

Rapport från Psykiatri Affektiva och Psykiatri Psykos

114 Lex Maria fall i Västra Götalandsregionen 2009-2013:
En granskning med avseende på suicidriskbedömning,
närståendekontakt och vårdplan

Innehållsförteckning

Bakgrund	4
RISKFAKTORER FÖR SUICID INOM PSYKIATRISK SLUTENVÅRD	4
INDIVID-INRIKTAD SUICIDPREVENTION	5
LEX MARIA-ANMÄLAN	5
STUDIESYFTE	6
Metod	6
MATERIAL	6
PROCEDUR	7
Resultat	7
SOCIODEMOGRAFISKA OCH KLINISKA KARAKTERISTIKA	7
SUICIDRISKBEDÖMNING	9
NÄRSTÅENDEKONTAKT.....	10
VÅRDPLAN.....	10
MISSBRUK.....	11
ÅNGEST OCH FYSISK SMÄRTA	11
ADHERENSPROBLEMATIK.....	11
LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR.....	11
Diskussion	12
STUDIENS RESULTAT	12
STUDIENS STYRKOR OCH BEGRÄNSNINGAR	14
Implikationer för fortsatt kvalitetsutveckling	15
Referenser	16

Dimitra Bachlava, ST läkare^{1,2}

Dimitra Falari, ST läkare¹

Stefan Wiktorsson, PhD, forskningskoordinator^{3,4}

Margda Wærn, Professor, överläkare^{3,4}

¹Psykiatri affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

²Psykiatriska kliniken, Kungälv's sjukhus

³Psykiatri psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

⁴Sektionen för psykiatri och neurokemi,
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

Bakgrund

Personer med psykisk ohälsa löper större risk att dö genom suicid jämfört med den allmänna befolkningen, och det är inte ovanligt att personer som suiciderar har pågående kontakt med psykiatrik vid tiden för döden. I samband med en litteraturöversikt i ämnet konstaterade författarna att upp till 41 % av alla som dog genom suicid hade haft kontakt med psykiatrisk slutenvård under året före döden; upp till 9 % av dessa kan ha dött i suicid inom en dag efter utskrivning [1]. Det finns forskning som talar för att kontakter med hälso-sjukvård intensifieras sista veckan före döden [2]. Genom analys av nationella registerdata kunde danska forskare konstatera att det finns två tydliga toppar för suicidrisk när det gäller personer som vårdats på sjukhus: 1) första veckan efter inläggning och 2) första veckan efter utskrivning [3].

Riskfaktorer för suicid inom psykiatrisk vård

Tidigare suicidalt beteende är en robust prediktor för suicid bland personer som vårdas inom slutenvårdspsykiatrik [4-7]. Överrisken är särskilt stor när det har skett ett suicidförsök kort tid innan inläggning [8]. Svår ångest, panikattacker, svår anhedoni, oro och agitation visade sig förhöja suicidrisken på kort sikt [9]. Negativa livshändelser senaste tiden och psykiatrisk samsjuklighet var ytterligare faktorer som kom fram i en omfattande genomgång, en så kallad "national inquiry" som inkluderade närmare 5000 fall av suicid bland personer som vårdades vid psykiatriska kliniker i Storbritannien [10]. Utskrivning mot vårdgivarens inrådan var en särskilt stark prediktor i den studien, vilket även noterats i en annan, mindre studie [4]. Kort vårdtid var associerat med ökad risk för suicid bland danska patienter med affektiva tillstånd [3].

En slutenvårdsstudie från Tyskland identifierade erfarenhet av överfall samt personlighetsstörning som riskfaktorer [11]. Det senare framkom även i en dansk registerstudie [8] där författarna också rapporterade att kontakt med privatpsykiolog under det senaste året var förknippande med patientsuicid. Detta kan förklaras delvis av att suicidala personer har rätt till psykiologstöd i Danmark. Stödjande psykoterapi under tiden innan inskrivning var kopplade till ökad risk för patientsuicid i den tyska studien som nämndes ovan [11]. Andra behandlingsrelaterade faktorer som lyfts fram i samma studie inkluderade negativ attityd till psykofarmakologisk behandling samt allvarliga biverkningar. Även faktorer associerade med *lägre* risk för patientsuicid identifierades i den ovan nämnda nationella genomgången från Storbritannien. Denna inkluderade pågående tvångsvård, arbetslöshet samt långvarig sjukskrivning [5].

Könsskillnader noterades i en del studier. Tidigare inläggning ökade suicidrisken relativt sett mer för kvinnor än för män som vårdades inom slutenvård i Danmark [3]. Riskfaktorer för suicid hos psykiatriska patienter skiljer sig en del jämfört med riskfaktorer hos den allmänna befolkningen. Suicidrisken i befolkningen är generellt associerat med låg inkomst, arbetslöshet, otillräckliga studieresultat samt frånvaro av förhållande men enligt danskarnas registerstudier gäller det motsatta bland psykiatriska patienter, där högre utbildning, högre arbetsmarknadsstatus, och äktenskap är associerade med ökad suicidrisk [8, 12].

Individ-inriktad suicidprevention

Suicidpreventiva åtgärder som kan vara lämpliga för den allmänna befolkningen räcker inte för suicidnära personer som söker psykiatrisk vård. Säkerhetstänkande är en viktig aspekt. På avdelningsnivå bör man vara vaksam på olika aspekter i sjukhusmiljön som kan åtgärdas utifrån ett preventionsperspektiv, genom t.ex. att ta bort fixturer som kan underlätta strypning/hängning [13, 14]. Vid permission/behandling i öppenvård får man tänka på tillgång till självmordsmedel i hemmet såsom läkemedel och skjutvapen. I samband med psykiatrisk vård krävs en gedigen utredning som ligger till grund för individualiserade preventionsinsatser. Noggrann utredning, närståendekontakt, och upprättande av en strukturerad vårdplan kan vara sätt att öka möjligheterna för suicidprevention inom psykiatrisk verksamhet.

Lex Maria-anmälan

Enligt nuvarande patientsäkerhetslagstiftning skall alla suicid som sker inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt anmäls enligt "Lex Maria" till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). IVO är en statlig myndighet som lyder under Socialdepartementet, som bildades 1 juni 2013. Innan dess gjordes anmälan till Socialstyrelsen. Varje suicidanmälan föregås av en internutredning, en systematisk händelseanalys, som görs av ett utredningsteam på den aktuella kliniken. Händelseanalysen, som bifogas Lex Maria-anmälan, skall innefatta:

- händelseförloppet i detalj
- omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder
- identifierande orsaker/bakomliggande faktorer till händelsen
- riskbedömning avseende sannolikheten för att liknade händelser skall inträffa igen och tänkbara konsekvenser
- händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten
- förebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen

Studiesyfte

Syftet med den aktuella studien var att öka våra kunskaper om suicidnära patienter och deras sista vårdkontakt genom en systematisk genomgång av händelseanalyserna som omfattas av Lex Maria lagstiftning. Av särskilt intresse var textavsnitt som berörde strukturerade suicidriskbedömningar, suicidriskbedömningsinstrument, närståendekontakt samt vårdplan. Vidare detaljgranskades text med avseende på några medicinska fenomen, utöver depression och suicidalitet, som skulle kunna vara av relevans vid upprättande av den individuella vårdplanen: missbruks-, ångest-, smärt-, och adherensproblematik, samt läkemedelsbiverkningar.

Metod

Material

Studiematerialet omfattade 114 händelseanalyser för fall av suicid som anmälts till SoS/IVO efter kontakt med vuxenpsykiatrisk vård inom Västra Götalandsregionen under 2009-2013. Materialet inhämtades via Patientsäkerhetsenheten i Västra Götalandsregionen. Händelseanalyserna var inte tillgängliga för patienter som innan dödsfallet hade haft kontakt med vården inom Norra Älvsborg-Uddevalla (NU-sjukvården), varför dessa fall inte kunde inkluderas. Suicid som skedde under vårdkontakt med andra vårdgivare (primärvård/somatiska kliniker, 2 fall) inkluderades inte. Vidare exkluderades ett specialfall som rörde en person med vanföreställningar, vars död var direkt relaterad till det psykotiska tankeinnehållet. Suicidal intention saknades; handlingen var från patientens sida en skyddsåtgärd. Tabell 1 visar fördelning av Lex Maria fall klinikerna emellan.

Tabell 1. Kliniktillhörighet för anmälda suicidfall enligt Lex Maria (n=114)

	n	%
Affektiva kliniken I ^a	25	(21.9)
Affektiva kliniken II ^a	13	(11.4)
Psykoskliniken ^a	10	(8.8)
Neuropsykiatriska kliniken ^{a,b}	2	(1.8)
Beroendekliniken ^a	11	(9.6)
Rättspsykiatriska kliniken ^a	2	(1.8)
Kungälv Sjukhus	11	(9.6)
Skaraborgs Sjukhus	21	(18.4)
Södra Älvsborgs Sjukhus	19	(16.7)

a. Sahlgrenska Universitetssjukhuset,

b. Äldrepsykiatri (personer 70 år och äldre)

Procedur

Två ST läkare (DB och DF) gjorde en systematisk granskning av händelseanalyserna med särskild fokus på texter som berörde

- sociodemografiska och kliniska karakteristika
- strukturerad suicidriskbedömning
- suicidskattningsskalor
- närståendekontakt
- strukturerad vårdplan
- några medicinska problem som skulle kunna vara aktuellt att adressera i en vårdplan
 - missbruk/beroende
 - ångestproblematik
 - fysiskt smärta
 - läkemedelsbiverkningar
 - adherensproblematik

Resultat

Sociodemografiska och kliniska karakteristika

Kön och ålder

Händelseanalyser berörde suicid hos 71 män (62 %) och 43 kvinnor (38 %). Åldersspannet var 20-92 år, med samma medelålder för både könen (43 år). Åldersfördelningen redovisas i Tabell 2. De flesta anmälningarna rörde unga vuxna och personer i yngre medelåldern.

Tabell 2. Åldersfördelning, anmälda suicidfall enligt Lex Maria

	n=110^a	(%)
18-35 år	44	(38.6)
36-50 år	33	(28.9)
51-65 år	19	(16.7)
Över 65 år	14	(12.3)

a. Information saknades i händelseanalysen för 4 personer

Vårdform och tillsynsgrad

Över två tredjedelar av de anmälda fallen (79/114) hade kontakt med psykiatrisk öppenvård vid tiden för döden. Två av dessa var fortfarande under utredning. Sju personer var utskrivna från slutenvård och väntade på kontakt med primärvård alternativt öppenvård. Ytterligare 6 personer hade besökt någon psykiatrisk akutmottagning några dagar innan självmordet. En femtedel (22 personer) hade slutenvårdskontakt vid tiden för döden. De flesta erhöll vård enligt HSL; nio vårdades enligt LPT. Det fanns inga personer med öppen tvångsvård bland Lex Maria fallen. Hälften av alla som dog i samband med slutenvårdsbehandling hade normaltillsyn under hela sin sista vårdtid. Sju personer hade extravak under en del av vårdtiden. För en av dessa hade man släppt extravaket stundtals och dödsfallet inträffade när patienten var utan övervakning. För två personer hade man sänkt tillsynsgraden till extratillsyn vid tiden för döden. För ytterligare 4 personer hade extratillsyn varit aktuellt tidigare under vårdtiden, men var utsatt vid tiden för självmordet.

Diagnoser

Primärdiagnoserna enligt händelseanalyserna framgår av Tabell 3. Över hälften hade någon form av affektiv sjukdom; en tiondel någon psykossjukdom. Elva personer tillhörde beroendekliniken (Tabell 1) men endast 7 hade en substansrelaterad störning som huvuddiagnos.

Tabell 3. Primärdiagnoser, anmälda suicidfall enligt Lex Maria

	n=110^a	(%)
Affektiva sjukdomar	64	(56.1)
Psykossjukdomar	12	(10.5)
Ångestsyndrom	6	(5.3)
Anpassningsstörningar	6	(5.3)
Neuropsykiatriska störningar	6	(5.3)
Personlighetsstörningar	7	(6.1)
Substansrelaterade störningar	7	(6.1)
Cerebral skada eller dysfunktion	2	(1.8)

a. Information saknades i händelseanalysen för 4 personer

Tidigare suicidalt beteende och suicidmetod

Det fanns en notering om en eller flera tidigare suicidförsök i händelseanalyserna för 65 personer. Tidigare suicidalt beteende adresserades inte i 43 % av händelseanalyserna. Information om suicidmetoden saknades i nästan en tredjedel, vilket kan hänga ihop med händelseanalysrutiner som rådde vid en del av klinikerna gällande skyddande av patientanonymitet. Tillgänglig data rörande suicidmetod redovisas i tabell 4. Våldsamma metoder användes av merparten.

Tabell 4. Suicidmetoder, anmälda suicidfall enligt Lex Maria (n=114)

	n	(%)
Våldsam metod^a	63	(55.3)
Hängning	43	(37.8)
Skjutning	5	(4.3)
Hopp från hög höjd	5	(4.3)
Bil/tåg	4	(3.5)
Strypning	3	(2.6)
Dränkning	2	(1.7)
Djup skärning	1	(0.8)
Icke våldsam metod^b	17	(14.9)
Tablettintoxikation endast	12	(10.5)
Tablettintoxikation och alkohol	3	(2.6)
Tablettintoxikation och avgaser	1	(0.8)
Intoxikation med djurpreparat	1	(0.8)
Data ang. suicidmetod saknas^c	34	(29.8)
a. 46 män och 17 kvinnor		
b. 10 män och 7 kvinnor		
c. 15 män och 19 kvinnor		

Suicidriskbedömning

Strukturerad bedömning av suicidrisk

Med strukturerad bedömning av suicidrisk menas en global klinisk bedömning baserat på kända risk- och skyddsfaktorer, suicidal kommunikation, symptombild, osv [15]. För 7 fall (6 %) fanns en notering att en strukturerad suicidriskbedömning hade gjorts vid sista

vårdkontakten. För hälften av händelseanalyserna (n=60, 53 %) nämndes inget om strukturerade riskbedömningar. Hos resterande (n=47, 41 %) kommenterade händelseanalysteamet behovet av dokumentation av suicidriskbedömning baserade på risk- och skyddsfaktorer. Teamet poängterade att både akut och latent risk skulle uppmärksammas.

Suicidriskbedömningsinstrument

Med suicidriskbedömningsinstrument menas skattningsskalor eller dylikt som utvecklats för att på ett systematiskt sätt karakterisera fenomen som kan förekomma hos personer som kan finnas i riskzonen för suicid. I händelseanalyserna noterades användning av suicidriskbedömningsinstrument vid sista vårdkontakten i 6 fall. I ett av dessa fall nämndes SAD PERSONS Scale. För de fem övriga framkom inte vilket instrument som använts. Hos över en tredjedel av fallen (n=41, 36 %) noterade utredningsteamet att inget riskbedömningsinstrument hade använts vid sista kontakten, och hos totalt 41 % (n=47) gjorde teamet en kommentar att man i framtiden borde överväga användning av skattningsskalor. Genomgång av journaler för personer som vårdades inom Affektiva II, Sahlgrenska (n=13) gjordes dels för att fånga upp om instrument hade använts vid sista vårdkontakten utan att detta hade påtalats i händelseanalysen, och dels för att identifiera vilka specifika skalor som hade använts. Vid journalgenomgången noterades att suicidriskbedömningsinstrument hade använts i två fall. Både hade identifierats via händelseanalyserna. SAD PERSONS Scale hade använts vid det ena fallet och Suicide Intent Scale (SIS) vid det andra.

Närståendekontakt

I merparten av fallen (n=86) saknades information, i händelseanalyserna, om eventuell närståendekontakt vid sista vårdtillfället. För 28 (25 %) framgick det att närstående varit delaktiga i patientens behandling/uppföljning under det sista vårdtillfället. I drygt en femtedel (25 fall) kommenterade analysteamet närståendekontakt. Hos åtta av dessa fall hade de närstående varit delaktiga i vården, men analysteamet hade upptäckt brister i kommunikationen. För 17 personer kommenterade analysteamet att närstående bör involveras i planering av vård och behandling, att närstående får ses som en resurs och samarbetspartner. I drygt två tredjedelar av händelseanalyserna (76 av 114) framgick det att närstående hade kommit in med egna redogörelser av den inträffade händelsen. Närstående för de återstående fallen avböjde att ge synpunkter eller var oanträffbara.

Vårdplan

Internutredningarna som berörde personer med etablerad vårdkontakt (n=106) granskades med avseende på information angående strukturerad vårdplan. Ingen relevant information förelåg i händelseanalyserna rörande 99 fall. En strukturerad vårdplan som utvärderades under sista vårdtillfället noterades för sju patienter (7 %). Tre av dessa hade pågående kontakt med heldygnsvård och fyra hade haft kontakt med en öppenvårdsmottagning. Det

saknades en notering om strukturerad vårdplan i 99 fall av 106. Analysteamet kommenterade avsaknad av strukturerad vårdplan i 18 fall, vilket motsvarar 17 % av fallen med pågående slutenvård eller öppenvårdsbehandling.

Missbruk/beroende

För personer med annan primär diagnos (n=103) noterades samtidigt missbruksproblematik hos 28 % (n=29). Detta innebär att missbruk/beroende nämndes som primär eller sekundär diagnos bland totalt en tredjedel av alla händelseanalyser där diagnostisk information ingick (36 av 110).

Ångest och fysisk smärta

Även om ångestdiagnoser var mindre vanliga (tabell 3), noterades ångestsymtom i 62 % (n=71) av händelseanalyserna. För 13 fall (11 %) fanns en notering om kroppslig smärta under senaste vårdkontakten. Specifika smärttillstånd inkluderade migrän/ huvudvärk, kronisk lumbago, ryggskott, whiplashskada/reumatiska besvär och fibromyalgi. Det förekom även smärtsymtom efter hjärnskada/tidigare suicidförsök/ olycka/fotoperation, samt även smärtproblematik utan närmare specifikation.

Adherensproblematik

Någon form av adherensproblematik noterades för 48 personer (42 %) i händelseanalyserna. Olika typer av problem noterades 1) att man slutade med medicineringen på eget initiativ, 2) att man tog läkemedlet men inte i enlighet med ordinationen, 3) att man valde att avstå från rekommenderad vård såsom undersökningar/utredningar/medicinjusteringar/kontakt med psykolog, kurator, eller arbetsterapeut/akuta besök/öppenvård/ inneliggande vård, 4) att man skrev ut sig från slutenvård på egen begäran, 5) att man inte följde överenskommelser angående permissionerna/avviket under inneliggande vård, samt 6) att man uteblivit från bokade besök.

Läkemedelsbiverkningar

Läkemedelsbiverkningar (hårfall, urinretention, synförsämring, trötthet, rastlöshet, sedation/apati, ångestförstärkning samt svängningar i humöret) noterades för 15 personer (13 %) i händelseanalyserna; för 14 av dessa var det frågan om psykofarmakabiverkningar, och för en gällde det medicinering för en somatisk åkomma. I ytterligare två fall togs problemet med läkemedelsbiverkningar upp i händelseanalysen utan att precisera vilka biverkningar det var frågan om. För två av Lex Maria fallen menade utredningsteamet att biverkningsproblematiken bidrog till den dödliga utgången. Aktuella preparatet nämndes dock inte i händelseanalyserna.

Diskussion

Studiens resultat

Vi genomförde en systematisk undersökning av händelseanalyser över suicidfall i Västra Götalandsregionen anmälda enligt Lex Maria. Resultat kring riskbedömning, anhörig kontakt, vårdplan, mm kan bidra med nya insikter när det gäller utvecklingsmöjligheter inom de psykiatriska verksamheterna inom regionen. Det är viktigt att här poängtera att händelseanalyserna fokuserar på fenomen som utredningsteamet finner av specifikt intresse för händelseförloppet. Att man inte kommenterat vissa saker betyder *inte* att dessa inte förelegat vid sista vårdkontakten. Att man låtit bli att beskriva dessa saker kan helt enkelt bero på att teamet inte funnit detta av central betydelse för den dödliga utgången. I detta sammanhang kan det vara intressant att nämna att tidigare suicidalitet inte adresserats i händelseanalyserna för 43 % av fallen. En central fråga torde vara om behandlingsteamet hade kunskaper om individens tidigare suicidala beteende. Detta då tidigare handlingar utgör den starkaste riskfaktorn för suicid som vi känner till idag.

Över två tredjedelar av dödsfallen ägde rum i samband med behandling i öppenvårdsmiljöer. Detta pekar på ett särskilt behov av utveckling av patientsäkerheten inom denna vårdform. Med vår studiedesign är det inte möjligt att ta reda på huruvida patients aktuella suicidalitet var känd inom det multidisciplinära psykiatriska teamet. Mindre än en tiondel av alla patientsuicid skedde inom ramen för tvångsvård. En liknande observation har gjorts i samband med en stor genomgång av suicid bland personer som haft psykiatrisk vård i Storbritannien [5]. En högre grad av vigilans i tvångsvårdsituationer kan vara en del av förklaringen.

Eftersom den interna utredningen i samband med Lex Maria inte görs på ett systematiserat sätt, har vi inte kunnat ta reda på huruvida en strukturerad riskbedömning gjordes vid sista vårdtillfället. Vi kan dock konstatera att händelseanalysteamet sällan kommenterade huruvida riskbedömningarna hade gjorts. Däremot innehöll 40 % av händelseanalyserna en kommentar att strukturerade bedömningar borde göras. När det gäller suicidinstrument menade analysteamet i nästan en tredjedel av fallen att instrument skulle användas som ett komplement till den globala bedömningen. Inga specifika instrument nämns i händelseanalyserna, men en notering om användning av något instrument vid sista vårdkontakten framkom hos 5 %. Man kan konstatera att det finns ett gap här mellan klinisk praxis och rekommendationer. Detta väcker en del frågor, som dock inte kan besvaras med det aktuella studieuppläget. Det är troligt att många behandlare kan ha föredragit att basera sin bedömning på personens narrativ och symtombild, och att skattningsinstrument kräver extra tid och saknar prediktiv träffsäkerhet. Med tanke på att de flesta suicid ägde rum under pågående öppenvård, i en miljö där läkarbemanningen är mera glest än vid slutenvård, kan man tänka sig att patienten träffade en sjuksköterska, psykolog eller annan personal vid den sista vårdkontakten. Detta kan ha påverkat förekomsten av både strukturerade riskbedömning och användande av specifika instrument (SAD PERSONS scale, SIS, SUAS osv) vid sista vårdtillfället. En journalgenomgång skulle bidra till ökad klarhet, liksom djupintervjuer med fokus på behandlarnas kunskap och attityder kring suicidriskbedömning. Snart kommer SBU:s systematiska genomgång av den internationella

litteraturen kring suicidinstrument att publiceras; detta kommer att bidra till vår kunskap kring instrumentens användbarhet inom psykiatrisk vård.

Analysteamet noterade att närstående varit delaktiga i vården i en fjärdedel av fallen, men man menade att kontakten varit bristfällig i en tredjedel av dessa fall. I 15 % av händelseanalyserna fanns en kommentar att närstående borde involverats i planeringen av vård och behandling. Det är svårt att avgöra om resultatet beror på att a) anhörigkontakt verkligen saknades under vårdtiden, b) vårdkontakt var etablerad men dokumenterades inte eller c) vårdkontakt fanns men analysteamet bedömde att denna inte hade betydelse för händelseförloppet. En fördjupad studie, med granskning av journaler skulle kunna vara klargörande. Inför framtida händelseanalyser bör det därför understrykas att denna faktor alltid ska belysas och noggrant beskrivas för att erhålla fullständigare information. Eventuella brister i handläggning skall åtgärdas som en del i den fortlöpande utvecklingen av verksamheten. Närståendekontakt är lika viktig vid polikliniska kontakter som vid slutenvårdsbehandling. Närstående kan lämna betydelsefull information som kan vara till hjälp vad gäller suicidriskbedömning [16] och behandling [17]. Innan patienten går på permission eller skrivs ut bör personalen ta kontakt med de närstående, om patienten ger sitt samtycke till detta. Det är en fördel om formerna för detta ha gjorts upp i individens personliga vårdplan, där även närstående varit aktiva. I knappt tre fjärdedelar av fallen hade närstående inkommit till analysteamet med synpunkter angående händelsen. En del önskade att de hade varit mer involverade i patientens behandlingsplanering och i uppföljningsarbetet, något som även rapporterats i tidigare forskning [18]. Det har framkommit från intervjuer med anhöriga till patienter som tagit sitt liv att de inte har känt sig välkomna i den psykiatriska vården [19]. Närstående till personer som dött genom suicid har mer skuld känslor jämfört med anhöriga till personer som dör p.g.a. kroppslig åkomma [20]. De närstående har svårt att förklara varför dödsfallet har hänt och behöver stöd från vården att bearbeta händelsen samt deras sorg. Ibland behöver de hjälp med depression och egna suicidtankar [20].

Det fanns ingen dokumentation i händelseanalyserna angående strukturerad vårdplan för 93 % av fallen. Det är svårt att avgöra om resultatet beror på att vårdplan verkligen saknades, alternativt fanns, men kommenterades inte av händelseanalysteamet. Godkänd tillgång till alla de avlidnas patientjournaler skulle krävas för fördjupning i denna fråga. Analysteamet kommenterade avsaknad av en strukturerad vårdplan för något mindre än en femtedel. Den relativt låga andelen är något anmärkningsvärt med tanke på att vikten av en strukturerad vårdplan poängteras i riktlinjerna som tagits fram av Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF). Här poängteras att vårdplanen skall formuleras med patienten, och deras närstående, patientens kontaktperson och ansvarig läkare. Upprättande av vårdplan är viktigt även från ett patientsäkerhetsperspektiv, då vårdplanen bör innehålla en krisplan, som inkluderar en genomtänkt strategi för riskhantering och skyddsinsatser som är överenskommet i dialog mellan patienten, närstående och vårdgivare. För personer med öppenvårdskontakt kan en krisplan öka patientsäkerheten vid eventuell försämring mellan återbesökstillfällena. I likhet med hur uppgifter om närståendekontakt utreds i händelseanalyserna bör även uppgifter om vårdplan analyseras och beskrivas mer noggrant än vad som sker idag. Detta skulle kunna förtydligas i

instruktioner för hur patientsäkerhetsaspekter ska utredas i efterförloppet av suicid som skett inom vården.

Missbruksproblematik noterades hos en tredjedel av alla händelseanalyser. Det är viktigt att missbruk fångas upp och adresseras i patientens behandlingsplan, inte minst med tanke på att suicidrisk minskar långsammare hos patienter med missbruk jämfört med patienter med depression eller schizofreni [3]. Enligt händelseanalyserna hade över 60 % av patienterna antingen diagnostiserat ångestsyndrom eller ångestsymptom under senaste vårdtillfället. Enligt en amerikansk studie noterades ångest hos nästan 80 % av de som dog genom suicid på en psykiatrisk klinik [21] och hög ångestnivå har noterats kort tid innan suicid i flera studier [22-24]. Sammantaget kan dessa fynd tala för behovet av ökad uppmärksamhet kring ångestproblematik i samband med vård av suicidnära personer.

Ungefär en tiondel av suicidfallen hade fysisk smärta vid tiden för den senaste vårdkontakten. En översiktsartikel visar att suicidhandlingar är vanliga hos patienter med kroniska smärttillstånd samt värk [25]. Drygt en tiondel av suicidfallen i vår studie hade enligt händelseanalyserna biverkningar av psykofarmaka. Specifika biverkningar som har nämnts i litteraturen i suicidsammanhang inkluderar extrapyramidala biverkningar och akatisi [26].

Enligt händelseanalyserna hade nästan hälften av patienterna bristande följsamhet gällande behandling och uppföljning, vilket antyder att adherens kan vara ett viktigt område för individinriktade suicidprevention inom psykiatrisk verksamhet. Det måste dock understrykas att information kring adherens och dess eventuella betydelse för utfallet inte har samlats in på ett strukturerat sätt. En jämförelsegrupp av patienter med motsvarande ålder, kön, psykiatrisk diagnos och svårighetsgrad saknas. Samma sak gäller för biverkningsproblematik.

Studiens styrkor och begränsningar

Studiens styrka är att det i händelseanalyserna finns detaljerad information kring ett stort antal suicid som har inträffat inom vården. En viktig begränsning är dock att data inte är inhämtat på ett strukturerat sätt. Till och med basal information (kön, ålder, diagnos, suicidmetod) saknades i händelseanalyser för en del fall, vilket kan förklaras av rutiner för att skydda patienternas anonymitet i samband med händelseanalysarbetet. Ytterligare en begränsning är att den aktuella rapporten baserats endast på händelseanalysmaterialet. Tillgång till aktuella patientjournaler vid samtliga verksamheter i regionen skulle kunna täppa igen en del av luckorna.

Implikationer för fortsatt kvalitetsutveckling

Den aktuella studien väcker en del frågor kring omhändertagande av suicidnära patienter, samt kring utformning av händelseanalyser när suicid är ett faktum. Om händelseanalysarbetet i framtiden kunde göras på ett mer strukturerat sätt, skulle det kunna bli möjligt att använda dessa data för ett systematiskt kvalitetsarbete inom regionen. Parallellt med detta kunde djupintervjuer med både närstående och vårdpersonal bidra med kunskaper om riskbedömning, säkerhetsarbete, närståendekontakter och vårdplansutveckling, allt i syfte på att utveckla en mer person-centrerad vård för suicidnära personer.

Tack

Ett stort tack riktas till regionläkare Thomas Brezicka för data från Patientsäkerhetsenheten i Västra Götalandsregionen samt till Sara Widin Dahlström för hjälp med studiematerial från Affektiva II, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Referenser

1. Pirkis J, Burgess P: **Suicide and recency of health care contacts. A systematic review.** *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 1998, **173**:462-474.
2. Yim PH, Yip PS, Li RH, Dunn EL, Yeung WS, Miao YK: **Suicide after discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study in Hong Kong.** *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2004, **38**(1-2):65-72.
3. Qin P, Nordentoft M: **Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization - Evidence based on longitudinal registers.** *Arch Gen Psychiat* 2005, **62**(4):427-432.
4. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Campbell MJ: **The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 2. Case-control study of 59 in-patient suicides.** *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2001, **178**:537-542.
5. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Turnbull P, Shaw J, Appleby L: **Suicide in current psychiatric in-patients: a case-control study - The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide.** *Psychol Med* 2007, **37**(6):831-837.
6. Bowers L, Banda T, Nijman H: **Suicide Inside A Systematic Review of Inpatient Suicides.** *J Nerv Ment Dis* 2010, **198**(5):315-328.
7. Large M, Ryan C, Nielssen O: **The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide.** *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 2011, **19**(6):507-512.
8. Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M: **Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study.** *The Journal of clinical psychiatry* 2012, **73**(2):144-151.
9. Cassells C, Paterson B, Dowding D, Morrison R: **Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature.** *Crisis* 2005, **26**(2):53-63.
10. Hunt IM, Kapur N, Robinson J, Shaw J, Flynn S, Bailey H, Meehan J, Bickley H, Parsons R, Burns J *et al*: **Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups. National clinical survey.** *Brit J Psychiat* 2006, **188**:135-142.
11. Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, Spiessl H: **Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data?** *Gen Hosp Psychiat* 2008, **30**(4):324-330.
12. Agerbo E: **High income, employment, postgraduate education, and marriage - A suicidal cocktail among psychiatric patients.** *Arch Gen Psychiat* 2007, **64**(12):1377-1384.
13. Meehan J, Kapur N, Hunt IM, Turnbull P, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Flynn S, Burns J, Amos T *et al*: **Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey.** *Brit J Psychiat* 2006, **188**:129-134.
14. Lieberman DZ, Resnik HL, Holder-Perkins V: **Environmental risk factors in hospital suicide.** *Suicide & life-threatening behavior* 2004, **34**(4):448-453.

15. Spf: **Kliniska riktlinjer för utredning och vård.** 2013.
16. Waern M: **Suicidal kommunikation eller självmordsmeddelanden kan vara svårvärderade.** 1999.
17. Johnsson Fridell EW, L Miklos-ljungberg, J et al: **Samarbete vuxenpsykiatri och barnpsykiatri efter ett självmordsförsök.** *Socialmedicinsk tidskrift* 1994, **71**:137-140.
18. Magne-Ingvar U, Ojehagen A: **Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation.** *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1999, **34**(2):73-79.
19. Åkerberg HS, M Åsberg, M: **Suicide in psychiatric care as seen by the survivors.** *Nordic journal of Psychiatry* 1994, **48**(5):359-367.
20. Träskman-Bendz LÖ, A et al: **Stödenheten för närstående till personer som tagit sitt liv.** *Socialmedicinsk tidskrift* 1999, **76**(2).
21. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG: **Clinical correlates of inpatient suicide.** *The Journal of clinical psychiatry* 2003, **64**(1):14-19.
22. Pendse BP, Engstrom G, Traskman-Bendz L: **Psychopathology of seasonal affective disorder patients in comparison with major depression patients who have attempted suicide.** *The Journal of clinical psychiatry* 2004, **65**(3):322-327; quiz 452-323.
23. Titelman D, Nilsson A, Estari J, Wasserman D: **Depression, anxiety, and psychological defense in attempted suicide: a pilot study using PORT.** *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 2004, **8**(3):239-249.
24. Fawcett J: **The anxiety disorders, anxiety symptoms and suicide.** London: Martin Dunitz LTD; 2001.
25. Tang NK, Crane C: **Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links.** *Psychol Med* 2006, **36**(5):575-586.
26. Dong JYS, Ho TP, Kan CK: **A case-control study of 92 cases of in-patient suicides.** *J Affect Disorders* 2005, **87**(1):91-99.