Folkhälsomyndigheten

Sjukvård som unga individer som suiciderat erhållit- Fokus på unga män.

UTKAST

UTKAST

Vård som erhållits av unga män och kvinnor som suiciderat.

UTKAST

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklaration av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

UTKAST

Denna titel kan beställas från: Folkhälsomyndighetens publikationsservice,
e-post: publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se.
Den kan även laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 20xx.

Artkelnummer: xxxxx
ISBN XXXX (pdf)
ISBN XXXX (print)

Foto/Illustration omslag: Förnamn Efternamn/Bildbyråns namn.
Foto inlaga: s. X Förnamn Efternamn/Bildbyråns namn.

Grafisk produktion: AB Företag.
Tryck: AB Företag, Ort, 20xx.

Förord

Förordet bör inte vara mer än en sida och ska ge svar på frågorna:

- Varför? (ger vi ut den här skriften)
- Till vad? (ska den användas)
- För vem? (målgrupp)
- Av vem? (ansvariga för innehållet)

(I förordet nämns de medarbetare och linjechefer som varit ansvariga för rapporten. Vill man även omnämna andra grupper, t.ex. andra avdelningar som varit involverade, referensgrupper, styrgrupper etc. presenteras de i en särskild bilaga sist i rapporten.)

Folkhälsomyndigheten

Förnamn Efternamn
Generaldirektör/Avdelningschef/Enhetschef

(Står avdelningschef eller enhetschef som undertecknad bör även avdelningens eller enhetens namn skrivas ut.)

UTKAST

UTKAST

Innehåll

Sammanfattning 11

Summary 13

Title 13

Bakgrund 15

Syfte ..... Fel! Bokmärket är inte definierat.

Metod 17

Resultat 20

Diskussion ..... Fel! Bokmärket är inte definierat.

Referenser 38

UTKAST

UTKAST

UTKAST

UTKAST

Sammanfattning

Pilotstudien inkluderade 80 individer under 45 år som tagit sitt liv i fyra regioner i södra Sverige. Vi granskade sjukvårdjournaler från de två år som föregick dödsfallet vilket inkluderade psykiatrisk vård, primärvård samt somatisk vård – såväl i offentlig som i privat regi. Samtliga journaler för offentlig sjukvård och större vårdgivare med offentliga uppdrag för primärvård och psykiatrisk vård granskades enligt en granskningsmall utarbetad med stöd av Svensk psykiatrisk förenings riktlinjer för utredning och behandling av suicidnära patienter för att svara på huvudprojektets frågeställningar. Frågor som undersöktes var exempelvis vilken typ av vård individen erhållit, hur frekvent vården varit, hur man bedömt suicidrisk samt eventuella tidigare suicidförsök.

Syftet med projektet var att studera vilken vård har unga män och kvinnor som dött i suicid erhållit i nära anslutning till dödsfallet.

Exempel på frågeställningar var frågeställningar var:

- Har unga män och unga kvinnor som tagit sitt liv varit patienter inom sjukvården i nära anslutning till dödsfallet i samma utsträckning?
- Skiljer sig vårdform och vårdens innehåll i nära anslutning till dödsfallet mellan unga män och unga kvinnor?
- Skiljer sig förekomst av vård mellan unga män och unga kvinnor som gjort suicidförsök och senare suiciderat?

Nästan hälften av alla granskade individer hade haft någon typ av kontakt med sjukvården inom de 4 veckor som föregick dödsfallet. 30 procent hade haft kontakt med psykiatrin, 23 procent med primärvården och 11 procent med somatisk vård 4 veckor innan dödsfallet. Männen i vår undersökning sökte sjukvård i samma omfattning som kvinnorna, men det var fler män än kvinnor som sökte somatisk vård och primärvård och fler kvinnor än män som sökte psykiatrisk vård. Psykiatriska besvär framkom hos 38 procent av individerna vid senaste läkarbesöket vid primärvården. Dödsönskan, suicidtankar eller suicidplaner hade diskuterats och dokumenterats i enbart 4 procent av de registrerade sista besöken i primärvården före dödsfallet.

I vår studie hade 52 procent av männen och 67 procent av kvinnorna som haft kontakt med psykiatrin de senaste 2 åren gjort ett tidigare suicidförsök. Den behandling som erhölls av män och kvinnor syntes vara jämförbar mellan de som gjort suicidförsök eller inte, men här krävs ett större material för några egentliga slutsatser ska kunna dras.

Det är värt att notera att trots att kontaktytan till vården förekommit i många fall, har det vid den senaste kontakten endast i en mycket begränsad omfattning bedömts föreligga en ökad suicidrisk. Det antyder att förbättrade åtgärder kan

UTKAST

behövas för att fånga upp personer med suicidrisk och erbjuda dem effektiva åtgärder. Individer med ett eller flera suicidförsök är en känd riskgrupp som kan behöva förbättrade behandlingsalternativ.

Forskningsprojektet har kommit att inkludera allt fler län i Sverige och vilket betyder att vi kommer kunna granska journalerna för en mycket hög andel av alla suicid 2015. Datainsamling pågår och kommer avslutas under 2019. I den fortsatta studien kommer alla åldersgrupper analyseras och ytterligare frågeställningar besvaras.

UTKAST

Summary

Young men and women who commit suicide:

An investigation of healthcare usage prior to death in Sweden

The pilot study included 80 individuals under the age of 45 who had lived in four regions in southern Sweden. We reviewed medical records from the two years preceding death, which included psychiatric care, primary care and somatic care - both in the public and private sectors. All public health records within major healthcare providers for primary care and psychiatric care were examined according to a review template in accordance with the Swedish Psychiatric Association's guidelines for the investigation and treatment of suicidal patients, to answer the main research questions. Issues investigated were, for example, what kind of care the individual received, how frequent the care was, how suicide risk was assessed and any previous suicide attempts.

The purpose of the project was to study what kind of health care was given young men and women in the two years preceding suicide.

Almost half of all examined individuals had been in contact with healthcare within the 4 weeks preceding the death. 30 percent had been in contact with psychiatry, 23 percent with primary care and 11 percent with somatic care. The men in our survey sought medical care to the same extent as the women, but there were more men than women who sought somatic care and primary care and more women than men who sought psychiatric care. Psychiatric disorders occurred in 38 percent of subjects at the last medical visit to primary care. Death wish, suicide thoughts or suicide plans had been discussed and documented in only 4 percent of the registered last visits in primary care prior to death.

More than half of the men (52%) and women (67%) with a psychiatric contact within 24 months prior to death, had made a previous suicide attempt. The treatment obtained by men and women seemed to be comparable between those who had made previous suicide attempts or not, but more data is required for conclusions to be drawn.

It is notable that more than half of the men who committed suicide had been in contact with healthcare prior to death, but only a portion of those who were assessed were reported to have an elevated suicide risk.

The sample size did not permit statistical comparison but it appears that there were no major gender differences. The study is ongoing and will extend to include all individuals who committed suicide within all age groups across a larger portion of Sweden.

UKÄST

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

UTKAST

Bakgrund

Varje år tar cirka 1500 personer sitt liv i Sverige (inräknat både säkra suicid och dödsfall med oklar avsikt). Det är en minskning sedan 1980-talet då självmordsfrekvensen var 2000 fall årligen, men suicid är fortfarande ett allvarligt samhällsproblem. 2016 dog 781 män och 348 kvinnor i säkra suicid i Sverige. I åldersgruppen 15-39 år är självmord som dödsorsak mer än dubbelt så vanligt hos män jämfört med kvinnor (1). Statistiken på området är inte helt tillförlitlig eftersom suicid många gånger kan förväxlas med ett olycksfall (2). Det har visat sig att många som dör i suicid har sökt någon form av sjukvård året före dödsfallet. Enligt en översiktsartikel från 2002, baserad på 40 studier hade cirka 45 % besökt primärvård och cirka 20 % besökt psykiatrisk vård en månad innan dödsfallet (3) och i en stor studie från USA 2014 (4) hade 83 % av individerna som tagit sitt liv sökt sjukvård året före suicid, vanligen inom somatisk specialistvård eller inom primärvård. Det tycks även vara relativt vanligt att unga har kontakt med vården året innan dödsfallet. Enligt en kanadensisk studie på suicid bland unga individer hade 75 % av individerna åtminstone en kontakt med hälso- och sjukvården året innan suicid (5) och av de som sökt öppenvård hade 97 % besökt ,allmänläkare och 31 % psykiater. 36 % hade fått en psykiatrisk diagnos. Könsskillnader bland unga som suiciderat undersöktes och studien fann att flickor oftare hade en psykiatrisk diagnos, hade fler besök till primärvård och akutsjukvård men att inga könsskillnader fanns avseende besök till psykiatrisk öppenvård.

Patienter som har vårdats inneliggande inom psykiatrisk vård har en särskilt hög suicidrisk. En amerikansk studie jämfördes självmordstalen per 100 000 invånare, 90 dagar efter utskrivning från psykiatriskt sjukhus med en matchad amerikansk befolkning. Studien konstaterade att vuxna med komplexa psykiatriska sjukdomar har en hög kortsiktig risk (inom 90 dagar) för självmord, speciellt om de inte är knutna till någon öppenvård efter utskrivningen (6). I en svensk registerstudie publicerad 2010 konstaterades det att mellan 1991 och 2003 hade 25 % av de individer som suiciderat, vårdats inneliggande för en psykiatrisk diagnos året innan de tog sitt liv, trots att antalet psykiatriska sjukhusinläggningar hade minskat under samma period (7).

Eftersom dödligheten i suicid är relativt hög och det är känt att en stor del av de individer som tar sitt liv har sökt sjukvård behövs det betydligt mer kunskap om vilka åtgärder dessa individer erhållit för att bättre planera för preventiva insatser. Inte minst behövs sådan kunskap för att förbättra vården riktad till unga män.

Patientsäkerhet och anmälan av suicid enligt Lex Maria

Sjukvården i Sverige är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att utreda och anmäla till tillsynsmyndigheten händelser i vården som har lett till, eller kunnat leda till allvarlig vårdskada. Vårdskada definieras i denna lag som ”lidande, kroppslig eller fysisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas

UTKAST

om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården". En allvarlig vårdskada är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten har fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Anmälningsplikten kallas Lex Maria och syftet är att bättre förstå om något s k systemfel i vården kan ha bidragit till skadan. Anmälan föregås av en utredning som syftar till att identifiera orsaker till vårdskadan och finna åtgärder som kan förebygga att liknande händelser inträffar igen. I syfte att lära av suicid föreskrev Socialstyrelsen 2006 att alla självmord som inträffade under pågående vård och inom fyra veckor efter vårdkontakt skulle anmälas enligt Lex Maria (8), oavsett om de bedömdes vara vårdskada eller inte (denna föreskrift togs bort 31 augusti 2017).

2007 publicerade Socialstyrelsen, som då var tillsynsmyndighet, en sammanställning av samtliga beslut fattade före 31 mars 2007 gällande Lex Maria efter självmord (9). Rapporten visade att kritik mot vårdgivaren framförts i 81 av 153 fall. Brister i rutiner och riskbedömningar var de vanligaste områdena där myndigheten framförde kritik, men även i dokumentation, samverkan och kommunikation förekommer ofta brister. 2013 fördes ansvaret för att granska Lex Maria-ärenden över till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Någon systematisk sammanställning av beslut enligt Lex Maria efter självmord sedan 2007 är inte publicerad. En granskning av samtliga suicid som anmälts enligt Lex Maria 2015 visar att vårdgivaren identifierar brister i vården före suicid i 54% av fallen. De vanligaste bristerna gäller samverkan, kommunikation och riskbedömningar. IVO godkände 65% av utredningarna direkt, krävde komplettering i 29% av fallen och tillsynade verksamheten i 6%.

Syfte

Syftet med projektet var att studera vilken vård har unga män och kvinnor som dött i suicid erhållit i nära anslutning till dödsfallet.

Generella frågeställningar:

a. Har unga män och unga kvinnor som tagit sitt liv varit patienter inom sjukvården i nära anslutning till dödsfallet i samma utsträckning?

b. Skiljer sig vårdform och vårdens innehåll i nära anslutning till dödsfallet mellan unga män och unga kvinnor?

c. Skiljer sig förekomst av vård mellan unga män och unga kvinnor som gjort suicidförsök och senare suiciderat?

d. Skiljer sig anmärkningar enligt Lex Maria mellan unga män och unga kvinnor vad gäller vårdens brister?

UTKAST

Metod

Studien är en del av ett större projekt som undersöker sjukvårdskontakter samt anmälningar enligt Lex Maria för samtliga personer som tagit sitt liv i Region Skåne, Region Halland, Region Jönköpings län och Landstinget Kalmar under 2015 och från samtliga avlidna i suicid i Landstinget Kalmar 2012.

Studiepopulation

Vi eftergranskade journaler på samtliga individer mellan 15–44 år som dog i suicid under 2015, vilket uppgår till 81 personer (Socialstyrelsens dödsregister, 2015). Vi kunde granska alla utom en av sekretesskäl. Från Socialstyrelsen begärdes personnummer och variabler från dödsorsaksregistret från individer i åldern 15–44 år som tagit sitt liv (X60-X84) i Region Skåne, Region Halland, Region Jönköpings län och Landstinget Kalmar under 2015 och från samtliga avlidna i suicid i Landstinget Kalmar 2012. Varje avliden person tilldelades ett kodnummer.

Metod för journalgranskning:

Samtliga journaler för offentlig sjukvård och större vårdgivare med offentliga uppdrag för primärvård och psykiatrisk vård granskades enligt en granskningsmall speciellt utarbetat för att svara på huvudprojektets frågeställningar. Vid framtagande av mallen användes bl. a Svenska psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för utredning och behandling av suicidnära patienter (10) och Vårdprogram om suicidprevention för vuxna, Landstinget i Jönköpings län 2007 (11). Mallen bestod av sex delar. a) Demografiska data och sociala faktorer, b) kontakter med psykiatrisk sjukvård c) kontakter med primärvård, d) kontakter med somatisk sjukvård, e) övriga myndighetskontakter enligt uppgifter i journalerna och f) uppgifter om sannolik underliggande psykosocial problematik. Frågorna i mallen berörde bl. a, typ av vårdkontakter, frekvens sjukvårdsbesök personalkategori vid senaste besök, psykiatriska och somatiska symptom vid senaste besök, psykisk status vid senaste besök, suicidriskfaktorer suicidriskbedömningar, somatiska och psykiatriska diagnoser, läkemedelsbehandlingar, samtalskontakter, psykoterapi, ECT och annan typ av behandling och omvårdnad under psykiatrisk slutenvård. Även anhörigkontakter enligt journaluppgifterna undersöktes. Sjukvårdskontakterna undersöktes för de senaste 4 veckorna, 3 månaderna, 12 månaderna respektive 24 månaderna innan dödsfallet.

Som underlag för rapporten har i huvudsak den psykiatriska sjukvården och till viss del primärvården granskats. Det som granskas i den här rapporten gäller förekomst och frekvens av öppenvård, slutenvård, vård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård, farmakologiska behandling, psykoterapi, psykiatrisk diagnos, emotionell kontakt, om minst tre suicidriskfaktorer utöver psykiskt status angivits i journalen vid senaste läkarbesök, samt om suicidrisken uppfattats inom psykiatrin. Mallen innehåller ett stort antal riskfaktorer men vilka riskfaktorer som granskats redovisar inte här.

UTKAST

Vad det gäller primärvården innehåller den här rapporten psykiatrisk diagnostik och förekomst om frågor enligt journalanteckningarna gällande dödsönskan, suicidtankar och suicidplaner vid senaste läkarbesök inom primärvården. Några detaljer för den somatiska vården har inte granskats inom ramen för den här rapporten.

I projektet medverkade åtta journalgranskare. För att kvalitetssäkra arbetet fick alla skicka in sin första granskning till projektledningen för genomgång och feedback på eventuella avvikelser. Gruppen träffades vid tre tillfällen för att diskutera genom eventuella hinder och komma fram till gemensamma lösningar och förhållningssätt. Däremellan kunde samtliga granskare höra av sig till projektledningen för att få hjälp vid behov.

Vilka granskade journalerna och vilka hade tillgång till personuppgifterna?

Journalgranskarna i den här delstudien var anställda inom sjukvården inom berörda regioner och landsting. De var väl förtrogna med patientgruppen och journalsystemen. Huvudansvariga forskare, verksamhetscheferna, chefläkarna och varje enskild granskare har ansvarat för att personuppgifterna inte röjs för obehöriga. Sekretess tillämpades enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Övriga i forskargruppen fick enbart information genom avidentifierade datafiler.

Ifyllande och förvaring av granskningsmallar:

Varje journalgranskare fyllde i en granskningsmall angående varje dödsfall, Ifyllda granskningsmallar förvarades i låst skåp vid respektive landsting. Uppgifterna i granskningsmallen lades in i datafiler (Excel, SPSS). I datafilerna är varje fall registrerat med kodnummer. Personnummer eller namn förekommer inte i datafilerna. Datafilerna från de olika landstingen sammanfördes i en gemensam ”masterfil” som förvaras vid Division psykiatri, Lund. Enbart journalgranskarna och forskarna knutna till projektet har tillgång till filerna.

Granskning av Lex Maria

Underlag och beslut för samtliga Lex Maria-anmälningar gjorda av vården till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) efter suicid 2015 begärdes in från IVO. Det erhållna materialet från IVO inkluderar den formella Lex Maria-anmälan, internutredningen gjord av vården inför anmälan, inkluderande journalkopior, och IVO:s beslut.
Materialet granskades enligt mall framtagen med stöd av Patientsäkerhetslagen, gällande föreskrifter, handboken Händelseanalys och Riskanalys och händelseanalys (12), Svenska psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för utredning och behandling av suicidnära patienter (10), Vårdprogram om suicidprevention för vuxna, Landstinget i Jönköpings län 2007 (11) och Socialstyrelsens genomgång av Lex Maria-anmälningar 2007 (9, 13). I mallen kartläggs demografiska data, vård och vårdkontakter de sista fyra veckorna före suicid, vårdgivarens internutredningar och resultaten av dessa samt IVO:s beslut. Samtliga granskningar är genomförda av Elin Roos af Hjelmsäter.

Dataanalys

UTKAST

Det här materialet är för litet för statistiska jämförelser varför enbart antal och procent anges i resultatdelen. Det betyder därmed att jämförelserna mellan kvinnor och män inte säkerställdes statistiskt. Samtliga resultat beskrivs för hela gruppen samt separat för män och kvinnor.

UTKAST

Resultat

Totalt ingick 81 individer, 57 män och 24 kvinnor i materialet (tabell 1). Journalen till en av individerna kunde inte granskas av sekretesskäl. Alla av de 80 individerna vars sjukvårdsjournaler skulle granskas, hade en journal upprättad och 95 procent hade haft någon kontakt med sjukvården de två senaste åren innan de suiciderat.

Beskrivning av populationen.

Kön, ålder uppgifter om civilstånd, barn, arbete, studier och sjukskrivning redovisas i tabell 2. Tillgång till dessa uppgifter fanns i 61–76 procent av journalerna. Vid tidpunkten för dödsfallet var 25 procent gifta eller sambor, 22 procent frånskilda, 28 procent hade hemmavarande barn, 51 procent arbetade på hel- eller deltid, 14 procent studerade, 42 procent var arbetslösa och 37 procent var sjukskrivna bland de individer där uppgiften förekom i journalen. I psykiatri- eller primärvårdsjournalen fanns bekräftade uppgifter om pågående missbruk i 15 procent av fallen. Högre andel män än kvinnor var arbetslösa eller hade ett pågående missbruk och en högre andel kvinnor än män var sjukskrivna vid tidpunkten för dödsfallet. Skillnaderna jämfördes inte statistiskt då materialet var förhållandevis litet.

Översiktlig beskrivning av individernas sjukvårdskontakter två år innan dödsfallet.

För översiktlig beskrivning av besöken vid psykiatrisk vård se tabell 3. Femtiofem procent av alla granskade individer har haft någon form av kontakt med psykiatrin (till exempel öppenvård, slutenvård eller psykiatrisk akutmottagning) under de två år som föregick dödsfallet, 41 procent hade haft kontakt med psykiatrin de senaste 3 månaderna och 30 procent hade haft kontakt med psykiatrin vid minst ett tillfälle de senaste 4 veckorna. En högre andel kvinnor än män hade kontakt med psykiatrin fyra veckor innan dödsfallet, vilket inte jämförts statistiskt.

För översiktlig beskrivning av besöken vid primärvård och somatisk vård se tabell 4. Åttioåtta procent hade kontakt med primärvården någon gång de senaste 2 åren och 23 procent hade kontakt med primärvården de senaste 4 veckorna. Somatisk vård hade 61 procent haft kontakt med de senaste 2 åren och 11 procent de senaste 4 veckorna. En högre andel män än kvinnor hade haft kontakt med somatisk vård de sista fyra veckorna före dödsfallet. Skillnaden jämfördes inte statistiskt.

Tabell 5 visar om patienten haft någon sjukvårdskontakt de senaste 4 veckorna och antal individer som sökt annan sjukvård än psykiatrisk vård 4 veckor före dödsfallet. Under de sista fyra veckorna som föregick dödsfallet hade 52 procent av männen och 39 procent av kvinnorna haft kontakt med någon form av sjukvård. 17 procent av männen och 8 procent av kvinnorna hade haft kontakt med primärvården men inte psykiatrin 4 veckor innan dödsfallet och 7 procent av

UTKAST

männen men ingen av kvinnorna hade haft kontakt med somatisk vård men vare sig primärvård eller psykiatri 4 veckor innan dödsfallet.

*Tabell 1. Studiematerialets storlek. * En individs journaler kunde av sekretesskäl inte granskas.*

	Alla	Män	Kvinnor
Antal individer i materialet	81	57	24
Antal individer som granskats*	80	57	23
Antal individer med sjukvårdsjournaler	80	57	23
Antal individer med sjukvårdskontakt de senaste 24 månaderna	76	54	22

*Tabell 2. Ålder, sociala faktorer och missbruk hos de patienter där uppgiften framkommit i någon av sjukvårdsjournalerna. * En individs journaler kunde av sekretesskäl inte granskas. Tillgång till uppgifter om hushåll, barn, arbete, studier och sjukskrivning i någon av sjukvårdsjournalerna varierade mellan 61–76 procent.*

	Alla	Män	Kvinnor
Antal individer som granskats*	80	57	23
Ålder, median (min-max)	33 (15–44)	34 (15–44)	32 (15–44)
Gift, sambo antal gifta/ antal med uppgiften i journalen (%)	25%	21%	32%
Skild antal skilda/antal med uppgiften i journalen (%)	22%	24%	19%
Hemmavarande barn <18 år antal med hemmavarande barn / antal med uppgiften i journalen (%)	28%	29%	25%
arbete (hel och deltid) antal med arbete/antal med uppgifter i journalen (%)	51%	45%	71%
Arbetslös			

antal arbetslösa/antal med information i journalen (%)	42%	53%	26%
Studerar (heltid el deltid) antal som studerar/antal med information i journalen (%)	14%	10%	20%
Sjukskriven (heltid el deltid) antal sjukskrivna/antal med information i journalen (%)	37%	28%	50%
Bekräftat pågående missbruk antal med bekräftat missbruk /antal granskade journaler (%)	15%	19%	4%

Tabell 3. Översiktlig beskrivning av besöken vid psykiatrisk vård.

	Alla	**Män**	**Kvinnor**
Psykiatrikontakt de senaste 24 månaderna antal individer/alla granskade individer (%)	55%	51%	65%
Psykiatrikontakt de senaste 3 månaderna antal individer/alla granskade individer	41%	39%	48%
Psykiatrikontakt de senaste 4 veckorna antal individer/alla granskade individer (%)	30%	26%	39%

Tabell 4. Besök vid primärvård och somatisk vård under 24 månader respektive 4 veckor innan dödsfallet

	Alla	Män	Kvinnor
Primärvårdskontakt de senaste 24 månaderna antal individer/alla granskade individer (%)	88%	86%	91%
Primärvårdskontakt de senaste 4 veckorna antal individer/alla granskade individer (%)	23%	25%	17%
Kontakt med somatisk vård de senaste 24 månaderna antal individer/alla granskade individer (%)	61%	58%	70%
Kontakt med somatisk vård de senaste 4 veckorna antal individer/alla granskade individer (%)	11%	16%	0%

Tabell 5. Sjukvårdsbesök de senaste 4 veckorna före dödsfallet. Tabellen visar om patienten haft någon sjukvårdskontakt de senaste 4 veckorna och antal individer som sökt annan sjukvård än psykiatrisk vård 4 veckor före dödsfallet.

	Alla	**Män**	**Kvinnor**
Besökt sjukvården de senaste 4 veckorna före dödsfallet. antal individer/alla granskade individer (%)	49%	52%	39%
Inte besökt sjukvården de senaste 4 veckorna före dödsfallet. antal individer/alla granskade individer (%)	51%	48%	61%
Besökt primärvården men ej psykiatrin de senaste 4 veckorna före dödsfallet Andel individer med kontakt med primärvård men ej psykiatri de senaste 4 veckorna. (%)	15%	17%	8%
Besökt somatisk vård men ej psykiatri eller primärvård de senaste 4 veckorna före dödsfallet			

Andel individer med kontakt med övrig sjukvård men ej psykiatri eller primärvård de senaste 4 veckorna. (%)	5%	7%	0%

Översiktlig beskrivning av innehållet av den psykiatriska vården.

Innehållet i den psykiatriska vården beskrivs översiktligt i tabell 6. Fyrtiofyra individer, 29 män och 15 kvinnor hade haft kontakt med den psykiatriska vården någon gång de senaste 24 månaderna. Av dessa hade 39 procent en fast vårdkontakt, det vill säga en namngiven kontaktperson med det övergripande ansvaret för patientens behandling i psykiatrin vid tidpunkten för dödsfallet. 91 procent hade en i journalen dokumenterad psykiatrisk diagnos 3 månader innan dödsfallet. En större andel kvinnor än män hade en fast vårdkontakt och pågående psykoterapi eller samtalskontakt vid tidpunkten för dödsfallet. Skillnaderna är inte statistiskt jämförda.

Tabell 6. Översiktlig beskrivning av innehållet i den psykiatriska vården bland de som haft kontakt med psykiatrin de senaste 24 månaderna.

	Alla (n=44)	**Män (n=29)**	**Kvinnor (n=15)**
Andel individer med en fast psykiatrisk vårdkontakt i samband med dödsfallet (%)	39%	34%	47%
Antal besök vid psykiatrin de senaste 4 veckorna bland de som besökt psykiatrisk vård 4 veckor innan dödsfallet. median (min-max)	4 (0–16)	4 (0–6)	9 (0–16)
Antal dagar mellan senaste kontakt med psykiatrin och dödsfallet. median (min-max)	14 (0–459)	15 (0–459)	5 (0–161)
Personalkategori vid senaste kontakt med psykiatrin			
Läkare	21	16	5
Sjuksköterska	8	6	2
Socionom	4	3	1
Psykolog	5	1	4

Fysioterapeut Övrigt	0 5	0 2	0 3
Andelen individer med en dokumenterad psykiatrisk diagnos de senaste 3 månaderna innan dödsfallet. (%)	91%	90%	93%

Suicidriskbedömning av patienter som haft kontakt med psykiatrin innan dödsfallet (tabell 7).

Den emotionella kontakten bedömts som god i 36 procent av fallen. Minst tre riskfaktorer för suicid, angavs i journaltexten vid 18 procent av fallen. I 16 procent av fallen konstaterades en förhöjd suicidrisk vid senaste läkarbesöket som föregick dödsfallet. I ingen av de granskade journalerna framgick att patienterna hade någon suicidplan.

Tabell 7. Suicidriskbedömning vid senaste vårdkontakterna inom psykiatrin.

	Alla (n=44)	**Män (n=29)**	**Kvinnor (n=15)**
Antal dagar mellan senaste läkarkontakt med psykiatrin och dödsfallet median (min-max)	14 (0–730)	26 (0–730)	13 (1–161)
Andel individer som hade dödsönskan enligt senaste psykiatriskt status (%)	11%	10%	7%
Andel individer som hade suicidtankar enligt senaste psykiatriskt status	16%	17%	13%
Antal individer som hade suicidplaner enligt senaste psykiatriskt status	0	0	0
Andel individer där emotionella kontakten bedömdes vara god vid senaste psykiatriskt status (%)	36%	34%	40%

UTKAST

Andel individer där minst tre suicidriskfaktorer dokumenterats vid senaste läkarbesök (%)	18%	17%	20%
Andel individer med dokumenterad förhöjd suicidrisk enligt senaste läkarbesök (%)	16%	17%	13%

Psykiatrisk slutenvård

Tabell 8 ger en översiktlig bild av de individer som någon gång de senaste 24 månaderna vårdats inom psykiatrisk slutenvård. Av hela materialet hade 34 procent vårdats inom psykiatrisk slutenvård de senaste 2 åren. 67 procent av dessa hade besökt psykiatrins öppenvård efter slutenvårdstillfället. Tre individer hade en pågående slutenvård. En individ vårdades enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Tabell 8. Psykiatrisk slutenvård. Översiktlig bild av de individer som någon gång de senaste 24 månaderna vårdats inom psykiatrisk slutenvård.

	Alla (n= 27)	**Män (n=19)**	**Kvinnor (n=8)**
Andel av alla granskade individer (%)	34%	33%	35%
Andel av alla som besökt psykiatrisk vård (%)	61%	66%	53%

KAST

Andel individer som haft kontakt med psykiatrisk öppenvård efter det senaste slutenvårdstillfället.	66%	68%	63%
Andel individer som någon gång gjort suicidförsök	75%	73%	77%

UTKAST

Psykiatrisk diagnostik och psykiatriska besvär vid senaste primärvårdsbesöket.

Tabell 9 visar diagnostik vid senaste vårdkontakterna inom primärvården innan dödsfallet. Av de 70 individer som hade haft kontakt med primärvården vid minst ett tillfälle de senaste två åren erhöll 43 procent en psykiatrisk diagnos vid senaste läkarbesök. Vid dessa besök framkom även psykiatriska besvär vid 38 procent av fallen. I 4 procent var det dokumenterat något om suicidtankar, dödsönskan eller suicidplaner.

Av alla 80 granskade individer hade 65 procent (59 procent av männen och 79 procent av kvinnorna) en psykiatrisk diagnos noterad i journalen för senaste läkarbesök vid primärvården, psykiatrijournalen inom 3 månader innan dödsfallet eller i båda journalerna.

Tabell 9. Psykiatrisk diagnostik och psykiatriska besvär vid senaste vårdkontakterna med primärvården innan dödsfallet.

	Alla (n=70)	**Män (n=49)**	**Kvinnor (n=21)**
Andel granskade individer som haft kontakt med primärvården de senaste 24 månaderna (%)	88%	86%	91%

Antal individer med psykiatrisk diagnos vid senaste läkarbesöket inom primärvården (%)	43%	42%	43%
Andel individer där psykiatriska besvär framkom vid senaste läkarbesöket vid primärvården (%)	38%	34%	48%
Andel individer med journaluppgifter om dödsönskan, suicidtankar eller suicidplaner vid senaste läkarbesök inom primärvården (%)	4%	4%	4%

Tidigare suicidförsök

Tabell 10 ger en översikt av tidigare suicidförsök i materialet. Trettioen procent av alla granskade individer och 57 procent av individerna som besökt psykiatrin de senaste 24 månaderna hade gjort ett tidigare suicidförsök. Det var en högre andel individer med tidigare suicidförsök bland kvinnorna än bland männen. Skillnaden är inte jämförd statistiskt. Sexton procent av alla som haft kontakt med psykiatrin de senaste 24 månaderna hade ett i journalen dokumenterat självskadebeteende som inte var förknippat med suicidförsök.

Tabell 10. Översikt av tidigare suicidförsök.

	Alla	**Män**	**Kvinnor**
Andel samtliga granskade individer som gjort ett tidigare suicidförsök någon gång i livet enligt granskade journaler för sjukvård (%)	31%	26%	43%
Andel av individer som gjort ett tidigare suicidförsök av de som besökt psykiatrisk sjukvård de senaste 24 månaderna (%)	57%	52%	67%
Andel individer som gjort ett våldsamt suicidförsök*, av de som gjort tidigare suicidförsök (%)	36%	47%	20%

UTKAST

Andel med självskadebeteende, ej förknippat med suicidförsök, bland de individer som haft kontakt med psykiatrisk vård de senaste 24 månaderna (%)	16%	14%	20%

Anmälningar enligt Lex Maria efter suicid i nära anslutning till vårdkontakt

Femtiofem procent av individerna under 45 år anmäldes enligt Lex Maria i samband med suicid i nära anslutning till vårdkontakt 2015 från Region Jönköpings län, Landstinget Kalmar, Region Skåne och Region Halland. Av dessa var 71 procent män och 29 procent kvinnor. De var mellan 13–44 år gamla och deras medianålder var 33 år. Männens ålder varierade mellan 17–44 år, med medianåldern 34 år och kvinnornas ålder varierade mellan 13–43 år med medianåldern 32 år.

Huvudproblemet vid den sista vårdkontakten enligt Lex Maria utredningen visas i tabell 12. Av alla Lex Maria anmälda individer hade 78 procent av ett psykiatriskt huvudproblem, 10 procent ett somatiskt huvudproblem och 12 procent ett huvudproblem relaterat till substansberoende/missbruk vid den sista vårdkontakten. Ivos beslut och brister i vården enligt internutredningen visas i tabell 13. I 22 procent hittades inga identifierade orsaker eller brister i vården enligt internutredningarna och för 8 procent av anmälningarna krävdes en tillsyn av IVO.

Tabell 12. Huvudproblem sista vårdkontakt i utredningarna, Lex Maria utredningarna.

	Alla	**Män**	**Kvinnor**
Patienten hade ett psykiatriskt huvudproblem vid sista vårdkontakten (%)	78%	76%	77%
Patienten hade ett somatiskt huvudproblem vid sista vårdkontakten (%)	10%	9%	15%
Patientens huvudproblem var relaterad till substansberoende/missbruk vid sista vårdkontakten (%)	12%	15%	8%

Tabell 13. Ivos beslut och brister i vården enligt internutredningen.

	Alla (n49)	**Män (n=36?)**	**Kvinnor (n=13?)**

UTKAST

Godkänd direkt (%)	55%	53%	62%
Krav på komplettering	29%	31%	23%
Krav på komplettering och tillsyn	8%	8%	8%
Krav på tillsyn	8%	8%	8%
Antal utredningar utan några identifierade orsaker/brister	22%	28%	8%
Antal orsaker/brister i vården enligt internutredning, median (min-max)	3 (0–14)	2 (0–14)	3 (0–13)

UTKAST

Diskussion

Söker patienterna vård månaden före suicid?

I den här studien, som inkluderade 80 individer under 45 år som tagit sitt liv hade 30 procent haft kontakt med psykiatrin, 23 procent med primärvården och 11 procent med somatisk vård 4 veckor innan dödsfallet. Av dessa hade femton procent haft kontakt med primärvård men ej psykiatri och fem procent bara haft kontakt med somatisk sjukvård. Fyrtioåtta procent av männen och 61 procent av kvinnorna hade inte haft någon kontakt med sjukvården alls fyra veckor innan dödsfallet Det var vanligare att männen sökt primärvård eller somatisk och att kvinnorna sökt psykiatrin. Könsskillnaderna jämfördes inte statistiskt varför de här redovisade resultaten behöver betraktas som något osäkra. Andelen som sökt sjukvård stämmer relativt väl överens med flera internationella studier (3) I Loumas översiktsartikel från 2002 hade i medeltal 15 procent av individer under 35 år sökt psykiatrin och 23 procent sökt primärvården fyra veckor innan suicid.

Söker suicidnära individer vård för sin problematik?

Eftersom förhållandevis många i den här och i liknande studier, inte sökt sjukvård i nära anslutning till dödsfallet, kan man undra om suicidnära individer inte uppfattar att de kan, behöver eller bör söka hjälp. I en översiktsstudie som publicerades 2015 (14) rapporterades att mindre än hälften av alla individer, unga (15) som gamla, med suicidtankar eller självskada söker psykiatrisk sjukvård. Därtill har en amerikansk studie (16) observerat en nedsatt benägenhet att söka vård bland deprimerade män i synnerhet om de hade suicidtankar. Det kan tänkas att en del suicidnära individer hellre söker hjälp och stöd via telefon eller internet än av sjukvården. En australiensisk självskattningsstudie (17) noterade emellertid samband mellan att benägenheten att söka hjälp ”face-to-face” och att söka professionell hjälp via internet. Benägenheten att söka hjälp ”face-to-face” minskade med ökad suicidrisk även i den undersökningen. Unga vuxna med självskattad hög suicidrisk hade däremot en tendens till att söka hjälp via informella källor på nätet. Unga mäns motstånd att söka vård undersöktes i en nyligen publicerad dansk studie där en kvalitativ fenomenologisk analys av djupintervjuer med familjemedlemmar, vänner och ex-partners till tio män mellan 18 och 30 år som tagit sitt liv genomförts. Studien identifierade tre barriärer mot att söka vård i sammanhanget: Upplevt fullständigt nederlag, inget utrymme att visa svaghet och rädsla för psykisk sjukdom (18).

Männen i vår undersökning sökte sjukvård i samma omfattning som kvinnorna, men det var fler män som sökte somatisk vård och primärvård och fler kvinnor som sökte psykiatrisk vård. En internationell litteraturöversikt från 2015 fann att faktorer såsom obehagskänslor inför att söka sjukvård, okunskap om vad sjukvården kan hjälpa till med, behov av känslomässig kontroll, en tendens att uppfatta symptomen som övergående eller inte särskilt betydelsefulla samt brister i kommunikation och relation till sjukvården kan medföra att män i inte söker vård (19).

UTKAST

Uppfattas suicidtankar och suicidrisk vid de senaste besöken innan dödsfallet?

Ett annat bekymmer är att suicidtankar eller en förhöjd suicidrisk lätt kan missas vid sjukvårdsbesök. Vi noterade att psykiatriska besvär framkom hos 38 procent av individerna vid senaste läkarbesöket vid primärvården men att det bara dokumenterats att dödsönskan, suicidtankar eller suicidplaner diskuterats i fyra procent av dessa besök. Det var även en relativt liten andel, 16 procent, där suicidrisken noterades som förhöjd vid senaste psykiatribesöket. Att en patients suicidalitet inte uppfattas under mötet kan bero på brister från sjukvårdens sida och det kan även bero på att patienterna kan ha svårigheter att förmedla sin dödsönskan eller suicidtankankar. En primärvårdsstudie från Skottland (20) visade att få patienter berättar spontant om sina suicidtankar för läkare som inte frågar om det och en fransk studie på patienter som förskrivits ångestdämpande läkemedel eller läkemedel mot depression vid primärvården fann att primärvårdsläkaren missade att patienten hade döds- eller suicidtankar i 48 procent av fallen där patienterna samtidigt rapporterat det i ett självskattningsformulär (21). I den primärvårdsstudien fångades döds- och suicidtankarna bättre vid längre besökstider, när patienterna uppfattades som mer allvarligt deprimerade eller om läkaren hade en vidareutbildning om depression. En äldre studie från Finland (22) gick igenom 571 patienter som suiciderat under ett år 1987–88 och haft sjukvårdskontakt de sista fyra veckorna. Psykologiska autopsier av fallen genomfördes med strukturerade intervjuer med vårdpersonal och anhöriga, utdrag ur journaler och socialtjänstregister samt polisundersökningar. Endast i 22 procent av dessa sista besök diskuterades suicidavsikt. Författarna föreslog flera möjliga förklaringar till detta. Patienten kan ha velat hålla tyst om dessa tankar/inte ha förmått sig att yppa dem. Läkaren/annan sjukvårdspersonal kan helt enkelt ha missat patientens tillstånd och därigenom ej frågat om suicidtankar. Ytterligare anledning kan vara att patienten ännu inte har hunnit få suicidtankarna vid besöket. Därutöver är det sannolikt så att om suicidtankar eller planer framkommer vid ett besök medför detta att vården vidtar åtgärder som kanske förhindrar suicidet, vilket gör att en stor andel av de patienter som fullbordar suicid blir de som inte berättar om det för vårdpersonal.

Har individerna haft sjukvårdskontakt de senaste två åren före suicid?

Även om 50 procent inte sökt vård fyra veckor innan dödsfallet så hade, av alla granskade individer, 95 procent haft någon slags sjukvårdskontakt och 55 procent kontakt med psykiatrin de sista två åren före dödsfallet. Dessa siffor är relativt jämförbara med tidigare publicerade studier avseende sjukvårdskontakt före suicid (12) (23) (11) (13).

Vi kan dock inte i vår studie avgöra om andelen individer med någon form av sjukvårdskontakt de senaste två åren skiljer sig från normalpopulationen. Fall-kontroll studier från andra länder har däremot noterat ett högre antal sjukvårdsbesök hos patienter som senare suiciderat (23) (24) (25).

UTKAST

Vilken vård har patienterna erhållit i nära anslutning till dödsfallet?

Den totala andelen med psykiatrisk diagnos, från primärvård eller psykiatri det senaste året i vår undersökning var relativt hög. Vi noterade att en psykiatrisk diagnos i sjukvårdsjournalen i 65 procent av fallen, en kanadensisk studie på unga individer som tagit sitt liv noterade en psykiatrisk diagnos i 36 procent av fallen, en amerikansk studie på blandade åldrar som suiciderat noterade en psykiatrisk diagnos i 45 procent av fallen och en dansk registerstudie på blandade åldrar noterade en psykiatrisk diagnos i 42 procent av fallen (4, 5, 26). Skillnaderna kan tänkas bero på hur data samlats in i de olika studierna, exempelvis kan studier som baseras på register avvika från studier som baseras på journalgranskning. De internationella studierna belyser att psykiatrisk diagnostik kan missas vid sjukvårdsbesök. I en studie från Australien på individer över 35 år som suiciderat (27) noterades att enligt en s.k. psykologisk autopsi så hade 75 procent av de personer som avlidit till följd av suicid vid dödsfallet en psykisk sjukdom. Andra studier som använt psykologisk autopsi för att notera psykiatrisk diagnos hos individer har visat att 90 procent av alla haft en diagnoserbar psykisk sjukdom vid dödsfallet (28)

Den relativt höga andelen som i den här studien de senaste två åren som vårdats inom psykiatrisk slutenvård stämmer väl överens med en svensk registerstudie publicerad 2010. I den konstaterades det att mellan 1991 och 2003 hade 25 procent av de individer som suiciderat, vårdats inneliggande för en psykiatrisk diagnos året innan de tog sitt liv. Författarna påpekade att under samma period hade det totala antalet psykiatriska sjukhusinläggningar minskat (7). En slutsats kan vara att bland de som tar sitt liv är det en relativt hög andel som har eller har haft en sjukhusvårdskrävande psykiatrisk problematik. Detta stämmer även överens med en stor dansk registerstudie (26) av patienter som suiciderat på Fyn 1991 till 1995 . I den studien fann artikelförfattarna att 42 procent av de patienter som suiciderade hade varit inlagda på psykiatrisk avdelning vid någon tidpunkt i livet. Månaden före dödsfallet hade 66 procent besökt distriktsläkare, 13 procent skrivits ut från psykiatriskt sjukhus och 7 procent från somatiskt sjukhus.

I den tidigare citerade amerikanska studien (6) jämfördes självmordstalen per 100 000 invånare, 90 dagarna efter utskrivning från psykiatriskt sjukhus med en matchad amerikansk befolkning. Studien konstaterade att vuxna med komplexa psykiatriska sjukdomar har en hög kortsiktig risk för självmord, speciellt om de inte är knutna till någon öppenvård efter utskrivningen. En register/fall-kontrollstudie i Danmark 1981–1997 (29), kunde konstatera högst risk för suicid första veckan efter inskrivning i psykiatrisk slutenvård och under första veckan efter utskrivning, speciellt vid kort vårdtid. Suicidrisk vid affektiv diagnos och schizofreni sjunker vid behandling, medan suicidrisken vid behandling för beroendeproblematik kvarstår ökad över längre tid. Suicidrisk ökar vid multipla slutenvårdsepisoder, särskilt uttalat för kvinnor. 53 procent av kvinnor

UTKAST

slutenvårdats inom psykiatrin under sista halvåret före suicidiet, 33 procent för männen, att jämföra med vårt fynd på ca 34 procent.

Fanns det någon könsskillnad i behandlingen av patienter med tidigare suicidförsök?

Det är angeläget med uppföljning och behandling av en individ som gjort ett suicidförsök då en person som gjort ett suicidförsök löper mellan 40 till 100 gånger större risk att göra ett nytt försök (30) med risk att de avlider. Ett problem är att suicidala patienter ofta inte fullföljer behandlingen. Cleary et al (2017) följde upp 52 män 18–30 år på Irland sju år efter att de genomfört ett medicinskt allvarligt suicidförsök. Samtliga planerades för uppföljning inom psykiatrin efter utskrivning från slutenvård, men 33 procent dök aldrig upp och 20 procent följdes endast kort tid. Efter 7 år hade 48 procent gjort nytt suicidförsök och 12 procent avlidit i suicid. I vår studie hade 52 procent av männen och 67 procent av kvinnorna som haft kontakt med psykiatrin de senaste 2 åren gjort ett tidigare suicidförsök. Skillnaden i behandling för män och kvinnor mellan de som gjort suicidförsök eller inte syntes vara jämförbar men här krävs ett större material och en kontrollgrupp utan suicid för några egentliga slutsatser ska kunna dras.

VAD MEDFÖRDE LEX MARIA ANMÄLNINGARNA?

I den här studien granskades anmälningar enligt Lex Maria till IVO efter suicid för 45 individer under 45 år. 71 procent var män och 29 procent kvinnor vilket skiljer sig från en rapport om Lex Maria anmälningar efter suicid till Socialstyrelsen 2006 där könsfördelningen bland anmälda suicid för denna åldersgrupp var jämn (22). Kanske är det så att män i högre grad idag söker vård vid psykisk ohälsa jämfört med för tio år sedan.

I den här studien gällande Lex Maria-utredningar från 2015 identifierade vårdgivaren brister i vården i 78 procent av fallen. I 16 procent av de granskade fallen genomförde IVO en tillsyn av vården. Det fanns inga tydliga könsskillnader vad det gällde identifierade brister eller IVO:s beslut. Det är att jämföra med 2006 då Socialstyrelsen i 47 procent av de granskade fallen inte hade någon kritik att framföra mot vården, medan drygt hälften erhöll kritik. Eftersom lagstiftningen kring Lex Maria förändrades när Patientsäkerhetslagen infördes 2011 är det svårt att dra några säkrare slutsatser vad gäller antalet fall med brister identifierade av vården 2015 jämfört med antalet fall där Socialstyrelsen efter egen utredning gav kritik till vården 2006. Nuvarande tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg, har idag i uppdrag att bedöma om vårdgivaren utrett anmäld händelse i tillräcklig omfattning, dragit rimliga och adekvata slutsatser och vidtagit eller planerar att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen (2010:659 PSL), medan Socialstyrelsens uppdrag 2006 var att göra en egen granskning av vården. Det större antalet brister som vården identifierat 2015 kan bero på skillnader i rutiner för internutredningen inför Lex Maria men det kan

UTKAST

tänkas att anmälningsskyldigheten lett till en större uppmärksamhet och kunskap kring brister i vården vid suicid jämfört med för 10 år sedan.

Begränsningar:

Bortfall: Vi har inte överblick på vilka privata vårdkontakter personerna kan ha haft, endast i de fall då det har noterats i övrig journal har vi kunnat spåra privata vårdgivares journaler. Detta leder till ett troligt bortfall vars storlek vi i nuläget inte vet.

Underlag för beräkningar är begräsat i storlek, varför vi inte gjort mer omfattande statistiska beräkningar. Alla jämförelsers män och kvinnor är därmed osäkra och ett större material behövs för en mer pålitlig analys, insamling av detta pågår.

Tolkning av frågor i mallarna: Mallarna som används vid granskningen kan ge visst utrymme för olika tolkningar av frågorna. Vi har försökt minska denna variation genom gemensamma utbildningar i användandet av mallarna, löpande vägledning och tät kontakt med granskarna. Mallarna har dessutom förbättrats löpande för att förebygga tolkningsutrymme.

Fakta som inte journalförts: Om individer sökt vård men inte fått kontakt, kommer detta inte att framgå. Information om vård eller bedömningar som gjorts men inte dokumenterats, kommer inte kunna fångas av den här studien. Enbart journalfört material är tillgängligt för granskning.

UTKAST

.

UTKAST

UTKAST

Referenser

1. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret [

]. www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret. 2016 [

2. White A, Holmes M. Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15–44 years. Journal of Men's Health & Gender. 2006;3(2):139.

3. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. The American journal of psychiatry. 2002;159(6):909-16.

4. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. Journal of general internal medicine. 2014;29(6):870-7.

5. Gontijo Guerra S, Vasiliadis H-M. Gender differences in youth suicide and healthcare service use. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2016;37(4):290-8.

6. Olfson M, Wall M, Wang S, Liu SM, Crystal S, Gerhard T, et al. Short-Term suicide risk after psychiatric hospital discharge. JAMA Psychiatry. 2016;73(11):1119-26.

7. Reutfors J, Brandt L, Ekbom A, Isacsson G, Sparen P, Osby U. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: a population-based case-control study. J Psychiatr Res. 2010;44(12):741-7.

8. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. 2005.

9. 2007 S. Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria, Socialstyrelsen 2007, artikelnr: 2007-109-22. 2007.

10. föreningen Sp. Svenska psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för utredning och behandling av suicidnära patienter www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/ 2013 [

11. län LiJ. Vårdprogram om suicidprevention för vuxna, Landstinget i Jönköpings län 2007 2007.

12. 978-91-7585-237-9 SkoII. Riskanalys och händelseanalys (Vol. 3).

13. Patientsäkerhetslagen 2010:659, SOSFS 2005:28, SKL 2010, Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria, , (2007).

14. Hom MA, Stanley IH, Joiner TE, Jr. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. Clinical Psychology Review. 2015;40:28-39.

15. Michelmore L, Hindley P. Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. Suicide & Life-Threatening Behavior. 2012;42(5):507-24.

16. Burns BJ, Ryan Wagner H, Gaynes BN, Wells KB, Schulberg HC. General medical and specialty mental health service use for major depression. International journal of psychiatry in medicine. 2000;30(2):127-43.

17. Seward AL, Harris KM. Offline Versus Online Suicide-Related Help Seeking: Changing Domains, Changing Paradigms. Journal of clinical psychology. 2016;72(6):606-20.

18. Rasmussen ML, Dieserud G, Dyregrov K, Haavind H. Warning signs of suicide among young men / Warning signs of suicide among young men. Nordic Psychology. 2014(3):153.

19. Yousaf O, Grunfeld EA, Hunter MS. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. Health Psychology Review. 2015;9(2):264-76.

20. Matthews K, Milne S, Ashcroft GW. Role of doctors in the prevention of suicide: the final consultation. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 1994;44(385):345-8.

21. Verger P, Brabis PA, Kovess V, Lovell A, Sebbah R, Villani P, et al. Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: a multilevel analysis. Journal of affective disorders. 2007;99(1-3):253-7.

UTKAST

22. Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? The American journal of psychiatry. 1995;152(6):919-22.

23. Chock MM, Bommersbach TJ, Geske JL, Bostwick JM. Patterns of Health Care Usage in the Year Before Suicide: A Population-Based Case-Control Study. Mayo Clinic proceedings. 2015;90(11):1475-81.

24. Morrison KB, Laing L. Adults' use of health services in the year before death by suicide in Alberta. Health reports. 2011;22(3):15-22.

25. Liu HL, Chen LH, Huang SM. Outpatient health care utilization of suicide decedents in their last year of life. Suicide Life Threat Behav. 2012;42(4):445-52.

26. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: A comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000;102(2):126-34.

27. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kolves K. Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? Comprehensive psychiatry. 2013;54(7):1117-23.

28. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 1997;170:447-52.

29. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Archives of general psychiatry. 2005;62(4):427-32.

30. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. BMJ (Clinical Research Ed). 2005;330(7496):891-4.

UTKAST

UTKAST

Baksidestexten ska vara kortfattad (max en tredjedel av denna sida). Texten ska svara på frågorna:

Vad handlar rapporten om? (max fyra meningar)

Till vad? (ska den användas)

För vem? (målgrupp)

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.

Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.

UTKAST

Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se