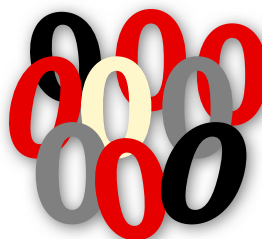


Nollvision för självmord – vad är alternativet?

Det ligger i nollvisionens natur att den är ouppnåelig. Likafullt är det svårt att se hur något alternativ skulle fungera bättre som riktmärke för den kliniska handläggningen.



De skäl som Holm och Sahlin anger mot regeringens nollvision för självmord (LT 17/2009, sidorna 1153-4) förtjänar en närmare diskussion.

1. Skam och stigmatisering. Det är lätt att sympatisera med att efterlevande till självmordsoffer behöver stöd och ska mötas med empati. Tragiken när en människa tar sitt liv lär dock knappast minska om nollvisionen tas bort eller ersätts av någon annan vision.

2. Utökad tvångsvård. En kraftigt utökad tvångsvård har hittills inte varit, och behöver inte vara, en konsekvens av nollvisionen. Att rätt avväga tvång hör till psykiatriens mest grannliga uppgifter. Tvång har inget eget värde men kan befrämja egenvärdet psykisk hälsa. Den temporära förlusten av autonomi kan kompenseras av att den personliga integriteten respekteras under vårdtiden. Tacksamheten som vårdens personal kan möta för att den tog över när självmordsnära patienter inte själva kunde handla rationellt vittnar om tvångsvårdens berättigande.



JAN-OTTO OTTOSSON
professor emeritus,
Göteborg
janotto@bredband2.com

3. Nollvisionen är oförenlig med läkarassisterat självmord. Det är givetvis omöjligt att hävda en nollvision för självmord och att samtidigt sanktionera läkarassisterade självmord. Holm och Sahlin verkar inte främmande för att rätten till självvalt livsslut ska överordnas nollvisionen. Här går meningarna isär. Möjligen kan en ofruktbar ideologisk konflikt lösas om självmordens olika bakgrund beaktas.

4. Självmord är en heterogen grupp. Det stora flertalet självmordshandlingar begås under inflytande av psykiska störningar eller droger, som följd av stressreaktioner eller ökade belastningar och konflikter. De karakteriseras av förtvivlan snarare än av övervägande, av kaos snarare än av rationalitet. Människor kan å andra sidan fatta väl övervägda beslut att beröva sig livet. Bakgrunden kan vara kroppslig sjukdom med dålig prognos och svårt lidande, politisk förföljelse eller tortyr. Dessa rationella, logiska eller filosofiska självmord kännetecknas av målmedvetet genomförande. De präglas av saklighet mer än känslor.

Systematiska analyser visar att rationella självmord är ovanliga under de sociala och kulturella betingelser som råder i västvärlden. Svenska kartläggningar av suicidoffer har visat att någon psykisk störning inte gått att påvisa i

Utan nollvision är det risk för att världens och samhällets fokus på suicidprevention minskar.

2–5 procent av fallen [1-4]. Det har dock i flertalet fall berott på att uppgifterna varit bristfälliga och tillåter inte slutsatsen att handlingarna varit rationella.

Två etiska principer riskerar att komma i konflikt med varandra vid handläggning av suicidproblem: respekten för livet och respekten för självbestämmandet. Å ena sidan ska sjukvården göra vad som är möjligt för att rädda liv, å andra sidan har en människa rätt att bestämma över sitt eget liv [5].

De som har en genomtänkt, helgjuten och välmotiverad önskan att ta sitt liv, inte visar tecken till psykisk störning och inte är påverkade av alkohol eller narkotika bör visas respekt för sitt självbestämmande. Vården har rätt att avstå från preventiva åtgärder. Möjligen kan också läkarassisterat självmord eller eutanasi komma ifråga, även om skälen mot sådana åtgärder väger tyngre än skälen för [5].

De som utför självmordshandlingar under inflytande av psykiska störningar, påverkan av droger, i akuta stressreaktioner och över huvud taget under mer eller mindre kaotiska förhållanden har rätt till prevention och vård, om lagens kriterier är uppfyllda även med tvång. Ambivalensen hos den suicidala patienten

är vanligen så stor och jämvikten mellan önskan att leva och att dö så labil att självmordsavsikten ofta är av övergående karaktär.

Uppdelningen i kaotiska och rationella självmord tar hänsyn till skiftande bakgrunder. I praktiken finns dock uppenbara svårigheter att avgöra om självmordstankar eller -handlingar är rationella eller kaotiska. En psykisk störning behöver inte innebära irrationalitet, lika litet som frånvaro av psykisk störning garanterar rationalitet. Kaotiska självmord kan te sig rationella för dem som begår dem, utifrån deras låsta tankebanor och snäva perspektiv på tillvaron. Inställningen behöver inte vara konstant utan kan variera med det psykiska tillståndet och de yttre omständigheterna. Önskan att dö finns parallellt med önskan att bara komma bort eller ändra på tillvaron.

Mellan de rationella och kaotiska självmorden finns glidande övergångar. Den hos cancerpatienter fördubblade incidensen av självmord [6] kan uppfattas som en följd av rationella överväganden, men en finländsk analys visar att självmordet oftast begicks när cancersjukdomen var under kontroll. Patienterna visade tecken på depression, hade gjort självmordsförsök innan de insjuknade och visade på det hela taget ett mönster som vid kaotiska självmord. Det går därför inte att hävda att cancerpatienters självmord som regel är rationella [7]. Frågan aktualiseras ofta i jourverksamhet, där det inte finns mycket utrymme för etisk analys och där det medicinska handlandet måste gå snabbt om det

över huvud taget ska vara meningsfullt. På grund av de rationella självmordshandlingarnas ovanlighet löper man minst risk att handla fel om man i sådana situationer alltid prioriterar respekten för livet. I de inte ovanliga fall där svårt och obotligt sjuka väljer att förkorta sitt liv genom att sluta äta och dricka torde det numera vara enighet om att vården har rätt att avstå från livsuppehållande åtgärder. Om patient och närstående önskar kan läkare och annan vårdpersonal också ge symptomlindring och stöd under de sista stunderna.

I sin kritik av nollvisionen för självmord ger Holm och Sahlin ingen alternativ vision. Att avskaffa visionen skulle rimma dåligt med att självmorden oftast har en bakgrund i psykiska sjukdomar, missbruk, kriser och andra förhållanden som är tillgängliga för vård och stöd. Frånvaro av visionen skulle också minska vårdens och samhällets fokus på suicidprevention och medföra risk att den nu avtagande trenden bryts.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand* 1979; Suppl 277.
- Åsgård U. Suicide among Swedish women. A psychiatric and epidemiologic study [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1990.
- Runeson B. Suicide and mental disorder in Swedish youth [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet; 1990.
- Waern M. Suicide in late life [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2000.
- Ottosson JO. Psykiatrisk etik. Stockholm: Liber AB; 2005.
- Allebeck P, Bolund C. Suicide and suicide attempts in cancer patients. *Psychol Med*. 1991;21:979-84.
- Hietanen P, Lönnqvist J. Cancer and suicide. *Ann Oncol*. 1991;2:19-23.

REPLIK Holm och Sahlin svarar i ett kommande nummer.

Motsägelsefullt om nollvision för självmord

■ Holm och Sahlin (HS) fastslår i sin artikel om självmorden i Sverige (LT 17/2009, sidorna 1153-4) att självmorden utgör ett nationellt trauma, att de rymmer ett oerhört lidande – inte minst för anhöriga och efterlevande – och att en efterlevandegrupp (SPES) välkomnar regeringens nollvision för självmord.

HS belyser också det faktum att självmorden minskat med 30 procent de senaste 25 åren, från 2 200 till 1 400 per år, samt de stora möjligheter som finns för att arbeta både preventivt och behandlande.

Men sedan blir det mera svårbegripligt. HS menar att det finns »goda skäl att inte ha en nollvision för suicid« [1] och uttrycker sin kritik i form av fyra argument:

- Nollvisionen skulle öka »skam och stigmatisering«
- En nollvision skulle »genom kraftigt utökad tvångsvård... öka suicidalitet«
- Nollvisionen skulle vara »oförenlig med läkarassisterat självalt livsslut«
- »Nollvisionen bygger på antagandet att alla personer som tar sitt liv oftast gör detta till följd av ett sjukligt tillstånd och att det inte vid något tillfälle finns rationella skäl som kan vara acceptabla«.

Det märkliga med de två första argumenten är att de helt saknar evidens i sunt förnuft eller i av HS angiven forskning. För att förstärka sina »goda skäl att inte ha en nollvision för suicid« framhåller HS att tvångsvård kan vara »fängelselik«, att vården utgör »ett mycket stort ingrepp i den personliga autonomin och integriteten« och att den är »klart stigmatiserande«.

Som stöd för idén om skam och stigmatisering citeras Nietzsche, som likt många både före och efter honom har konstaterat att sorgligheter kan hållas i schack med tanken att: »om allt går åt skogen så kan jag ta livet av mig«. Att sådana vanligt förekommande tankar skulle kunna stödja stigmatisering är svårt att se.

Det fjärde argumentet konstaterar att det också kan finnas människor som utan att vara psykiskt sjuka eller störda kan finna att livet inte längre är värt att leva. Det är en trovärdig verklighetsbeskrivning, men som argument mot en nollvision för självmord är den till synes irrelevant.

Den i mitt tycke motsägelsefulla argumentationen kring självmord blir något begripligare vid granskning av det tredje argumentet. Statens medicinsk-etiska råd, SMER, har nyligen i en rapport till regeringen förordat möjligheten av läkarassisterat självmord.

Eftersom en av artikelförfattarna är medlem i SMER, och det »finns vissa som anser« (läs SMER; min anmärkning) att det ska vara möjligt och »rätt att förskriva läkemedel med vars hjälp en mycket svårt sjuk person kan ta sitt liv«, ser HS en motsättning mellan denna eventuellt, framtida möjlighet och en nollvision för självmord.

Det går inte att frigöra sig från misstanken att HSs alla argument mot en nollvision för självmord (även om en sådan vision aldrig kan uppnås helt) syftar till att nu försöka bereda vägen för SMER:s förslag om möjligheten till läkarassisterat självmord. Och där är det förstås inte aktuellt med en nollvision.



»Att söka förhindra självmord har sedan länge varit en (om än svåruppnådd) självklarhet inom all sjukvård och speciellt inom psykiatri.«

Frånsett bristen på evidens i HS resonemang uppstår efter genomläsning av artikeln en allvarlig fråga: Ska vi avstå från en ibland nödvändig tvångsvård av en självmordsbenägen människa för att den människan inte ska känna skam och stigmatisering?

Att söka förhindra självmord har sedan länge varit en (om än svåruppnådd) självklarhet inom all sjukvård och speciellt inom psykiatri. Denna strävan har förstärkts av »nollvisionen för självmord«.

Lösningen på HS dilemma finns i deras artikel. Det rör sig om två olika grupper: i det ena fallet »människor som har ett långt liv framför sig«, i det andra »personer som har några veckor kvar att leva under outhärdliga smärtor«.

Vi får leva med att all mänsklig problematik kring självmord inte går att bedöma efter en och samma (SMER-)mall och undvika konstruerade argumentationer.

Tord Bergmark
specialist i psykiatri
och allmänmedicin,
leg psykoterapeut, Stockholm
kognitiv.psykiatri@telia.com

REPLIK Tord Bergmark får svar på nästa sida av Herman Holm och Nils-Eric Sahlin.

REPLIK TILL TORD BERGMARK:

Mål och medel för suicidprevention

■ Vi välkomnar Tord Bergmarks kommentarer till vår debattartikel (LT 17/2009, sidorna 1153-4) om nollvision för suicid inte minst för att de bidrar till ett samtal om denna viktiga fråga.

Vi konstaterar att vi är eniga om målet, det vill säga att i så stor utsträckning som möjligt få ner de fortfarande höga talen för personer som tar sitt liv. Vi verkar också vara eniga om att nollvisionen är en vision som »aldrig kan uppnås helt«.

Vi beskylls för att sakna vetenskaplig evidens för argumentationen beträffande skam i samband med suicidproblematiken. Som kliniskt arbetande läkare har den ene av oss vid många tillfällen sett skammen i ögonen på dem som försökt att avsluta sitt liv när de möter sina barn, syskon, äkta hälfter eller föräldrar.

Självklart finns det även en del skrivet om detta. En översiktsartikel om stigmatisering och suicidproblematik beskriver att bearbetning av traumat efter ett självmordsförsök är svår just utifrån ett skamperspektiv [1].

En annan nyligen publicerad artikel slår fast att stigmatisering i förbindelse med psykisk sjukdom har minskat, med ett undantag, nämligen just suicid (»suicide remains nearly as stigmatized as ever«) [2].

Det antyds att vår text »syftar till att nu försöka bereda vägen för SMERs förslag om möjligheten till läkarassisterat självmord«. Det är inte korrekt. Vad vi säger är att en nollvision kan användas som ett argument mot rätten till självalt livsslut. Socialminister Göran Hägglund har till exempel med hänvisning till nollvisionen, som vi tolkar det, undvikit en djupare

»Det antyds att vår text 'syftar till att nu försöka bereda vägen för SMERs förslag om möjligheten till läkarassisterat självmord'. Det är inte korrekt.«

diskussion kring detta svåra ämne, vilket vi tycker är olyckligt [3].

Den ene av oss har i mer än tjugo år arbetat som psykiater och i den rollen fattat hundratals beslut om intagning med hjälp av tvångsvårdslagar i situationer där det ofta funnits risk för suicid. Vid sällsynta tillfällen har det förekommit att personer misslyckats med att ta sitt liv och det varit omöjligt att se någon bakomliggande psykisk ohälsa.

För att ge ett tydligt svar på frågan om vi ska »avstå från en ibland nödvändig tvångsvård av en självmordsbenägen människa« är svaret *absolut inte* om denna person uppfyller kriterierna för psykiatrisk tvångsvård, vilket förutsätter att suicidtankar/-försök är en följd av allvarlig psykisk störning.

Däremot finns det i dag varken laglig grund för och inte heller, anser vi, skäl för att med tvång förhindra självmord hos fullt beslutskapabla och psykiskt friska individer. Lika lite som det finns skäl för att förvägra en svårt sjuk individ valet att inte vilja underkasta sig behandling. Men dessa frågor är svåra och behöver diskuteras både i läkarkåren och ute i samhället.

1 400 fullbordade suicid per år är en i alla avseenden skrämmande siffra. Lägg till cirka 10 000 vårdtillfällen till följd av självmordsförsök (en

siffra som inte minskar utan snarare ökar). Undersökningar visar att cirka 10–20 procent av befolkningen då och då funderar på att ta sitt liv. Att sådana tankar i vissa lä-

gen paradoxalt nog kan vara livräddande (Nietzsche-citatet i vår debattartikel) är värt att reflektera över inte minst utifrån ett skamperspektiv och en nollvision.

Herman Holm

psykiater, f.d. chef för psykiatri, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, numera utredare på Sveriges Kommuner och Landsting
Herman.Holm@skane.se

Nils-Eric Sahlin

professor i medicinsk etik, Lund, medlem i Statens medicinska rådet (SMER)
Nils-Eric.Sahlin@med.lu.se

REFERENSER

1. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2005;41:14-21.
2. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry*. 2008;32:136-42.
3. Artikel av Göran Hägglund i Svenska Dagbladet 27 december 2008; även publicerad i tidskriften Moderna läkare nr 1/2009 p. 11. <http://www.modernalakare.se/media/776460/ml0901webb.1.pdf>