

- slutenvård med övervakning, farmakoterapi, psykoterapi, rehabilitering m m.
- Mekanisk skyddsnivå: kameraövervakning, skyddsräcken, nödtelefoner på broar och vid järnvägsspår, minskad tillgång till vapen, sänkt giftighet i hushållsgas (vilket drastiskt sänkte självmordstalen i London [8]) och i bilavgaser, säkerhetsåtgärder på vårdavdelningar m m.
 - Informationsnivå: utbildning, forskning, suicidpreventiva nätverk, handledning, förmedling av förtroghetskunskap, etisk vakthållning, nationellt suicidpreventivt handlingsprogram, riktlinjer för mediebevakning (Phillips visade 1974 att ju mer medierna rapporterade om självmord, desto mer ökade de [9], och omvänt, förbättrad mediebevakning med bland annat färre konkreta detaljer om den döda ledde till färre suicid i Wiens tunnelbana [10]).
 - Strukturell nivå: minskning av fattigdom och utanförskap, utjämning av sociala skillnader (eftersom det visats att antalet självmord är större i socioekonomiskt mindre gynnade grupper [11, 12], minskad alkohol-/drogtillgång, mer skolpersonal m m.

Sedan 1980 har antalet självmord i Sverige halverats. Självmorden minskar i alla ålderskategorier utom i två: dels barn och unga mellan 15 och 19 år, där siffrorna ligger på samma nivå som 1980, dels unga kvinnor mellan 15 och 24 år. Här har man de senaste åren sett en ökning av antalet självmordsförsök, och vid den senaste mätningen också en ökning av antalet fullbordade självmord (Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum).

Vi kan inte vara tillfreds enbart med att antalet självmord minskat totalt sett, jämfört med tidigare. 1 200 dödsfall om året i självmord är fortfarande 1 200 dödsfall för mycket. Särskilt oroande är den trendbrytande ökningen av antalet självmord i de yngre åldrarna. Också fortsättningsvis måste vi alltså bedriva suicidpreventiva ansträngningar. Det är dessutom viktigt att vi som läkare är klara över att suicidprevention har effekt och bör bedrivas parallellt på alla de olika arenor som skisserats ovan, inte bara på de medicinska [13].

Vägverket visade ett föredömligt samhällsansvar när dess generaldirektör i juni 2007 beslutade att suicidpreventiva åtgärder på självmordsdrabbade broar ska ha vidtagits senast den sista decem-

ber 2009. Också Banverket agerar suicidpreventivt. Bara på sträckan Malmö–Lund har ett fyrtiotal övervakningskameror monterats upp. Vid alla järnvägsplankorsningar sätter Banverket dessutom upp nya skyltar med telefonnummer dit man kan ringa för att stoppa ankommande tåg. Den som ser personer uppehålla sig på spåren kan även ringa 112, larmnumret [14].

Från Golden Gate-bron i San Francisco har 918 självmord inträffat åren 1937–1991 [15]. Jerome Motto, tidigare ordförande i American Association of Suicidology, har länge stridit för skyddsbarriärer på bron. Han lägger ytterligare en dimension till värdet av mekanisk-fysiska självmordsskydd: »A barrier would say: Society is speaking, and we care about your life« [16].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>

APROPÅ! Receptförskrivning

Hur hanteras förnyelse av recept i klinisk praxis?

Beslut om att sätta in, sätta ut, ändra dos och/eller förnya en ordination innebär, oavsett typ av beslut, att förskrivaren tar på sig i princip samma ansvar för patientens hälsotillstånd och fortsatta behandling. Det är därför av intresse att studera och diskutera rutinerna för förnyelse av recept, särskilt i en situation med ökande krav på och mindre tid i vården.

Normalt avser en förskrivning av ett läkemedel vid en kronisk sjukdom behandling under maximalt ett år. Då läkemedel inom ramen för läkemedelsförmånen lämnas ut för högst tre månader i taget är praxis att förskriva läkemedel med möjlighet till upprepade uttag. Det är okänt hur stor andel av receptförnyelser som sker utan direkt

kontakt mellan förskrivare och patient, skälen till detta och i vilken grad det innebär risk för sämre behandling i form av över- eller underbehandling.

Hur recept vid långvarig läkemedelsbehandling förnyas, samt möjliga problem med detta, har inte studerats ingående i Sverige. Från Storbritannien finns dock flera studier som främst fokuserat på nackdelarna med receptförnyelse, och detta har lett fram till en rad förbättringsförslag. Problemen tycks främst bero på att recepten förnyats upprepade gånger utan att läkare tagit ställning till det lämpliga i den fortsatta behandlingen, inklusive val av preparat, dos, behandlingsresultat, biverkningar, följsamhet osv.

Enligt en studie av recept-

förnyelser i primärvård av tre vanliga läkemedelsgrupper saknades hos 72 procent av patienter med mer än 15 månader sedan sista läkarbesök någon bedömning av läkare under denna period. Skillnader i organisation av vården samt regelverk kring förskrivning gör att resultaten är svåra att överföra till Sverige.

Vi vet inte så mycket om motsvarande problem i Sverige, men det finns en del information. I examensarbeten för ett par år sedan vid Uppsala universitet visade två apotekarstudenter att 25 procent av patienterna med hjärt-kärl-läkemedel, och 31 procent av dem som hade CNS-läkemedel, inte hade träffat läkare då recepten förnyades. Detta kan ha många orsaker, tex att ett planerat återbesök för-

dröjts, men någon kartläggning av skälen kunde inte göras inom ramen för examensarbetena.

Användningen av och problemen kring förnyelse av recept i Sverige borde kartläggas på samma sätt som skett i Storbritannien. Baserat på den brittiska kartläggningen har man föreslagit åtgärder som syftar till bättre användning av läkemedel. Det är en inte särskilt vågad gissning att något motsvarande skulle kunna bli följden även i Sverige.

J Lars G Nilsson
fd ordförande i NEPI (Nätverk för läkemedelsepidemiologi)
lars.nilsson@nepi.net

Mikael Hoffmann
chef för NEPI
mikael.hoffmann@lio.se