

**Margda Waern**, med dr, specialistläkare, sektionen för psykiatri, institutionen för klinisk neurovetenskap, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg ([margda.waern@neuro.gu.se](mailto:margda.waern@neuro.gu.se))

## När patienten väljer döden

### Suicid hos den egna patienten – ett trauma för läkaren

|| Måndagsmorgon. Jag kastar en snabb blick över listan på patienter som skall ha elbehandling. »Kommer jag att hinna färdigt innan det är dags för rondan?»

Men det är något som inte stämmer. Ett namn saknas på listan. »Var är NN?» frågar jag sköterskan. »Hon skulle ju få sin tredje behandling idag.»

Sköterskan sänker rösten. »Du visste inte ...» Hon tittar ner. En fysisk förnimmelse av skuld, skräck och skam infin- ner sig innan sköterskan ens hunnit avsluta sin mening. Min patient hade hängt sig.

»Varför såg jag inte att hennes förtvivlan var så stor? Vad skrev jag i journalen? Varför ordinerade jag inte extravak?» Frågorna avlöser varandra medan jag mekaniskt levererar elbehandling till de väntande patienterna. På avdelningen har vi genomgång. Jag är närvarande och registrerar vad som sägs, men parallellt fortsätter min privata inkquisition: »Var hon undermedicinerad? Var det elbehandlingen som utlöste hennes död? Hur skall det gå för hennes barn?» Och, om och om igen, frågan som plågar mest: »Varför ordinerade jag inte extravak?» På eftermiddagen är det patientens anhöriga som ställer frågorna. Samtalet är oerhört plågsamt för alla parter. Maken meddelar att han kommer att anmäla mig och ytterli- gare en kollega.

Först ett år senare kommer beskedet. HSAN har lämnat ärendet utan åtgärd. En lättnad, naturligtvis. Men grubblerier- na är inte borta. Under väntetiden hade det hunnit hända en gång till.

#### Psykiatri – en utsatt specialitet

Suicidrisken är förhöjd vid nästan samtliga psykiatriska dia- gnoser [1]. Långtidsuppföljningar av patienter som vårdats för depression visar att mellan 5 [2] och 15 procent [3] dör för egen hand. Hos individer med schizofreni är dödsorsaken sui- cid i 10–15 procent [4]. En ung man med psykosjukdom har en suicidrisk som är hela 40 gånger normalbefolkningens. Självdestruktivt beteende uppfattas ofta som manipulativt vid personlighetsstörning av borderlinetyp, men uppskattnings- vis gör 8 procent av patienterna med denna diagnos så små- ningom ett fullbordat suicid [5]. Mellan 3 [6] och 7 procent [7] av alla som erhåller sjukhusvård för alkoholproblem av- slutar sina egna liv.

I Sverige dog 1 380 personer genom suicid år 2000. Enligt NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, är detta den lägsta siffran som rapporterats på 30 år (för detaljer kring aktuell suicidstatistik se <[www.ki.se/suicid](http://www.ki.se/suicid)>).

#### SAMMANFATTAT

Suicid hos den egna patienten är en av de mest trau- matiska arbetsrelaterade händelser som kan drabba en läkare.

I en nyligen publicerad enkätundersökning rapportera- de en tredjedel av läkarna nedsatt stämningsläge, sömnsvårigheter eller irritabilitet i efterförloppet av ett patientsuicid.

Bättre kunskaper om bedömning av suicidrisk och dess begränsningar kan göra läkaren mer förberedd för mötet med den suicidala patienten.

Då suicid inträffar är doktorn bättre rustad om det finns lokala riktlinjer på kliniken för att hantera suicid.

ki.se/suicid>). Trenden har dock inte varit lika gynnsam när det gäller personer som vårdats inom psykiatrin.

Ösby och medarbetare [8] studerade mortalitet (»standard- ized mortality ratio») hos personer som erhållit slutenvård för affektiv sjukdom under perioden 1976–1995. En ökning av suicidmortaliteten noterades hos denna patientgrupp. Som författarna påpekar kan det inte uteslutas att fenomenet kan förklaras av en allt allvarligare sjukdomsbild hos dagens slu- tenvårdspatienter. Under samma tidsperiod noterade forskar- gruppen en fördubbling av suicidmortalitet bland kvinnor med schizofreni [9]. Även internationellt har man observerat ett ökande antal suicid bland patienter som vårdats inom psy- kiatri [10, 11]. År 1985 publicerades en rapport från Social- styrelsen [12] där man konstaterade att ungefär en tredjedel av alla suicidpatienter i Sverige hade haft kontakt med psyki- atrin under sina sista sex månader.

Det finns inga aktuella siffror, men med tanke på resone- manget ovan kan man förmoda att andelen inte minskat på se- nare år. Risken för suicid är störst under pågående sjukhus- vård och strax efter utskrivning. För psykiatern är patient- självmord således en realitet. Hur stor är risken? Svenska data saknas. I en enkätundersökning bland slumpmässigt utvalda psykiatrer i USA [13] rapporterade 51 procent av dem som svarade att de haft minst en patient som tagit sitt liv. Hade man

upplevt ett självmord var risken lika hög (55 procent) att det skulle upprepas. Enligt en rapport från Skottland [14] hade hela 68 procent av specialistläkarna i psykiatri upplevt självmord hos en eller flera av sina egna patienter.

Att förlora en patient genom suicid kan få betydande konsekvenser för läkaren, både professionellt och privat. Vad vet vi om doktors reaktioner efter självmord? Och varför är suiciddöd så mycket svårare för doktorn att hantera än dödsfall inom somatisk sjukvård? Litteraturen är begränsad. Nedan följer en kort översikt och några personliga kommentarer.

### Doktors personliga liv påverkas

Chemtob och medarbetare [13] undersökte läkarnas reaktioner efter självmord med ett validerat, strukturerat instrument, »the Impact of Events Scale«. Hälften av läkarna rapporterade stressnivåer jämförbara med dem som upplevs av patienter som söker behandling i samband med dödsfall hos en förälder. Yngre psykiatrer rapporterade i större utsträckning än sina mer erfarna kolleger negativa reaktioner efter patient-självmord. I en nyligen publicerad enkätundersökning bejakade en tredjedel av läkarna nedsatt stämningsläge, sömnsvårigheter eller irritabilitet i efterförlopp till patientsuicid [14]. Andra reaktioner inkluderade anhedoni och minskat självförtroende. Totalt 33 procent rapporterade att livet påverkades även på det personliga planet; man fick till exempel svårare att klara av problem inom familjen. Sammanlagt 15 procent av läkarna uppgav att händelsen hade fått dem att överväga att pensionera sig i förtid.

I en mycket personlig betraktelse har Michael J Gitlin skrivit om sina egna reaktioner då han som nybliven specialist, med affektiva sjukdomar som subspecialitet, fick beskedet att en av hans patienter tagit sitt liv genom överdos av antidepressiva läkemedel [15]. Gitlin beskriver hur scener från den sista konsultationen spelades upp om och om igen. Han grubblade över missade ledtrådar. Han utvecklade en överdriven noggrannhet som inte gagnade hans patienter. Under månaderna som följde vaknade han mitt i natten, fylld av oro för kommande dödsfall.

### Tabu som väcker känslor av skuld och skam

Hur kan det komma sig att en enskild patients öde kan få så stora konsekvenser för hans läkare? Varför är döden på en psykiatrisk avdelning så mycket mer skuldframkallande än döden på en somatisk avdelning? Här följer några tänkbara förklaringar:

- Suicid är fortfarande tabuladdat. Självmord och självmordsförsök avkriminaliserades i Sverige 1864. Begravning i tysthet för »självspillingar« avskaffades 1908 [16]. Nästan 100 år har gått, men skammen lever kvar. Närstående kan uppleva skuld och stigmatisering efter självmord. Upplevelser av skuld kan också drabba den behandlande läkaren [17].
- Döden kommer plötsligt. Dödsfall är inte sällan förväntade inom somatisk vård. Såväl läkaren och personalen som anhöriga har en beredskap att patienten kommer att dö. Det är svårt att förutsäga självmord. På en avdelning för patienter med schizofreni kan suicid inträffa hos den som är minst psykotisk. Bland slutenvårdspatienter som tog sina liv vid en universitetsklinikk hade extravak bedömts som indicerat i endast ett av tio fall [11]. Hälften av självmordsfallen som rapporterades i den skotska enkätstudien [14] ägde rum inom öppenvården.
- Läkaren har misslyckats som hjälpare. Samtalet är ett av psykiaterns viktigaste arbetsredskap. »Läkaren som medicin« kräver en personlig insats. Situationen är annorlunda när onkologen konstaterar att cytostatikan inte har haft ef-

fekt på en viss sorts tumör eller då infektionsläkaren brottas med antibiotikaresistens. Känslor av skuld, inkompetens, rädsla och ilska kan utvecklas när samtalen misslyckas [18].

- Medicinen kan användas som dödsredskap. Läkemedel kan utgöra ett tveeggat svärd. Doktorn ordinerar medicin med avsikt att bota eller lindra, men patienten kan utnyttja samma medel för att åstadkomma sin död. Läkemedelsförgiftning är den vanligaste självmordsmetoden i Sverige. Analgetika dominerar hos yngre och medelålders personer och sedativa/hypnotika hos äldre. Inte oväntat tenderar psykiatriska patienter att använda psykotropa medel vid förgiftningssuicid i större utsträckning än andra.
- Arbetsmiljön påverkas av dödsfallet. Avdelningspersonalen kan drabbas av en känsla av maktlöshet och hopplöshet, särskilt om det på avdelningen redan tidigare har inträffat ett självmord. Upplevelsen kan förstärkas av patienter som påpekar vårdens misslyckande.
- »Smittorisken« är ett faktum. Ett suicid kan följas av ytterligare ett [19]. Särskilt unga patienter och personlighetsstörda löper risk för sådant »copy-cat«-beteende.
- Mötet med närstående kan öka läkarens skuldkänslor. Att underrätta närstående om att ett självmord har skett och/eller att ta emot samtal efter självmord är en svår uppgift. Kontakten med de anhöriga utgjorde en negativ faktor för en fjärdedel av läkarna som deltog i den skotska enkätundersökningen [14].
- Suicidfall leder inte sällan till anmälningar. En fjärdedel till en tredjedel av alla suicid som sker i samband med sjukhusvård i USA leder till stämning [20]. Detta är naturligtvis ej fallet i Sverige, men en anmälan till HSN kan upplevas som mycket påfrestande, inte minst med tanke på den ofta långa handläggningstiden.
- Mediebevakningen kan förstärka läkarens reaktioner. När patientsuicid var föremål för tidningsnotiser upplevde hälften av läkarna innehållet i reportagen som beklämmande [14].
- Suicidtankar kan finnas hos läkaren själv. Det har visats i flera studier att läkare har högre suicidmortalitet än akademiker i allmänhet [21]. Det bör dock understrykas att läkarens suicidalitet inte behöver vara direkt arbetsrelaterad [22].

### Traumatiska reaktioner kan sannolikt förebyggas

När unga psykiatrer ombads att identifiera de mest traumatiserande händelser de varit med om under specialistutbildningen var det två specifika upplevelser som återkom: att bli misshandlad av en patient och att förlora en patient genom suicid [23]. ST-utbildningen måste således förbereda den blivande psykiatern för sådana händelser. När det gäller mötet med den suicidnära patienten är suicidriskbedömning en central färdighet. Det gäller att veta inte bara hur utan också när en sådan bedömning skall göras. Samtidigt är det viktigt att den unga doktorn förstår riskbedömningens begränsningar. Oerfarna läkare bör uppmanas att diskutera med överordnade [24]. Suicidriskbedömning är ingen exakt vetenskap [25]. Det är av stor vikt att bedömningar dokumenteras i journalen.

Under år 2000 rapporterades 23 fall av suicid/suicidförsök enligt Lex Maria [26]. Totalt 70 procent av fallen (n=16) var föremål för kritik från Socialstyrelsen. Bristande dokumentation, otillfredsställande tillämpning av rutiner, avsaknad av suicidriskbedömning och bristande tillsyn var problemområden som uppdagades. På senare år har vårdprogram för vård av suicidnära patienter tagits fram [27, 28] med syfte att öka kunskap och förbättra vården av denna patientgrupp. Riktlinjerna kan stimulera till diskussion kring handläggningsfrågor på den egna kliniken. Mera uppmärksamhet kring utredning

och behandling av denna patientgrupp torde kunna göra läkaren bättre förberedd för mötet med den suicidala patienten. Sannolikt blir då också ett självmord, om det inträffar, mindre traumatiserande för läkaren. Suicid kommer att ske, trots korrekt handläggning.

## Målsättning: en rimlig ansvarsnivå

Suicidalitet är ett mångfasetterat beteende, inte en sjukdom. En suicidriskbedömning är färskvara. Förutsättningarna kan förändras radikalt efter ett par glas vin eller ett kort telefonsamtal. Doktorn varken kan eller bör ha kontroll över alla olika aspekter av patientens liv. För vissa individer med kronisk suicidalitet skulle överlevnad kunna garanteras endast genom långvariga frihetsinskränkningar. I sådana fall är det av stor vikt att etiska aspekter diskuteras i teamet och dokumenteras noggrant. Målsättningen måste vara att möta den suicidala patienten med en rimlig ansvarsnivå. På samma sätt som läkare i somatisk vård tvingas acceptera maligna förlopp, behöver psykiatern kunna göra det. Doktorn är bättre rustad att hantera dessa fall om det finns klara riktlinjer att följa när suicid blivit ett faktum.

## Lokala riktlinjer ger stöd

Varje klinik bör ha utarbetat lokala riktlinjer för hur ett självmord skall hanteras. Förutom rent medicinska insatser måste läkaren se till att polis, närstående, berörd vårdpersonal, medpatienter och klinikledning informeras. Annan verksamhet får ställas in.

En första genomgång rekommenderas för samtliga berörda i personalgruppen inom 1–2 dygn efter självmordet [29]. Syftet med detta möte är att ge saklig information om händelsen och att ge samtliga involverade en möjlighet att ventilera sina upplevelser och känslor [27, 28]. Individuella stödsamtal kan behövas. Det är viktigt att understryka att frågan om huruvida självmordet kunde ha förhindrats inte skall beröras.

Patientens närmaste skall erbjudas samtal för information och krisstöd. Som noterades ovan kan dessa kontakter vara mycket påfrestande. Det är dock mera vanligt att läkare uppfattar kontakten som positiv (50 procent) eller neutral (27 procent) [14].

Medpatienterna måste informeras snabbt efter dödsfallet för att förhindra ryktesspridning. Ibland har vissa patienter fått veta redan i förväg att självmordet skulle genomföras. Patienterna kan bidra med viktig information kring patientens sista tid i livet. Att samla patienterna för att berätta om dödsfallet kan även ha en terapeutisk verkan. På en vårdavdelning för personer med kroniska psykoser föreslog en patient spontant att man skulle skramla till en blomma till begravningen, vilket mottogs mycket positivt av medpatienterna. Några patienter kan beröras svårt av dödsfallet. Även personer som inte haft en relation till den avlidna kan vara i riskzon för imiterande beteende. Sårbara individer måste identifieras och erbjudas lämpliga stödåtgärder.

Klinikledningen informeras, och efter en intern utredning avgörs om självmordet skall rapporteras till chefläkaren. I samtliga fall rekommenderas en retrospektiv genomgång [28–30]. Syftena är dels att »rensa luften«, dels att öka teamets kompetens inför framtida händelser. I vissa fall kan en sådan genomgång leda till policyändringar. Genomgången bör äga rum efter fyra till sex veckor när obduktionsberättelsen föreligger. Den skall ledas av en person som inte själv varit involverad i patientfallet. Genomgången kan uppfattas som påfrestande [17], men om den sker i en stödjande atmosfär, utan syndabockstänkande, kan den spela en integrerande roll.

## Läkaren måste slå vakt om egna behov

I dödsfallets efterförlopp måste läkaren slå vakt om sina egna

behov. Hur detta bör gå till är högst individuellt. Att söka informellt stöd hos en erfaren kollega/teammedlem är en copingstrategi som fungerar för många [14, 31]; den egna familjen och vänner kan också bidra med effektivt stöd [14]. Har det varit en långvarig patient–läkarrelation kan det upplevas som terapeutiskt för både läkaren själv och för patientens anhöriga om läkaren närvarar vid begravningen. En kollega beskrev hur skuldkänslorna lindrades när han deltog vid begravningen [32]: »Jag blev mindre arg på mig själv och mer rasan på schizofrenisjukdomen« (författarens översättning).

Ibland räcker ändå inte de informella stödkällorna. Inom Läkarförbundet finns möjlighet för kontakt med en kollegial rådgivare, med bevarad anonymitet om så önskas. Suicid-ärenden blir inte sällan föremål för anmälningar till HSN, och det kan vara klokt att få synpunkter och stöd från en neutral person utanför den egna kliniken.

I fall med utveckling av mer uttalade depressionssymtom kan professionella insatser bli indicerade. Det är inte alltid lätt för den drabbade kollegan att själv inse när det är dags att söka vård, varför kollegernas uppmärksamhet kan betyda mycket i det läget.

## Tio år har gått

Tio år har gått sedan den där måndagsmorgonen då ett namn saknades på listan.

Förhoppningsvis är dagens unga läkare något bättre förberedda inför en liknande händelse. Många kliniker har utarbetat lokala riktlinjer som inkluderar en handlingsplan att följa vid inträffat självmord. Men patientsuicid är alltjämt ett problematiskt område. Nästan en tredjedel av alla psykiatriska Lex Maria-fall år 2000 var suicidrelaterade [26]. Suicidriskbedömningens hantverk utvecklas genom både formell utbildning och patientarbete under handledning.

Slutligen, ett arbetsklimat som erbjuder informellt kollegialt stöd är en viktig komponent om och när en patient väljer döden.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205–28.
2. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157(12):1925–32.
4. Tsuang MT, Flemming JA, Simpson JC. Suicide and schizophrenia. In: Jacobs DG, editor. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999. p. 287–99.
5. Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley; 2000.
7. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172:35–7.
8. Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(9):844–50.
9. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparen P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res* 2000; 45(1–2):21–8.
10. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249(3):136–43.
11. Martin BA. The Clarke Institute experience with completed suicide: 1966 to 1997. *Can J Psychiatry* 2000; 45(7):630–8.
13. Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry* 1988; 145(2):224–8.
14. Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by

- patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000;320(7249):1571-4.
15. Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1630-4.
  18. Wolk-Wasserman D. Some problems connected with the treatment of suicide attempt patients: transference and countertransference aspects. *Crisis* 1987;8(1):69-82.
  20. Bartels SJ. The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9(3):189-97.
  21. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996;168(3):274-9.
  22. Hem E, Gronvold NT, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry* 2000;15(3):183-9.
  26. Johansson G. *Psykiatri – genomgång av beslutade ärenden*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
  28. Stockholms läns landsting. *Regionalt vårdprogram – Vård av suicidnära patienter*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämnden; 2002. p. 3-65.
  30. Kaye NS, Soreff SM. The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *Am J Psychiatry* 1991;148(6):739-43.
  32. Markowitz JC. Attending the funeral of a patient who commits suicide. *Am J Psychiatry* 1990;147(1):122-3.

I Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://tarkiv.lakartidningen.se>  
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.

## SUMMARY

When the patient chooses death  
 Suicide in one's own patient – a trauma  
 for the physician

**Margda Waern**

*Läkartidningen* 2003;100;2140-3

Patient suicide is one of the most stressful events that can occur during the professional life of the psychiatrist. International studies suggest that every other psychiatrist will have at least one patient who commits suicide. The author provides a personal account of her reaction to one patient's death. The somewhat limited literature on psychiatrists' reactions to suicide is reviewed. One third of those who experience suicide in a patient in their own care may develop low mood, sleep disturbance or irritability in the weeks that follow. The author discusses why suicide can have such a profound effect on the psychiatrist. As young doctors are more prone to stress reactions following suicide, training programs should prepare them for this event. Informal support from colleagues and team members can mitigate the doctor's reactions in the aftermath.

*Correspondence: Margda Waern, Dept of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Sahlgrenska universitetssjukhuset, SE-413 45 Göteborg, Sweden (margda.waern@neuro.gu.se)*

# Särtryck

## Läkartidningen

Vad är vetenskapsteori och vad kan medicinska forskare ha för nytta av sådan teori? Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verksamma läkaren ställs allt oftare inför alternativa teoribildningar främst inom allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri. I ett försök att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen publicerade Läkartidningen under 1999 och våren 2000 elva artiklar om olika vetenskapsteoretiska resonemang. Dessa har samlats i ett häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 70 kronor



## Vetenskapsteori

### Varför hoppar grodan?

Beställer härmed.....ex  
 av "Vetenskapsteori"

.....  
 namn

.....  
 adress

.....  
 postnummer

.....  
 postadress

**Insändes till Läkartidningen**  
**Box 5603**  
**114 86 Stockholm**

**Faxnummer: 08-20 74 35**

**[www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)**  
 under särtryck, böcker