågorna är väl genomarbetade och att närmandet sker respektfullt och lyhört.

## Tabu måste ersättas med effektiv prevention

Tabuering, att undvika det farliga, är inte bara av ondo. Länder med en religiöst grundad fördömelse av suicid har låg suicidfrekvens [21]. Hos oss har tabueringen lättat, vilket är en förutsättning för rationell suicidprevention. När människor möter självmord nästan dagligen i dokusåpor, filmer och inte minst på nätet sker en tillvänjning, och den egna suicidala processen kan utvecklas snabbt, ofta under några dagar. Detta begränsar möjligheterna till preventivt arbete. Att riva suicidtabu och inte ersätta det med effektiv suicidprevention är både oetiskt och grymt.

Kliniker har stort ansvar för att lyfta fram suicidala personers egna erfarenheter. Bemötandet ska syfta till att skapa förståelse av den suicidala processen grundad på patientens egen berättelse. Detta kräver ett problemperspektiv [22]. Analysen ska leda fram till vad som just då gör det omöjligt att leva.

Senare ska en noggrann anamnes av den suicidala processen, skild från den om psykisk sjukdom, ligga till grund för identifikation, förstärkning och vidareutveckling av patientens redan befintliga bemästringsstrategier.

## Att hindra att tankarna övergår i handling

Bedömning och behandling av suicidalitet måste förskjutas mot tidiga faser i processen. Av alla som tänker på suicid under ett år är det trots allt bara 1 på 400 som tar sitt liv [5]. Målet för vårdens insatser ska inte vara att hindra patienten att tänka på suicid utan att hindra att tankarna övergår i handling.

Detta är lättare om man inser att det är fullkomligt normalt att tänka på döden som en möjlig utväg ur smärtsamma och svårlösta situationer. Att tänka så har ett överlevnadsvärde genom att handlingsförlamningen släpper och det blir möjligt att gå vidare. Även patienter med psykisk sjukdom har normala, ibland extrema påfrestningar i livet. Ett normalperspektiv gör att deras agerande blir begripligt, respektabelt och acceptabelt både för dem själva och deras behandlare.

## Patienten återupprättas

Patienten återupprättas därmed som kompetent aktör med ansvar för sitt eget liv. För att skapa den trygghet hos patient och behandlare som ett sådant förhåll-

ningssätt kräver är det viktigt att bekräfta patientens tankar och känslor [23].

Många och tydligare berättelser av och om suicidala personer och deras närstående tydliggör alltmer vad det handlar om. Om dessa berättelser sprids i vårt samhälle, kommer suicidprevention rimligen att bli en självklar del i vår omsorg om varandra. Suicidprevention måste ses som en politisk fråga, vilket är en förutsättning för statligt engagemang och rimlig resurstilldelning.

Vi har kommit närmare målet - evidensbaserad effektiv suicidprevention. Det ser hoppfullt ut, men ännu krävs mycket arbete. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna

*Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DW6H*

## REFERENSER

1. Belin MÅ. Public road safety policy change and its implementation - Vision Zero a road safety policy innovation [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap; 2012.
2. Beskow J, Andersson AL, Lindberg E, et al. Trafikverket första myndigheten med suicidpreventivt program. *Läkartidningen*. 2013;110:CAER.
3. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 242.
4. Runeson B. Intervjuinstrument ger ingen säker bedömning av suicidrisk. Vetenskapligt stöd saknas, enligt SBU-rapport. *Läkartidningen*. 2015;112:DRTZ.
5. Problemet självmord. Forskning i korthet. 2015;6. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE); 2015.
6. Universitöt Bern, Aeschi Working Group. Meeting the suicidal person. 2015. [www.aeschiconference.unibe.ch](http://www.aeschiconference.unibe.ch)
7. Michel K, Maltzberger JT, Jobs DA, et al. Case study. Discovering the truth in attempted suicide. *Am J Psychother*. 2002;56:424-37.
8. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, et al. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:421-31.
9. Michel K, Jobs DA, editors. Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
10. Ekman I, Norberg A, Kristensson Uggla B, et al. Personcentrering i hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik. Stockholm: Liber; 2014.
11. Docteur E, Coulter A. Patient-centeredness in Sweden's health system - an external assessment and six steps for progress. Highlight report. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2012. Rapport 2012:3.
12. Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015. SBU Alert-rapport 2015-04.
13. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294:563-70.
14. Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ, et al. Preventing repetition of attempted suicide - II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2011;65(5):292-8.
15. Large M, Smith G, Sharma S, et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(1):18-29.
16. Vincent C. Patient safety. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell, BMJ Books; 2010.
17. Beskow J. The meaning of suicidality. In: Osorno J, Svanström L, Beskow J. Community suicide prevention. Stockholm: Karolinska institutet; 2010. p. 37-59.
18. Hollnagel E, Woods DD, Leveson N, editors. Resilience engineering. Concepts and precepts. Farnham: Ashgate; 2006.
19. Omerov P, Steineck G, Dyregrov K, et al. The ethics of doing nothing. Suicide-bereavement and research: ethical and methodological considerations. *Psychol Med*. 2014;44:3409-20.
20. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, et al. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014;44:3361-3.
21. Preventing suicide - a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
22. Beskow J, Ehnvall A, Palm Beskow A. Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma. Lund: Studentlitteratur; 2013.
23. Nyberg U. Konsten att rädda liv. Stockholm: Natur och Kultur; 2013.

## SUMMARY

There are three main points (guidelines, patient safety and taboo of suicide) in the article. Guidelines for meeting suicidal patients presented by the Aeschi group are now available. These are based on the psychology of suicidality and are in line with the issue of client-centeredness in health care. To view suicidality as a patient safety issue also means that suicidal acts can be understood as a form of accident. The taboo of suicide has decreased, which has opened new doors for research.