

Suicid inom vården:

Socialstyrelsens kritik bygger på teorier och önsketänkande

Suicid inom vården ska anmälas enligt lex Maria. I ungefär hälften av fallen kritiserar den ansvariga kliniken av Socialstyrelsen för bristande rutiner. Någon bärande evidens för kritiken kan dock inte påvisas. Om Socialstyrelsen verkligen vet vilka rutiner som minskar risken för suicid bör väl dessa i anständighetens namn formuleras?

Sedan februari 2006 är det lag på att varje suicid som begås inom vården ska anmälas enligt lex Maria. En sådan anmälan resulterar i en händelseanalys på den aktuella kliniken och en översyn av klinikkens rutiner kring suicidprevention. I cirka hälften av alla anmälda fall riktar Socialstyrelsen kritik mot den ansvariga kliniken för bristande rutiner och menar att dessa brister lett fram till det anmälda självmordet. Socialstyrelsen tillhandahåller inga rutiner utan kritiserar bara rådande rutiner då ett suicid inträffat.

Denna artikel handlar om rutinbaserad suicidprevention på individnivå. Den handlar inte om begränsning av tillgång till skjutvapen, utjämning av sociala orättvisor eller minskad alkoholkonsumtion, dvs faktorer som vi sätter i samband med suicidprevention på befolkningsnivå. Den handlar inte heller om huruvida vi ska ge ett respektfullt och gott bemötande och försöka skapa en relation till patienten och förmedla hopp, för detta ser vi som självklarheter för all given vård. Artikeln handlar om vad vården, framför allt psykiatri, kan göra för att förhindra att den enskilde individen tar sitt liv, och hur detta kan formuleras i en rutin (vilket Socialsty-

relsen efterfrågar i händelseanalyserna).

För att skapa en rutin som faktiskt fungerar, dvs räddar liv och inte orsakar skada, behöver vi få svar på två frågor:

1. Går det att förutse vilken individ som kommer att ta sitt liv?
2. Vilken eller vilka åtgärder kan stoppa en individ som vi vet har för avsikt att ta sitt liv?

Socialstyrelsen rekommenderar att det »för alla suicidnära patienter som kommer till hälso- och sjukvården görs en kvalificerad värdering av suicidrisken» [1]. Man gör också en evidensvärdering av rådet och kommer fram till att det finns »måttligt starkt vetenskapligt underlag» för rekommendationen.

Vid en litteratursökning finner vi endast en prospektiv studie, av Pokorny [2], som undersökt möjligheterna att göra en korrekt suicidbedömning på individnivå. Pokorny menar att det går att urskilja grupper med högre suicidrisk än andra, men att detta inte ger någon hjälp på individnivå: »Identification of particular persons who will commit suicide is not currently feasible, because of the low sensitivity and specificity of available identification procedures and the low base rate of this behavior.»

I våra ögon är det »måttligt starka» vetenskapliga underlaget i själva verket obefintligt.

Finns det då någon fara med att göra suicidriskbedömningar? Socialstyrelsen menar att det finns »konsensus om att frågor om suicidalitet inte ökar risken för en suicidhandling» [1]. Konsen-



Foto: Massimo Brega/SPL/IBL

I artikeln diskuteras författarna vad vården, framför allt psykiatri, kan göra för att förhindra att den enskilde tar sitt liv, och hur detta kan formuleras i en rutin.

sus innebär att det råder en samstämmighet mellan parter som har olika intressen, inte att något är bevisat. Man hänvisar vidare till en studie [3] och konstaterar: »Forskning finns dock som visar att det inte är farligt, inte ens för ungdomar (Gould et al 2005).«

Vid närmare genomläsning visar det sig att Gould et al gjort en enkätstudie på friska studenter i USA. Hälften fyllde i en enkät med frågor om sitt mående, och hälften fick samma frågor plus frågor kring suicidalitet. När samtliga studenter åter fick fylla i enkäten någon dag senare visade det sig att de som hade fått frågor om suicidalitet inte rapporterade mer suicidtänkar än gruppen som inte fått dessa frågor: »Students exposed to suicide questions were no more likely to report suicidal ideation after the survey than unexposed students». [4] Att generalisera denna studie till att gälla samtal med psykiskt sjuka, suicidnära patienter på en akutmottagning är inte möjligt. Det finns således ingen evidens för att vi kan suicidbedöma på individnivå, och vi vet inte heller om det är farligt eller ofarligt att försöka.

Finns det då någon insats som psykiatri kan göra på individnivå för att förhindra suicid (alltså i motsats till generella åtgärder som t ex att sänka alkoholanvändningen hos hela gruppen av psykiatriska patienter)? Vi kan visserligen inte veta vilken individ som kommer att ta sitt liv men vi kanske skulle kunna



ANDERS ALBINSSON
specialist i allmänpsykiatri
anders.albinsson@ltkronoberg.se



BERNARD WILLEMS
specialist i allmänpsykiatri;
båda vid vuxenpsykiatri i Växjö

»Vi ser det som mycket bekymmersamt att denna handläggning blivit standard vid lex Maria-ärenden.«

behandla alla enligt någon rutin för att minska risken för suicid.

Det finns tre huvudsakliga åtgärder som psykiatri har till sitt förfogande att formulera rutiner kring: mediciner, samtal och inläggning på vårdavdelning. Socialstyrelsen sammanfattar evidensen för dessa områden: »Det finns mycket få randomiserade kontrollerade prövningar som visar att risken för suicid eller upprepade suicidförsök skulle minska vid en framgångsrik behandling av grundsjukdomen, även om det i stort sett råder *enighet* om att så är fallet« [vår kursivering], och vidare: »Det finns inga säkra belägg för att psykosocial eller psykoterapeutisk behandling av patienter som skadat sig själva, skulle åstadkomma en signifikant minskning av självmordsrisken«.

När det gäller inläggning skriver Socialstyrelsen att inläggning på och utskrivning från en vårdavdelning är »ut-

lösande situationer« för suicid. Ändå rekommenderar man inläggning då detta ger bättre diagnostik, möjlighet till övervakning och bättre följsamhet till behandling efter utskrivning. Man ser riskerna med inläggning och utskrivning men anser att fördelarna överväger. Argumenten för inläggning beskriver man som: »Det vetenskapliga underlaget för dessa faktorer är svagt, men det finns däremot en stark klinisk *samstämmighet* om dem« [1] [vår kursivering]. Liksom i frågan om suicidriskbedömningar kan vi konstatera att det inte finns evidens för någon behandling som förhindrar suicid.

Det psykiatri ska grunda sin suicidprevention på, enligt Socialstyrelsen, är således konsensus, samstämmighet, enighet och generalisering från studier som inte är generaliserbara. Inte inom något område kan Socialstyrelsen påvisa bärande evidens för den kritik de riktar vid sina händelseanalyser. Om Socialstyrelsen verkligen vet vilka rutiner som minskar risken för suicid så bör de väl i anständighetens namn skriva ner dem. Sedan är det upp till våra politiker att anslå medel för att vi ska kunna följa

rutinerna. På detta sätt kan vi i teorin uppnå nollvisionen för suicid.

Men sanningen är att Socialstyrelsen inte vet hur man förhindrar suicid och därför inte kan beskriva dessa rutiner. Den kritik som levereras i samband med händelseanalyser bygger enbart på teorier och önsketänkande. Vi ser det som mycket bekymmersamt att denna handläggning blivit standard vid lex Maria-ärenden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
2. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. Arch Gen Psychiatry. 1983;40:249-57.
3. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2006.
4. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;293:1635-43.

apropå! Möjligheten att bedriva forskning på svårt sjuka äldre

Vi hoppas på snar lagändring

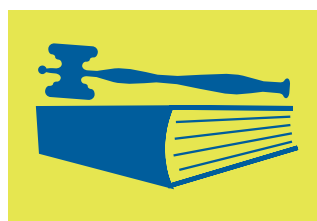
Läkartidningen 42/2011 (sidorna 2072-3) tar medicine doktor Niklas Ekerstad upp problemet med forskning på svårt sjuka äldre personer. Samtidigt som det föreligger ett stort behov av forskning avseende denna patientgrupp har många av patienterna nedsatt beslutskompetens i samband med akut sjukdom och kan därför inte ge ett eget informerat samtycke till forskningsåtgärden. Ofta finns heller inte några anhöriga att samråda med tillgängliga i akutskedet.

Ekerstad ställer en viktig fråga, som riktas till Centrala etikprövningsnämnden, med innebörden om nuvarande etikprövningslag tillåter att en randomiserad kontrollerad studie utförs på akut sjuka patienter som inte kan ge informerat samtycke när an-

höriga att samråda med inte finns tillgängliga i akutskedet.

Svaret på denna fråga är tyvärr nej. Enligt läkemedelslagen måste det i dessa fall finnas en legal ställföreträdare som ger samtycke om prövningen gäller ett läkemedel. Vid annan typ av forskning föreskriver etikprövningslagen att samråd ska [vår kursivering] ske med anhörig om forskningspersonen inte själv kan lämna samtycke.

Som framhålls i Ekerstads artikel har Centrala etikprövningsnämnden vid flera tillfällen pekat på det otillfredsställande med dessa båda regleringar. Nämnden har tillsammans med bland annat Vetenskapsrådet, Läke-medelsverket och Statens medicinsk-etiska råd vid olika tillfällen tillskrivit regeringen och begärt ändring av



Vinjett: Afri Ilise

Till dess vi får en ny lagstiftning måste den existerande följas.

reglerna och samtidigt gett konkreta förslag till provisorisk förändring av lagstiftningen.

Centrala etikprövningsnämnden har också behandlat ett antal överklagade ärenden som gällt dels klinisk läkemedelsprövning, dels annan forskning med beslutsincompetenta personer, och då tvingats konstatera att även i sådana fall där det rör sig om mycket angelägen forskning har studien inte kunnat god-

kännas om ovan nämnda rekvisit inte kan uppfyllas för enskilda forskningspersoner.

Liksom Niklas Ekerstad hoppas således Centrala etikprövningsnämnden, tillsammans med många andra myndigheter och forskare, på en snabb lagändring som kan upphäva de hinder för angelägen forskning som påpekas i debattartikeln. Till dess att lagstiftaren behandlat denna fråga måste dock Centrala etikprövningsnämnden, liksom alla andra, följa befintlig lagstiftning.

Johan Munck
ordförande
Gisela Dahlquist
vetenskaplig sekreterare
Eva Grönlund
kanslichef; samtliga i Centrala etikprövningsnämnden
eva.gronlund@cepn.se