Redaktör: Jan Lind 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

ter från USA visar på allt värre utveckling. Det är svårt att tro att vi inte skulle följa USA i spåren– det har vi gjort i alla andra avseenden vad gäller livsstil, mat, musik, media, kultur, teknologi ...

Cynikern konstaterar att om man inte tar fetmaepidemin på verkligt allvar är det bara krig, oljekris eller global missväxt som kan hindra oss i industriländerna från att fortsätta att gräva vår grav med kniv och gaffel. Idag kommer beskedet till mig, att vi inte kommer att kunna bemanna min överviktsenhet med läkare mer än delar av hösten. En psykolog har jag förgäves bett om i 25 år. Mina landstingspolitiker talar alltså med kluven tunga. Man ska vara korkad för att vidmakthålla en optimism i det läget. Jag har tidigare fyllt högt ställda krav i det avseendet, men det är kanske dags att ta ner skylten.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med. 2007;357:741-52.
2. SBU. Fetma – problem och åtgärder. Stockholm: SBU; 2002. SBU rapport 160.
3. SBU. Förebyggande åtgärder mot fetma. Stockholm: SBU; 2004. SBU rapport 173.

APROPÅ! Socialstyrelsens rapport om anmälda självmord får kritik

Psykiatrin räddar liv – »misslyckade« fall ger inte en rättvisande bild

Socialstyrelsen publicerade den 19 juli en sammanställning av »beslut« rörande 153 av 367 självmord som under 2006 anmälts enligt Lex Maria. En rad brister har identifierats rörande rutiner för självmordsriskbedömningar, dokumentation, samverkan, informationsöverföring, kontinuitet, kompetens, vårdprogram–vårdplaner samt tillsyn–övervakning.

»Jag är överraskad att det är så enkla grejer som det stupar på«, uttalade medicinalrådet Helena Silfverhielm i Läkartidningen 30–31/2007 (sidan 2141).

En ledarskribent i Dagens Nyheter kommenterade den 21 juli att »Socialstyrelsen visar nu att den vård som skulle hjälpa kan bli en risk i sig«. Vågar oroliga anhöriga ta en familjemedlem med självmordsplaner till psykiatrin efter att ha läst detta?

Det är givetvis mycket angeläget att identifiera moment som kan förbättra patientsäkerheten och samtidigt öka våra kunskaper om självmord. Eftersom rapporten uttryckligen ska kunna användas av politiker, journalister och allmänhet borde rapportens författare dock enligt min mening ha bemödat sig mer för att ge ett perspektiv på de erhållna resultaten.

Följande anser jag borde ha tydliggjorts för att undvika missförstånd:

- Orsaken till självmord är den psykiska sjukdomen. Socialstyrelsens analys handlar om varför psykiatrin inte lyckades förhindra självmord.
- De undersökta anmälningarna gav uttryck för att självmorden var oväntade, att självmordsrisken inte bedömts hög. Detta är ett förväntat resultat. Självmord sker alltid oväntat. En anmälan om att en patient »som väntat begick självmord under permissionen« vore en absurditet. Där hög självmordsrisk identifieras har vården stor möjlighet att förhindra självmord. Dessa fall kommer därför inte att återfinnas i materialet.
- Rapporten ger psykiatrin ett erkännande för att självmordsriskbedömningar hade gjorts i 78 procent av de undersökta fallen, men konstaterar samtidigt att bara 9 av dessa 81 bedömningar påvisade hög självmordsrisk. Utifrån rapportens uppgifter kan man uppskatta att detta talar för att det totalt gjordes upp emot 200 »falskt negativa« bedömningar under 2006, dvs bedömningar där den höga risken för självmord inte fångades upp. För att avgöra om detta är acceptabelt måste man ställa de felbedömda fallen i relation till det totala antalet riskbedömningar som gjordes under året inom psykiatrin. Det finns inga metoder att med tillräcklig specificitet säkert prediktera självmord, så möjligen är resultatet vad som kan förväntas utifrån nuvarande kunskapsnivå.
- En »nollvision« avseende självmord är inte förenlig med en öppen och frivillig psykiatri och inte heller med det faktum att psykiatrin inte har tillgång till behandlingsmetoder som är 100 procent effektiva.
- Det är en paradox att samtidigt som varje självmord inom vården utgör ett misslyckande, är idealet att så stor andel som möjligt av samtliga självmord i samhället begås i psykiatrisk slutenvård. Ingen ska behöva begå självmord utan att maximal behandling åtminstone har erbjudits! Jämför dödsfall i maligna sjukdomar, hjärt–kärlsjukdomar etc.
- En analys av enbart »misslyckade« fall kan inte ge en rättvisande bild av vården som helhet. Detta självklara påpekande kan uppenbarligen inte överlåtas åt massmedierna.
- Elva självmord hade skett inom vårdavdelning. Det borde också ha framgått av rapporten hur många självmord som skedde bland patienter som remitterats till psykiatrin men ännu ej kallats, avvisats på akutmottagningar, lämnat avdelningen efter beslut om »frigång«, permission eller utskrivning eller efter att patienten helt enkelt avvikit. Detta har klar relevans för vilka slutsatser som bör dras.

Samtidigt som brister med rätta påpekats och rutiner kan och bör förbättras, borde det således också ha framgått att det är fullt möjligt att psykiatrin utifrån givna resurser, främst begränsade av läkarbrist och brist på slutenvårdsplatser, har gjort ett mycket gott arbete.

Sedan toppåret 1979 har antalet självmord i samhället nästan halverats – trots nedskärningar inom vården, trots ökat bruk av alkohol, tidvis hög arbetslöshet och kanske också ökad psykisk sjuklighet.

Troligtvis borde psykiatrin och även primärvården, där den mesta psykiatrin bedrivs, få ett erkännande för detta.

Göran Isacsson
överläkare, docent,
psykiatriska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
Goran.Isacsson@sll.se