

Är det dags att tänka i nya banor?

Frekventa suicidriskbedömningar kan öka faran för självmord

Ständiga suicidriskbedömningar, enligt exempelvis »suicidstegen« mall, tar ifrån patienten ansvar och ökar därmed självmordsrisken, hävdar två specialister i allmänpsykiatri.

Ska man fråga patienter om deras eventuella suicidtankar? Kan man suicidriskbedöma en patient utan att fråga? För suicidriskbedömningen, enligt Socialstyrelsens rekommendationer, med sig något gott? Är det dags att tänka i andra banor kring dessa bedömningar?

Vid en suicidriskbedömning kan bedömaren använda olika metoder att ställa frågor eller olika screeningverktyg. Den vanligaste metoden är förmodligen den så kallade suicidstegen. Denna börjar med frågor till patienten huruvida han eller hon känner sig nedstämd och om livet känns hopplöst. Därefter »klättrar« de vidare i allvarlighetsgrad till frågor om tankar på att ta sitt liv och slutligen till uttänkta planer för hur patienten ska ta sitt liv. Bedömningen kan till exempel bli: »Patienten har dödstanke men inga suicidtankar.«

Suicidstegen har använts som ett pedagogiskt grepp för att ge den oerfarne bedöma-

ren ett verktyg för att prata om suicidalitet med en psykiskt sjuk patient. Teorin är att den deprimerade patienten inte riktigt vill prata om sina mörkaste tankar och att bedömaren, via väl avvägda frågor, ska kunna leda in samtalet på dessa ämnen.

Suicidstegen har aldrig varit tänkt som ett screeningverktyg. Den är inte evidensbaserad. Den förutspår inte framtida suicid. Något prediktivt värde i samband med detta test har aldrig fastställts. Vid Socialstyrelsens granskningar efter suicid är det ändå en återkommande kritik om suicidriskbedömningar inte utförts enligt suicidstegen.

Suicidriskbedömningen anses ofta vara psykiatriens viktigaste bedömning. Tanken är att den är psykiaterns främsta möjlighet att förhindra för tidig och undvikbar död. Vi ifrågasätter om en tillförlitlig suicidriskbedömning är möjlig att göra över huvud taget.

En suicidriskbedömning förväntas gälla en månad framåt. En person med emotionell instabilitet kan få både döds- och suicidtankar flera gånger varje dag. Under en månad innebär det dödstanke över hundra gånger. Under denna tid förväntas suicidriskbedömningen gälla.

På en månad hinner en människa hamna i konflikt med sina vänner, bryta upp

med sin partner, förlora jobbet eller utsättas för andra livsomvälvande kriser. Under denna tid förväntas suicidriskbedömningen gälla.

Vi menar att det tyvärr bara är en myt att det går att förutsäga huruvida en annan människa kommer att ta sitt liv. Och det är en myt som ingen tjänar på att vi upprätthåller.

Socialstyrelsen menar att den bäst lämpade att göra en suicidriskbedömning är den med högst titel. En tillfällig hyrläkare som är specialist gör en bättre bedömning än en erfaren ST-läkare, som i sin tur gör det bättre än den behandlare som träffar patienten varje vecka. Om ett suicid sker kommer alla inblandade, utom specialisten, att få kritik för att de inte bad en mer utbildad kollega att göra bedömningen.

Ett suicid som inträffar inom en månad från senaste

kontakt med sjukvården ska anmälas enligt lex Maria. Orsaken till detta anges vara möjligheten att hitta systemfel och inte att peka ut någon enskild. Ett suicid jämförs med till exempel en flygplanskatastrof där en katastrofutredning ska göras för att se om katastrofen går att undvika nästa gång.

Problemet är att den myndighet, Socialstyrelsen, som ska göra eller ha överinseende över katastrofutredningen jämför händelseförloppet med riktlinjer som, enligt oss, inte har tillräcklig evidens. Resultatet blir en standardiserad pappersprodukt där klinikens rutiner för suicidbedömning efterfrågas och där man kontrollerar att suicidbedömningar gjorts och journalförts enligt mall.

Den personal som sist hade kontakt med patienten granskas noga av personer med facit i hand. De får svara på frågor om varför de inte rea-

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

 **BERNARD WILLEMS**
specialist i allmänpsykiatri; båda vid vuxenpsykiatri i Växjö

I den så kallade suicidstegen »klättrar« frågorna uppåt i svårighetsgrad tills man hamnar på frågan om hur patienten planerat att ta sitt liv.



gerat snabbare, varför man inte bitt någon mer utbildad om hjälp med bedömningen eller varför man inte journalfört en suicidbedömning enligt suicidstegen vid sista patientbesöket. Hur man ska kunna undgå att känna sig utpekad i den situationen är för oss en gåta.

Budskapet till läkare och behandlare är tydligt. För att slippa att bli anmäld eller kritiserad bör man alltid skicka en patient som talar om sina dödstanke till nästa, högre instans. Det är den sista personen som bedömer patienten som kan råka ut för kritik.

Dessutom kan man inte kritiseras om man lägger in patienter på avdelning, nekar permissioner och höjer tillsynsgrader. Detta trots att det inte finns något som talar för att höjd övervakning eller



»Budskapet till patienterna blir: 'Vill du dö får du hjälp, vill du leva får du klara dig själv!'«

avdelningsvård skulle vara livräddande på sikt.

Vad är då riskerna med att suicidriskbedöma vid alla samtal, enligt mall, i tron att man agerar för patientens säkerhet? Den mest uppenbara risken är att man håller fast

människor i en »suicidroll« genom att ideligen, i samtal efter samtal, prata om döden, även långt efter att patientens dödstanke försvunnit. Man påminner om, och förstärker, det sjuka istället för att förmedla hopp och styrka.

Man överbehandlar patienter och tar ifrån dem ansvar och känslan av att kunna påverka sin situation och hur man mår.

Man lär ut ett sätt att kommunicera där det bästa och snabbaste sättet att få hjälp är att förstärka sina tankar på döden eller sitt dåliga mående.

Budskapet till patienterna blir: »Vill du dö får du hjälp, vill du leva får du klara dig själv!« Vi menar att man faktiskt ökar suicidrisken genom att ständigt göra suicidriskbedömningar.

Vi har full respekt för att samhället skjuter till resurser och kräver åtgärder för att få ner suicidtal, men vi vänder oss mot att

- ha en övertro på suicidriskbedömningen
- suicidriskbedömningar ska ske vid alla samtal inom psykiatri
- suicidriskbedömningen ska ske utifrån en mall (till exempel suicidstegen) som inte var tänkt som ett screeningverktyg
- man premierar ett förhållningssätt som innebär vidaremittering, inläggning och övervakning av patienter
- man använder en lag för att utreda dödsfall som sker i potentiellt dödliga sjukdomar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*