Folkhälsomyndigheten
Inkom 2017 -09- 26
Dnr

Folkhälsomyndigheten

Ärendenummer
01878-2017-2.3.2
Datum
2017-08-18

Överenskommelse om samverkan avseende forskningsprojektet:

Unga män som suiciderat – vilken vård har de erbjudits och erhållit?

Solna Folkhälsomyndigheten, SE-171 82 Solna. Besök: Nobels väg 18. **Östersund** Folkhälsomyndigheten, SE-831 40 Östersund. Besök: Forskarens väg 3.
Telefon 010-205 20 00 **E-post** info@folkhalsomyndigheten.se **www.folkhalsomyndigheten.se**

1. Överenskommelsens parter

Mellan Folkhälsomyndigheten, med organisationsnummer 202100-6545, nedan kallad Beställaren, och Lunds universitet, med organisationsnummer 202100-3211, Enheten för klinisk suicidforskning, nedan kallad Leverantören, har följande Överenskommelse tecknats.

Kontaktpersoner

För Beställaren: Jenny Telander
Utredare vid enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor
Folkhälsomyndigheten
Tel: 010-205 28 23
jenny.telander@folkhalsomyndigheten.se

För Leverantören: Åsa Westrin
Universitetslektor, överläkare, IKVL, Medicinska fakulteten, Lunds universitet och Vetenskapscentrum för klinisk psykiatri (VKP), Division psykiatri, Region Skåne
Tel: 046-173887
asa.westrin@med.lu.se

2. Överenskommelsens handlingar

Överenskommelsen består av nedanstående handlingar. Om det finns motstridiga uppgifter eller föreskrifter gäller de, om inte annat är uppenbart, i följande ordning:
1. Skriftliga ändringar till denna Överenskommelse
2. Denna Överenskommelse inklusive bilagor

Bilagor:
1. Projektplan inklusive budget från Lunds universitet
2. Folkhälsomyndighetens rapportmall

3. Överenskommelsens period

Uppdraget påbörjades tidigast den 1 juni 2017 och är, om inte annat överenskommits, slutfört när Beställaren godkänt slutrapporten senast den 22 december 2017 på det sätt parterna överenskommit.

4. Leverantörens ansvar

Leverantören förbinder sig att utföra uppdrag avseende uppdragsforskning med titeln *"Unga män som suiciderat – vilken vård har de erbjudits och erhållit i nära anslutning till dödsfallet?"*. Studien kallas nedan för Uppdraget.

Uppdraget utförs i den omfattning och på de villkor som anges i denna Överenskommelse och dess bilagor.

5. Uppdraget

Folkhälsomyndighetens utgångspunkt för uppdraget: I Folkhälsomyndighetens uppdrag ingår att verka för nationell samordning och för ett effektivt och kunskapsbaserat arbete för att främja psykisk hälsa och förebygga suicid. Inom ramen för uppdraget ska Folkhälsomyndigheten främja utarbetning av vetenskapligt grundat och målgruppsanpassat kunskapsstöd inom dessa områden.

Under 2017 finns det möjlighet att utföra forskningsuppdrag inom områdena psykisk hälsa, psykisk ohälsa, suicid och suicidalitet i samverkan med myndigheten. Uppdraget som beskrivs nedan ingår som en del i detta arbete.

Titel: "Unga män som suiciderat – vilken vård har de erbjudits och erhållit?"

Syfte: Syftet med Uppdraget är att utifrån dokumenterad information i medicinska journaler undersöka i vilken utsträckning unga män som suiciderat sökt vård, samt vilken vård de erbjudits och erhållit i nära anslutning till dödsfallet.

Genomförande: Uppdraget genomförs externt som uppdragsforskning.

Projektplan: Projektplan med bakgrund, metodbeskrivning, tidplan och budget sammanställs av Genomförande part och godkänns och beslutas av enhetschef och avdelningschef på Folkhälsomyndigheten.

Rapport: Slutrapporten levereras i Folkhälsomyndighetens rapportmall och innehåller sammanfattning på svenska och engelska, bakgrund, metod, resultat och diskussion. Rapporten skrivs i referensstilen Vancouver.

Artiklar: Eventuella vetenskapliga artiklar som planeras, byggt på denna del av projektet, kan, om det är aktuellt skrivas tillsammans med medarbetare vid Folkhälsomyndigheten efter vedertagen bedömning av vetenskapligt författarskap.

Rapportering: Rapportering med leverans av preliminär slutrapport enligt ovan sker senast 30 november 2017. För mer detaljerad beskrivning av tider och aktiviteter hänvisas till punkt 7 nedan.

Om det förekommer motstridiga uppgifter i Projektplanen och denna Överenskommelse ska vad som anges i denna Överenskommelse ha företräde.

6. Villkor för genomförande

Kontaktperson, tillika projektledare, för Uppdraget är universitetslektor och överläkare Åsa Westrin vid Lunds universitet och ska genomföras av henne och av henne utsedd(a) person(er).

Leverantören åtar sig att under projekttiden genomföra Uppdraget i enlighet med denna Överenskommelse.

Leverantören och dess personal förutsätts arbeta självständigt och i enlighet med Beställarens anvisningar och riktlinjer.

Leverantören förutsätts hantera etiska frågor och ställningstaganden i enlighet med praxis för forskning och söka etiskt tillstånd när så behövs.

Material som produceras inom Uppdraget ska förvaras enligt vetenskapliga regler och rutiner.

Leverantören ansvarar för att hålla Beställarens kontaktperson fortlöpande informerad om hur Uppdraget fortskrider.

Leverantören får inte anlita externa resurser utan Beställarens godkännande.

Leverantören ska upprätta en plan som visar hur man avser lösa de problem som kan uppstå om nyckelperson i förtid avbryter sitt deltagande i Uppdraget.

Uppdraget ska rapporteras och dokumenteras enligt följande: Rapporten ska innehålla sammanfattning (på svenska och engelska), bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion, slutsatser och referenser. Folkhälsomyndighetens mall för rapporten ska användas.

De personer som arbetar med Uppdraget ska ha dokumenterad kunskap och erfarenhet som är relevant för Uppdragets genomförande.

Leverantören ska rapportera och dokumentera utfört Uppdrag på ett sådant sätt att detta kan användas av Beställaren som underlag för kommande arbeten.

Beställaren åtar sig inte något arbetsgivaransvar för den personal, utöver Beställarens egen personal, som arbetar med Uppdraget.

Kontakter mellan Beställaren och Leverantören, med anlitad personal, ska ske på svenska.

Arbetsresultat, rapport och dokumentation från Leverantören ska överlämnas på svenska.

Från Beställaren ingår följande personer i projektgrupp: Jenny Telander (utredare), Marjan Vaez (utredare), Johanna Ahnquist (enhetschef), vilket innebär att de är kontinuerligt delaktiga i att följa arbetet vad som anges i Projektplan och denna Överenskommelse.

6.1. Avrapportering

Leverantören förbinder sig att stå för fortlöpande avrapportering till Beställaren som omfattar uppgifter om hur arbetet bedrivs och fortskrider samt vilka resultat som uppnåtts.

Om det tillkommer ytterligare avrapporteringstillfällen alternativt uppkommer behov av annan tidigare inte lämnad information ska Leverantören i rimlig omfattning medverka utan krav på ytterligare ersättning.

Senast den 8 oktober 2017 ska Leverantören till Folkhälsomyndigheten ge en skriftlig halvtidsrapport om hur projektet fortlöper.

Senast den 30 november 2017 ska Leverantören lämna till Folkhälsomyndigheten en slutrapport över Uppdraget. Rapportutkastet ska innehålla sammanfattning både på svenska och engelska, bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion, slutsatser och referenser, för att på så sätt kunna utgöra underlag för Folkhälsomyndighetens granskning. Synpunkter från Folkhälsomyndighetens granskning ska ha kommit Leverantören tillhanda senast den 5 december 2017. Senast den 22 december ska Folkhälsomyndigheten godkänna den slutliga rapporten.

6.2. Projektledning

Leverantören ska för Uppdragets genomförande utse Åsa Westrin till projektledare/kontaktperson som ska ha övergripande ansvar för att samordna Uppdraget och samordna arbetet i projektgruppen (se Projektplanen, Bilaga 1). I projektgruppen medverkar även de medarbetare för Beställaren som anges i punkten 6 i denna Överenskommelse.

7. Tider och aktiviteter

Leverantören ska hålla Beställaren kontinuerligt informerad om hur Uppdraget fortlöper. Uppdraget ska genomföras enligt följande tidplan:

Aktiviteter	**Datum**
Uppstartsmöte med Beställaren	16 juni 2017
Halvtidsrapportering om hur uppdraget fortlöper	8 oktober 2017
Slutrapport lämnas av Leverantören senast	30 november 2017
Slutrapport granskad av Beställaren senast	5 december 2017
Ev. redigering lämnas av Leverantören senast	11 december 2017
Slutrapport godkänns av Beställaren senast	22 december 2017
Uppdraget avslutas senast	29 december 2017

8. Utbyte av personal

Leverantören ansvarar för att avtalad kompetens och resurser finns under uppdragstiden.

Förlust av medarbetare får inte medföra att uppdraget inte utförs enligt Överenskommelsen.

9. Pris

För Uppdragets genomförande betalar Beställaren 556 000 kronor.

I priset ingår samtliga med Uppdraget förenade kostnader. Priset är angivet i svenska kronor, SEK, exklusive mervärdesskatt.

10. Betalningsvillkor och fakturering

Faktura betalas senast inom 30 dagar under förutsättning att den är godkänd. Dröjsmålsränta får debiteras högst enligt räntelagen. Dröjsmålsränta betalas inte för ofullständigt eller felaktigt adresserade fakturor.

Med hänvisning till tids- och aktivitetsplan (punkt 7 ovan) får fakturering ske vid två tillfällen enligt följande:

- 278 000 kronor av totalbeloppet när halvtidsrapportering har lämnats in och godkänts av Beställaren (senast 8 oktober 2017).
- 278 000 kronor av totalbeloppet efter fullgjord och godkänd slutleverans, (senast 29 december 2017).

Fakturan ska ange vilken Överenskommelse (ärendenummer 01878-2017–2.3.2) och Uppdrag som avses samt arten och omfattningen av det arbete som utförts. På fakturan ska ref JENTRY anges! Faktureringsavgift eller andra tilläggsavgifter får inte debiteras.

Fakturaadress
Folkhälsomyndigheten
FE 774
838 74 Frösön

OBS! Detta är enbart en fakturaadress

Faktura kan också skickas elektroniskt som PDF till invoice@folkhalsomyndigheten.se

11. Brist

Om Leverantören inte utför Uppdraget enligt tidplanen i punkt 7 eller på annat sätt gör avsteg från denna överenskommelse med dess bilagor ska Leverantören skyndsamt skriftligen meddela Beställaren. Om Beställaren anser att bristen är allvarlig har Beställaren rätt att inte betala den sista fakturan förrän Leverantören åtgärdat bristen. Leverantören är skyldig att åtgärda felet på egen bekostnad inom skälig tid. Leverantören ska avhjälpa felet med den skyndsamhet som omständigheterna kräver. Beställaren har annars rätt att välja antingen ett avdrag på priset som svarar mot felet eller att häva Överenskommelsen enligt punkten om hävning nedan.

12. Uppsägning av Överenskommelsen i förtid

Part äger rätt att säga upp denna Överenskommelse med omedelbar verkan om den andra parten åsidosätter villkor i denna Överenskommelse som är av väsentlig betydelse för den uppsägande parten, eller om den felande parten vid upprepade tillfällen bryter mot Överenskommelsen och den uppsägande parten uppmärksammat den felande parten på detta utan resultat. Rätten att säga upp Överenskommelsen gäller då även om sådana brott inte är av väsentlig betydelse.

13. Rätt att använda resultatet

Genomförandet av Uppdraget kan leda till att det resultat och den information som skapas eller uppkommer blir föremål för skydd enligt immaterialrättslig lagstiftning,

företrädesvis upphovsrättslagen. Rätten till projektets resultat tillkommer därmed upphovsmannen.

Genom Överenskommelsen ska Leverantören tillse att Beställaren erhåller en oåterkallelig, i tiden obegränsad, rätt att för egen räkning eller genom annan fritt använda Resultatet.

Part ska i enlighet med god sed ange upphovsman till Resultatet vid framställning eller när Resultatet görs tillgängligt för allmänheten.

14. Sekretess

Leverantören förbinder sig att inte för utomstående yppa konfidentiell information eller att utnyttja konfidentiell information för andra ändamål än utförande av Uppdraget om inte ett sådant röjande föranleds av beslut av domstol eller tillämpning av lagen. Leverantören är en statlig myndighet vilken därmed lyder under offentlighetsprincipen och kan endast begränsa tillhandahållandet av allmänna handlingar i den mån så medges i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Med konfidentiell information avses varje uppgift, teknisk, kommersiell eller av annan art som framkommer i samband med genomförandet av Uppdraget och som markerats som hemlig, eller vid muntligt utlämnande, tydligt meddelats och nedtecknats som varandes hemlig, med undantag för uppgifter som är eller blir allmänt kända eller som kommit eller kommer till allmän kännedom på annat sätt än genom Leverantörens brott mot denna bestämmelse.

Leverantören förbinder sig vidare att se till att anställda, och andra personer som av Beställaren godkänns och får anlitas inom ramen för Uppdraget, inte vidarebefordrar konfidentiell information till utomstående.

15. Hantering av personuppgifter

Vid behandling av personuppgifter ska tillämpliga bestämmelser i personuppgiftslagen (PUL,1998:204) beaktas.

16. Force majeure

Extraordinära händelser utanför parts kontroll som förhindrar Uppdragets genomförande befriar part från åtagandet. Detta gäller under förutsättning att den felande parten inte haft någon möjlighet att förutse händelsen eller dess följder. Parten ska heller inte rimligen ha kunnat undvika eller överkomma verkningarna av händelsen.

Uppkomst och upphörande av hindret ska meddelas den andra parten utan dröjsmål. Så snart hindret upphört ska förpliktelsen fullgöras på avtalat sätt.

17. Överlåtelse av överenskommelsen

Rättigheter och skyldigheter enligt denna Överenskommelse får inte, varken helt eller delvis, överlåtas på annan utan att den andra parten skriftligt godkänt det.

18. Fullständig reglering, ändringar och tillägg

Denna Överenskommelse utgör parternas fullständiga reglering av samtliga de frågor som Överenskommelsen berör och denna Överenskommelse ersätter samtliga skriftliga eller muntliga åtaganden och utfästelser som föregått densamma.

Ändringar av och tillägg till denna Överenskommelse ska, för att vara gällande, vara skriftliga och undertecknade av parterna.

19. Bestämmelses ogiltighet

Skulle någon bestämmelse i denna Överenskommelse eller del av den vara ogiltig, ska detta inte innebära att Överenskommelsen eller bestämmelsen i sin helhet är ogiltig. I stället ska parterna justera Överenskommelsen eller bestämmelsen, så långt det är möjligt, för att ge effekt åt Överenskommelsens andemening. Om parterna inte kan komma överens om ändring av bestämmelse som är ogiltig, ska sådan bestämmelse anses struken och övriga bestämmelser i Överenskommelse ska fortsätta gälla.

20. Tvist

Parterna ska försöka lösa eventuella tvister med genom förhandlingar. Om meningsmotsättningar uppstår som inte kan lösas av personer på operativ nivå får berörd part påkalla att förhandlingar på ledningsnivå inleds mellan parterna.

21. Överenkommelsens undertecknande

Denna överenskommelse har upprättats i två likalydande exemplar, varav parterna har tagit varsitt.

Östersund den 8 sep ~~augusti~~ 2017

För Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö

Avdelningschef för Kunskapsstöd

Lund den 13 sept ~~augusti~~ 2017

För Lunds universitet

Bo Baldetorp

Prefekt för Institutionen för kliniska vetenskaper

Projektplan

Projekttitel

Unga män som suiciderat: vilken vård har de erbjudits och erhållit?

Projektledare

Docent Åsa Westrin, Enheten för klinisk suicidforskning, Medicinska fakulteten, Lunds universitet

Sammanfattning

Bakgrund: Självmord är den vanligaste dödsorsaken bland män mellan 15 och 44 år i Sverige. Ändå finns väldigt lite kunskap om vad som kännetecknar denna grupp och vad som ligger bakom att unga män suiciderar i högre utsträckning än unga kvinnor. Vi avser att undersöka i vilken utsträckning unga män som suiciderat sökt vård, vilken vård som de erbjudits och erhållit i nära anslutning till dödsfallet. Projektet är en del av ett större journalgranskningsprojekt som granskar samtliga suicid i Region Skåne, Region Halland, Region Jönköpings län samt Landstinget Kalmar under 2015. Projektet har granskats av etikprövningsnämnden i Lund, som inte såg några hinder för projektet från etisk synpunkt, dnr 2017/234.

Syfte: Det övergripande målet med projektet är att öka kunskapen om denna riskgrupp och resultaten av projektet kan ligga till grund för planering av insatser inom suicidprevention. Könsskillnader kommer beaktas. Projektet kommer att leda till värdefull information om i vilken utsträckning unga män som suiciderat sökt vård, vilken vård som de erbjudits och erhållit i nära anslutning till dödsfallet.

Metod: Projektet består av en explorativ empirisk studie av journaler för unga män och unga kvinnor som har dött i suicid under 2015 samt en granskning av samtliga utredningar och anmälningar enligt lex Maria som gjorts efter unga mäns och unga kvinnors suicid inom berörda landsting under 2015. Området som kommer undersökas är unga män som dött i Region Skåne, Region Halland, Region Jönköpings län samt Landstinget Kalmar.
Begränsning vad gäller den del av projektet som ingår i uppdraget från Folkhälsomyndigheten 2017: Projektet bygger på att granskarna får tillgång till individernas journaler. Det betyder att enbart de journaler som vårdgivare gett tillstånd till under hösten 2017, kommer att ingå projektet. Exempelvis kan det bli svårt att granska journaler från privata vårdgivare under hösten 2017. Materialets frågeställningar kommer att i första hand beröra individernas senaste vårdkontakter.

Unga män som suiciderat: vilken vård har de erbjudits och erhållit?

Varje år tar cirka 1500 personer sitt liv, (inräknat både osäkra och säkra suicid) i Sverige. Det är en minskning sedan 1980-talet då självmordsfrekvensen var så hög som 2000 fall årligen i Sverige. Minskningen kan bero på förbättrad diagnostik, behandling och omhändertagande av patienter med psykisk sjukdom, men de senaste femton åren har minskningen stannat av.

Forskning avseende suicid har genom åren till stor del genomförts med fokus på patienter som har eller haft kontakt med psykiatrisk sjukvård. Det är en viktig forskning då det är välkänt att psykiatriska patienter har en högre risk för suicid än andra. 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 (1). I en nyligen publicerad amerikansk studie 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 (2).

Emellertid har andra tidigare studier visat att bland de personer som dör i suicid har en stor andel sökt annan sjukvård än psykiatri. 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). 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. Enligt en stor kanadensisk studie på suicid bland unga individer hade 75 % av individerna åtminstone en kontakt med hälso- och sjukvården året innan suicid (5). Detta var vanligare bland flickor än bland pojkar. Av de som sökt öppenvård hade 97 % besökt allmänläkare och 31 % psykiater. I den kanadensiska studien hade trettiosex procent fått en psykiatrisk diagnos. I studien från USA hade bland de som sökt sjukvård en månad innan död i suicid hade enbart 24 % en psykiatrisk diagnos. Detta trots att det är välkänt att de flesta som dör i suicid har haft någon form av psykisk sjukdom, vanligast depression. De studier som finns är ffa baserade på register, varför innehållet i den givna vården är relativt oklart.

Forskningen verkar överensstämma ganska väl med en klinisk undersökning som nyligen utfördes i Kalmar. Med uppdrag från sjukvården, men inte i forskningssyfte, genomförde Landstinget i Kalmar en retrospektiv granskning av journaler som tillhörde patienter som tagit sitt liv inom landstinget 2012 (6). Analysen visade att 78 % av dessa individer hade haft någon form av sjukvårdskontakt tre månader innan dödsfallet. Det var ovanligare med psykiatrisk kontakt för männen än för kvinnorna. Cirka 55 % av kvinnorna men bara cirka 30 % av männen hade haft psykiatrikontakt månaden innan de tog sitt liv. Enligt en stor studie mottar bara 56 % av alla suicidbenägna personer i höginkomstländer vård för sitt tillstånd (7). Det är välkänt men anmärkningsvärt att psykisk sjukdom är vanligare bland kvinnor samtidigt som det är vanligare att män tar sitt liv.

Unga män som suiciderat
Internationellt är suicid den näst vanligast dödsorsaken bland unga män (19-30 år), näst efter olycksfall (8). I Sverige är suicid den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 15 – 44 (9), 2015 dog 286 unga män i suicid i Sverige (10). Antalet unga män som dör i suicid har förvisso minskat i många hög- och medelinkomstländer sedan 1990-talet men är fortsatt höga i specifika regioner och subgrupper och är ett allvarligt samhällsproblem i flera delar av

världen (10). Hur många unga män som faktiskt dör i suicid är svårt att beräkna, inte minst eftersom en suicid många gånger kan förväxlas med ett olycksfall- inte minst i den aktuella gruppen (11). Många länder (och WHO) registrerar inte vilken metod som har använts vid suicid, men i Europa och Australien är hängning den vanligaste metoden vid suicid hos unga män (12, 13), medan i USA är det skjutvapen (14). I flera asiatiska länder är istället förgiftning den vanligaste metoden (15). Mycket forskning har ägnats åt att kartlägga riskfaktorer för suicid, men kunskapen om riskfaktorer för suicid hos unga män är mycket sparsam. Psykiatrisk sjukdom är dock en riskfaktor hos unga män precis som i hela befolkningen (16). Det finns forskning som visar på att män under 45 år är mindre benägna att söka hjälp för sin psykiatriska problematik (17). Specifika subgrupper av män tycks ha en högre risk för suicid, såsom homosexuella män (18). Vissa etniska grupper av unga män uppvisar en förhöjd suicidrisk, såsom unga vita män i Sydafrika (17). I höginkomstländer är skilsmässa, att aldrig ha varit gift eller att vara änkling riskfaktorer för suicid hos unga män (19). En svensk studie visade att goda studieresultat minskade risken för suicid i den aktuella gruppen (20).

Det finns även väldigt begränsat med kunskap kring vilka interventioner som erbjudits unga män som har suiciderat. Försök har gjorts att begränsa tillgång till skjutvapen, med viss effekt (20). Försök har gjorts att öka sannolikheten att unga män söker hjälp, men effekten av detta är oklar eller återstår att utvärdera (1). Mycket pekar på att unga män är en heterogen grupp med stora skillnader mellan länder såväl som inom länder. Kunskapen om svenska unga män som suiciderat är oerhört sparsam precis som kännedom om vilken vård som erbjudits dem. Denna kunskapslucka avser vi minska med den här studien.

Patientsäkerhet, händelseanalyser och anmälan enligt Lex Maria
För att bättre förstå om något sk systemfel i vården som kan ha bidragit till ett suicid finns ett beslut från Socialstyrelsen att sedan 1 februari 2006 ska alla självmord som inträffar under pågående vård och inom fyra veckor efter vårdkontakt anmälas enligt lex Maria (22). Anmälan föregås av vårdgivarens internutredning och tanken är att dessa utredningar ska bidra till att förebygga nya suicid.

En studie i Lund (23) har dock visat att sjukvården saknar organisatoriskt minne. De lärdomar vårdgivaren drar efter suicid bör kunna användas för att förebygga nya suicid, men stannar idag inom enheten och kunskaperna försvinner med de personer som är insatta i analyserna. Det är även oklart om alla suicid som bör anmälas verkligen anmäls enligt Lex Maria. Socialstyrelsens gjorde 2007 en sammanställning av samtliga beslut fattade före 31 mars 2007 gällande lex Maria efter självmord (24). Denna visar att kritik mot vårdgivaren framförts i 81 av 153 fall. Brister i rutiner och riskbedömningar är de vanligaste områdena där Socialstyrelsen framför kritik, men även i dokumentation, samverkan och kommunikation förekommer ofta brister. Någon systematisk uppföljning av självmord i Sverige i anslutning till vård efter 2007 är inte känd. Sedan 2013 har ansvaret för att granska Lex Maria övertagits av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), där systematisk intern spridning av de kunskaper internutredningarna ger saknas. Även i dessa utredningar saknas systematisk forskning om innehållet i given vård före ett suicid och om innehållet i vården skiljer sig åt mellan olika riskgrupper. Innehållet i given vård före suicid inom primärvård och somatisk sjukvård är än mer oklar än innehållet i den psykiatriska vården före suicid.

Syftet med det föreslagna projektet är att undersöka i vilken utsträckning unga män som suiciderat sökt vård, vilken vård som de erbjudits och erhållit i nära anslutning till dödsfallet. Skillnaden mellan kön kommer att undersökas.

Generella frågeställningar:

a. Vilken sjukvård har unga män som tagit sitt liv fått i nära anslutning till dödsfallet?
b. Har unga män och unga kvinnor som tagit sitt liv sökt och fått vård i nära anslutning till dödsfallet i samma utsträckning?
c. Skiljer vårdens innehåll i nära anslutning till dödsfallet mellan unga män och unga kvinnor? Skiljer sig förekomsten av tidigare suicidförsök mellan unga män och unga kvinnor som suiciderat?
d. Skiljer sig uppföljande vård mellan unga män och unga kvinnor som gjort suicidförsök och senare suiciderat?

Studiedesign och metod

Projektet är en del av ett större projekt som undersöker sjukvårdskontakter 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.

I det föreslagna projektet granskas journaler, i samband med dödsfallet, på samtliga individer mellan 0 -44 år under 2015, vilket uppgår till 82 personer (Socialstyrelsens dödsorsaksregister, 2015), i Region Skåne 50 individer (varav 33 män), i Region Halland 11 stycken (varav 8 män), i Region Jönköpings län 7 stycken (samtliga män) och i Landstinget Kalmar 14 stycken (varav 11 män). Projektets andra del tillhör samma ramprojekt men granskar utredningar och Lex Maria-ärenden berörande unga män och kvinnor som tagit sitt liv i hela Sverige 2015.
Hur skaffas information om vilka individer 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?

Huvudansvarig forskare Åsa Westrin, docent, överläkare begär från Socialstyrelsen personnummer och variabler från dödsorsaksregistret från de individer 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. Varje avliden person kommer att tilldelas ett kodnummer. Det är detta kodnummer som kommer att användas på granskningsmallen i samband med journalgranskningen. I den här delen av huvudprojektet kommer informationen angående individer som tagit sitt liv 2015 i Region Skåne, Region Halland, Region Jönköpings län och Landstinget Kalmar att användas.

Metod för journalgranskning:
Samtliga journaler för offentlig sjukvård och större vårdgivare med offentliga uppdrag för primärvård och psykiatrisk vård kommer att granskas enligt en granskningsmall som är speciellt utarbetat för att svara på projekts övergripande frågeställning (se bifogade mallar).

Metod för granskning av Lex Maria ärenden:
Samtliga Lex Maria ärenden efter suicid 2015 kommer att granskas enligt en granskningsmall som är speciellt utarbetat för att granska Lex Maria ärenden.
Begäran av journaler och utlämning av journaler till granskare:

För Regions Skånes räkning kommer Åsa Westrin tillsammans med chefläkare Martin Hultén att begära journalerna från de avlidna från samrådsgrupp för kvalitetsregister och vårddatabaser (KVB) samt från privata vårdgivare inom Region Skåne med offentligt uppdrag för psykiatri och primärvård. För Regions Halland; med Dr Anna Ehnvall tillsammans med

chefläkare Thomas Wejstam. För Region Jönköpings län; chefläkare/forskarstuderande Elin Roos af Hjelmsäter För Landstinget Kalmar; chefläkare Charlotta Brunner

Vilka granskar journalerna och vilka har tillgång till personuppgifterna?
Journalgranskarna i den här delstudien kommer samtliga vara anställda inom sjukvården inom berörda regioner och landsting. Utöver Åsa Westrin är det verksamhetschefer med ansvar för berörda vårdenheter eller person utsedd av verksamhetschef eller motsvarande att granska personuppgifter avseende projektet, chefläkare vid respektive landsting/region och Sahlgrenska universitetssjukhuset, forskningssjuksköterskan vid VKP och journalgranskarna som kommer att ha tillgång till personuppgifterna. Åsa Westrin, verksamhetscheferna, chefläkarna och varje enskild granskare ansvarar för att personuppgifterna inte röjs för obehöriga. Sekretess tillämpas enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Övriga i forskargruppen får enbart information genom avidentifierade datafiler.

Ifyllande och förvaring av granskningsmallar:
Varje journalgranskare fyller i en granskningsmall angående varje dödsfall, Ifyllda granskningsmallar förvaras i låst skåp vid respektive landsting. Vid behov överförs kopia på avidentifierad granskningsmall till projektets centrala förvaring i låst och brandsäkert skåp, Psykiatriska kliniken, Baravägen 1, Lund. Uppgifterna i granskningsmallen läggs in i datafiler (Excel, SPSS). I datafilerna är varje fall registrerat med kodnummer. Personuppgifterna förekommer inte i datafilerna. Datafilerna från de olika landstingen kommer att sammanföras i en gemensam "masterfil".

Granskning av underlag för Lex-Maria anmälan: Underlag och beslut för lex Maria-anmälan gjorda efter suicid 2015 i Sverige begärs från IVO av Elin Roos af Hjelmsäter. Avidentifiering och kodning sker enligt kodnyckeln. Materialet förvaras inlåst i Region Jönköpings lokaler där inga obehöriga har tillträde. Granskning görs av Elin Roos AF Hjelmsäter enligt mall i datafil där inga personuppgifter förekommer. Granskningsresultaten förvaras lösenordskyddat på Region Jönköpings dataserver.

Etiska överväganden
Hanterandet av det aktuella materialet sker i avidentifierad form och kommer också att redovisas i avidentifierad form så att enskilda individer inte ska kunna identifieras med hänsyn till efterlevande. Risk kan finnas för att efterlevande ska kunna känna sig "utpekade" när de läser om studieresultaten då det ju rör sig om en väldefinierad grupp. Den risken minimeras genom att materialet är avidentifierat när det bearbetas och när resultaten redovisas. Samtidigt torde de flesta drabbade/indirekt drabbade uppleva det som positivt att sjukvården/universitetet önskar dra lärdomar om det inträffade med ambitionen att förbättra sjukvården. De anhöriga kommer inte att kontaktas angående den avlidne i samband med studien då det finns en viss risk att en del anhöriga tar illa vid sig då det förflutit en längre tid efter dödsfallet. Projektet har granskats av etikprövningsnämnden i Lund, som inte såg några hinder för projektet från etisk synpunkt, dnr 2017/234.

Tidsplan:
Juni-december 2017 för genomförandet av det föreslagna projektet, sammanställning av data och rapport till Folkhälsomyndigheten. Sara Andreasson Lindström, Elin Roos och Åsa Westrin ansvarar för slutrapporten. Därefter följer vetenskapliga rapporter för publikation i vetenskapliga tidskrifter och presentation på nationella och internationella konferenser.

Budget:

Uppgift	Tid, man	Kostnad, kr
Dataanalys och författande av rapportens del angående journalgranskningen	2	96000
Journalgranskning Skåne, socionom	1	48000
Journalgranskning Skåne, läkare	0,5	42000
Journalgranskning Halland, Jönköping, Kalmar, läkare	1	85000
Granskning av utredningar och beslut enligt Lex Maria	2	170000
Dataanalys och delrapport angående Lex Maria	1	85000
Materialkostnader		30000
Total kostnad: 556 000 kr		

Deltagare i projektet: Skåne: Åsa Westrin, Sara Andreasson Lindström, Nina Palmqvist Öberg, Charlotta Sunnqvist. Halland: Anna Ehnvall, Erik Bergqvist. Kalmar: Charlotta Brunner. Jönköping, Elin Roos Af Hjelmsäter, Axel Ros, Boel Andersson Gäre.

Referenser:

1. Reutfors J, Brandt L, Ekbom A, Isacsson G, Sparén P, Osby U. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: a population-based case-control study. J Psychiatr Res. 2010 Sep;44(12):741-7.
2. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu SM, Gerhard T, Blanco C. Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. JAMA Psychiatry. 2016 Nov 1;73(11):1119-1126.
3. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002 Jun;159(6):909-16.
4. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C et al. Health care contacts in the year before suicide death. J Gen Intern Med. 2014 Jun;29(6):870-7.
5. Gontijo Guerra S, Vasiliadis HM.Gender Differences in Youth Suicide and Healthcare Service Use. Crisis. 2016 Jul;37(4):290-298.
6. Opublicerade data, personlig information från Chefläkare Charlotta Brunner, Kalmar.
7. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Alonso J, Borges G, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Kostyuchenko S, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Matschinger H, Posada-Villa J, Sagar R, Scott KM, Stein DJ, Tomov T, Viana MC, Nock MK. Treatment of suicidal people around the world. Br J Psychiatry. 2011 Jul;199(1):64-70.
8. Pitman, A, Krysinska, KOsborn, D & King, M (2012) Series: Suicide in young men. The Lancet 3792383-2392
9. NASP, hemsida: ki.se/nasp
10. Dödsregistret, Socialstyrelsen Hemsida: socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret
11. A White, M Holmes .Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15–44 years. J Mens Health, 3 (2006), pp. 139–151

12. A Varnik, K Kolves, J Allik, *et al.*Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries J Affect Disord, 113 (2009), pp. 216–226
13. S Morrell, AN Page, RJ TaylorThe decline in Australian young male suicide.Soc Sci Med, 64 (2007), pp. 747–754
14. KM Lubell, SR Kegler, AE Crosby, D Karch. Suicide trends among youths and young adults aged 10-24 years—United States, 1990–2004MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 56 (2007), pp. 905–909
15. XY Li, MR Phillips, YP Zhang, D Xu, GH Yang. Risk factors for suicide in China's youth: a case-control study. Psychol Med, 38 (2008), pp. 397–406
16. Z Li, A Page, G Martin, R Taylor. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. Soc Sci Med, 72 (2004), pp. 608–616
17. A-M Moller-Leimkuhler. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. J Affect Disord, 71 (2002), pp. 1–9
18. R Mathy, S Cochran, J Olsen, V Mays.The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990–2001. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 46 (2011), pp. 111–117
19. S Burrows, L Laflamme. Living circumstances of suicide mortality in a South African city: an ecological study of differences across race groups and sexes. Suicide Life Threat Behav, 35 (2005), pp. 592–603
20. M Wyder, P Ward, D De. Separation as a suicide risk factor. J Affect Disord, 116 (2009), pp. 208–213
21. D Gunnell, S Lofving, JE Gustafsson, P Allebeck. School performance and risk of suicide in early adulthood: follow-up of two national cohorts of Swedish schoolchildren. J Affect Disord, 131 (2011), pp. 104–112
22. M Gagne, Y Robitaille, D Hamel, D St-Laurent. Firearms regulation and declining rates of male suicide in Quebec. Inj Prev, 16 (2010), pp. 247–253
23. Michel K, Maltsberger JT, Jobes DA, et al. Discovering the truth in attempted suicide. Am J Psychother. 2002;56(3):424-37.
24. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria
25. Wrigstad et al. Journal of Hospital Administration. 2015; 4(6):68-76.
26. Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria, Socialstyrelsen 2007, artikelnr: 2007-109-22
27. Hawton, K, ames, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. Bmj, 2005; 330(7496), 891-894