

Suicidtankar går att uttrycka i ord

■ Kollegorna Albinsson och Willems hävdar i Läkartidningen 10/2010 (sidorna 696-7) att en tillförlitlig suicidriskbedömning inte är möjlig att göra och att frekventa suicidriskbedömningar med hjälp av exempelvis suicidstegen tvärtom riskerar att öka suicidrisken hos patienten. Finns det fog för dessa farhågor? Är det rentav så att den brist på strukturerade och journalförda suicidriskbedömningar som vi ser i dag i själva verket speglar en omsorg om patienten?

De flesta som är verksamma inom hälso- och sjukvården är nog eniga om att en god diagnostik är en förutsättning för att patienten ska kunna erbjudas adekvat behandling och att samtalet utgör en hörnsten i all läkekonst. Korrekt diagnostik vid suicidrisk kan vara livräddande men kompliceras av att patienter som umgås med tankar på att undfly en olidlig situation genom att ta sitt liv vanligen är deprimerade [1]. Depressiva symptom i kombination med de tabun som råder runt suicid kan utgöra effektiva hinder för samtal, varför suicidtankar sällan rapporteras spontant.

En suicidriskbedömning kräver således att behandlaren ställer frågor och genom sina frågor skapar ett klimat där det blir möjligt för patienten att berätta om sina tankar. Diagnostiska verktyg i form av skattningsskalor kan användas för att skapa struktur i samtalet men ersätter aldrig den kliniska bedömningen. Det finns emellertid gott vetenskapligt underlag för att en strukturerad bedömning av suicidrisken ökar möjligheten att bedöma om patienten överväger suicid [2].

Många patienter har en latent suicidrisk, och det är viktigt att nya behandlare väger in detta i behandlingsplaneringen. Journalen är ett arbetsredskap som ska för-

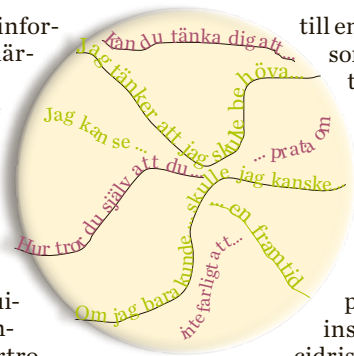
medla sådan information, och därför ska en övergripande suicidriskbedömning dokumenteras med jämna mellanrum.

Rätt utförd kan en suicidriskbedömning bli en förtroendeskapande krisintervention som bidrar till att en behandlingsallians etableras. Både riskfaktorer och skyddande faktorer ska vägas in, och olika behandlare bör ges möjlighet att bidra utifrån skilda perspektiv och relation till patienten.

Albinsson och Willems hävdar att Socialstyrelsen föreskriver att den med »högst titel« är bäst lämpad att göra den slutgiltiga bedömningen. Vår uppfattning är att suicidriskbedömningen är en vårdlagsuppgift och att den med högst kompetens, alltså en specialist i psykiatri, visserligen har det yttersta medicinska ansvaret men också ansvarar för att skapa en miljö där den samlade kunskap om patientens tillstånd som finns i behandlingsteamet och hos närstående vägs in i riskvärdering och vårdplanering.

Att samtala om patientens suicidavsikt upplevs av många behandlare som en av de största utmaningarna inom psykiatrisk vård. Samtalsmetodik är ett område som har försumrats när det gäller kompetenshöjande åtgärder, och diagnostiska verktyg som underlättar bedömningen är efterträngtade.

Nytan av tillgängliga instrument begränsas emellertid av att de inte är känsliga för akuta förändringar i patientens tillstånd eller situation. Om de dessutom i första hand används för att undvika kritik från Socialstyrelsen och inte som ett komplement



till en riskvärdering som gynnar patienten urholkas värdet ytterligare.

Det är viktigt att personal inom psykiatrisk vård erbjuds kompetenshöjande insatser för suicidriskbedömningar och att suicidpreventiva åtgärder och granskningar av vården upplevs som meningsfulla bidrag till det vi alla strävar efter, att minska dödligheten i suicid.

Alla diagnostiska hjälpmedel ska användas med omsorg, och alla kan missbrukas. Det är svårt och ibland omöjligt att förutsäga vem som kommer att ta sitt liv, och det finns inga verktyg som ger högre säkerhet än en noggrann klinisk bedömning. Struktur kan däremot underlätta för vårdgivaren, eftersom improvisation i en pressad situation kan resultera i att viktiga frågor inte ställs. Omsorgsfullt utförda suicidriskbedömningar hjälper

patienter att formulera sig och underlättar kommunikation mellan vårdgivare. Vi får inte glömma att myten att det är farligt att tala om suicid är stark och medför att en suicidbenägen person ofta omges av tystnad. Vi som arbetar inom vården måste framhålla i vårt samtal är viktiga och att även suicidtankar går att uttrycka i ord. Vår övertygelse är att tystnad, inte riskbedömningar, utgör den största faran för suicidnära personer och deras närstående.

Ullakarin Nyberg

överläkare, Norra Stockholms psykiatri, S:t Görans sjukhus, Stockholm
ullakarin.nyberg@ssl.se

Hans Gentzel

sjukhuspräst, Norra Stockholms psykiatri, S:t Görans sjukhus

REFERENSER

1. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.
2. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut; 2006.

Skattningsskalor mindre del i helhetsbedömning

■ Patienten »Erik«, 59 år, var skild och arbetslös, hade tre vuxna barn och ett nytt särboförhållande. 1996 vårdades han inliggande för depression. 1997 gjorde han ett suicidförsök. 2000 gjorde han ett nytt suicidförsök, lades in för slutenvård, fick elbehandling och skrevs ut med medicinering. Han hade psykiatrisk öppenvårdskontakt till 2006 och avslutade medicineringen på egen hand.

2008 gjorde Erik en resa till sitt tidigare hemland. Vid hemkomsten sökte han psykiakuten på grund av sömnsvår-

righeter och fick då recept på sömntabletter. Han sökte ånyo tre veckor senare, fortfarande för sömnsvårigheter, men hade nu också symptom på nedstämdhet och tankar på döden. Erik ordinerades antidepressiv medicin och remiss för uppföljning på vårdcentral. En vecka därefter gjorde Erik sitt tredje suicidförsök med 30 sömntabletter och 50 tabletter av ett antidepressivt läkemedel. Efter detta lades han åter in.

Erik fick en kortare permission som avlöpte väl. Redan nästa dag ville han ha

ytterligare två timmars permission. Skattningsskalan Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS) visade på 14 poäng, det vill säga lindrig depression, och SUAS (suicicide assessment scale) på 12 – ingen suicidrisk. Erik lämnade avdelningen, kastade sig framför en bil och avled.

Liksom Albinsson och Willems (Läkartidningen 10/2010, sidorna 696-7) kan vi kritisera överanvändningen av skattningsskalor för att bedöma suicidrisk, men inte på grund av att de frekventa skattningarna skulle vidmakthålla en eventuell suicidalitet. Att samtala om suicidalitet behöver inte bli fel i ett empiriskt helhetssammanhang men samtalet måste alltid samtidigt förmedla hopp. Psykiatriska »bedömningar« eller, för den delen, alltför tekniska behandlingstekniker utan samtidig värme och omsorg räcker dock inte [1]. Skattningsskalor ska integreras i en större klinisk bedömning i samråd med anhöriga och vårdpersonal: »Hur har patienten tett sig sista tiden, har han sovit, ätit, umgått han med medpatienterna?«

När patienten fyller i en skattningsskala ska det göras tillsammans med personal. Resultatet ska bilda underlag för ett samtal och ett korrelerat till hur patienten ter sig kliniskt. Patienten förstår givetvis delavsikten med en skattningsskala – nämligen att ge personalen trygghet att släppa observationsgraden, att våga ge permission.

När Socialstyrelsen från år 2006 införde regeln om skyldighet att lex Maria-anmäla alla suicid som inträffat inom fyra veckor efter utskrivning från en vårdinstitution har detta positivt medfört en skärpning av uppmärksamheten vad gäller patienter med suicidrisk.

Socialstyrelsens uppmaning att använda skattningsskalor innebär en anvisning om ett hjälpmedel, inte att en sådan skattning ska utgöra



Skattningsskalor visade lindrig depression/ingen suicidrisk, men »Erik« lämnade avdelningen, kastade sig framför en bil och avled.

hela suicidriskbedömningen. Dessutom blir genomförda skattningar en markör i dokumentationen av bredden i läkarens bedömning av suicidrisken. Självmod är svårt att förutse, däremot har det visats [2] att suicid i efterhand kan ses korrelera med skattningsskalan SIS (suicidal intent scale) och med skattningsskalan SUAS [3].

Förutom en övertro på skattningsskalor finns också en övertro på antidepressiv medicinering. Antidepressiva läkemedel minskar depressiva symtom, men dels svarar bara cirka 70 procent på dessa läkemedel, dels begås inte alla suicid av deprimerade personer.

Forskning visar att om individer efter ett självmordsförsök förutom medicin och »sedvanlig behandling« får en systematiskt uppföljning förbättras överlevnaden [4].

Hawton et al [5] följde upp 11 583 självskaepatenter. Efter 15 år hade 300 avlidit i självmord. Risken att avlida i självmord beräknades vara 66 gånger förhöjd jämfört med normalpopulationen. Denna kunskap betyder att när en individ söker psykiatrin efter ett självmordsförsök har vården en unik chans att förhindra att detta första självmordsförsök upprepas, och därmed att förhindra ett fullbordat suicid.

När det gäller suicidala människor måste det till ett skifte från teknikalisering, från enbart skattningsskalor och medicinering, till att se personen i ett helhetsperspektiv, kombinera olika me-

toder vid suicidriskbedömning samt anpassa behandlingen efter individens behov [6]. Vad har hänt som gjort att individen plötsligt inte orkar leva längre? Det är det som vi i vården måste ta reda på och därefter ingripa så att något, om än något aldrig så litet, i individens livssituation förändras till det bättre. Därmed kan personen ifråga slippa gå hem till samma läge, i vilket det första suicidförsöket inträffade. Då är nämligen risken stor för ett nytt, kanske denna gång letalt, suicidförsök. »Erik« i det inledande patientfallet tog sitt liv. Kanske var en anledning till att det kunde hända att läkare och personal blivit lugnade av resultaten från de båda skattningsskalorna MADRS och SUAS.

Susanne Ringskog Vagnhammar
specialist i psykiatri,
universitetsadjunkt
susanneringskogvagnhammar
@msn.com

Danuta Wasserman
professor i psykiatri och
suicidologi; båda vid NASP,
Nationellt centrum för suicid-
forskning och prevention,
Karolinska institutet, Stockholm

REFERENSER

1. Gilbert P. The compassionate mind. London: Constable; 2009.
2. Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. Eur Psychiatry. 2000;15(7):416-23.
3. Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. High suicidal intent scores indicate future suicide. Archives of Suicide Research. 2002;6(3): 211-9.
4. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008; 86:703-9.
5. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry. 2003; 182:537-42.
6. Brent D. Effective treatments for suicidal youth: pharmacological and psychosocial approaches. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 667-77.

Försäkringskassan och dess bedömning av intyg

■ Jag har arbetat som läkare i snart 40 år och först på senare tid börjat att få begäran om komplettering av utfärdat läkarintyg (det hände aldrig förr) från olika handläggare på Försäkringskassan. Jag har också arbetat ett antal år som förtroendeläkare på FK, bör tilläggas.

En påminnelse från FK drabbar i första hand den sjukskrivna tills korrektion anländer.

Jag har väl snarare blivit bättre nu för tiden på att skriva intyg med relevant innehåll än jag var i början av min karriär, men ändå »duger« många av mina intyg inte nu.

När jag arbetade som förtroendeläkare vid FK kom handläggarna till mig med begäran om hjälp med tolkning av intyget, och i de allra flesta fall kunde vi lösa problemen på kontoret utan att störa intygsskrivande läkare.

Det är tydligen lättare att skicka i väg ett färdigtryckt formulär med posten än att kontakta den försäkringsmedicinska rådgivaren på kassan.

Att fylla i en massa ord för att tillfredsställa en uppenbarligen ej kunnig handläggare anser jag inte vara min sak, om jag inte (mot förmodan) skrivit ett intyg som är svårttytt. Finns det några formella krav (utbildning etc?) för att bli handläggare? Det verkar inte så.

I dagens läge, och inte heller längre fram, avser jag inte att agera sekreterare åt FK:s handläggare.



Claes von Segebaden
privatläkare i Stockholm
segebode@hotmail.com