

SLUTREPLIK OM PREVENTION AV SUICID:

Nollvisionen ger viktiga signaler

■ Holm och Sahlin skriver i en replik i LT 23/2009 (sidan 1578) till Danuta Wasserman m fl och Jan-Otto Ottosson, under rubriken »Nollvision skapar nya tabun«, bl a: »När Wasserman och hennes kollegor ... menar att vi med vårt synsätt skulle bidra till uppgivenhet och att inget finns att göra känner vi att det hela måste röra sig om ett missförstånd.« Holm och Sahlin skriver i nästa andetag: »Det är viktigt, oerhört viktigt, att vår vision fokuserar på dem som har en psykisk behandlingsbar sjukdom och att vi satsar på prevention.«

Vi delar inte uppfattningen att preventionen ska fokusera enbart på dem som har en psykisk, behandlingsbar sjukdom. Att vi alla någon gång i livet kan se döden som en utväg är inte en mänsklig brist, det är att vara mänskliga. Men att då inte få stöd att se andra, alternativa lösningar på de mänskliga problemen bara för att det saknas en psykiatrisk diagnos, det skulle vara orimligt.

Nej, vi menar att preventionen av psykisk ohälsa ska komma alla till del – även dem som Holm och Sahlin menar är »fysiskt och psykiskt friska, fullt rationella och beslutskapabla, som vill ta sina liv«.

En vision är ett inriktningsmål och ett folkhälsomål, som mycket väl kan ha delmål på vägen, t ex att halvera antalet suicid inom tio år, så som Holm och Sahlin föreslår. En föregångare är nollvisionen för trafikdöden, som uppmanar till agerande på bred front. Regeringen har slagit fast inriktningen inom suicidpreventionen med en nollvision; det vore oklokt att gå på tvärs mot detta, riva upp 0-visionen och byta den mot vilken siffra som helst. Signälvärdet till den som

»Vi ser det som oerhört glädjande att en så stor enighet finns kring inriktningsmålet nollvisionen.«

själv mår dåligt och till de närstående att »varje liv är värt att rädda« skulle vi gå miste om då.

Holm och Sahlin skriver om »fysiskt och psykiskt friska personer, fullt rationella och beslutskapabla, som vill ta sina liv«. Detta påstående bör ses i ljuset av att mycket få suicidala personer ser sig själva som förmögna att klara av sina problem och sin psykiska smärta – som ofta kommer av olika, fullt naturliga livskriser eller, om man så vill, svåra livshändelser som slagit undan benen på dem rent psykiskt. Döden är för dem, under en kortare eller längre period, det enda alternativet. Omgivningen uppfattar vanligen självmordet som en impulshandling, ofta svårt att förstå varför det hände just då, även om man varit medveten om de riskfaktorer som förelegat. En akutinsats kan göra skillnad.

För vården innebär en nollvision att det ska finnas kunskap och rutiner för att identifiera risk- och stödfaktorer samt vidta åtgärder som stärker stödfaktorerna och motverkar riskfaktorerna.

En nollvision ger en stark signal till hälso- och sjukvården att värna om den högsta kvaliteten när en suicidal person eller dennes familj söker hjälp.

Det är ingen som anser att den suicidnära personen alltid är psykiskt sjuk. Därför bör agerandet och stödet vara sådant att dessa »friska människor« visas på andra alternativ än att avsluta sitt liv.

För övrigt vet vi att suicidala tankar kan försvinna från en dag till en annan, vilket även detta är mänskligt och helt naturligt. Möjligheten att rädda liv är alltså stor, även om vi inte alltid hinner fram i tid. Kunskap och beredskap bör också finnas hos fler än inom bara hälso- och sjukvården och psykiatrin. Här kommer folkhälsoperspektivet åter som en viktig förutsättning för bred uppslutning.

Regeringen förespråkar också en folkbildningssatsning för att öka allas vår kunskap om psykisk ohälsa. Regeringen har även angett en rad åtgärder som syftar till att förebygga självmord och stärka den psykiska hälsan, vilka samtliga kan betraktas som delmål med inriktning noll-

vision. Det saknas alltså inte utrymme för att sätta upp delmålet att halvera antalet suicid på tio år.

Vi ser det som oerhört glädjande att en så stor enighet finns kring inriktningsmålet nollvisionen. Tvärpolitiskt och tvärvetenskapligt kan kunskapen om psykisk ohälsa och suicid öka, varvid tabueringen långsamt faller.

Holm och Sahlin föreslår en konferens för fortsatt samtal. Det finns ett ypperligt tillfälle till nationell samling kring ämnet redan i november i Lund, då den sjunde nationella nätverkskonferensen för suicidprevention äger rum. Många olika perspektiv på suicidalitet kommer att presenteras. Denna konferens vill vi varmt rekommendera alla intresserade att delta i.

Danuta Wasserman

chef för Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP); professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska institutet

Jan Beskow

professor, psykiater; forskare i suicidprevention, Västsvenska nätverket för suicidprevention (WNS), Göteborg

Lars Jakobsson

professor, överläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Björn Spångberg

chefläkare, psykiatrin i Halland

Anette Falkenroth

psykiatrichef, Halland

Bruno Häggfö

professor, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri, Umeå universitet

Karl-Otto Svärd

psykiater, tillsynsläkare, Socialstyrelsen; WHO European National Mental Health Counterpart

Henrik Almkvist

chefläkare, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting

Wolfgang Rutz

enhetschef, Hälsofrämjande psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala; professor i socialpsykiatri, Universitetet i Coburg; regional rådgivare för psykisk hälsa i Europa 1998–2005, WHO

Per-Anders Rydelius

professor, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri, Karolinska institutet, Stockholms läns landstings BUP-division

Mia Franzén

jur kand, koordinator, NASP

Djupare kunskap om suicidalitet nödvändig

Kognitiva perspektiv på debatten om nollvision

Nollvisionen om suicid är viktig som ledstjärna. Principen om självbestämmande kan inte användas som argument mot den. Den skapar inte fler tabun utan väcker engagemang och debatt som bidrar till avtabuering. Ny kunskap om suicidalitet inom kognitiv beteendeterapi är viktig för såväl debatt som kliniskt arbete.

Hur kommer det sig att vetenskapligt kritiska, erfarna och välmenande författare kommer till så olika slutsatser som i diskussionen om nollvisionen för suicid? Svaret är förstås lika enkelt som grymt. Ingen av oss som deltagit i debatten har särskilt mycket relevant kunskap om den suicidala processen, även om okunskapen som alltid är litet ojämnt fördelad.

Suicidalitet är ett problemområde i sin egen rätt [1]. Forskning baserad på kognition- och emotionsteori har tillfört ny kunskap [2]. Kognitionerna, de verktyg vi tänker med och framför allt de tankebanor vi fastnat i, är baserade på språket [3]. Vi kan helt enkelt inte tänka det som vi inte har språk för. Ett torftigt språk ger ett torftigt tänkande. Att ändra tänkandet innebär att ändra språket.

1. Suicidalitet. Vad vet vi då med någorlunda säkerhet?
 • *Suicidalitet är en övervägande kognitiv process, som analytiskt ska skiljas från psy-*

kisk sjukdom även om interaktionen är betydande. Suicidaliteten varierar enormt till upplevelse och funktion.

• *Psykisk störning och missbruk är vanliga riskfaktorer.* Över 90 procent av dem som tar sitt liv har någon form av psykisk störning. Diagnostik och behandling med psyko-farmaka eller psykoterapi är och förblir en grundsten i suicidalprevention. Synen på suicidalitet som symtom på psykisk störning är därför berättigad i många situationer och för vissa syften. Där-om är vi överens. Som alla modeller har den psykiatriska sjukdomsmodellen dock sina begränsningar. Den kan t ex inte vara en övergripande modell för suicidalitet.

• *Suicidalitet som del i en problemlösningsprocess.* Att tänka på död och suicid i plågsamma stunder är normalt och funktionellt. Vid smärtsamma påfrestningar är det inte sällan den första tanke som dyker upp. Suicidalitet förekommer således inte enbart i slutstadiet av en depression. Övertygelsen att suicid är den enda utvägen kan vara bergfast under årtal, för att sedan plötsligt försvinna genom en förändrad situation. Detta är av betyd-

se för de debattörer som uppfattar denna övertygelse som den slutgiltiga inställningen.

• *Normal suicidalitet kan övergå i livsfarlig psykopatologi.* Om dess funktion som ihärdig varningsklocka inte leder till problemlösning fortsätter »brandvarnaren« att tjuta. Vidmakthållande mekanismer uppträder här som vid utvecklingen av ångest- och depressionstillstånd. Minskad problemlösningsförmåga, generalisering och ältande (att älta är en ofullgånge problemlösning) är de hittills bäst kända [4, 5].

• *Risken för psykiska olycksfall är ökad.* Att en person, som är överväldigad av psykisk plåga, ångest och depression och som inte står ut en dag till, kan ha svårt att hantera nya, även minimala påfrestningar låter inte särskilt uppseendeväckande. Trots en lång suicidal process kommer många suicid oväntat. Trots att detta tillhör psykiatrer-nas yrkesvardag har flera av dem svårt att se poängen i ett olycksfallsperspektiv eller värdet av att tillgodogöra sig teoretiska landvinningar inom olycksfallsforskningen.

2. Frihet. När den svårt plågade människan tänker på suicid som en möjlig lösning viker vanmaktskänslan, och hon kan ta nästa steg framåt. Att i ett personligt samtal respektera hennes frihet att själv bestämma är därför en nödvändig förutsättning för att hon ska kunna hantera sin situation. Även på denna punkt tror jag att det finns en hög grad av samsyn. Respekten för den suicidala människan och viljan att dela hennes smärta förändrar emellertid det empatiska uttrycket »Jag



Mykel Nicolaou/Rex Features/BL Bildbyrå

Att tänka på död och suicid i plågsamma stunder är normalt och funktionellt.

förstår dig!« till det mer rättvisande »Jag förstår dig inte! Berätta mera!« Terapeuten ger sig ut på minerad mark.

En grupp internationellt erkända suicidologer har lyft fram det oavvisliga kravet att i större utsträckning än som nu sker ta med den suicidala patienten i lösningen av hennes eget problem [6]. Suicidpreventionen behöver detaljerade problemlösningsstrategier, i vilka patienten bidrar med sin unika kunskap om sig själv och sin situation, och där terapeuten bidrar med sina teorier och tekniker. Suicidalitet är till stor del ett interpersonellt problem. Respekten för den suicidala människan innebär dock inte ett accepterande av hennes aktuella verklighetstolkning.

3. Tabu. Under 1 600 år har kriminalisering, religiös förföljelse och förlust av såväl frihet som det eviga livet använts för att understryka förbudet att språka om suicidalitet och utföra suicidala handlingar. Detta har satt djupa och till stor del omedvetna spår i vår kultur. En rad myter, t ex »Den som vill ta sitt liv gör det ändå förr eller senare«, har som främsta funktion att upprätthålla tabu och därmed ge legitimation åt passivitet.

Tabueringen av suicidalitet börjar nu långsamt lättas. Därmed framträder skiftande uppfattningar tydligare. Mål på samhällsnivå och individuella mål sammanblan-



JAN BESKOW
 professor, Göteborg
 jan.beskow@
 cognitivterapi.se

das dock ofta. Detta kan frustrera en person som behöver känslan av handlingsfrihet för att orka leva vidare. Detta kan vara ett psykoterapeutiskt problem. Men att generalisera detta till att det är samhällsvisionen som bör ändras är orimligt. Om det överhuvudtaget säger något om tabuering är det väl nödvändigheten av att inte ge ordet en orimligt vid innebörd.

Att nollvisionen tycks vara det enda som får det att bränna till i suiciddebatten och främja kunskapsspridande samtal är väl ett argument så gott som något om att visionen bidrar till avtabueringen.

Slutsatser

1. Den viktiga principen om självbestämmande kan inte användas som argument mot nollvisionen.
2. Nollvisionen skapar inte fler tabun – det finns redan tillräckligt många – utan väcker engagemang och debatt som bidrar till avtabuering.
3. Den framväxande nya kunskapen om suicidalitet inom KBT är viktig att ta till vara i såväl debatt som kliniskt arbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention – a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009.
2. Ellis TE, editor. Cognition and suicide. Theory, research, and therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
3. Beskow J, Palm Beskow A, Ehnvall A. Suicidalitetens språk. Lund: Studentlitteratur; 2005.
4. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Beck AT. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. J Abnorm Psychol. 2005; 114:421-31.
5. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Van der Does AJ, Segal ZV. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. J Affect Disord. 2006;91:189-94.
6. Michel K, Maltzberger JT, Jobes DA, Leenaars AA, Orbach I, Stadler K, et al. Discovering the truth in attempted suicide. Am J Psychother. 2002;56:424-37.

REPLIK TILL KJELLIN M FL OM KVALITETSREGISTER INOM PSYKIATRIN:

Ska toppstyrd registerforskarindustri ersätta patientnära forskning?

■ Om kvalitetsregister kan man tycka olika. Medan företrädarna för de somatiska registren förespråkar mycket få variabler [1] menar de psykiatriska kvalitetsregisterhållarna att många och detaljerade frågor om t ex läkemedelsbiverkningar ska ställas till tusentals patienter årligen i decennier [2].

När jag tidigare hävdade att flertalet psykiatriska kvalitetsregister, som i sig är otillräckliga för klinisk forskning, hotade lokala forskningsregister genom att ifyllande av två register på samma patienter var ogörligt [3], förstod jag inte att dagens scenario var lagligt. Men psykiatrisregisterhållarna har rätt – man kan få fram i stort sett oändlig kunskap utifrån kvalitetsregistren, förutsatt att man gör avsteg från tidigare löften. Denna typ av studie är redan igång:

Patienter med bipolär sjukdom, som muntligen accepterade sin läkares förfrågan om att delta i ett kvalitetsregister, försäkrades om att registrets syfte *enkom* var för lokal kvalitetsuppföljning (men i verkligheten också därför att en del av ersättningen till de psykiatriska klinikerna inom Stockholms läns landsting styrs av hur stor andel av patienterna som är registrerade i kvalitetsregistret).

De har också utlovats full sekretess, men plötsligt kontaktas de nu per brev och telefon av en för dem helt okänd person och tillfrågas om de kan tänka sig att delta i en telefonintervju, lämna blodprov för genetisk analys och godkänna att registerutdrag görs från andra nationella register för samkörning (Medicinska födelseregistret, Utbildningsregistret, Värn-

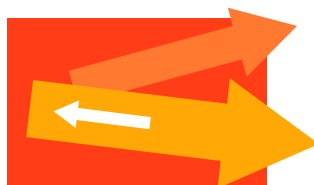


Illustration: Airi Iliste

»Tiden för den patientnära och hypotesdrivande, decentraliserade forskningen, genomförd och kontrollerad av erfarna kliniker och med patienten i fokus, tycks vara förbi.«

pliktsregistret, Flergenerationsregistret, Läkemedelsregistret, Patientregistret och Folkbokföringsregistret).

Patientens egen läkare är nu avtackad för att ha inkluderat patienten i kvalitetsregistret, men är helt fränköplad, eftersom denne, i samma stund som data matades in i kvalitetsregistret, avsåg sig kontrollen över informationens framtida användning. Denna procedur kommer fortsättningsvis att gälla för alla data i psykiatriska kvalitetsregister, vilket patienterna åtminstone bör vara informerade om.

Jag kan tycka att det finns etiska problem kring ovanstående förfaringssätt, men det möjliggör givetvis publicering av unika data i ett oändligt antal artiklar. Mot den bakgrunden förstår jag att Kjellin och medarbetare avfärdar en tvåårsuppföljning av centralstimulantia-behandlade patienter som »en korttidsstudie«, trots att det är den längsta prospektiva behandlingsstudien på

vuxna med ADHD som hittills har gjorts [4].

Vi står uppenbarligen inför ett paradigmskifte också inom klinisk forskning: Tiden för den patientnära och hypotesdrivande, decentraliserade forskningen, genomförd och kontrollerad av erfarna kliniker och med patienten i fokus, tycks vara förbi. Den ersätts, snarare än kompletteras, av en toppstyrd, kvasiklinisk registerforskarindustri där ingen i forskarlaget någonsin har träffat den aktuella patienten och där ingen kan borga för kvaliteten i datainsamlingen.

Jag erkänner att jag var naiv när jag trodde att den förra hade en framtid i dagens psykiatriska vård; det har den kanske inte.

Susanne Bejerot

psykiater, med dr,
Norra Stockholms psykiatri
susanne.bejerot@sl.se

REFERENSER

1. Garelick G, Lindahl B, Gudbjörnsdottir S, Lindblad S, Lundström M, Spångberg K, et al. Kritiken visar behov av ökade kunskaper om registrens syfte. Läkartidningen. 2009;106:1749-50.
2. Kjellin L, Andersson H, Baghdasarian E, Hagelback-Hansson F, Henriksson Halldner L, Lago C, et al. Psykiatriens kvalitetsregister är inne i en period av intensiv utveckling. Läkartidningen. 2009;106:1834-5.
3. Bejerot S. Kvalitetsregister – hot mot vårdkvalitet, arbetsmiljö och klinisk forskning? Läkartidningen. 2009;106:986.
4. Bejerot S, Rydén E, Arlinde C. Two years outcome of central stimulant medication in adult attention deficit hyperactivity disorder – a prospective study. J Clin Psychiatry. In press.

Utmanande
saklig

Läkartidningen