

Genomtänkt uppföljning av psykiatriska patienter efter utskrivning nödvändig för att förebygga självmord

Kort rapport

Danuta Wasserman
professor i psykiatri och suicidologi, Statens institut för psykosocial medicin, Karolinska institutet
Chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm

■ Agerbo med kolleger från Nationellt centrum för registerbaserad forskning vid universitetet i Aarhus, Danmark, har i februari-numret av *British Medical Journal* [1] publicerat intressanta resultat som visar att risk för självmord efter utskrivningen från ett psykiatriskt sjukhus är 2–3 gånger högre för patienter med höga inkomster jämfört med patienter med låga inkomster.

Resultaten baseras på en populationsstudie i vilken 811 fall av självmord matchats med 80 787 kontrollfall. De epidemiologiska designen och de statistiska analyserna är invändningsfria.

Fynden är särskilt intressanta eftersom resultaten av tidigare studier visat på association mellan relativ fattigdom och ökad risk för självmord [2]. Även i Agerbos studie är självmordsrisken i den totala befolkningen högre för personer med de lägsta inkomsterna (relativ risk 2,27 och 95-procentigt konfidensintervall 1,82–2,83).

Dåligt planerad uppföljning

Men mönstret avviker när analyserna omfattar personer som har genomgått behandling på ett psykiatriskt sjukhus. Redan 1993 har Goldacre med kolleger, och 1999 Appleby med kolleger, rapporterat att självmordsrisken är hög hos patienter efter utskrivning från ett psykiatriskt sjukhus [3, 4]. Det kan bero på att trygghetskänslan från sjukhuset upphört och att anhöriga samt de närmaste vännerna släppt bevakningen av den psykiskt sjuke, i tron att behandling och aktiv uppföljning är väl inplanerad efter utskrivningen.

Tyvärr är ofta uppföljning av självmordsnära psykiatriska patienter dåligt planerad [5, 6]. Men man frågar sig varför just patienter med höga inkomster skulle råka sämre ut.

Agerbos med kollegor egen tolkning är att personer med höga inkomster på grund av det stigma som finns mot psykisk sjukdom, och på grund av avsaknad av privata kliniker i de skandinaviska

länderna, dröjer alldeles för länge innan de söker sjukhushjälp. När de väl tas in är de kanske mer suicidala än andra.

Detta är förstås enbart en spekulering, eftersom de epidemiologiska data i ingen av de ovannämnda studierna [1, 3, 4] ger oss information om svårighetsgraden av den psykiatriska sjukdomen, längden av sjukhusvård, uppföljningen efter utskrivningen och inte heller om patienternas upplevelse av sin situation.

Min erfarenhet ger dock ett stöd åt Agerbos med kolleger tolkning. Många läkare och personer i chefspositioner som jag har kommit i kontakt med har uttryckt att de drar sig i det längsta innan de bestämmer sig för en sjukhusinläggning.

Sociala kompetensen missbedöms

Det kan hända att även vårdtiden för patienter från de högre socioekonomiska grupperna är för kort i förhållande till sjukdomens allvar och att patienter från denna grupp inte får den uppföljning efter utskrivningen som de behöver. Sjukvården kan misstolka dessa personers sociala kompetens att skaffa sig de behövliga behandlingskontakterna. Sådana mekanismer kan kanske förklara de tidigare fynden om hög självmordsdödlighet bland svenska läkare [7].

Resultaten av psykodynamiska och kliniskt epidemiologiska studier visar att läkare kan missledas av en kompetent social fasad hos en mycket svårt suicidal patient, och glömma att den inte alltid går hand i hand med den emotionella stabiliteten. En samstämmighet kan uppstå mellan den suicidal patienten som inte vill visa sin utsatthet och läkaren som inte vill se risken för suicid [5].

Förhöjd risk under första året

Självmordsrisken är förhöjd under hela första året efter utskrivning från ett psykiatriskt sjukhus, men också efter utskrivning efter ett självmordsförsök oberoende om vården ägde rum på en somatisk eller psykiatrisk avdelning. Därför, vid varje utskrivning krävs en välplanerad öppenvårdsuppföljning med ett utbud av olika behandlingsmetoder.

Olika suicidal patienter kräver olika behandlingar. För vissa passar mediciner, för andra dialektisk beteendeterapi och för ytterligare andra kvalificerad psykodynamisk terapi etc. Vid val av behandlingsmetoder bör man inte styras av modetrender, utan eftersträva den differentiering och individualisering som patienten är i behov av [6, 7].

Referenser

1. Agerbo E, Mortensen PB, Eriksson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: nested case-control study. *BMJ* 2001;322:334-5.
2. Gunnell D, Peters T, Kammerling M, Brooks J. The relation between parasuicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *BMJ* 1995;311:226-30.
3. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 1993;342:283-6.
4. Appleby L, Shaw J, Amos T, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999;318:1235-9.
5. Wasserman D, editor. *Suicide – An unnecessary death*. London: M Dunitz Ltd; 2001.
6. Beskow J, redaktör. *Självmord och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
7. Arnetz B, Hortle LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75(2):139-43.