

Den psykiatriska riskbedömningen

En i stort sett omöjlig uppgift som (i Frankrike) kan leda till åtal och straff

En av de viktigaste och svåraste uppgifterna vi som psykiatrer har är att bedöma risken för att en patient ska ta livet av sig själv eller någon annan. Det förväntas av oss att vi ska kunna göra en sådan bedömning. Att ta dessa bedömningar för absoluta sanningar tror jag ingen som är insatt i ämnet ens har en tanke på.

Frågan om suicidriskbedömning är högst aktuell på vår klinik där en patient nyligen tog livet av sig inne på avdelningen. Patienten hade tillsyn varje kvart men lyckades trots det hänga sig på en av toaletterna. Och helt nyligen fick frågan om farlighetsbedömning en ny vändning då en fransk psykiater blev dömd för ofrilligt vållande till annans död efter att ha gjort en riskbedömning som senare visade sig vara felaktig [1].

Att som läkare riskera åtal för en medicinsk bedömning kan möjligen vara befogat om bedömningen är uppenbart felaktig och inte baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Riskbedömningar på individnivå av psykiatriska patienter är dock notoriskt svåra, för att inte säga omöjliga, att utföra. Att ta dessa bedömningar för absoluta sanningar tror jag ingen som är insatt i ämnet ens har en tanke på.

De franska juristerna, som torde sakna medicinskt kunnande, tycks dock inte se något problem med att domstolarna avgör om medicinska bedömningar är korrekta el-



Foto: Millennium Images/Scampix

Riskbedömningar av psykiatriska patienter på individnivå är i stort sett omöjliga att utföra, menar artikelförfattaren.

ler inte. Man skulle här kunna dra tydliga paralleller med Astrid Lindgren-fallet.

Händelser med mycket låg prevalens är otroligt svåra att förutspå. Våldshandlingar efter utskrivning och självmord är lyckligtvis ovanliga.

»För att vara säker på att inte bli dömd för vållande till annans död måste psykiatern tvångsbehandla 465 patienter som hon egentligen bedömer som ofarliga.«

Med lätt matematik kan man visa att riskbedömning på individnivå är i stort sett omöjlig att genomföra eftersom antalet falskt positiva bedömningar blir på tok för stort [2]. För att vara säker på att inte missa någon måste vi behandla alla – något som varken är etiskt försvarbart eller ekonomiskt möjligt. Trots en extremt god bedömning av farlighet har Palmstierna i ett svenskt material tidigare skattat att vi måste (tvångs)behandla cirka elva

personer för att förhindra ett fall av allvarligt våld utfört av en patient utskrivna från en psykiatrisk klinik under ett år (dvs cirka 92 procent falskt positiva bedömningar) [3]. Förutom det etiskt tveksamma i detta förfarande finns här ett betydande logistiskt problem med tanke på de senaste årens minskade antal vårdplatser på våra psykiatriska kliniker.

Liknande problematik ser vi vid suicidriskbedömningar. Suicid är så gott som omöjliga att förutse på individnivå och antalet falskt positiva bedömningar blir alltför stort för att bedömningen ska vara praktisk användbar.

I en stor prospektiv studie med 4 800 patienter kunde man inte identifiera individer som senare kom att ta livet av sig, trots extensiv användning av kliniska bedömningar och olika skattningsskalor [4]. På våra psykiatriska kliniker gör vi trots det dagligen tusentals individuella suicidriskbedömningar utifrån riskfaktorer funna på gruppnivå. Vi kan bara hoppas att vi på detta sätt tillsammans minskar den totala

dödligheten i suicid, trots att den enskilda bedömningen är mycket osäker.

Vår franska kollega blev dömd för vållande till annans död på grund av en riskbedömning som senare visade sig vara felaktig. Trieman et al har uppskattat en årlig frekvens av allvarligt våld – dock inte dödligt – hos individer som skrivs ut från psykiatrisk klinik till ca 0,5 procent [5]. Om man antar en sensitivitet och specificitet i bedömningen med 70 procent kommer sannolikheten att patienten allvarligt skadar någon efter en friande bedömning att vara 0,2 procent (dvs en på 465 friande bedömningar).

För att vara säker på att inte bli dömd för vållande till annans död måste psykiatern tvångsbehandla 465 patienter som hon egentligen bedömer som ofarliga. Att över huvud taget tvångsvårda människor som man vid en psykiatrisk bedömning inte anser farliga eller i behov av oundgänglig vård torde vara mot lagstiftarens intentioner. Även advokater måste inse det orimliga i ett sådant förfarande.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Trenning-Himmelsbach A. Psykiater dömd för patients mord. Läkartidningen. 2013;110:14.
2. Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests 2: Predictive values. BMJ. 1994; 309(6947):102.
3. Palmstierna T. Look out for ethical costs of violence prediction [rapid response, 4 aug 1999]. <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/look-out-ethical-costs-violence-prediction> [citerat 21 dec 2012].
4. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. Arch Gen Psychiatry. 1983;40(3):249-57.
5. Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. BMJ. 1999;319(7201):13.



HANS OLSSON

med dr, överläkare, vuxenhabiliteringen och psykosvården, Länsjukhuset Ryhov, Jönköping
hans.olsson@lj.se