

Själv mord är inte enbart psykiatrins ansvar!

Psykiatrin borde inte ensam få rollen som självmordsförebyggare, då de flesta av riskfaktorerna ligger utanför psykiatrins ansvars- och kompetensområde.

Själv mord, självmordsförsök och självdestruktivt beteende är ett folkhälsoproblem i vårt land. Det finns mycket forskning kring dessa frågor, och det har utvecklats vårdprogram inom vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin för de grupper som kommer till oss. Det finns nu också ett nationellt självmordsförebyggande program antaget av riksdagen. Socialstyrelsen har under årens lopp engagerat sig i frågan och tagit fram riktlinjer för hur arbetet med självmordsnära personer ska bedrivas. Detta är gott och väl, men det finns en oroande tendens i allt detta. Det är att självmord tenderar att bli ett medicinskt problem, framför allt ett problem för psykiatrin. Varje fullbordat självmord uppfattas som ett misslyckande för psykiatrin. Läkartidningens rubrik över rapporteringen av Socialstyrelsens genomgång av lex Maria-anmälningar under 2006 (Läkartidningen 42/2008, sidorna 2944-6) är symptomatisk. Rubriken löd »Brister i vården i två av tre självmordsfall«, vilket är ett citat från Socialstyrelsens ansvariga medicinalråd.

Viktiga inslag i olika vårdprogram och i det nationella självmordsförebyggande programmet är så kallade retrospektiva genomgångar av suicid/psykologiska autopsier. I förlängningen finns anmälningskyldigheten enligt lex Maria, det



LARS JACOBSSON
professor emeritus,
psykiatriska kliniken, Norrlands
universitetssjukhus, Umeå
lars.jacobsson@psychiat.umu.se

vill säga att psykiatriska kliniker och andra vårdinrättningar är skyldiga att till Socialstyrelsen anmäla alla fall av självmord som inträffat hos patienter som är eller varit aktuella vid respektive klinik inom en månad före självmordet, vare sig det finns misstanke om fel eller försummelse eller inte.



Foto: Colourbox

De flesta riskfaktorer för självmord och självdestruktivt beteende ligger utanför psykiatrins ansvars- och kompetensområde.

Målsättningen är inte i första hand att hitta fel och försummelse i enskilda fall utan i stället att identifiera problem i systemet eller i vårdorganisationen eller andra faktorer som kan vara bidragande orsaker som på något sätt skulle kunna åtgärdas. Bakom detta döljer sig det faktum att lex Maria kom till för att finna och åtgärda brister i vården.

Allt detta är gott och väl, men om man bara fokuserar på vårdsystemet finns det en risk att vårdsystemet uppfattas som huvudansvarigt och att vårdpersonalen ändå kommer att känna sig utpekad och skyldig eller medskyldig till det inträffade. Ett annat problem är att an-

mälningsskyldigheten tar mycket tid i anspråk för personalen. Frågan är om det i längden går att upprätthålla ett system som upplevs som skuldbeläggande, tar mycket tid och som så småningom inte längre kommer att upplevas som meningsfullt eftersom man efter hand kommer att kunna känna igen förhållanden och företeelser som man inte kan åtgärda. Det inträffar en slags mättnad i systemet, och då känns processen bara belastande. Vi är förvisso inte där än, men jag tror att det inte ligger så långt borta. Socialstyrelsen hittar ofta någonting att påpeka – man kan alltid hitta brister i dokumentation och rutiner.

Varför har psykiatrin fått denna centrala roll i självmordspreventionen? En viktig faktor är att de flesta som suiciderar i vår kultur lider av någon typ av psykisk störning vid tidpunkten för självmordet. Själv mordsrisken är förhöjd bland patienter inom den psykiatriska vården, framför allt vid bipolära syndrom och depressiva tillstånd. Personer med missbruksproblematik hör också till högriskgruppen, liksom patienter som lider av psykossjukdomar, särskilt schizofreni.

Sjukvården, framför allt primärvården, förskriver läkemedel som kan användas i självmordssyfte. Personer som gör självmordsförsök eller visar upp ett självskadebeteende hamnar ofta hos sjukvården för åtgärd, först kanske hos internmedicinaren, intensivvården, kirurger och ortopedier, som i sin tur skickar patienten vidare till psykiatrin för bedömning. Sjukvården får på detta sätt en mycket central roll i att möta med självmordsnära personer.

Slutligen brottas många av psykiatrins patienter med existentiella frågor, frågor om livets mening, känslor av hopplöshet och meningslöshet, relationsproblem och andra stressfaktorer och livskriser som leder till ångest, depression och sömnsvårigheter. Själv mordsbeteende och självskadebeteende är alltså vanligt bland våra patienter, ibland till och med ett rekvisit för att ställa en psykiatrisk diagnos.

Men psykiatrin borde inte ensam få rollen som självmordsförebyggare. Vi vet



Psykiatrin kan inte nämnvärt påverka riskfaktorer bakom suicidalitet, som dagens mans- och kvinnoroller, alkohol- och drogbeteende, trasiga familjer, högt tempo på arbetsmarknaden med mera.

Foto: Colourbox

nu väldigt mycket om riskfaktorer för självmord och självdestruktivt beteende, och faktum är att de flesta av riskfaktorerna ligger utanför psykiatrins ansvars- och kompetensområde.

Männen är en riskgrupp, och det är uppenbart att mansrollen i vår kultur utgör ett problem. Kvinnor är mycket mer benägna till självdestruktivt beteende i form av intoxikationer och skärningar utan en tydlig suicidalitet i bakgrunden. Dessa beteenden är mer ett uttryck för en oförmåga att hantera ångest och olust och ett sätt att appellera till omgivningen. Det är också uppenbart att kvinnorollen, särskilt situationen för unga flickor, är en viktig bidragande faktor. Att påverka könsrollerna är förvisso viktigt men knappast psykiatrins ansvar.

Alkohol och droger spelar en mycket viktig roll för det självdestruktiva beteendet. Missbruk leder till stora sociala problem och relationell misär som till slut blir outhärdlig. Alkohol och droger minskar impulskontrollen även hos personer utan uppenbar missbruksproblematik. Men inte heller alkohol och drogekulturen i vårt land ligger inom räckhåll för psykiatrin att påtagligt förändra.

Skilsmässor, trasiga familjer och ensamhet är andra välkända bidragande faktorer, liksom arbetslöshet och ett uppdrivet tempo på arbetsmarknaden med höga krav på prestation, inte heller detta kan psykiatrin påverka nämnvärt.

Flyktingar och asylsökande är också en högriskgrupp för självmordsbeteende. På sannolikt varenda psykiatrisk klinik i landet vårdas vid en given tidpunkt en eller flera flyktingar, asylsökande och invandrare, som i sin förtvivlan över att inte få stanna eller att över huvud taget inte känna sig välkomna i det nya lan-

det, i desperation försöker ta sitt liv eller hotar att ta sitt liv. Inte heller detta kan psykiatrin påverka.

Numera är det i stort sett utsiktslöst att försöka påverka ansvariga myndigheter med intyg, men i slutänden är det psykiatrin som får ta ansvar för myndigheters okänslighet. Jag känner inte till ett enda fall där domare och tjänstemän har ställts till ansvar för sina beslut, medan vi inom vården hela tiden ska ansvara för konsekvenserna av våra beslut. Detta är en djup orättfärdighet i vårt system som bidrar till att stigmatisera psykiatrin, som uppfattas som oförmögen att hjälpa självmordsnära patienter.

Psykiatrin har alltså fått rollen att hjälpligt ställa till rätta det som myndigheter, arbetsgivare, fackföreningar, domstolar, massmedier och »tidsandan« ställer till med för enskilda människor. Värderingar i samhället och trender i kulturen utgör oerhört viktiga bakgrundsfaktorer som påverkar hur människor mår psykiskt. Ett exempel är hur krönikörer i de stora dagstidningarna och stora delar av populärkulturen, inklusive delar av det så kallade finkulturetablissemang, förhåller sig till alkohol och droger.

Var och varannan dag rapporteras om hur kändisar knarkar och super sig fulla utan att det på något sätt uppfattas som anmärkningsvärt, utan snarare som någonting som är helt okej. När har

» ... att hjälpligt ställa till rätta det som myndigheter, arbetsgivare, fackföreningar, domstolar, massmedier och 'tidsandan' ställer till med för enskilda människor.«

någon journalist eller chefredaktör ställts till ansvar för destruktiviteten i sina budskap?

Däremot ska vi inom psykiatrin ständigt svara för att vi inte kan förhindra att ungdomar super sig fulla, knarkar ner sig eller skär sig sönder och samman.

Vilket är då psykiatrins ansvar? Jo, vi ska naturligtvis ta hand om det som kan definieras som psykisk sjukdom/psykisk störning, och för mig är det inget problem att se detta i ett ganska vitt perspektiv. På senare år har psykiatrins ansvar blivit alltmer fokuserat på de allvarliga psykiska störningarna, psykossjukdomarna och allvarliga depressions- och ångesttillstånd, medan de »lätare« psykiska störningarna ska tas om hand inom primärvården.

Att arbeta förebyggande och främja den psykiska hälsan är inte längre psykiatrins ansvar. För 20–30 år sedan intresserade sig psykiatrerna också för detta, men i ett alltmer ansträngt ekonomiskt klimat med radikalt reducerade vårdresurser är det inte längre någon verksamhetschef som prioriterar detta.

Psykiatrin kan inte »bota« existentiell nöd – vad vi kan göra är att inge hopp om förändring och skapa rådrum för att bearbeta den existentiella problematiken. (Jag tror till exempel att den viktigaste effekten av den stora förskrivningen av antidepressiva är just att det inget hopp om förändring. På så sätt har naturligtvis psykiatern Göran Isacson, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge, en poäng när han hävdar att det är den ökande förskrivningen av antidepressiva som lett till sänkningen av självmordstalet i Sverige under senare år.)

Alla självmord borde leda till någon form av retrospektiv genomgång (något som föreslogs av Folkhälsoinstitutets utredare när förslaget till nationellt program för suicidprevention togs fram). Coroner-systemet i England (en gammal organisation som utreder mord och självmord) har den funktionen. Där blir alla misstänkta självmord föremål för en rättslig process. Det är kanske en del i förklaringen till de relativt låga självmordstalen i England.

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Fler debattinlägg på sidan 119.