

Replik om psykiatri, självmord och självmordsprevention:

Lex Maria-utredningarna bör användas i utbildnings- och forskningssyfte

Genom lex Maria-utredningarna har vi möjlighet att bygga upp en unik nationell kunskapsbas som kan användas i preventivt arbete gällande suicid inom och utom vården.

Syftet med Socialstyrelsens lex Maria-utredningar och sammanställningar är att få kunskap om omständigheterna kring de begångna självmorden, både nationellt, regionalt och lokalt, och på detta sätt bygga en kunskapsbas som kan användas i preventivt arbete. Vårdgivare ska kunna dra lärdom av utredningarna och upptäcka vilka åtgärder de behöver vidta för ökad patientsäkerhet [1, 2].

Anders Albinsson och Bernard Willems kritiserar i LT 44/2011 (sidorna 2200-1) att Socialstyrelsen i enskilda utredningar påpekar brister beträffande rutiner i vård och bemötande av suicidnära personer. Förfarandet är dock inte unikt för lex Maria-utredningar av fullbordade självmord, utan gäller för alla anmälningar enligt lex Maria inom sjukvården.

Albinsson och Willems ställer sig frågande till psykiatrins möjligheter att i den enskilda kliniska situationen (på indi-

vidnivå) göra en meningsfull suicidriskbedömning och att hitta rätt åtgärd för att förhindra självmord. Pessimismen är inte svår att förstå, men vi menar att den är överdriven.

De metodologiska svårigheterna för självmordsforskning är välkända, och det finns ingen anledning att bortse från deras existens. Till detta kommer att självmord är ett komplext fenomen där psykologiska, sociala och biologiska bakgrundsfaktorer samverkar [3, 4].

Trots svårigheterna finns i dag anledning till viss optimism. Antalet självmord per år i de nordiska länderna har sjunkit generellt för att under 2000-talet ligga ungefär 25 procent under den tidigare nivån, från 1980-tal och tidigare 1990-tal [5-8]. Flera studier visar, och expertis är enig om, att utvecklingen av depressionsdiagnostik och behandlingsstrategier liksom upprepade utbildningsinsatser står för merparten av denna minskning [4, 9, 10].

I en randomiserad kontrollerad multicenterstudie i låg- och mellaninkomstländer, med begränsade vårdstrukturella förutsättningar för omhändertagande av suicidnära personer, innebar ett aktivt bemötande med uppföljning av personer som gjort ett självmordsförsök signifikant färre självmord vid en 18-månadersuppföljning [11]. Även om Sverige är ett höginkomstland finns det knappast någon anledning att tro att resultaten av denna studie inte skulle kunna upprepas här.

Vi har fortfarande för få kliniska studier om effekter av olika åtgärder, men de studier



Foto: Colourbox

»Pessimismen när det gäller att förhindra självmord är inte svår att förstå men överdriven.«

som finns ger stöd för att kvalificerad diagnostik, psyko-farmakologiska insatser (antidepressiva, litium och antipsykotika) samt kognitiv beteendeterapi (KBT) är självmordsförebyggande [12-20].

Svårigheterna när det gäller att göra suicidriskbedömningar är också välbekanta, men syftet med bedömningarna är inte, som författarna tycks mena, att kunna förut-säga utgången, utan att, genom så fullständiga bedömningar som möjligt, rädda liv.

Svenska psykiatriska föreningens kliniska riktlinjer för utredning och behandling av självmordsnära patienter från 1997, liksom det aktuella regionala vårdprogrammet från Stockholms läns landsting [21, 22], framhåller den kliniska intervjun som en grundsten i riskbedömningsarbetet. Riskfaktorer och skyddsfaktorer, anamnestic omständigheter, tecken på sjukdom liksom självmordskommunikation måste vägas samman i den kliniska situationen. Det krävs en bred kompetens för att göra kvalificerade riskbedömningar och också för att förhålla sig till att risk förändras snabbt över tid.

Strukturerade skattningar, som författarna efterlyser från Socialstyrelsen, kan vara till hjälp men kan inte ersätta den kliniska bedömningen. Vårdprogram av i dag

innehåller inte några rekommendationer om förenklade rutiner som löser riskbedömningsuppgiften.

I klinisk praxis, vid riskbedömningar liksom vid val av behandlingsmetod, är det lika nödvändigt som självklart att med utgångspunkt i evidensbaserad medicin [23-25] och beprövad erfarenhet vara lyhörd för individuella omständigheter.

I linje med erfarenheter från England [26] om hur man kan lära av kritiska händelser inom psykiatrisk verksamhet är det Socialstyrelsens uttalande målsättning att återföra till enskilda kliniker utredningarnas slutsatser om »vad som går att lära« och att bidra till utvecklandet av preventivt tänkande i klinisk praxis.

Ur teorier om lärande i organisationer [23, 27] kommer också systemtänkandet. Det har Socialstyrelsen anammat genom att snarare konstatera systembrister än peka ut enskilda ansvariga efter, i det här fallet, ett självmord. Modellen vill tillvarata utredningsresultat för förbättringar i vården, vilket kräver ett systematiskt tillvägagångssätt i samband med kritiska händelser. Det är vårt intryck att Socialstyrelsen försöker tillämpa ett så icke-skuldbeläggande förhållningssätt som möjligt i utredningarna.

Viktiga förutsättningar för lärande i organisationer är en öppen och inkluderande kultur med utrymme för dialog och reflektion i den dagliga verksamheten.

Socialstyrelsens utredare borde, i enlighet med sina beskrivna intentioner, tydligare främja och förord ett bättre lärande klimat i verksamheterna med utrymme för re-

ANNE STEFENSON

specialist i psykiatri, adjunkt i prevention av psykisk ohälsa och suicid

Anne.Stefenson@ki.se

VLADIMIR CARLI

specialist i psykiatri, lektor i prevention av psykisk ohälsa och suicid

DANUTA WASSERMAN

professor i psykiatri och suicidologi, verksamhetschef; alla vid Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Karolinska institutet, Stockholm

flektion, handledning och utbildning i en tung och svår klinisk vardag!

Med allt detta sagt finns det tunga ingredienser i alla lex Maria-utredningar. Utredningar av dödsfall inom vården är på alla vis krävande för drabbade kliniker. Frågor kring fullbordade självmord är särskilt emotionellt påfrestande, eftersom de kommer i konflikt med yrkesrollens etik och det centrala livsbefrämjande uppdraget.

Det vore sannolikt av stort värde för alla parter, inklusive anhörigorganisationen Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandestöd (SPES), att ha en öppen diskussion om metodik och systematik för utredningarna.

Det råder stor brist på behandlingsstudier och befolk-

ningsbaserade interventionsstudier. Det är i dag mycket svårt, näst intill omöjligt, att få tillräckliga medel för dessa resurskrävande studier med det yttersta målet att få fler evidensbaserade behandlingar och förebyggande program.

Därför vore det önskvärt om databaserna av lex Maria-utredningarna på ett systematiskt sätt framöver kan användas i utbildnings- och forskningssyften. Lex Maria borde på detta sätt kunna uppfattas av den psykiatriska professionen inte bara som en börda utan även som ett meningsfullt kvalitetssäkrings- och utvecklingsarbete. Genom utredningarna har vi möjlighet att bygga upp en unik nationell kunskapsbas som kan användas i preventivt arbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

2. Socialstyrelsen. Självmord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Wasserman D, Carli V, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide prevention. Eur Psychiatry. Under publ 2011.
11. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, et al. Effectiveness of brief interventions and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008;86:703-9.
21. Svenska psykiatriska föreningen. Självmordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen, Spri; 1997.
24. Gupta M. Does evidence-based medicine apply to psychiatry? Theor Med Bioeth. 2007; 28:103-20.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Mer debatt på Lakartidningen.se

Alla accepterade manus till avdelningen Debatt och brev ryms inte i den tryckta tidningen. Här publicerar vi utdrag ur inlägg som i sin helhet finns att läsa på Lakartidningen.se/debatt.

Ekonomisk kultur utan personligt ansvariga läkare

Numera är sjukvården organiserad i avgränsade strukturer som ska beskriva en verksamhet och hur den ska fungera. I dessa strukturer är läkaren en tjänsteman som alla andra med sina speciella uppgifter att lösa problem, men utifrån scheman som någon annan bestämt. Förr var kollegialiteten en självklarhet som skapade meningsfullhet och kontinuitet.

Tore Södermark