

Motion till riksdagen 2022/23:1102

av **Ann-Sofie Alm (M)**

Lex Rebecka

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över förutsättningarna för psykiatrivården i syfte att säkerställa suicidprevention och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Fyra människor tar sitt liv varje dag; fyra människors familjer får varje dag ett chock-erande, förlamande dödsbesked. I hälso- och sjukvårdslagen finns ett särskilt ansvar för att stödja ett barn som förlorat en närstående i självmord, men det saknas liknande skrivningar för att stödja vuxna. Det behöver utredas hur ett sådant stöd även för vuxna skulle kunna se ut.

Det stöd som ändå finns varierar väldigt mycket från kommun till kommun. Vissa kommuner har utarbetade rutiner för akut krisomhändertagande av efterlevande efter suicid, men i de allra flesta kommuner saknas kompetensen eller så saknas en sam-ordning mellan olika organisationer såsom region, kommun, polis och ideella organisationer som kan ge sitt professionella och medmänskliga stöd. Det behöver utredas hur ett nationellt likvärdigt stöd skulle kunna utformas så att vård av och hjälp till efterlevande inte är beroende av var de bor någonstans.

Det är stora resurser som ställs till förfogande efter att en människa tagit sitt liv. Där efterlevandestödet fungerar väl liknas tiden närmast dödsfallet som om bostaden blir till ett getingbo – det är alltid någon på plats för att hjälpa de efterlevande i vardagen, åtminstone den första tiden efter självmordet när krisen är akut och sorgen är som mest chockerande.

Men det är tomt på resurser och svar före dödsfallet.

Att som efterlevande uppleva att alla dessa resurser kommer dem till godo efter att deras kära tagit sitt liv kan upplevas upprörande då många av dem förgäves kämpade för att få hjälp medan deras nära fortfarande var i liv.

Det behöver utredas hur dessa efterlevanderesurser kan bli likvärdiga över landet och hur dessa resurser skulle kunna omvandlas till att bli förebyggande, salutogena resurser för att förhindra att fler självmord sker.

Det behövs en ändring av psykiatrisk behandling inom svensk vård och det behövs därför en grundlig utredning så att vi kan förhindra att fler människor väljer att avsluta sitt liv.

Vid läkemedelsinsättning eller ändring av läkemedelsbehandling vid suicidtankar och vid depression bör ingen patient vara ensam utan att familj/anhöriga kontaktas även om patienten är över 18 år och därmed myndig.

Det bör utredas om fler liv kan räddas genom att anhöriga till självmordsbenägna får kännedom om ändringar i medicinering som kan påverka måendet hos de självmordsbenägna.

Utredningen bör undersöka möjligheten till upprättande av något slags dokument som patienten själv måste signera innan ny medicinering sätts in och som medger att anhöriga får kontaktas för stöd. Om man lever i en familjerelation som inte är stödjande bör man istället få en kontaktperson som kan kontaktas och följa upp medicinering och mående.

Det bör utredas hur information kan överföras till anhöriga oavsett om den självmordsbenägna patienten är över 18 år och därmed myndig, och oavsett var man bor.

Jag vill här citera direkt ur Fass:

Suicidrisk

Egentlig depression och generaliserat ångestsyndrom: Vid depressionstillstånd föreligger en ökad risk för självmordstankar, självdestruktivt beteende och självmord (självmordsrelaterade händelser). Denna risk kvarstår tills signifikant remission uppnåtts. Eftersom det kan ta flera veckor innan förbättring uppnås bör patienterna följas upp noggrant fram till dess förbättring sker. Klinisk erfarenhet är att självmordsrisken kan vara förhöjd i det tidiga skedet av förbättringen.

Andra psykiatriska åkommor som Duloxetine Accord kan förskrivas för kan också förknippas med en ökad risk för suicidrelaterade händelser. Dessutom kan dessa åkommor vara komorbida med egentlig depression. Samma försiktighetsåtgärder som man vidtar när man behandlar patienter med egentlig depression bör vidtas när man behandlar patienter med andra psykiatriska åkommor.

Patienter med suicidrelaterade händelser i anamnesen eller de som visar påtagliga självmordstankar före behandling har högre risk för självmordstankar eller självmordsbeteende och bör noggrant övervakas under behandlingen. En metaanalys av placebokontrollerade kliniska studier med antidepressiva läkemedel för psykiatriska sjukdomar visade att en ökad risk för självmordsbeteende förelåg med antidepressiva läkemedel jämfört med placebo hos patienter under 25 år.

Fall av självmordstankar och självmordsbeteende har rapporterats under eller kort efter avslutad duloxetinbehandling (se avsnitt Biverkningar).

Patienterna, framförallt högriskpatienter, bör noggrant övervakas under behandlingen, särskilt under det tidiga skedet av behandlingen och efter dosändringar. Patienter (och deras vårdgivare) bör uppmanas vara observanta på om någon klinisk försämring, självmordsbeteende, självmordstankar eller onormala förändringar i beteendet inträffar och att omedelbart söka medicinsk hjälp om sådana symtom uppkommer.

Jag önskar betona att vid insättning av antidepressiva läkemedel finns det stor risk för biverkningar framförallt under de första veckorna. Bieffekter finns som kan leda till att man mår psykisk ännu sämre och risken för suicid ökar därmed. En nära anhörig eller en kontaktperson kan observera förändringar hos patienten och därmed uppmärksamma vården på patientens mående.

Motionen har rubriken Lex Rebecka.

Rebecka var en ung kvinna som på grund av studier på annan ort flyttat 2,5 timmes resa ifrån sin familj som hon stod nära. Rebecka sökte hjälp på studieorten för depression, ångest och suicida tankar, hon fick medicinering direkt och erbjudande om samtalsstöd 1 år fram i tid. I journalen upprepas det att mamma är sjuksköterska och att mor och dotter har en god relation. I journalen beskrivs det att hon är ensamstående i studentbostad och att hon bor 2,5 timme från sin familj. Rebecka bedöms av läkare som en person med "måttlig risk för suicid".

Rebecka tog sitt eget liv.

I anmälan till IVO skriver hennes mamma om anledningen till att hon skriver klagomålet:

Avliden, Min dotter tog sitt liv 2022-06-21.

En patient som uttrycker suicid risk, eller måttlig suicid risk, bör ej lämnas utan uppföljning, och aldrig utan att en närstående/annan stödperson får kännedom om detta. Rebecka startade medicinering någon gång i april/maj och fick tid för uppföljning i augusti. Hon blev informerad om att det var 1 års väntetid för samtalsstöd.

Självmod är nästan alltid resultatet av ett outhärdligt psykiskt lidande. Psykiatrvården är utsatt för hård press då det psykiska lidandet bland unga fortsätter att öka. Men svårigheterna får aldrig gå ut över patienterna. Det får aldrig ske att medicinering skrivs ut och tillgängliggörs patienten för den tiden som är kvar till nästa kontakt med psykiatrvården om nästa kontakt ligger långt fram i tiden.

Det behövs en utredning som tar fram ändringar av psykiatrvårdens och primärvårdens läkemedelsinsättning och läkemedelsförskrivning i syfte att förhindra att självmordsbenägna människor får för stora läkemedelsmängder utskrivna eller får läkemedel utskrivet som kan förvärra måendet för patienten utan att patienten står under uppsikt.

Det är önskvärt att vården är likvärdig oavsett var man bor, vilket inte är fallet idag.

Därför bör förutsättningarna för psykiatrvården i syfte att säkerställa suicidprevention ses över. Hur det kan bli möjligt med ett standardiserat vårdförlopp gällande depression, ångest, farmakologi samt suicidbedömningar och neuropsykiatriska bedömningar inom primärvården och inom psykiatrvården samt i deras samverkan.

Ann-Sofie Alm (M)