

Aktiv uppföljning efter suicidförsök har preventiv effekt

Att en patient suiciderar efter att nyligen ha blivit utskrivna från slutenvård är en katastrof för anhöriga och ansvarig läkare och ett misslyckande för psykiatri [1]. Men att avgöra en patients självmordsrisk inför en planerad utskrivning är en svår och vanskelig uppgift. I dagsläget saknas skattningsinstrument som på ett tillförlitligt sätt kan förutsäga graden av självmordsrisk. Bedömningen vilar således på den sammantagna kliniska intervjun och vårdande läkares bedömning [2].

De patienter som löper den högsta risken att suicidera efter utskrivning är patienter med tidigare historia av självmordsförsök, självskadebeteende, egentlig depression och bipolär sjukdom under depressiv episod [3-6]. Risken för suicid är som högst under de första dagarna, veckan och månaden efter utskrivning. I hälften av fallen inträffar självmordet före ett planerat återbesök i öppenvården [3, 4]. I många fall har patienten själv yrkat på utskrivning, vilket i sig kan vara en varningssignal för planerat suicid [3].

Cochrane-rapporter och metaanalyser har visat att kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi och dialektal terapi kan minska upprepade självmordsförsök [7, 8]. Men många av dessa högriskpatienter avböjer tyvärr föreslagna behandlingar, och upp till 50 procent av dem som deltar i kliniska interventioner fullföljer inte den behandling de erbjudits [9-11]. En bakomliggande orsak har föreslagits vara att patienterna inte känner förtroende för den behand-



Rigmor Stain, docent

● rigmor.stain@comhem.se



Danuta Wasserman, professor,

chef; båda Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Stockholm

ling de erbjuds och att de känner sig missförstådda av och hyser misstro till den psykiatriska vården [12, 13]. Att öka tilliten till psykiatri och dess arsenal av behandlingar är en stor utmaning för psykiatri [13].

Enligt traditionellt medicinskt synsätt är suicidalitet ett symptom på psykisk sjukdom, och patienten behandlas därför i första hand för den underliggande psykiska sjukdomen.

Men senare års forskning har visat att bemötandet och vården av självmordsnära patienter bör ske på flera plan, inte bara det

medicinskt-psykiatriska. Följsamhet till föreslagen behandling har visats öka om behandlaren på ett tidigt stadium kan etablera ett klimat och en terapeutisk relation mellan sig och patienten som underlättar för patienten att berätta hur denne upplever sin psykiska ohälsa och sina återkommande tankar på självmord och självmordsplaner samt känsla av isolering [12, 14].

Interventioner där den psykoterapeutiska behandlingen fokuserar på patientens suicidalitet har visats ha en kliniskt signifikant suicidpreventiv behandlingseffekt jämfört med när samma behandlingsformer fokuserar på det underliggande psykiatriska sjukdomstillståndet [15].

I en amerikansk studie har man prövat att bryta känslan av isolering hos personer med självmordsbenägenhet. Man har funnit att 5 års fortsatt brevledes kontakt med patienter som nekat fortsatt behandling efter ett självmordsförsök resulterade i signifikant färre självmord under påföljande 5-årsperiod jämfört med antalet självmord hos kontroller [16].

De mest kritiska veckorna för upprepat självmordsförsök eller fullbordat självmord är tiden mellan utskrivning från slutenvård eller akutmottagning och övergång till öppenvård [3, 4]. Det talar för att aktiv uppföljning efter självmordsförsök bör starta så snart som möjligt efter det akuta skedet och i god tid före utskrivning. Kortvarig psykoedukativ session, direkt på akutmottagningen före utskrivning, följt av i början täta telefonkontakter och besök som glesas ut under 18 månader minskade

»... aktiv uppföljning efter självmordsförsök bör starta så snart som möjligt efter det akuta skedet och i god tid före utskrivning.«

antalet självmord signifikant jämfört med sedvanlig rutinbehandling [17].

Patienten bör också ges tillfälle att före utskrivningen möta sitt nya behandlingsteam inom öppenvården tillsammans med en anhörig eller annan betydelsefull person för en gemensam planering av den uppföljande vården.

Patienten är expert på sin situation och sina suicidala tankar och behöver någon som är beredd att lyssna med respekt och medkänsla. Det mottagande en självmordsnära patient får vid den första kontakten med vården och hur snabbt den uppföljande vården kan ske kan vara av avgörande betydelse för en framgångsrik suicidpreventiv behandling [18]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2017;114:ELZW

HUVUDBUDSKAP

- Psykosocial terapi som fokuserar på patientens suicidalitet minskar upprepat självmordsbeteende efter utskrivning från slutenvård.
- Aktiv uppföljning efter självmordsförsök bör påbörjas i god tid före utskrivning. Patienten ska då ges tillfälle att möta framtida behandlande läkare inom öppenvården och ta del av den planerade, uppföljande behandlingen.

REFERENSER

1. Nordentoft M, Erlangsen A, Madsen T. Postdischarge suicides. Nightmare and disgrace. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(11):1113-14.
2. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015. SBU-rapport nr 242.
3. Hunt IM, Kapur N, Webb R, et al. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychol Med*. 2009;39(3):443-9.
4. Bickley H, Hunt IM, Windfuhr K, et al. Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study. *Psychiatr Serv*. 2013;64(7):653-9.
5. Isometsä E, Sund R, Pirkola S. Post-discharge suicides of inpatients with bipolar disorder in Finland. *Bipolar Disord*. 2014;16(8):867-74.
6. Olsson M, Wall M, Wang S, et al. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(11):1119-26.
7. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(2):97-107.e2.
8. Hawton K, Witt KG, Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(8):40-50.
9. Granboulan V, Roudot-Thoraval F, Lemerle S, et al. Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(1):31-6.
10. Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, et al; ACTION-J Group. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(3):193-201.
11. Cleary A. Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide. *J Mental Health*. Epub 4 mar 2016. doi: 10.3109/09638237.2016.1149800
12. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, et al. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS Med*. 2015;13(3):e1001968.
13. Gaebel W, Muijen M, Baumann AE, et al; European Psychiatric Association. EPA guidance on building trust in mental health services. *Eur Psychiatry*. 2014;29(2):83-100.
14. Michel K, Jobs DA, editors. Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
15. Meerwijk E, Parekh A, Oquendo M, et al. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(6):544-54.
16. Motto JA, Bostrom GA. A randomized, controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*. 2001;52(6):828-33.
17. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al. Effectiveness of brief and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Org*. 2008;86(9):703-9.
18. Lizardi D, Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr Serv*. 2010;61(12):1183-91.