

»Vi ser det som mycket bekymmersamt att denna handläggning blivit standard vid lex Maria-ärenden.«

behandla alla enligt någon rutin för att minska risken för suicid.

Det finns tre huvudsakliga åtgärder som psykiatri har till sitt förfogande att formulera rutiner kring: mediciner, samtal och inläggning på vårdavdelning. Socialstyrelsen sammanfattar evidensen för dessa områden: »Det finns mycket få randomiserade kontrollerade prövningar som visar att risken för suicid eller upprepade suicidförsök skulle minska vid en framgångsrik behandling av grundsjukdomen, även om det i stort sett råder *enighet* om att så är fallet« [vår kursivering], och vidare: »Det finns inga säkra belägg för att psykosocial eller psykoterapeutisk behandling av patienter som skadat sig själva, skulle åstadkomma en signifikant minskning av självmordsrisken«.

När det gäller inläggning skriver Socialstyrelsen att inläggning på och utskrivning från en vårdavdelning är »ut-

lösande situationer« för suicid. Ändå rekommenderar man inläggning då detta ger bättre diagnostik, möjlighet till övervakning och bättre följsamhet till behandling efter utskrivning. Man ser riskerna med inläggning och utskrivning men anser att fördelarna överväger. Argumenten för inläggning beskriver man som: »Det vetenskapliga underlaget för dessa faktorer är svagt, men det finns däremot en stark klinisk *samstämmighet* om dem« [1] [vår kursivering]. Liksom i frågan om suicidriskbedömningar kan vi konstatera att det inte finns evidens för någon behandling som förhindrar suicid.

Det psykiatri ska grunda sin suicidprevention på, enligt Socialstyrelsen, är således konsensus, samstämmighet, enighet och generalisering från studier som inte är generaliserbara. Inte inom något område kan Socialstyrelsen påvisa bärande evidens för den kritik de riktar vid sina händelseanalyser. Om Socialstyrelsen verkligen vet vilka rutiner som minskar risken för suicid så bör de väl i anständighetens namn skriva ner dem. Sedan är det upp till våra politiker att anslå medel för att vi ska kunna följa

rutinerna. På detta sätt kan vi i teorin uppnå nollvisionen för suicid.

Men sanningen är att Socialstyrelsen inte vet hur man förhindrar suicid och därför inte kan beskriva dessa rutiner. Den kritik som levereras i samband med händelseanalyser bygger enbart på teorier och önsketänkande. Vi ser det som mycket bekymmersamt att denna handläggning blivit standard vid lex Maria-ärenden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
2. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. Arch Gen Psychiatry. 1983;40:249-57.
3. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2006.
4. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;293:1635-43.

apropå! Möjligheten att bedriva forskning på svårt sjuka äldre

Vi hoppas på snar lagändring

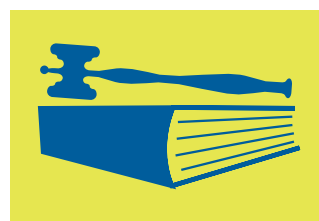
Läkartidningen 42/2011 (sidorna 2072-3) tar medicine doktor Niklas Ekerstad upp problemet med forskning på svårt sjuka äldre personer. Samtidigt som det föreligger ett stort behov av forskning avseende denna patientgrupp har många av patienterna nedsatt beslutskompetens i samband med akut sjukdom och kan därför inte ge ett eget informerat samtycke till forskningsåtgärden. Ofta finns heller inte några anhöriga att samråda med tillgängliga i akutskedet.

Ekerstad ställer en viktig fråga, som riktas till Centrala etikprövningsnämnden, med innebörden om nuvarande etikprövningslag tillåter att en randomiserad kontrollerad studie utförs på akut sjuka patienter som inte kan ge informerat samtycke när an-

höriga att samråda med inte finns tillgängliga i akutskedet.

Svaret på denna fråga är tyvärr nej. Enligt läkemedelslagen måste det i dessa fall finnas en legal ställföreträdare som ger samtycke om prövningen gäller ett läkemedel. Vid annan typ av forskning föreskriver etikprövningslagen att samråd ska [vår kursivering] ske med anhörig om forskningspersonen inte själv kan lämna samtycke.

Som framhålls i Ekerstads artikel har Centrala etikprövningsnämnden vid flera tillfällen pekat på det otillfredsställande med dessa båda regleringar. Nämnden har tillsammans med bland annat Vetenskapsrådet, Läke- medelsverket och Statens medicinsk-etiska råd vid olika tillfällen tillskrivit regeringen och begärt ändring av



Vinjett: Aftonbladet

Till dess vi får en ny lagstiftning måste den existerande följas.

reglerna och samtidigt gett konkreta förslag till provisorisk förändring av lagstiftningen.

Centrala etikprövningsnämnden har också behandlat ett antal överklagade ärenden som gällt dels klinisk läkemedelsprövning, dels annan forskning med beslutsin-kompetenta personer, och då tvingats konstatera att även i sådana fall där det rör sig om mycket angelägen forskning har studien inte kunnat god-

kännas om ovan nämnda rekvirit inte kan uppfyllas för enskilda forskningspersoner.

Liksom Niklas Ekerstad hoppas således Centrala etikprövningsnämnden, tillsammans med många andra myndigheter och forskare, på en snabb lagändring som kan upphäva de hinder för angelägen forskning som påpekas i debattartikeln. Till dess att lagstiftaren behandlat denna fråga måste dock Centrala etikprövningsnämnden, liksom alla andra, följa befintlig lagstiftning.

Johan Munck
ordförande
Gisela Sahlequere
vetenskaplig sekreterare
Eva Grönlund
kanslichef; samtliga i Centrala
etikprövningsnämnden
eva.gronlund@cepn.se