

## Bilaga 1 Epidemiologi Habiliteringens målgrupper

Hämtat ur Suicidnära patienter- lokal rutin för Habilitering och hälsa, Stockholms läns sjukvårdsområde: SLSO-T-2307357 (giltig till 2023-03-08)

### Epidemiologi: Habilitering & Hälsas målgrupper

Kunskap om epidemiologi samt risk- och skyddsfaktorer för suicid och suicidala beteenden är viktiga såväl för vår förståelse och identifiering av fenomenet som för preventiva insatser. Dudzinski (1998) skrev sin avhandling om suicidrisk bland döva/hörselnedsatta studenter och samlade data på specialskolor (i USA) för dessa målgrupper. Resultaten från Dudzinskis avhandling (1998) visade att trots stor medvetenhet om suicidala beteenden som ett problem, hade en tredjedel av skolorna inga riktlinjer för hur sådana beteenden bäst bemöts. Bristen på lokala riktlinjer var också kopplad till brister i den praktiska handläggningen av suicidrelaterade beteenden. På en del skolor fanns guidelines som enbart var administrativa, tex hur incidenter dokumenteras och rapporteras [1]. Lokala riktlinjer bör erbjuda kunskap och stöd för kliniker i såväl i den praktiska patientnära som den administrativa handläggningen av suicidala beteenden.

I det här avsnittet beskrivs kort och översiktligt en del studier som fokuserat på suicidrelaterade beteenden hos Habilitering & Hälsas målgrupper. Studier sammanställer kunskap på gruppnivå medan vi i klinisk verksamhet arbetar med individer och gör bedömningar och åtgärder på individnivå.

### **Autismspektrumdiagnos med eller utan intellektuell funktionsnedsättning**

Bland en grupp vuxna med diagnosen Aspergers syndrom rapporterade 66 % suicidtankar samt 35% suicidplaner och/eller tidigare suicidförsök [2]. Suicidtankar var tio gånger vanligare bland personer med AS jämfört med den generella populationen, men också vanligare än suicidtankar bland fysiska sjukdomar eller psykos. Allra vanligast var suicidtankar bland individer som hade både AS och depression (ibid.). Liknande resultat har observerats i tidigare studier som sammanfattats i översiktsartiklar [3,4]. Översiktsartiklar rapporterar suicidrelaterade beteenden hos 11-50% av personer med AST, beroende på studiegrupp (tex i vilken kontext studien genomfördes) och vilka suicidrelaterade beteenden man studerat [4]. Vidare finns stora studier som visat att 7.3 – 15 % av suicidnära patienter har ASD vilket utgör en substantiell subgrupp (ibid.). Dock finns en generell brist på studier vad gäller suicidala beteenden hos personer med ASD. I en svensk

studie observerade man en tio gånger större suicidrisk hos personer med ASD utan intellektuell funktionsnedsättning jämfört med den generella populationen (Hirvikoski et al, in press). Suicidrisken för personer med ASD och samtidig utvecklingsstörning var dubbelt så hög som i den generella populationen (ibid.).

Personer med ASD har samma generella riskfaktorer för suicid som personer i den generella populationen (se ovan "Generella riskfaktorer"), men eventuellt även ASD-specifika riskfaktorer. Riskfaktorer kan handla om att vara eller ha varit offer för mobbning, problemskapande utagerande beteenden, låg socioekonomisk status, låg utbildningsnivå samt invandrarbakgrund [4]. Vidare kan utsatthet för fysiskt (inklusive sexuellt) våld och ändringar i viktiga rutiner öka risken för suicid [3]. Personer med ASD kan ha särskilda svårigheter med att söka hjälp och uttrycka suicidtankar, -planer etc. Det finns ett stort behov av studier kring skyddsfaktorer mot suicid bland personer med ASD [4]. Den kliniska erfarenheten är att många personer med ASD inte enbart har många riskfaktorer utan också saknar många av de generella skyddsfaktorerna (se ovan under "Generella skyddsfaktorer").

### Utvecklingsstörning

Suicidtankar och –beteenden har i amerikanska studier visat sig vara dubbelt så vanliga hos ungdomar med utvecklingsstörning (US) som hos ungdomar från den generella populationen (kring 40% av ungdomar med US jämfört med kring 20% av ungdomar från den generella populationen). Hur stor risken för att ta sitt liv är, har man inte kunnat bedöma eftersom det finns få studier och dessa är ofta små och inkluderar selekterade grupper. De riskfaktorer man identifierat är (1) högre IQ och adaptiv funktionsnivå, (2) psykiatrisk komorbiditet såsom depression och (3) utsatthet för trauma såsom sexuellt och icke-sexuellt våld.[5].

I översiktartikeln av Ludi et al (2012) [5] betonas vikten av att inte enbart ställa frågor till föräldrar då dessa inte alltid är medvetna om suicidtankar, -planer och –beteenden hos sina barn. I en studie kring suicidala vuxna med US hade anhöriga i 70% av fallen inte kunnat identifiera sina närstående med US som suicidala. (ibid).

I en populationsbaserad studie (från Finland) om suicid hos vuxna med US [6], rapporterades lika hög suicidrisk för kvinnor med US som för kvinnor från den generella populationen. För män med US var risken lägre än för män från den generella populationen. Studien inkluderade personer med US som bor i olika typer av boenden och tillgång till stöd (t ex möjlighet att skydda individen från att komma åt läkemedel och vassa föremål) påverkar suicidrisken. Även när det gäller vuxna, har studier identifierat högre IQ och

funktionsnivå som riskfaktorer för suicidförsök bland individer med US [7]. Ytterligare riskfaktorer för suicidförsök är (som hos den generella populationen) att vara kvinna och tidigare självskadebeteenden. I studien av Lunsky et al (2012) [7] visade sig att de flesta individer med US som visade suicidala beteenden, redan hade varit i kontakt med vården (kring 60% hade tidigare varit på en akutmottagning; nästan hälften hade varit intagna på en psykiatrisk avdelning och över 70% hade en anamnes av tidigare självskadebeteenden).

## ADHD

Studier från 70-talet och framåt har indikerat en förhöjd risk för suicidförsök och suicid hos barn och ungdomar med ADHD (de tidigaste studierna handlade om barn och/eller ungdomar med MBD, minimal brain dysfunction, som var den tidigare diagnostiska benämningen). En mindre mängd studier har indikerat liknande förhöjd risk för självskadebeteende, suicidförsök och suicid hos vuxna med ADHD [8]. Stora svenska registerstudier har gett ytterligare information om kopplingar mellan suicid och ADHD, ADHD behandling samt samsjuklighet [9,10].

Kopplingen mellan ADHD och suicidrelaterade beteenden har antagits kunna medieras av flera olika faktorer; psykiatrisk samsjuklighet, läkemedelsbehandling kognitiva och personlighetsmässiga karakteristika samt eventuella faktorer kopplade till neurobiologi [8]. Kopplingen mellan ADHD och suicid är starkare hos personer med ADHD och samtidig psykiatrisk samsjuklighet i tex depression. En möjlighet har varit att hela den ökade suicidrisken beror på psykiatrisk samsjuklighet och inte på ADHD i sig [8]. Nya populationsbaserade studier från Sverige har dock visat att ADHD i sig ökar suicidrisken: efter statistisk kontroll för psykiatrisk samsjuklighet är suicidrisken över tre gången högre hos personer med ADHD jämfört med den generella populationen [10]. ADHD behandlas med antingen centralstimulerande läkemedel eller med atomoxetin (som inte är centralstimulerande). Den sistnämnda typen av läkemedel har (utifrån mindre rapporter) befarats öka risken för suicid. Dock visar stora registerstudier från Sverige att ADHD läkemedelsbehandling inte ökar utan förmodligen minskar suicidrisken [9]. Kognitiva och personlighetsmässiga riskfaktorer som har diskuterats i litteraturen är nedsatt förmåga att fatta gynnsamma beslut, uppmärksamhet (tex svårt att skifta uppmärksamhet), impulsivitet, samt s.k. sensation-seeking personlighet vilka alla är vanliga drag hos personer med ADHD. På neurobiologisk nivå har frågor kring olika neurotransmittersystem (serotonin, dopamin), ADHD och suicidala beteenden lyfts fram [8].



## **Förvärvad hjärnskada**

Hos ungdomar med förvärvad hjärnskada har man observerat 2 gånger högre risk för suicidtankar och 3 gånger högre risk för suicidförsök, jämfört med ungdomar från generella populationen [11]. Studien inkluderade även ungdomar med relativt mild förvärvad hjärnskada vilket kan påverka resultaten eftersom man i studier sett ett samband mellan graden av hjärnskada och risken för suicidala beteenden [12]. Andra riskfaktorer som identifierats för suicid liknar riskfaktorerna i den generella populationen, nämligen (1) män har högre risk, (2) ålder (yngre har högre risk), (3) substansmissbruk och (4) tidigare anamnes av aggressivitet.

En svensk registerstudie [13] rapporterade tre gånger högre suicidrisk bland personer med förvärvad hjärnskada jämfört med den generella populationen. Förvärvad hjärnskada var en riskfaktor i sig men i kombination med psykiatrisk samsjuklighet (depression) eller substansmissbruk, mångfaldigades risken. Generellt i den vetenskapliga litteraturen betonas vikten av att identifiera och behandla depression och substansmissbruk bland personer med förvärvad hjärnskada.

## **Döva och personer med svår hörselnedsättning**

Få studier har fokuserat specifikt på suicid och suicidala beteenden bland personer som är döva eller har svår hörselnedsättning. De studier som finns har inkluderat något olika (ofta selekterade) målgrupper och fokuserat på olika typer av suicidala beteenden (inklusive suicidtankar) och/eller suicid. Få och heterogena studie gör det svårt att dra några definitiva slutsatser, men man menar att det finns "en möjlig association mellan suicid och dövhet" som kliniker bör vara medvetna om. Vidare menar man att de generella riskfaktorerna för suicid är samma hos döva personer som i den generella populationen (se under avsnittet Generella riskfaktorer) men att det eventuellt även finns specifika riskfaktorer. De sistnämnda kan bestå av faktorer såsom brist på rollmodeller samt alienation från familj och "peers". [14].

## **Blinda**

Synen anses generellt vara det viktigaste sinnet för människor. Förvärvad blindhet och svår synnedsättning tros leda till större anpassningssvårighet och psykisk ohälsa än tex förvärvad dövhet eller svåra hörselnedsättningar. Dock finns det få studier inom området vilket gör det svårt att uppskatta exakt hur vanligt det är med svår psykisk ohälsa och suicidala beteenden i denna målgrupp.

Data från små studier indikerar att suicidrisken kan vara dubbelt så hög som för döva. Studier är dock små och ofta med selekterade grupper vilket gör det svårt att dra definitiva slutsatser. Partiell svår synnedsättning och

progressiva sjukdomar som leder till blindhet kan medföra större suicidrisk än total blindhet, vilket tros bero på att en total blindhet leder till snabbare anpassning till funktionsnedsättningens konsekvenser. Även återställning av synen kan ha koppling till en period av livskris och medföljande ökad suicidrisk.

Premorbida riskfaktorer som lyfts fram i litteraturen är osjälvständiga och introverta personlighetsdrag, dålig social integration och bristande stöd från familjen. Skyddsfaktorer som nämnts är förmåga att utnyttja habiliteringsinsatser, strävan efter självständighet, att ha sysselsättning samt stöd (men inte överbeskyddande attityd) från närstående. [15].

### **Rörelsenedsättning**

Vi har inte kunnat identifiera studier som handlar om suicidrisk i denna målgrupp.”