

Vilken sjukvård har unga och unga vuxna som tagit sitt liv fått?

Resultat från en studie baserad på retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler



Folkhälsomyndigheten



LUNDS
UNIVERSITET

Vilken sjukvård har unga och unga vuxna som tagit sitt liv fått?

Resultat från en studie baserad på retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler

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.

Denna titel kan 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, 2020.

Artikelnummer: 20028

Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget kan t.ex. omfatta att främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap samt stödja kunskapsspridning och uppföljning. Denna studie ingår som en del av detta uppdrag.

Huvudsyftet med den här studien är att granska sjukvårdsjournaler bland unga och unga vuxna som avlidit i suicid, för att få ökad kunskap om den sjukvård de fått under den närmaste tiden före dödsfallet. Ett annat syfte är att granska lex Maria anmälningar för att undersöka förekomsten av kvalitetsbrister i vården som kan ha bidragit till suicid i denna grupp.

Rapporten är deskriptiv och innehåller resultat för ett urval av vårdkontakter i huvudsak relaterat till den psykiatriska sjukvården och till viss del även primärvården samt anmälningar av självmord enligt lex Maria. Resultaten av studien kan ligga till grund för utformning och uppföljning av vård men även förebyggande insatser riktad till personer med psykisk ohälsa.

Rapporten riktar sig främst till vårdgivare och tjänsteman på regional nivå som arbetar med frågor som rör sjukvårdsnyttjande och suicidprevention.

Rapporten har tagits fram i ett samverkansprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Lunds universitet. Ansvarig för projektet vid Lunds universitet har varit Åsa Westrin, professor verksam vid enheten för klinisk suicidforskning. Ansvariga för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit utredarna Marjan Vaez och Jenny Telander, och ansvarig enhetschef har varit Johanna Ahnquist, samtliga vid enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor. Övriga som deltagit i att ta fram rapporten anges längst bak i rapporten.

Folkhälsomyndigheten, mars 2020

Anna Bessö

Avdelningschef, Livsvillkor och levnadsvanor

Innehåll

Ordlista	7
Sammanfattning.....	9
Summary.....	10
What healthcare have young people who committed suicide received?.....	10
Bakgrund.....	11
Patientsäkerhet och anmälan av suicid enligt lex Maria	11
Landsomfattande journalgranskningsstudie.....	12
Syfte	13
Metod.....	14
Material	14
Journalgranskningen.....	14
Granskningsmallen	14
Granskningsteam.....	15
Beskrivning av inkluderade variabler och bearbetningar	15
Resultat.....	17
Sjukvårdskontakter under de sista 24 månaderna före dödsfallet	17
Sjukvårdskontakter under de sista 4 veckorna före dödsfallet	18
Psykiatrisk diagnostik och psykiatriska besvär vid senaste kontakten med primärvården	19
Tidigare suicidförsök.....	19
Vårdens innehåll vid senaste kontakten med psykiatri	20
Suicidriskbedömning av patienter vid senaste vårdkontakten inom psykiatri	21
Psykiatrisk slutenvård	22
Anmälningar enligt lex Maria efter suicid i nära anslutning till vårdkontakt	23
Diskussion	25
Sjukvårdskontakter de sista 4 veckorna före dödsfallet	25
Uppfattar vården att patienten har suicidtankar och suicidrisk vid de sista besöken före dödsfallet?	25
Förekomsten av psykiatrisk diagnostik och suicidalt beteende vid senaste vårdkontakten före suicidet.....	26
Patienter som vårdats inom slutenvården	27

Vad medförde lex Maria-anmälningarna?	27
Begränsningar	28
Slutsats	28
Övriga medverkande.....	29
Referenser	30

Ordlista

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) är en form av elbehandling där korta pulser ström skickas genom hjärnan. ECT används främst för att behandla svår depression.

Fast vårdkontakt ska utses av verksamhetschefen om det behövs för att tillgodose trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, eller om patienten begär det enligt patientlagen.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är tillsynsmyndigheten som ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I tillsynsupdraget ingår handläggningen av anmälningar, till exempel lex Sarah, lex Maria.

Internationella sjukdomsklassifikationen (ICD-10) avser klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården.

Lex Maria avser skyldigheten hos en vårdgivare att till IVO anmäla händelser som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Med anmälan ska följa en utredning av händelseförloppet, faktorer som bidragit till det och åtgärder som ska vidtas för att förhindra att händelsen ska upprepas. Anmälningsskyldigheten är specificerad i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete, samt i IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

Primärvård avser den vårdnivå som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)).

Psykiatrisk vård avser den vård som ges inom den specialiserade psykiatriska öppen- och slutenvården.

Psykisk status avser den bedömning som läkaren gör genom ett strukturerat samtal med patienten då man också observerar patientens beteende. Bedömningen är en del av diagnostiken inför vidare utredning och behandling. En del av bedömningen handlar om patientens **emotionella kontakt**, som handlar om det känslomässiga samspelet mellan patienten och läkaren.

Psykologisk autopsi avser i denna rapport en retrospektiv genomgång av självmord som kan bidra till lärande av det inträffade.

Retrospektiv journalgranskning avser en systematisk genomgång av sjukvårdsjournaler utifrån vissa bestämda variabler som samlats i en granskningsmall.

Specialiserad somatisk vård är hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården.

Säkra suicid avser de dödsfall där inget tvivel råder om att avsikten varit att ta sitt liv. **Dödsfall med oklar avsikt** (oklara suicid) avser de fall när man är osäker på uppsåtet bakom dödsfallet, dvs. om det var en avsiktlig handling eller ett olycksfall.

Vårdskada avser lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Sammanfattning

Den här rapporten presenterar resultat från en delstudie som har i syfte att öka kunskapen om den sjukvård som unga och unga vuxna som avlidit i suicid har fått under de sista 24 månaderna före dödsfallet. Ett annat syfte är att granska lex Maria anmälningar för att identifiera kvalitetsbrister i vården som kan ha bidragit till suicid i denna grupp. Studien bygger på data från en retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler och lex Maria-anmälningar om samtliga personer i åldern 15–44 år som tog sitt liv under 2015 i fyra regioner i Sverige (n = 80).

Resultaten visar att:

- De allra flesta, 95 procent, hade haft minst en kontakt med sjukvården (psykiatrisk eller somatisk vård eller primärvård) under de sista 24 månaderna före dödsfallet.
- Nästan hälften av samtliga hade haft minst en sjukvårdskontakt under de 4 sista veckorna före dödsfallet. Av dessa hade 30 procent kontakt med psykiatri, 23 procent med primärvården och 11 procent med den somatiska vården.
- Vid det senaste läkarbesöket inom primärvården hade 43 procent fått en psykiatrisk diagnos och 38 procent hade psykiatriska besvär men endast i 4 procent av fallen hade dödsönskan, suicidtankar eller planer på att begå suicid dokumenterats av primärvårdsläkaren.
- Vid den senaste vårdkontakten med psykiatri hade 27 procent av patienterna suicidtankar och 7 procent hade planer på att begå suicid. För 14 procent av samtliga med psykiatrisk vårdkontakt fanns en dokumenterad förhöjd suicidrisk vid det senaste läkarbesöket som föregick dödsfallet.
- Trettioen procent av undersökningsgruppen hade gjort ett tidigare suicidförsök.
- I sammanlagt 45 av de 80 suiciden hade sjukvården anmält till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria. Av dessa hade patienten i 78 procent av fallen en psykiatrisk huvuddiagnos, 10 procent hade en somatisk huvuddiagnos och 12 procent hade en huvuddiagnos relaterat till substansberoende eller missbruk vid den sista vårdkontakten. Vårdgivaren identifierade brister i vården i 78 procent av fallen.

Sammantaget visar resultaten att nästan alla i undersökningsgruppen varit i kontakt med någon form av sjukvård under de sista 24 månaderna och nästan hälften hade haft minst en vårdkontakt under de sista 4 veckorna före dödsfallet. Trots att kontaktytan till vården förekommit i de flesta fall, har det vid den senaste kontakten i en begränsad omfattning bedömts föreligga en ökad suicidrisk. Det antyder att förbättrade åtgärder kan behövas för att identifiera personer med suicidrisk och erbjuda dem effektiva åtgärder. Individer med ett eller flera suicidförsök är en känd riskgrupp som kan behöva förbättrade behandlingsalternativ.

Summary

What healthcare have young people who committed suicide received?

In this report, we present results from a sub-study, which aimed to increase knowledge about the health care that young people who committed suicide have received during the last 24 months before the suicide. Another purpose is to investigate the occurrence of deficiencies in health care that may have contributed to suicide in this group. The study is based on data from a retrospective review of medical records and lex Maria reports of suicide on all persons aged 15–44 who took their own lives in 2015 in four regions in Sweden (n = 80). The results show that:

- The vast majority, 95 percent, had had at least one contact with health care (psychiatric, somatic, or primary care) during the last 24 months before the suicide.
- Nearly half of the study group had had at least one medical contact during the last 4 weeks prior to the suicide. Of these, 30 percent had contact with psychiatry, 23 percent with primary care, and 11 percent with somatic care.
- At the last contact with physician in primary care, 43 percent had a psychiatric diagnosis and 38 percent had psychiatric disorders, but in only 4 percent of cases were a death wish, suicidal thoughts, or suicide plans documented by the primary care physician.
- At the last contact with psychiatry 27 percent of the patients had suicidal thoughts and 7 percent had suicide plans. For 14 percent of all those with contact with psychiatric care, there was a documented increased suicide risk at the last doctor visit that preceded the suicide.
- Thirty-one percent of the study group had made a previous suicide attempt.
- In total 45 of the 80 suicides had reported to IVO (The Health and Social Care Inspectorate) according to lex Maria. In 78 percent of these cases, the patient had a psychiatric main diagnosis, 10 percent had a somatic main diagnosis, and 12 percent had a main diagnosis related to substance dependence or abuse at the last contact. The caregiver identified deficiencies in care in 78 percent of cases.

The results show that almost all in the study group had been in contact with some type of health care during the last 24 months and almost half had had at least one health care contact during the last 4 weeks before the suicide. Despite the fact that contact with any form of health care occurred in most cases, an increased suicide risk was assessed to a limited extent during the last contact. This suggests that improved measures may be needed to identify people at risk of suicide and offer them effective measures. Individuals with one or more suicide attempts are a known risk group that may need improved treatment options.

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

Bakgrund

Suicid är ett allvarligt samhällsproblem. Varje år tar cirka 1 500 personer sitt liv i Sverige (både säkra suicid och dödsfall med oklar avsikt). Även om suicidstalen har minskat sedan 1980-talet när suicidfrekvensen var omkring 2 000 fall årligen, är antalet personer som dör i suicid fortfarande högt. År 2018 var det 886 män och 382 kvinnor som dog i säkra suicid i Sverige. (1).

Resultaten från tidigare studier indikerar att många som dör i suicid har sökt någon form av sjukvård året före dödsfallet. Enligt en systematisk litteraturöversikt från 2002, baserad på 40 studier, där personer i alla åldrar inkluderats, hade cirka 45 procent besökt primärvården och cirka 20 procent den psykiatriska vården en månad före dödsfallet (2). I en studie från USA publicerad 2014 (3) hade hela 83 procent av de som tagit sitt liv haft kontakt med sjukvården året före självmordet, vanligen inom somatisk specialistvård eller primärvård.

Det tycks vara vanligt att unga har haft kontakt med sjukvården året före dödsfallet. Enligt en kanadensisk studie bland unga som var 25 år eller yngre vid dödsfallet hade 75 procent åtminstone en kontakt med hälso- och sjukvården året före suicid, och av de som sökt öppenvård hade 97 procent besökt en allmänläkare och 31 procent en psykiater, samtidigt som 36 procent hade fått en psykiatrisk diagnos (4). Studien visar också att flickor oftare än pojkar hade en psykiatrisk diagnos, och hade fler besök till primärvården och akutsjukvården. Däremot visade studien inga könsskillnader i antalet besök till den psykiatriska öppenvården.

Patienter som har vårdats ineliggande inom psykiatrisk vård har en särskilt hög suicidrisk. I en amerikansk studie jämfördes självmordstalen per 100 000 invånare, 90 dagar efter utskrivning från ett psykiatriskt sjukhus med en matchad befolkning (5). Studien visar att vuxna med komplexa psykiatriska sjukdomar har en hög risk för självmord (inom 90 dagar), speciellt om de inte är knutna till psykiatrisk öppenvård efter utskrivningen (5). En svensk registerstudie publicerad 2010 visar att under perioden 1991–2003 hade 25 procent vårdats ineliggande för en psykiatrisk diagnos året innan de tog sitt liv (18 år och äldre) (6).

I Sverige är suicid den vanligaste dödsorsaken både bland män i åldrarna 15–44 år och bland kvinnor i åldrarna 15–29 år. I åldersgruppen 15–39 år är självmord mer än dubbelt så vanligt bland män jämfört med kvinnor (1). Eftersom det är känt att en stor del av de som tar sitt liv har haft kontakt med sjukvården, behövs det mer kunskap om den vård och behandling som unga och vuxna fått före dödsfallet.

Patientsäkerhet och anmälan av suicid enligt lex Maria

Sjukvården i Sverige är skyldig att utreda och anmäla till tillsynsmyndigheten händelser i vården som har lett till, eller kunnat leda till en allvarlig vårdskada, enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Vårdskada definieras i lagen som ”lidande, kroppslig eller fysisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas 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. Anmälningssplikten kallas lex Maria och syftet är att bättre förstå om något 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 4 veckor efter en vårdkontakt skulle anmälas enligt lex Maria (7), oavsett om de bedömdes vara en vårdskada eller inte. Denna föreskrift togs bort 31 augusti 2017.

År 2007 publicerade Socialstyrelsen, dåvarande tillsynsmyndighet inom vård och omsorg, en sammanställning och analys av samtliga beslut fattade före 31 mars 2007 gällande lex Maria efter självmord (8). Sammanställningen 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 förekom ofta brister.

År 2013 fördes ansvaret för att granska lex Maria-ärenden över till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som är den nya tillsynsmyndigheten. En granskning av samtliga lex Maria-anmälningar efter suicid som inträffat under 2015 visar att vårdgivaren identifierat brister i vården i 54 procent av de granskade fallen. De vanligaste bristerna gäller samverkan, kommunikation och suicidriskbedömningar. IVO godkände 65 procent av utredningarna direkt, krävde komplettering i 29 procent av fallen och tillsynade verksamheten i 6 procent (9).

Landsomfattande journalgranskningsstudie

I Sverige pågår sedan 2015 ett forskningsprojekt med titeln ”Retrospektiv granskning av journaler för sjukvård gällande individer som tagit sitt liv under 2015 och 2012”. Forskningsprojektet handlar om retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler och lex Maria-anmälningar efter suicid. I början omfattade projektet samtliga personer i Landstinget Kalmar län, Region Jönköpings län, Region Halland och Region Skåne som tog sitt liv under 2015 och i Landstinget Kalmar län under 2012. Allt eftersom har fler regioner inkluderats och idag har forskningsprojektet kommit att omfatta alla regioner i Sverige vilket innebär att i stort sätt alla suicid som skett i Sverige under 2015 ingår i projektet. Datainsamlingen pågår fortfarande i två av regionerna men beräknas att kunna avslutas under 2020.

I den här rapporten presenteras resultat från en delstudie som ingår i detta projekt och som inkluderar enbart gruppen unga och unga vuxna i åldern 15–44 år som tagit sitt liv under 2015 i de fyra regioner som nämns ovan.

Syfte

Det övergripande syftet med denna delstudie är att få ökad kunskap om den sjukvård som personer i åldern 15–44 år som avlidit i suicid har fått under de sista 24 månaderna före dödsfallet. Ett annat syfte är att undersöka förekomsten av kvalitetsbrister i vården som kan ha bidragit till suicid i denna grupp.

Följande frågeställningar kommer att besvaras:

- Hur ser gruppen ut avseende sociodemografiska faktorer?
- Hur stor andel har kontakt med sjukvården inom psykiatri, primärvården och den somatiska vården, 24 månader och 4 veckor före dödsfallet?
- Hur stor andel har psykiatriska diagnoser, psykiatriska besvär, dödsönskningar, suicidtankar och planer på att begå suicid vid den senaste kontakten med primärvården?
- Hur stor andel har gjort ett tidigare suicidförsök och hur stor andel har ett bekräftat pågående missbruk?
- Vilken vård har patienterna fått vid den senaste kontakten med psykiatri?
- Hur stor andel har en suicidriskbedömning dokumenterad i journalen vid den senaste kontakten med psykiatri?
- Hur stor andel har vårdats inom den psykiatriska slutenvården?
- Hur många av suicidfallen har anmälts till IVO enligt lex Maria och hur ser bristerna ut i vården enligt dessa anmälningar?

Metod

Delstudien som beskrivs i denna rapport inkluderar samtliga personer i åldern 15–44 år som avlidit i suicid under 2015 i Landstinget Kalmar län, Region Jönköpings län, Region Halland och Region Skåne.

Material

Samtliga personer i åldern 15–44 år som avled i suicid under 2015 i någon av de berörda regionerna identifierades via Socialstyrelsens Dödsorsaksregister, där uppgifter om personnummer och dödsfall genom suicid (underliggande och bidragande orsak) med diagnoskoder i intervallen X60–X84 enligt ICD-10 inhämtades (10). Totalt identifierades 81 individer som uppfyllde kriterierna för att ingå i undersökningsgruppen. En person exkluderades eftersom hans journaler inte kunde granskas av sekretesskäl. Det innebär att den slutliga undersökningsgruppen består av 80 personer.

För varje person i undersökningsgruppen inhämtades och granskades följande material:

- Samtliga sjukvårdsjournaler för all offentlig sjukvård och större privata vårdgivare med offentliga uppdrag för primärvård och psykiatrisk vård.
- Samtliga underlag och beslut för lex Maria-anmälningar som sjukvården gjort och anmält till IVO efter suicid under 2015.

Journalgranskningen

Granskningsmallen

Inför den retrospektiva granskningen har forskargruppen vid Lunds universitet och Jönköping university konstruerat en granskningsmall för att hämta data från sjukvårdsjournaler och lex Maria-anmälningar.

Vid framtagandet av granskningsmallen användes bland annat variabler från Svenska psykiatriska föreningens kliniska riktlinjer för utredning och behandling av suicidnära patienter (11) och Vårdprogram om suicidprevention för vuxna i Jönköpings län (12). Lex Maria-anmälningarna granskades enligt en mall som baserades på en handbok för riskanalys och händelseanalys (13).

Granskningsmallen i sin helhet bestod av följande huvudområden:

- demografiska variabler
- kontakter med psykiatrisk sjukvård (öppen- och slutenvård)
- kontakter med primärvård
- kontakter med somatisk sjukvård (öppen- och slutenvård)
- övriga myndighetskontakter enligt uppgifter i journalerna
- uppgifter om sannolik underliggande psykosocial problematik

- lex Maria-anmälningar av självmord.

Under varje huvudområde i granskningsmallen fanns ett antal variabler som berörde bl.a. typ av vårdkontakter, antal sjukvårdsbesök, personalkategori vid senaste besök, psykiatriska och somatiska symptom vid senaste besök, psykisk status vid senaste besök, riskfaktorer för suicid, suicidriskbedömningar, somatiska och psykiatriska diagnoser, läkemedelsbehandlingar, samtalskontakter, psykoterapi, elektrokonvulsiv behandling (ECT) och annan typ av behandling och omvårdnad under psykiatrisk slutenvård.

Materialet från IVO bestod av den formella lex Maria-anmälan, vårdens egen internutredning inför anmälan inklusive journalkopior och IVO:s beslut.

Granskningsteam

I journalgranskningen medverkade åtta granskare och en projektledningsgrupp. Granskarna var anställda inom hälso- och sjukvården inom de berörda regionerna och landstinget. De var väl förtrogna med patientgruppen och journalsystemen. Journalgranskarna fyllde i en granskningsmall för varje person som dött i suicid. I projektledningsgruppen medverkade representanter från forskning och klinik från berörda regioner. För att kvalitetssäkra granskningsarbetet, gick projektledningen igenom varje journalgranskares första granskning och lämnade återkoppling på den. Projektledningen träffade granskarna vid tre tillfällen under arbetets gång för att diskutera frågor som uppstått under journalgranskningen och på så sätt bistå till mer enhälliga bedömningar bland granskarna. Däremellan kunde journalgranskarna höra av sig till projektledningen om de behövde ytterligare hjälp.

Uppgifterna i granskningsmallen fördes över till datafiler (Excel, SPSS). Personnummer eller namn förekommer inte i datafilerna, utan varje avlidne person har ett kodnummer. Endast de ansvariga forskarna, verksamhetscheferna, chefsläkarna och den aktuella granskaren har haft tillgång till filerna med personuppgifterna. De har också haft ansvar för att dessa inte röjts för obehöriga. Övriga i forskargruppen fick enbart information genom avidentifierade datafiler. De ifyllda granskningsmallarna förvarades i låsta skåp vid respektive region eller landsting. Datafilerna från de olika regionerna och landstinget sammanfördes i en gemensam ”masterfil”. Sekretess tillämpades enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Beskrivning av inkluderade variabler och bearbetningar

I denna rapport redovisas resultaten för ett urval av vårdkontakter från granskningsmallen, i huvudsak relaterat till den psykiatriska sjukvården och till viss del även primärvården samt anmälningar av självmord enligt lex Maria, enligt följande:

Demografiska variabler: uppgifter om familjesituation (gift/sambo eller skild), hemmavarande barn < 18 år (ja eller nej), arbete (hel- eller deltid), arbetslös, studerande (hel- eller deltid) och sjukskrivning (hel- eller deltid). Informationen

kunde gälla från 4 veckor till 24 månader före suicid, beroende på när uppgiften framkommit i sjukvårdsjournalerna bland de patienter där uppgiften överhuvudtaget fanns och kunde samlas in.

Vårdkontakter: data om kontakter med primärvård, somatisk vård och psykiatrisk vård de sista 24 månaderna och 4 veckorna före dödsfallet.

För de senaste primärvårdskontakterna innehåller rapporten uppgifter om

- psykiatrisk diagnostik och psykiska besvär
- frågor om dödsönskan, suicidtankar och suicidplaner (i de fall dessa frågor hade ställts).

För den psykiatriska vården innehåller rapporten uppgifter om

- antal dagar mellan senaste kontakt med psykiatrin och dödsfallet
- antal dagar mellan senaste läkarkontakt med psykiatrin och dödsfallet
- fast vårdkontakt vid dödsfallet
- personalkategori vid senaste kontakt
- pågående behandling med psykofarmaka, psykoterapi eller samtalskontakt
- suicidriskbedömning dokumenterad i journalen vid senaste kontakt
- ifall minst tre suicidriskfaktorer utöver psykisk status angivits i journalen vid senaste läkarbesök
- ifall suicidrisken uppfattats inom psykiatrin.
- psykiatrisk slutenvård

För **lex Maria-anmälningar** innehåller rapporten uppgifter om

- patienter som hade en psykiatrisk- eller somatisk huvuddiagnos eller en huvuddiagnos relaterat till substansberoende eller missbruk under de sista 4 veckorna före suicid.
- IVO:s beslut och bedömda brister i vården enligt vårdens internutredning av dödsfallet.

Rapporten innehåller beskrivande statistik och resultaten presenteras som andelar för inkluderade variabler. Resultaten presenteras i tabeller eller i diagram för hela gruppen och uppdelade på män och kvinnor. Uppgifter om undersökningsgruppens karakteristiska presenteras i procent (%), totalt och uppdelade på kön med tillhörande 95 % konfidensintervall (95 % KI).

Resultat

Undersökningsgruppen består av 80 personer i åldern 15–44 år som dött i suicid under 2015 i Landstinget Kalmar län, Region Jönköpings län, Region Halland och Region Skåne. Av dessa var 71 procent män och 29 procent kvinnor. Vid tidpunkten för dödsfallet var medianåldern 33 år. Uppgifter om familjesituation, hemmavarande barn < 18 år, sysselsättning och sjukskrivning presenteras i tabell 1. Av personerna var 25 procent gifta eller sambo, 22 procent var fränskilda och 28 procent hade hemmavarande barn under 18 år. Andelen kvinnor som var i arbete hel- eller deltid var 71 procent. Motsvarande andel bland män var 53 procent. Drygt 30 procent av männen och 50 procent av kvinnorna var sjukskrivna på hel- eller deltid.

Tabell 1. Uppgifter om familjesituation, hemmavarande barn < 18 år, sysselsättning och sjukskrivning i procent (%), totalt och uppdelade på kön med tillhörande 95 % konfidensintervall (95 % KI).

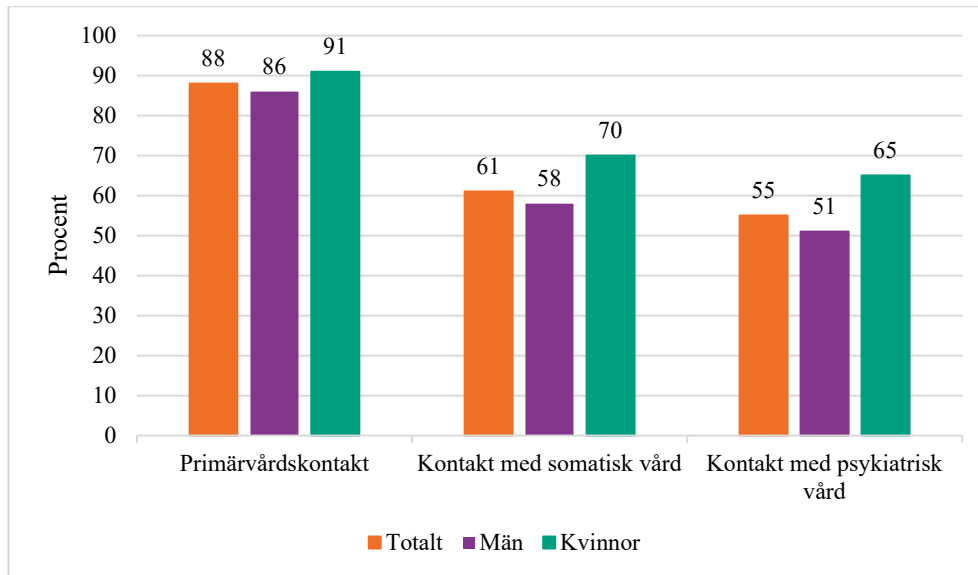
	Totalt n = 80	Män n = 57	Kvinnor n = 23
	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)
Familjesituation*			
Gift, sambo	24,6 (15,5–36,7)	21,4 (11,7–35,9)	31,6 (15,4–54,0)
Skild	22,0 (12,8–35,2)	24,5 (12,4–40,0)	18,8 (6,6–43,0)
Hemmavarande barn *	27,9 (18,2–40,2)	29,3 (17,6–44,5)	25,0 (11,2–46,9)
Sysselsättning*			
Arbete (hel- eller deltid)	50,8 (38,6–62,9)	45,0 (30,7–60,2)	71,4 (50,1–86,2)
Arbetslös	42,0 (29,4–55,8)	53,1 (36,5–69,1)	26,3 (11,8–48,8)
Studerande (hel- eller deltid)	14,3 (7,1–26,7)	10,3 (3,6–26,4)	20,0 (8,1–41,6)
Sjukskriven (hel- eller deltid)*	37,5 (26,0–50,6)	30,1 (18,0–46,9)	50,0 (29,9–70,0)

*Tillgång till uppgifter om familjesituation, hemmavarande barn < 18 år, sysselsättning och sjukskrivning varierade i 61–76 procent av sjukvårdsjournalerna.

Sjukvårdskontakter under de sista 24 månaderna före dödsfallet

Sammanlagt 95 procent av undersökningsgruppen hade haft minst en kontakt med sjukvården under de sista 24 månaderna före dödsfallet. Det var lika vanligt för både män och kvinnor att ha haft kontakt med sjukvården, 95 respektive 96 procent. I figur 1 presenteras andelen i undersökningsgruppen som haft minst en kontakt med primärvården, den somatiska vården och den psykiatriska vården. Under de sista 24 månaderna hade majoriteten (88 procent) haft minst en kontakt med primärvården och 61 procent hade haft kontakt med den somatiska vården. Andelen med psykiatrisk vårdkontakt var 55 procent. En mindre andel män än kvinnor hade haft kontakt med sjukvården, oavsett typ av vård, under de sista 24 månaderna före dödsfallet.

Figur 1. Andel (procent) med minst en kontakt med primärvård, somatisk vård och psykiatrisk vård de sista 24 månaderna före dödsfallet, totalt och uppdelat på kön.

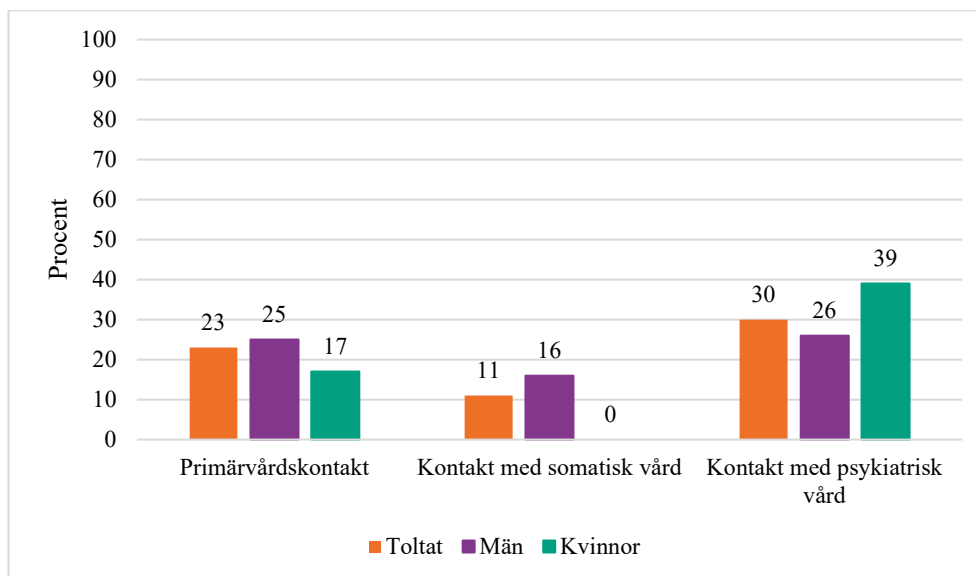


Sjukvårdskontakter under de sista 4 veckorna före dödsfallet

Under de sista 4 veckorna före dödsfallet hade totalt 49 procent av personerna haft minst en vårdkontakt. Andelen män respektive kvinnor med minst en vårdkontakt var 52 respektive 39 procent. I figur 2 presenteras andelen i undersökningsgruppen som haft minst en kontakt med primärvården, den somatiska vården och den psykiatriska vården under de sista 4 veckorna före dödsfallet. Under denna tid hade 23 procent haft minst en kontakt med primärvården och 11 procent hade haft kontakt med den somatiska vården. Totalt hade 30 procent haft en psykiatrisk vårdkontakt, vilken var den vanligaste vårdkontakten under de sista 4 veckorna före dödsfallet.

Överlag hade en större andel av männen haft minst en kontakt med primärvården och den somatiska vården under de sista 4 veckorna före dödsfallet, medan andelen kvinnor som haft en psykiatrisk vårdkontakt var något större.

Figur 2. Andel (procent) med minst en kontakt med primärvård, somatisk vård och psykiatrisk vård de sista 4 veckorna före dödsfallet, totalt och uppdelat på kön.



Psykiatrisk diagnostik och psykiatriska besvär vid senaste kontakten med primärvården

Sammanlagt hade 88 procent av undersökningsgruppen haft minst en primärvårdskontakt under de sista 24 månaderna före dödsfallet. Av dessa hade 43 procent fått en psykiatrisk diagnos och 38 procent hade psykiatriska besvär vid det senaste läkarbesöket. Andelen som hade uppgett att de haft dödsönskan, suicidtankar eller planer på att begå suicid vid det senaste läkarbesöket var 4 procent (tabell 2).

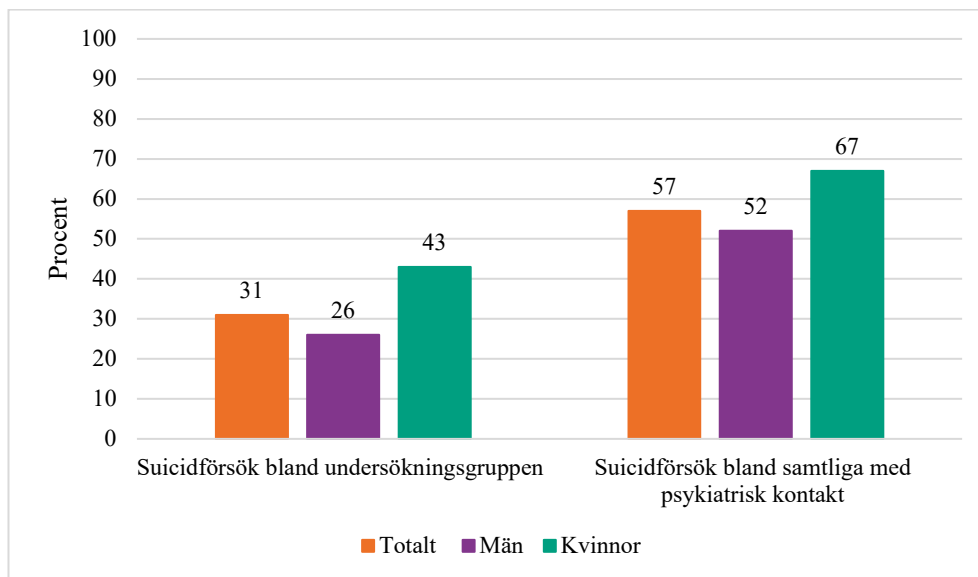
Tabell 2. Andel (%) med psykiatrisk diagnos, psykiatriska besvär och suicidalt beteende vid det senaste läkarbesöket inom primärvården de sista 24 månaderna, totalt och uppdelat på kön.

	Totalt (n = 70)	Män (n = 49)	Kvinnor (n = 21)
Andel med psykiatrisk diagnos (%)	43	42	43
Andel med psykiatriska besvär (%)	38	34	48
Andel med dödsönskan, suicidtankar eller planer på att begå suicid (%)	4	4	4

Tidigare suicidförsök

Sammanlagt 31 procent av undersökningsgruppen hade gjort ett tidigare suicidförsök, 26 procent av männen och 43 procent av kvinnorna. Motsvarande andelar bland de som hade haft kontakt med psykiatrin under de sista 24 månaderna, var 57 procent (52 procent av männen och 67 procent av kvinnorna) (figur 3).

Figur 3. Andel (procent) som gjort ett tidigare suicidförsök, totalt och uppdelat på kön.



Bland de som hade gjort ett tidigare suicidförsök (n = 25) var det 36 procent som använt en våldsam metod som avser här alla metoder förutom förgiftning eller lättare skärsår. Andelen män som använt en våldsam metod var 47 procent jämfört med 20 procent bland kvinnor. Av alla med psykiatrisk kontakt under de sista 24 månaderna före dödsfallet, hade 16 procent haft ett dokumenterat självskaдебeteende som inte var förknippat med ett suicidförsök (14 procent av männen och 20 procent av kvinnorna).

Vårdens innehåll vid senaste kontakten med psykiatrin

Sammanlagt 44 unga personer hade haft minst en kontakt med den psykiatriska vården under de sista 24 månaderna före dödsfallet, varav 29 var män och 15 var kvinnor. Männen hade fler antal dagar (median 15) mellan den senaste kontakten med psykiatrin och dödsfallet än kvinnorna (median 5). Männen hade också i mindre utsträckning en fast vårdkontakt vid tidpunkten för dödsfallet, dvs. de saknade oftare en namngiven kontaktperson med ett övergripande ansvar för behandlingen, jämfört med kvinnorna. Bland personer med psykiatrisk vårdkontakt hade 84 procent en känd pågående psykofarmakologisk behandling och 34 procent hade en känd pågående behandling med psykoterapi eller samtalskontakt vid dödsfallet. Pågående behandling med psykoterapi eller samtalskontakt var vanligare bland kvinnorna (53 procent) än bland männen (24 procent) (tabell 3).

Tabell 3. Vårdens innehåll vid den senaste kontakten med psykiatrisk vård, totalt (n = 44) och uppdelat på kön.

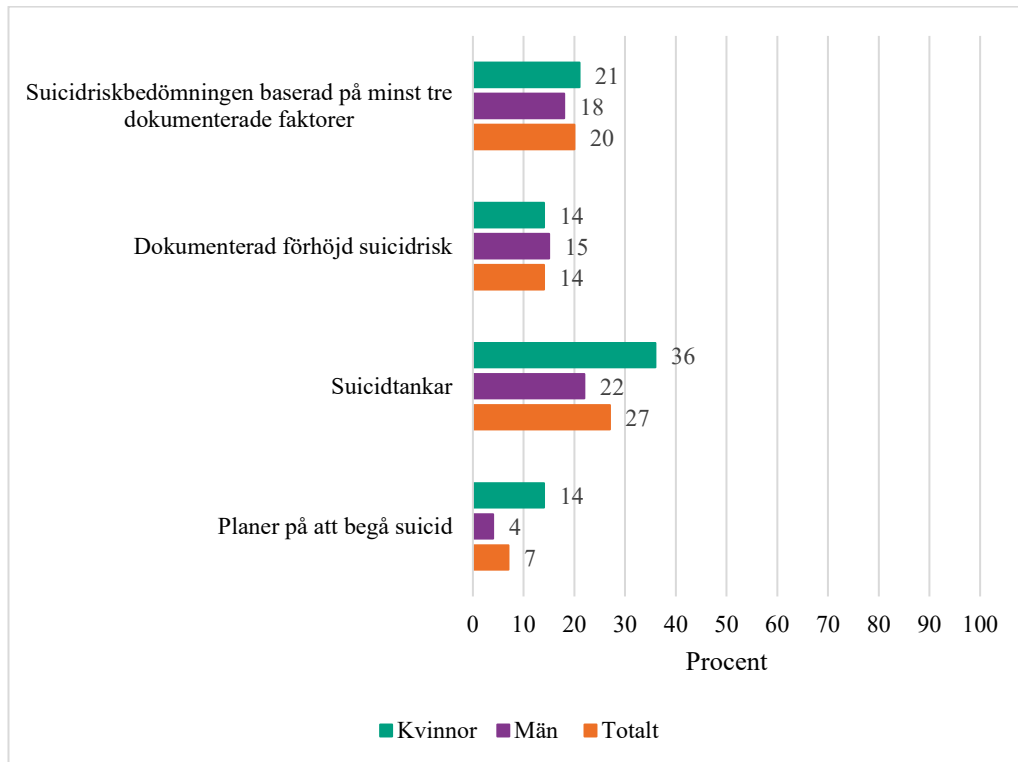
	Totalt (n = 44)	Män (n = 29)	Kvinnor (n = 15)
Antal dagar mellan senaste kontakt med psykiatri och dödsfallet, median (min–max)	14 (0–459)	15 (0–459)	5 (0–161)
Antal dagar mellan senaste läarkontakt med psykiatri och dödsfallet, median (min–max)	14 (0–730)	15 (0–730)	13 (1–161)
Personalkategori vid senaste kontakt med psykiatri (antal)			
Läkare	21	16	5
Sjuksköterska	8	6	2
Socionom	4	3	1
Psykolog	5	1	4
Fysioterapeut	0	0	0
Övrigt	5	2	3
Andel med fast psykiatrisk vårdkontakt vid dödsfallet (%)	39 %	34%	47%
Andel med känd pågående psykofarmakologisk behandling vid dödsfallet (%)	84%	83%	87%
Andel med känd pågående behandling med psykoterapi eller samtalskontakt vid dödsfallet (%)	34%	24%	53%

Suicidriskbedömning av patienter vid senaste vårdkontakten inom psykiatri

Det framgick från journalerna att den emotionella kontakten, som handlar om det känslomässiga samspelet mellan patient och läkaren, hade bedömts som god för 36 procent av de unga vid den senaste vårdkontakten med psykiatri.

Tjugo procent av patienterna hade bedömts enligt minst tre riskfaktorer för suicid vid det senaste läkarbesöket som föregick dödsfallet. Sammanlagt hade 27 procent suicidtankar och 7 procent hade planer på att begå suicid. För 14 procent av samtliga med psykiatrisk vårdkontakt fanns en dokumenterad förhöjd suicidrisk vid det senaste läkarbesöket inom psykiatri (figur 4).

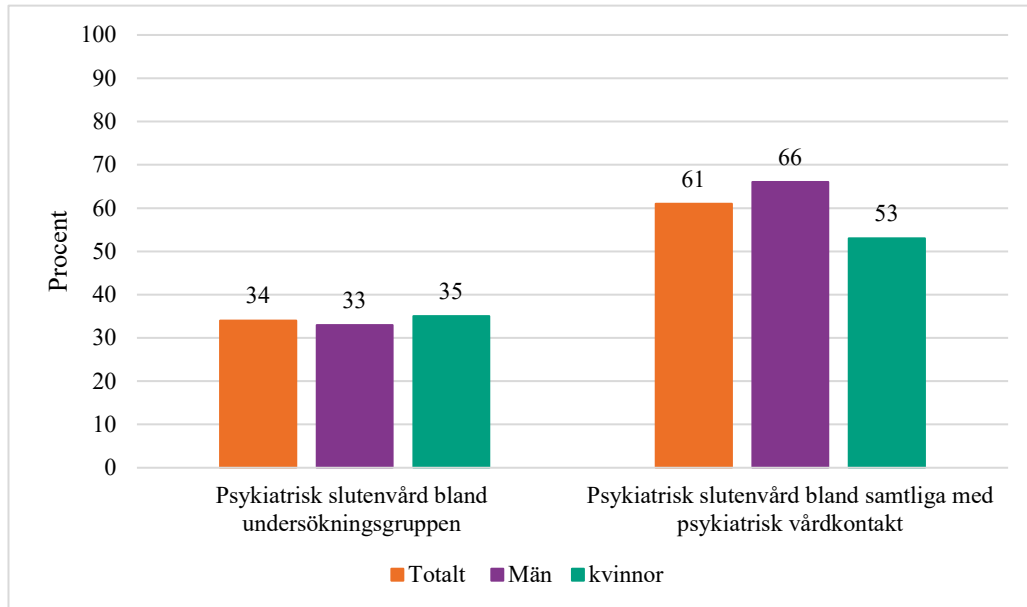
Figur 4. Suicidriskbedömning av patienter vid det senaste läkarbesöket inom psykiatrin.



Psykiatrisk slutenvård

Sammanlagt 34 procent av undersökningsgruppen hade, någon gång under de sista 24 månaderna, vårdats inom den psykiatriska slutenvården. Andelen män respektive kvinnor som vårdats inom psykiatrisk slutenvård var 33 respektive 35 procent. Motsvarande andelar bland samtliga med psykiatrisk vårdkontakt var 61 procent (66 procent bland män och 53 procent bland kvinnor) (figur 5).

Figur 5. Andelen (procent) individer som vårdats inom den psykiatriska slutenvården, någon gång under de sista 24 månaderna före dödsfallet, bland undersökningsgruppen (n = 80) och bland samtliga med psykiatrisk vårdkontakt (n = 44), totalt och uppdelat på kön.



Tre personer hade haft en pågående slutenvård och en hade vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Mer än hälften av samtliga som vårdats inom psykiatrisk slutenvård hade besökt psykiatrins öppenvård efter slutenvårdstillfället.

Sammanlagt 65 procent av samtliga hade en psykiatrisk diagnos från primärvård eller psykiatri under det senaste året och 14 procent hade en missbruksdiagnos bekräftad från senaste vårdkontakt med primärvård eller psykiatri.

Anmälningar enligt lex Maria efter suicid i nära anslutning till vårdkontakt

I den här delstudien granskades lex Maria anmälningar av suicid till IVO för 45 personer (71 procent män och 29 procent kvinnor) ur undersökningsgruppen. I tabell 4 visas om patientens huvuddiagnos vid den sista vårdkontakten rörde sig om den psykiatriska vården, den somatiska vården eller var relaterat till substansberoende. Av alla lex Maria-anmälda personer hade 78 procent en psykiatrisk huvuddiagnos, 10 procent en somatisk huvuddiagnos och 12 procent en huvuddiagnos relaterat till substansberoende eller missbruk vid den sista vårdkontakten.

Tabell 4. Andel (%) som hade psykiatrisk eller somatisk huvuddiagnos enligt lex Maria-utredningarna vid den sista vårdkontakten bland de dödsfallen som hade lex Maria anmäls.

	Alla (n = 45)	Män (n = 32)	Kvinnor (n = 13)
Patienten hade en psykiatrisk huvuddiagnos vid sista vårdkontakten (%)	78	76	77
Patienten hade en somatisk huvuddiagnos vid sista vårdkontakten (%)	10	9	15
Patientens huvuddiagnos var relaterat till substansberoende/missbruk vid sista vårdkontakten (%)	12	15	8

IVO:s beslut och bedömda brister i vården enligt vårdens internutredning av dödsfallet visas i tabell 5. Vårdgivaren identifierade brister i vården i 78 procent av fallen. I 8 procent av de granskade fallen genomförde IVO en tillsyn av vården och i 8 procent ställde de krav på komplettering och genomförde tillsyn.

Tabell 5. Andel (%) av IVO:s beslut och brister i vården enligt internutredningen.

	Alla (n = 45)	Män (n = 32)	Kvinnor (n = 13)
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
Andel 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)

Diskussion

Syftet med den här deskriptiva studien är att öka kunskapen om vilken vård som unga och vuxna som tagit sitt liv har fått under den närmaste tiden före dödsfallet samt att undersöka förekomsten av kvalitetsbrister i sjukvården som kan ha bidragit till suicid i denna grupp. Rapporten bygger på resultaten från en retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler och lex Maria-anmälningar om samtliga personer i åldern 15–44 år som tog sitt liv under 2015 i fyra regioner i Sverige.

Sjukvårdskontakter de sista 4 veckorna före dödsfallet

Resultaten från journalgranskningen visar att 30 procent av personerna haft kontakt med psykiatri, 23 procent med primärvården och 11 procent med den somatiska vården 4 veckor före dödsfallet. Av personerna hade 15 procent haft kontakt med primärvården men inte den psykiatriska vården och 5 procent haft kontakt endast med den somatiska vården.

Andelen med någon sjukvårdskontakt under den närmaste tiden före suiciden (sista 4 veckorna) stämmer relativt väl överens med flera internationella forskningsstudier. Bland annat visar resultaten från en systematisk litteraturöversikt från 2002 att i medeltal 15 procent av personerna under 35 år hade sökt hjälp i psykiatri och 23 procent i primärvården, 4 veckor före sin suicid (2). I en systematisk litteraturöversikt som publicerades 2015 (14) rapporterades att mindre än hälften av alla personer, unga som gamla, som har suicidtankar eller självskaðebeteende söker psykiatrisk sjukvård (15).

Det är viktigt att notera att 51 procent av undersökningsgruppen (48 procent av männen och 61 procent av kvinnorna) inte hade haft någon sjukvårdskontakt överhuvudtaget under de sista 4 veckorna före dödsfallet. En förhållandevis stor andel av personerna i den här studien och i andra liknande studier har inte haft kontakt med sjukvården under den närmaste tiden före sin suicid. Kan detta möjligen bero på att suicidnära individer inte uppfattar att de kan, behöver eller bör söka hjälp? Det kan också tänkas att en del suicidnära personer hellre söker hjälp och stöd via telefon eller internet än att ha direktkontakt med sjukvården. En australiensisk självskattningsstudie (17) visade dock att det finns ett samband mellan att söka hjälp ”face-to-face” och att söka professionell hjälp via internet. Att söka hjälp ”face-to-face” minskade likafullt 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.

Uppfattar vården att patienten har suicidtankar och suicidrisk vid de sista besöken före dödsfallet?

Suicidtankar eller en förhöjd suicidrisk kan lätt missas vid ett sjukvårdsbesök. Vid granskningen av journaler noterades att psykiatriska besvär framkom i 38 procent av fallen vid det sista läkarbesöket inom primärvården före dödsfallet, men att dödsönskan, suicidtankar eller planer på att begå suicid diskuterats och

dokumenterats endast i 4 procent av dessa besök. Även vid det sista besöket hos psykiatrin var det en relativt liten andel, 14 procent, där suicidrisken noterades som förhöjd. Att suicidrisken hos en patient inte uppfattas under mötet med sjukvården kan bero på brister från sjukvårdens sida. Men det kan även bero på att patienten har svårt att förmedla sin dödsönskan eller suicidtankar. En primärvårdsstudie från Skottland (20) visar att patienter sällan berättar spontant om sina suicidtankar för läkare som inte specifikt frågar om det. På samma sätt visar en fransk studie som undersökt patienter vid primärvården som förskrivits ångstdämpande läkemedel eller läkemedel mot depression att primärvårdsläkaren i 48 procent av fallen hade missat att patienten hade suicidtankar. Suicidtankarna fångades in i större omfattning om besökstiden var längre, om patienten uppfattades som mer allvarligt deprimerad eller om läkaren hade fått en vidareutbildning om depression (21).

I en tidigare studie från Finland (22) undersöktes 571 patienter som tagit sitt liv 1987–88 och som haft en sjukvårdskontakt under de sista 4 veckorna före dödsfallet. Psykologiska autopsier av dödsfallen genomfördes med strukturerade intervjuer med vårdpersonal och anhöriga, utifrån utdrag ur journaler och socialtjänstregister samt polisundersökningar. Resultaten visar att endast i 22 procent av fallen hade suicidtankar diskuterats under det sista vårdbesöket. Författarna tolkar det som att patienten kan ha velat hålla tyst om sina självmordstankar eller inte ha förmått sig att prata om dem, eller att läkaren eller annan sjukvårdspersonal helt enkelt inte har uppfattat det allvarliga i patientens tillstånd och därigenom missat att fråga om suicidtankar. En ytterligare anledning enligt författarna kan vara att patienten vid besöket inte har haft suicidtankar. Det mest sannolika är att om suicidtankar eller planer kommer fram vid ett besök medför detta åtgärder från vårdens sida som förhoppningsvis kan förhindra suicidet. Således kan en stor andel av de patienter som fullbordar ett suicid vara de som inte berättar om det för vårdpersonalen.

Förekomsten av psykiatrisk diagnostik och suicidalt beteende vid senaste vårdkontakten före suicidet

Den totala andelen med en psykiatrisk diagnos från primärvård eller psykiatri det senaste året var relativt hög, 65 procent. Detta är något högre än resultaten från en kanadensisk studie, baserad på unga individer som dött i suicid, som visade att 36 procent hade en psykiatrisk diagnos (4). En amerikansk studie noterade en psykiatrisk diagnos i 45 procent av fallen och en dansk registerstudie i 42 procent av fallen (3, 26). Båda dessa studier hade en studiepopulation som bestod av blandade åldrar bland de som suiciderat. Däremot visade en studie från Australien av individer över 35 år som suiciderat (27) som använde psykologiska autopsier som undersökningsmetod, att 75 procent av de som avlidit till följd av suicid hade en pågående psykisk sjukdom vid dödsfallet. En annan studie som använt psykologiska autopsier för att undersöka personer som suiciderat visade att 90 procent av alla avlidna hade haft en diagnostiserad psykisk sjukdom vid dödsfallet (28).

Förekomsten av psykiatriska diagnoser vid de sista vårdkontaktarna varierar i tidigare studier. Det kan tänkas bero på skillnader i metodologiska aspekter, till exempel användningen av olika datainsamlingsmetoder (registerbaserad, journalgranskning, psykologiska autopsier), variationen i undersökningsgruppens karaktäristiska (t.ex. ålder) och tidsintervallet för sista vårdkontakt.

Patienter som vårdats inom slutenvården

Av hela undersökningsgruppen hade 34 procent vårdats inom psykiatrisk slutenvård de sista 24 månaderna. Mer än hälften av dessa hade efter avslutad slutenvård besökt den psykiatriska öppenvården. Dessa resultat ligger i linje med några tidigare studier. Exempelvis visar en svensk registerstudie från 2010 att 1991–2003 hade 25 procent av de som suiciderat vårdats inom psykiatrisk slutenvård året innan de tog sitt liv. Författarna påpekade att under samma period hade det totala antalet psykiatriska sjukhusinläggningar minskat (6). Detta kan tolkas som att bland de som tar sitt liv är det en relativt hög andel som har eller har haft en svår psykiatrisk problematik som krävt sluten psykiatrisk vård. En dansk registerbaserad studie (26) av patienter som suiciderat på ön Fyn 1991–1995 fann att 42 procent hade varit inlagda på en psykiatrisk avdelning vid någon tidpunkt i livet. Månaden före dödsfallet hade 66 procent besökt distriktsläkare, 13 procent hade skrivits ut från ett psykiatriskt sjukhus och 7 procent från ett somatiskt sjukhus. Den tidigare citerade amerikanska studien visade att vuxna med komplexa psykiatriska sjukdomar har en hög kortsiktig risk för självmord, speciellt om de inte är knutna till någon öppenvård efter utskrivningen (5).

Vad medförde lex Maria-anmälningarna?

I den här studien granskades anmälningar enligt lex Maria till IVO efter suicid för 45 personer ur undersökningsgruppen. Av dessa var 71 procent män och 29 procent kvinnor. Det skiljer sig från en rapport om lex Maria-anmälningar efter suicid till Socialstyrelsen 2006, där könsfördelningen var jämn bland anmälda suicid för denna åldersgrupp (22). Detta kan bero på att män i högre grad idag söker vård vid psykisk ohälsa än för 10 år sedan.

Resultaten från granskningen av lex Maria-utredningar visar att vårdgivaren identifierade brister i vården i 78 procent av fallen. I 16 procent fallen genomförde IVO en tillsyn av vården. Socialstyrelsens granskning av lex Maria-anmälningar av suicid 2006 visade att det i drygt hälften av fallen hade påtalats brister i vården av patienter som tagit sitt liv. 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. Den nuvarande tillsynsmyndigheten IVO har idag i uppdrag att bedöma om vårdgivaren utrett en 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 också tänkas att anmälningsskyldigheten lett till en större uppmärksamhet och kunskap kring brister i vården vid suicid jämfört med för 10 år sedan.

Begränsningar

Denna rapport baseras på deskriptiva analyser av ett urval av vårdkontakter i huvudsak relaterat till den psykiatriska vården och till viss del även primärvården samt anmälningar av självmord enligt lex Maria.

Analyser av data om kontakter med primärvård och somatisk vård är begränsade. Inte heller har alla kontakter med privata vårdgivare som personerna kan ha haft inkluderats. Endast i de fall där det har noterats i den övriga journalen har granskningsteamet kunnat spåra privata vårdgivares journaler. Detta leder till ett sannolikt bortfall av vårdkontakter och därmed en underskattning av den vård som personerna fått före dödsfallet.

Att genomföra en retrospektiv journalgranskning av personer som suiciderat innebär flera utmaningar. För det första har enbart journalfört material varit tillgängligt för granskning. Därför har studien inte kunnat fånga den information om vård eller bedömningar som gjorts men inte dokumenterats. Inte heller framgår det om en person har sökt vård men inte fått kontakt. För det andra kan mallarna som användes vid granskningen ge ett visst utrymme för olika tolkningar av frågorna. Forskarna försökte minska denna variation genom gemensamma utbildningar i användandet av mallarna, löpande vägledning och tät kontakt med granskarna. Mallarna har dessutom förbättrats löpande under arbetets gång för att förebygga tolkningsutrymme.

Slutsats

Sammantaget visar resultaten att nästan alla av undersökningsgruppen varit i kontakt med någon form av sjukvård under de sista 24 månaderna och nästan hälften hade haft minst en vårdkontakt under de sista 4 veckorna före dödsfallet. Trots att kontaktytan till vården förekommit i de flesta fall, har det vid den senaste kontakten endast i en mycket begränsad omfattning bedömts föreligga en ökad suicidrisk. Det antyder att förbättrade åtgärder kan behövas för att identifiera personer med suicidrisk och erbjuda dem effektiva åtgärder. Individer med ett eller flera suicidförsök är en känd riskgrupp som kan behöva förbättrade behandlingsalternativ.

Övriga medverkande

I den här rapporten har även medverkat Elin Roos af Hjelmsäter, chefsläkare i Region Jönköping och doktorand vid Jönköping University, doktoranderna vid Lunds universitet Sara Probert-Lindström, socionom i Region Skåne, Nina Palmqvist Öberg, överläkare i Region Skåne och Erik Bergqvist, ST-läkare i Region Halland samt Anna Ehnvall, docent och överläkare i Region Halland och Charlotta Brunner, överläkare i Region Kalmar län.

Från Folkhälsomyndigheten har utredaren Eija Airaksinen deltagit.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret. www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret. 2016.
2. 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;159(6):909-16.
3. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014;29(6):870-7.
4. 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.
5. 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.
6. Reutfors J, Brandt L, Ekblom A, Isacson 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.
7. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. 2005.
8. Socialstyrelsen. Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria. Artikelnr: 2007-109-22. 2007.
9. Roos af Hjelmsäter E, Ros A, Andersson Gäre B, Westrin Å. Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ Open* 2019.
10. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning – Svensk version 2018 – Del 1 (3) [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-4-12>.
11. Svenska psykiatriska föreningen. Svenska psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för utredning och behandling av suicidnära patienter www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/ 2013.
12. Landstinget i Jönköpings län. Vårdprogram om suicidprevention för vuxna. 2007.
13. SKL. Riskanalys och händelseanalys (Vol. 3). 978-91-7585-237-9. 2015.
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. *Clin Psychol Rev*. 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 Threat Behav*. 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. *Int J Psychiatry Med*. 2000;30(2):127-43.
17. Seward AL, Harris KM. Offline Versus Online Suicide-Related Help Seeking: Changing Domains, Changing Paradigms. *J Clin Psychol*. 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. *Nord Psychol*. 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 Psychol Rev*. 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: J R Coll Gen Pract*. 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. *J Affect Disord*. 2007;99(1-3):253-7.

22. Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J 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 Clin Proc*. 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 Psychiatr Scand*. 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. *Br J Psychiatry* 1997;170:447-52.
29. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen 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.

Den här rapporten redovisar resultaten av en retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler och lex Maria-anmälningar av suicid bland unga och unga vuxna som avlidit i suicid under 2015 i fyra olika regioner i Sverige. Syftet är att få ökad kunskap om den vård de unga fått under den närmaste tiden före dödsfallet. Resultaten kan ligga till grund för utformning och uppföljning av vård men även förebyggande insatser riktad till personer med psykisk ohälsa.

Rapporten riktar sig främst till vårdgivare och tjänstemän på regional nivå som arbetar med frågor som rör sjukvårdsnyttjande och suicidprevention.

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.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. **Östersund** Forskarens väg 3. Box 505, 831 26 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se