

ytterligare två timmars permission. Skattningsskalan Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS) visade på 14 poäng, det vill säga lindrig depression, och SUAS (suicicide assessment scale) på 12 – ingen suicidrisk. Erik lämnade avdelningen, kastade sig framför en bil och avled.

Liksom Albinsson och Willems (Läkartidningen 10/2010, sidorna 696-7) kan vi kritisera överanvändningen av skattningsskalor för att bedöma suicidrisk, men inte på grund av att de frekventa skattningarna skulle vidmakthålla en eventuell suicidalitet. Att samtala om suicidalitet behöver inte bli fel i ett empiriskt helhetssammanhang men samtalet måste alltid samtidigt förmedla hopp. Psykiatriska »bedömningar« eller, för den delen, alltför tekniska behandlingstekniker utan samtidig värme och omsorg räcker dock inte [1]. Skattningsskalor ska integreras i en större klinisk bedömning i samråd med anhöriga och vårdpersonal: »Hur har patienten tett sig sista tiden, har han sovit, ätit, umgått han med medpatienterna?«

När patienten fyller i en skattningsskala ska det göras tillsammans med personal. Resultatet ska bilda underlag för ett samtal och ett korrelerat till hur patienten ter sig kliniskt. Patienten förstår givetvis delavsikten med en skattningsskala – nämligen att ge personalen trygghet att släppa observationsgraden, att våga ge permission.

När Socialstyrelsen från år 2006 införde regeln om skyldighet att lex Maria-anmäla alla suicid som inträffat inom fyra veckor efter utskrivning från en vårdinstitution har detta positivt medfört en skärpning av uppmärksamheten vad gäller patienter med suicidrisk.

Socialstyrelsens uppmaning att använda skattningsskalor innebär en anvisning om ett hjälpmedel, inte att en sådan skattning ska utgöra



Skattningsskalor visade lindrig depression/ingen suicidrisk, men »Erik« lämnade avdelningen, kastade sig framför en bil och avled.

hela suicidriskbedömningen. Dessutom blir genomförda skattningar en markör i dokumentationen av bredden i läkarens bedömning av suicidrisken. Självmod är svårt att förutse, däremot har det visats [2] att suicid i efterhand kan ses korrelera med skattningsskalan SIS (suicidal intent scale) och med skattningsskalan SUAS [3].

Förutom en övertro på skattningsskalor finns också en övertro på antidepressiv medicinering. Antidepressiva läkemedel minskar depressiva symtom, men dels svarar bara cirka 70 procent på dessa läkemedel, dels begås inte alla suicid av deprimerade personer.

Forskning visar att om individer efter ett självmordsförsök förutom medicin och »sedvanlig behandling« får en systematiskt uppföljning förbättras överlevnaden [4].

Hawton et al [5] följde upp 11 583 självskaepatenter. Efter 15 år hade 300 avlidit i självmord. Risken att avlida i självmord beräknades vara 66 gånger förhöjd jämfört med normalpopulationen. Denna kunskap betyder att när en individ söker psykiatrin efter ett självmordsförsök har vården en unik chans att förhindra att detta första självmordsförsök upprepas, och därmed att förhindra ett fullbordat suicid.

När det gäller suicidala människor måste det till ett skifte från teknikalisering, från enbart skattningsskalor och medicinering, till att se personen i ett helhetsperspektiv, kombinera olika me-

toder vid suicidriskbedömning samt anpassa behandlingen efter individens behov [6]. Vad har hänt som gjort att individen plötsligt inte orkar leva längre? Det är det som vi i vården måste ta reda på och därefter ingripa så att något, om än något aldrig så litet, i individens livssituation förändras till det bättre. Därmed kan personen ifråga slippa gå hem till samma läge, i vilket det första suicidförsöket inträffade. Då är nämligen risken stor för ett nytt, kanske denna gång letalt, suicidförsök. »Erik« i det inledande patientfallet tog sitt liv. Kanske var en anledning till att det kunde hända att läkare och personal blivit lugnade av resultaten från de båda skattningsskalorna MADRS och SUAS.

Susanne Ringskog Vagnhammar
specialist i psykiatri,
universitetsadjunkt
susanneringskogvagnhammar
@msn.com

Danuta Wasserman
professor i psykiatri och
suicidologi; båda vid NASP,
Nationellt centrum för suicid-
forskning och prevention,
Karolinska institutet, Stockholm

REFERENSER

1. Gilbert P. The compassionate mind. London: Constable; 2009.
2. Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. Eur Psychiatry. 2000;15(7):416-23.
3. Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. High suicidal intent scores indicate future suicide. Archives of Suicide Research. 2002;6(3): 211-9.
4. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008; 86:703-9.
5. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry. 2003; 182:537-42.
6. Brent D. Effective treatments for suicidal youth: pharmacological and psychosocial approaches. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 667-77.

Försäkringskassan och dess bedömning av intyg

■ Jag har arbetat som läkare i snart 40 år och först på senare tid börjat att få begäran om komplettering av utfärdat läkarintyg (det hände aldrig förr) från olika handläggare på Försäkringskassan. Jag har också arbetat ett antal år som förtroendeläkare på FK, bör tilläggas.

En påminnelse från FK drabbar i första hand den sjukskrivna tills korrektion anländer.

Jag har väl snarare blivit bättre nu för tiden på att skriva intyg med relevant innehåll än jag var i början av min karriär, men ändå »duger« många av mina intyg inte nu.

När jag arbetade som förtroendeläkare vid FK kom handläggarna till mig med begäran om hjälp med tolkning av intyget, och i de allra flesta fall kunde vi lösa problemen på kontoret utan att störa intygsskrivande läkare.

Det är tydligen lättare att skicka i väg ett färdigtryckt formulär med posten än att kontakta den försäkringsmedicinska rådgivaren på kassan.

Att fylla i en massa ord för att tillfredsställa en uppenbarligen ej kunnig handläggare anser jag inte vara min sak, om jag inte (mot förmodan) skrivit ett intyg som är svårttytt. Finns det några formella krav (utbildning etc?) för att bli handläggare? Det verkar inte så.

I dagens läge, och inte heller längre fram, avser jag inte att agera sekreterare åt FK:s handläggare.



Claes von Segebaden
privatläkare i Stockholm
segebode@hotmail.com