

bland unga än just den ökade användningen av antidepressiva läkemedel [13].

Det förefaller därmed vara en synnerligen viktig uppgift för suicidforskningen att antingen acceptera och ytterligare belägga betydelsen av att behandla deprimerade unga och vuxna med antidepressiva läkemedel för att förebygga suicid – eller att falsifiera hypotesen. Detta så mycket mer som användningen av antidepressiva läkemedel i Sverige ifrågasätts av såväl myndigheter som sensationsjournalister och antipsykiatriska organisationer.

Skrämselkampanj

Internationellt har ett uppbåd av lekmän, advokater, statistiker, scientologer etc lyckats skrämja myndigheterna i såväl USA som EU att på grundval av långtgående antaganden och anekdoter utnämna användningen av antidepressiva, i stället för *underanvändningen* av dem, som en risk för suicid – särskilt hos unga. Om nu denna kampanj också lyckas skrämja deprimerade individer från adekvat behandling bör man kunna förvänta sig att den nedåtgående trenden i suicid verkligen vänder. Ett sådant samband torde lätt kunna passera obemärkt om inte suicidforskare tar sitt ansvar för att belysa skeendet.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Det finns inga personliga eller professionella omständigheter eller kommersiella relationer med företaget eller organisationer som kan antas kunna påverka min syn på det aktuella ämnet.

Referenser

1. Centrum för suicidforskning och prevention. Har den nedåtgående självmordstrenden vänt? Nyhetsbrev, 1997:1.1
2. TT. Expert tror att självmord kan öka igen i Sverige. Stockholm City 2003 10 sep;9.
3. De Leo D, Bertolote J, Lester D. Self-directed violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002: 183-212.
4. De Leo D. Why are we not getting any closer to preventing suicide? Br J Psychiatry 2002;181:372-4.
5. Isacsson G. Depression, antidepressants and suicide. A study of the role of antidepressants in the prevention of suicide [thesis]. Stockholm: Karolinska Institute; 1994.
6. Isacsson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? Acta Psychiatr Scand 2000;102:113-7.
7. Rihmer Z, Belso N, Kalmar S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. Acta Psychiatr Scand 2001;103:238-9.
8. Hall WD, Mant A, Mitchell PB, Rendle VA, Hickie IB, McManus P. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991–2000: trend analysis. Br Med J 2003;326:1008.
9. Grunebaum MF, Ellis SP, Li S, Oquendo MA, Mann JJ. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985–1999. J Clin Psychiatry 2004; 65:1456-62.
10. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. Arch Gen Psychiatry 2003;60:978-82.

Replik:

Själv mord går att förebygga Ingen minskning bland unga

Vad som är mest slående i både svensk och europeisk självmordsstatistik är att självmorden minskar i alla åldersgrupper, förutom för de unga. Detta måste tas på allvar, särskilt som självmordsförsök – en av de viktigaste predikatorerna för fullbordade självmord – ökar hos unga människor i Sverige. Det självmordspreventiva arbetet är inte betjänt av tron på depressiva läkemedel som det viktigaste botemedlet för suicid.



DANUTA WASSERMAN

professor i psykiatri och suicidologi, chef för Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)

Danuta.Wasserman@ipm.ki.se

II Som jag framhåller i den medicinska kommentaren i Läkartidningen står sig trenden med sjunkande självmordstal för den vuxna populationen, medan självmorden ökar bland unga [1]. När Göran Isacsson ifrågasätter ökningen av självmord i åldrarna 15–24 år väljer han perioden 1980–2002 som exempel och använder absoluta tal, dvs antalet självmord som inte är justerat med hänsyn till befolkningens mängden.

Den svenska statistiken

Vid en granskning av den senaste 10-årsperioden, redovisad i min kommentar i Läkartidningen, och av självmordstal (antal självmord per år och 100 000 invånare i relevant åldersgrupp) för samma tidsperiod som Göran Isacsson baserar sina kommentarer på, framgår det att både osäkra och säkra självmord för män i åldersgruppen 15–24 år har ökat (Tabell I, Tabell II). För kvinnor i samma åldersgrupp har osäkra självmord ökat, medan de säkra har minskat. Självmorden har även ökat bland pojkar i åldrarna 15–19 år i 21 av 30 europeiska länder, och för flickor i 18 europeiska länder [2].

Vad som är mest slående i både svensk och europeisk självmordsstatistik är att självmorden minskar för de övriga åldersgrupperna, men inte för de unga, vilket är oroväckande. Detta måste tas på allvar, särskilt med tanke på att även självmordsförsöken bland unga personer i Sverige ökar, enligt Socialstyrelsens rapport [3]. Självmordsförsök är en av de viktigaste predikatorerna för fullbordade självmord. En signifikant

korrelation mellan självmordsförsök och framtida självmord hos män har visats i en stor multicentrestudie i WHO's regi, i vilken NASP deltar [4].

En ung människa dör var tredje dag

År 2002 dog 1 173 personer i Sverige till följd av säkra självmord och 312 dog under omständigheter som ger diagnosen osäkra fall. Av dessa sammanlagt 1 485 personer var 146 pojkar och flickor i åldrarna 15–24 år. Det dör alltså en ung människa var tredje dag till följd av självmord (säkra och osäkra sammanräknade) i Sverige. Under samma år (2002) tog sex pojkar och tre flickor, alla under 14 år, sina liv. Epidemiologiskt kan antalet självmord bland unga människor i Sverige förefalla lågt, och antalet observerade fall fluktuerar mellan åren, men i ett suicidpreventivt perspektiv är det viktigt att rädda varje ung människas liv, särskilt som det finns metoder som redan nu kan användas.

Självmordspreventiva program för unga

I de ungdomsstudier som Göran Isacsson efterlyser referenser till har jag bl a åberopat en longitudinell studie av suicidala beteenden bland 330 000 elever i Dade County, Florida, USA [5]. Programmet ges till alla elever på låg-, mellan- och högstadiet och består av dels hälsofrämjande och självförtroendestärkande komponenter, dels identifiering och adekvat behandling av självmordsnära elever. Utvärderingen visar att självmorden minskade från i genomsnitt 12,9 elever/ år före programmets start till i genomsnitt 4,6 elever/år efter pro-

Tabell I. Säkra självmord bland män per 100 000 invånare och förändringar (procent) i Sverige 1980–2002.

	15–24	25–44	45–64	65–
Självmordstal 1980–1982 (medeltal)	14,9	31,7	41,3	41,5
Självmordstal 1992–1994 (medeltal)	12,1	26,2	30,7	28,9
Självmordstal 2002	15,4	20,2	28,7	24,3
Förändring i procent från 1980/1982 (medeltal) till 2002	+ 3	-36,3	-30,5	-41,4
Förändring i procent från 1992/1994 (medeltal) till 2002	+ 27,3	-22,9	-6,6	-16,0

Tabell II. Osäkra självmord bland män per 100 000 invånare och förändringar (procent) i Sverige 1980–2002.

	15–24	25–44	45–64	65–
Självmordstal 1980–1982 (medeltal)	4,5	12,4	16,7	13,7
Självmordstal 1992–1994 (medeltal)	3,7	9,6	12,1	6,0
Självmordstal 2002	6,4	6,1	8,3	2,6
Förändring i procent från 1980/1982 (medeltal) till 2002	+ 42,2	-50,8	-50,3	-81,0
Förändring i procent från 1992/1994 (medeltal) till 2002	+ 77,7	-36,5	-31,2	-56,7

grammets införande. Antalet självmordsförsök minskade från 87/100 000 elever/år till 31/100 000. De statistiska analyserna, liksom begränsningar i studien, finns redovisade i artikeln.

Den beräkning som Göran Isacson hänvisar till beträffande självmordstal i Florida är inte relevant då den endast gäller ungdomar under 15 år. Det självmordspreventiva program som jag refererar till omfattade 330 000 skolelever i alla åldrar och genomfördes i ett epidemiologiskt väl definerat område [5].

I ett annat skolbaserat randomiserat suicidpreventivt program i USA, omfattande 2 100 elever, minskade självmordsförsöken signifikant bland eleverna i interventionsprogrammet jämfört med kontrollgruppen [6]. Ett skolprogram i Australien [7] fokuserade på att stärka elevernas protektiva faktorer mot suicidala beteenden genom utbildning av föräldrar och elever i bemästringsstrategier av olika konfliktsituationer samt i kommunikation dem emellan. De effekter som följde visade på reduktion av riskbeteenden som förknippas med suicidalitet.

Anekdotiska interventioner utan effekt

Från 1990-talets erfarenheter kring suicidprevention [8] har man lärt sig att anekdotiska interventioner i skolor i form av korta och enstaka föreläsningar kring ämnen som depressioner, suicidalitet och psykisk ohälsa inte har någon självmordsförebyggande effekt. Därför förespråkar samma grupp numera en strategi där utgångspunkten är att screena för depression och suicidrisk i skolor [9], vilket i sig är en intressant ansats. Problemet är dock att behandlingsförsamheten hos elever är dålig om man samtidigt inte ökar elevernas och föräldrarnas kunskaper om de preventiva möjligheterna och erbjuder ett brett utbud av olika åtgärder, som i sin tur kan anpassas individuellt till de självmordsnära elevernas behov och problematik.

Förändring av vårdgivarnas attityder

Utbildning och motivationsåtgärder för att ändra kunskaper och attityder, inte bara bland vårdtagare utan även bland vårdgivare, är nödvändiga. I en svensk

avhandling [10] har en sådan positiv attitydförändring kunnat visas bland hälso- och sjukvårdspersonal efter en självmordspreventiv utbildningsintervention. En annan svensk studie visar, i linje med erfarenheter från USA och Australien, att interventionsprogram stärker de självmordsnära elevernas självkänsla och förbättrar deras relationer [11]. Preliminära resultat av ytterligare en svensk undersökning visar att elevers benägenhet att söka hjälp för sina självmordsnära vänner ökar. (Inga-Lill Ramberg, NASP, pers medd, 2005).

Resultat från ett annat självmordspreventivt program, vilket syftade till att minska stigma och stärka hjälpsökande beteende för psykosociala eller psykiska problem bland anställda inom USAs flygvapen [12], visar att självmordsdödligheten sjönk med 33 procent bland de unga av de fem miljoner anställda (varav 84 procent män, många av dem unga) som studien omfattade.

Suicidpreventiva programs effektivitet

I den artikel som Göran Isacson citerar som motargument till att inrätta nationella självmordspreventiva program [13] missar han den viktigaste slutsatsen, nämligen att självmordsprevention präglas av stor komplexitet och att multidisciplinära angreppssätt samt specifika projekt behövs. Nationella program kan inte utvärderas på aggregerad nivå genom en enkel analys av förekomst eller frånvaro av ett program och ändringar i suicidtal.

FN och WHO har föreslagit att nationella självmordspreventiva program bör införas [14], bl a för att synliggöra självmordsproblematiken, som är omgärdad av tabun, skuld- och skamkänslor och därför ofta lågprioriteras i alla möjliga sammanhang.

Inget stöd för antidepressivas roll

Att orsaken till nedgången i suicidalitet skulle vara den ökade användningen av antidepressiva läkemedel i befolkningen – vilket Göran Isacson vill göra gällande – är inte ett rimligt antagande [15].

Göran Isacson är nog medveten om att det inte bara är depressioner utan även andra psykiatriska sjukdomar, per-

sonlighetsstörningar, i närvaro av svåra trauma, påfrestande psykosociala situationer, brist på konstruktiva bemästringsstrategier och avsaknad av protektiva faktorer, som bidrar till att en suicidal situation kan uppstå.

För att förebygga självmordshandlingar bland unga (och bland vuxna) krävs inte bara behandling med antidepressiva eller andra läkemedel utan också tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder. Flera studier har visat att det finns effektiva sätt att förebygga självmordshandlingar, även om fler bekräftande och större studier behövs [16].

Debatten kring läkemedelsbehandling

För närvarande pågår en internationell debatt gällande risken för självmordstankar och självmordsförsök hos ungdomar som behandlas med antidepressiva läkemedel av typ SSRI (serotoninåterupptagshämmare).

Läkemedelsverket i Sverige uppmanar till försiktighet vid förskrivning av SSRI-preparat till deprimerade barn och ungdomar, och SBU framhåller att inget antidepressivt läkemedel är godkänt för behandling av barn och ungdomar [17]. SBU konstaterar att olika psykoterapeutiska behandlingar är lika effektiva som behandling med tricykliska antidepressiva läkemedel och sannolikt lika effektiva som selektiva serotoninåterupptagshämmande läkemedel vid lindrig och måttlig depression hos vuxna.

Om antidepressiva läkemedel används är det av stor vikt att beslutet är baserat på den kliniska bilden och att noggrann uppföljning av specialist sker, så att tecken på självmordsbeteende eller annat aggressivt beteende upptäcks i tid.

Genetisk belastning

I en nyligen publicerad studie uppvisade 10 procent av undersökta deprimerade patienter en variant av tryptofanhydroxylas-2-genen (TPH2), som i tidigare experimentella studier påvisats leda till låg serotoninproduktion. De flesta patienter som har denna variant svarade dåligt på behandling med SSRI [18, 19]. Då det är känt att suicidala patienter har störningar i serotoninssystemet är det tänkbart att

SSRI inte hjälper just sådana suicidala patienter som uppvisar denna genetiska variant.

Det har även rapporterats att deprimerade ungdomar med s k S-allel (short allele) av serotonintransportgenen svarar dåligt på behandling med SSRI-preparat [20]. Enligt Caspi och medarbetare [21] är förekomst av denna S-allel en tänkbar riskfaktor för depression och suicidalitet hos ungdomar som varit utsatta för trauma under uppväxttiden. Alla dessa nya rön är tänkvärda och visar sannolikt att behandling med SSRI inte generellt kan hjälpa alla deprimerade och suicidala individer.

Vi behöver lära oss mera om hur man skall skraddarsy behandlingar som är väl anpassade inte bara till individens, familjens och den psykosociala situationen, som är kulturellt bunden, utan även till den genetiska uppsättning som vi föds med. Det fordrar en nyanserad hållning i forskningsarbetet och tydliga och genomförbara visioner i det självmordspreventiva arbetet. Denna utveckling är inte betjänt av tron på att antidepressiva läkemedel är det viktigaste botemedlet för suicid. Det krävs en betydligt mer varierad syn på suicidproblematiken än så.

Referenser

- Rutz EM, Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13:321-31.
- Socialstyrelsen. Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen; 2003.
- Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulstén A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52:191-4.
- Zenere FJ 3rd, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:387-402.
- Aseltine RH Jr, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health* 2004;94:446-51.
- Ramberg IL. Promoting suicide prevention: An evaluation of a programme for training trainers in psychiatric clinical work [dissertation]. Stockholm: Karolinska University Press; 2003.
- Alin-Åkerman B. Hur upptäcker vi sårbara elever? Utvärdering av en filmdokumentär för självmordsprevention bland gymnasieelever. Rapportserie från Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Stockholm: NASP; 2002:1-84.
- Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ* 2003;327:1376.
- SBU. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. SBU rapport 166 (3 vol).
- Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM, Sotnikova TD, Burch LH, Williams RB, et al. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. *Neuron* 2005;45:11-6.

Fel återgivet om SBU och atenolol

I Läkartidningen nr 6 2005, sidan 364, anges felaktigt att »SBU år 2004 rekommenderade betablockeraren Atenolol som förstahandsval vid hypertoni».

Påståendet är dubbelt fel. För det första utfärdar inte SBU rekommendationer. SBU:s uppdrag är att granska den vetenskapliga dokumentationen om nytta, risker och kostnader för olika metoder i vården, för att sedan dra slutsatser och förmedla kunskap om metodernas effektivitet och kostnadseffektivitet.

Vilket preparat som ska rekommenderas som förstahandsval är en fråga för Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, läkemedelskommittéer och ansvariga för vårdprogram. Sådana rekommendationer baseras på kunskapsunderlaget, men också på överväganden rörande resurser och prioriteringar.

Slutsatser

För det andra har alla som läst den aktuella rapporten sett att SBU inte drar slutsatser om enskilda preparat utan formulerar följande slutsatser:

- De olika grupper av blodtryckssänkande läkemedel som vanligen används i Sverige (tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister, angiotensinreceptorblockerare (ARB) och betablockerare) ger en likartad sänkning av blodtrycket (ca 10/5 mm Hg) när läkemedlen används separat (Evidensstyrka 1).
- För personer med okomplicerad hypertoni är de gynnsamma behandlingseffekterna på insjuknande i hjärt-kärlsjukdom likartade för terapi med de stora läkemedelsgrupperna tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister, ARB och betablockerare (Evidensstyrka 1).
- Ett lägre nyinsjuknande i typ 2-diabetes har observerats hos personer under behandling som baserats på läkemedel som direkt påverkar renin-angiotensin-aldosteronsystemet (ACE-hämmare och ARB) i jämförelse med behandling baserad på tiaziddiuretikum i kombination med betablockerare eller behandling baserad på kalciumantagonist (Evidensstyrka 2).

Dessa slutsatser kvarstår fortfarande. Med anledning av de resultat som har framkommit om atenolol kommer SBU tillsammans med Läkemedelsverket diskutera möjligheterna att på motsvarande



I Läkartidningen nr 6 2005 angavs felaktigt att SBU utfärdar rekommendationer.

sätt specialstudera övriga enskilda preparat i gruppen betablockerare.

Nina Rehnqvist

professor, chef för Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Mer om Susanna och Bengt!

I LT 50/2004 (sidan 4145) gisslar kollegan Åke Elner oskicket att använda enbart förnamn i annonser, namnskyltar och vid telefonförsäljning.

Då landstinget inte kunde tänka sig att förlänga mitt vårdavtal efter fyllda 65 använder jag mitt överskott av energi som försäkringsläkare.

Jag bladdrar veckovis igenom ett stort antal patientjournaler och häpnar över vårdcentralsanteckningar som: »remitteras till Margit«, »Pelle får ta hand om det«, »bör bedömas av Johan« eller »skall prata med Bengt«. Man kan bara gissa och fundera över om det rör sig om mer erfaren kollega, sjukgymnast, psykoterapeut, ergonom, kurator eller myndighetsperson.

Jag förstår att många kollegor uppfattar patientjournaler som eget arbetsinstrument, men kravet på tydlighet är ovillkorligt.

Kollegor, skärpning i leden!

Julius Soreff

Lidingö; pensionerad universitetslektor i ortopedi, Karolinska institutet