

Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria

En sammanställning av de beslut
som har fattats t.o.m. mars 2007

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en **Tillsynsåterföring**. Det innebär att den innehåller en sammanställning av iakttagelser och resultat från regional eller riksomfattande verksamhetstillsyn inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, hälso- skyddet och smittskyddet. Till tillsynsåterföring räknas också sammanställningar av Lex Maria- och andra anmälningsärenden. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Förord

Från och med den 1 februari 2006 ska alla självmord i anslutning till hälso- och sjukvården anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Syftet är i första hand att verksamhetsansvariga, genom den internutredning som görs, ska kunna identifiera de eventuella brister som kan ha bidragit till händelsen.

Syftet med denna sammanställning är att i ett nationellt, regionalt och lokalt perspektiv få kunskap om omständigheterna kring de begångna självmorden och återföra den kunskapen främst till de verksamhetsansvariga men även till andra berörda. Genom att till vården återföra den kunskap som en sammanställning som denna genererar, hoppas Socialstyrelsen att erfarenheterna från dessa granskade fall tas till vara och används för att ytterligare stärka patientsäkerheten och därmed höja vårdens kvalitet.

Den här sammanställningen gäller de beslut som har fattats vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter under det första året som föreskriften varit i bruk.

I hälften av de redovisade fallen har inga faktorer i vården kunnat kopplas till det inträffade självmordet. I de fall Socialstyrelsen har riktat kritik har det främst varit mot åtgärdbara brister i systemet. Socialstyrelsen kan redan nu konstatera att man på många håll i vården har kommit långt i arbetet med att ta fram lokala riktlinjer för självmordsförebyggande arbete och att vid inträffade självmord genomföra händelseanalyser.

Socialstyrelsen har som ambition att regelbundet återföra sammanställningar till vårdgivarna av de händelser som har anmälts. På så sätt får vårdgivarna möjlighet att jämföra och granska utifrån sin egen organisation vilka åtgärder de kan behöva vidta för att öka patientsäkerheten, vilket sammantaget ger den så kallade lärande organisationen. Regelbundet återkommande sammanställningar kan också ge incitament till andra samhällsinsatser för att minska förekomsten av självmord.

Rapporten har sammanställts av en arbetsgrupp inom sakområde psykiatri bestående av Helena Silfverhielm, Gun Johansson och Lena Hellewig. I övrigt har från Socialstyrelsen Hans Rudstam och Rickard Ljung bidragit. Referensgruppen har fått tillfälle att lämna synpunkter. Professor Danuta Wasserman och docent Bo Runeson båda vid Karolinska Institutet har bidragit med värdefulla synpunkter.

Johan Carlson
Avdelningschef
Tillsynsavdelningen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
<i>Bakgrund</i>	7
<i>Metod</i>	8
<i>Frågeställningar</i>	10
<i>Resultat</i>	11
<i>Socialstyrelsens krav och förslag på förbättringsåtgärder</i>	20
<i>Fallbeskrivningar och exempel på händelseanalyser</i>	29
<i>Referenser</i>	45

Sammanfattning

Den 1 februari 2006 trädde den föreskrift i kraft som anger anmälningsskyldighet enligt Lex Maria av de självmord som människor har begått i anslutning till hälso- och sjukvården inom en månad efter senaste vårdkontakt. Socialstyrelsen har granskat samtliga beslut som fattats fram till och med den 31 mars 2007 och som gäller självmord som begåtts under 2006.

Syftet har varit att identifiera systembrister som kan ha bidragit till självmordet. Genom att återföra den kunskap som en sådan här sammanställning ger till vården hoppas Socialstyrelsen att erfarenheterna från de här granskade fallen tas till vara och används för att ytterligare kunna stärka patient-säkerheten och därmed höja vårdens kvalitet.

Granskningen har omfattat 153 fall av självmord som begicks under 2006, vilket är mindre än hälften av de självmord som har anmälts. Men på grund av fördröjningar av inrapportering och långa handläggningstider inom Socialstyrelsen har inte fler beslut hunnit fattas i tid för att kunna ingå i sammanställningen.

Slutsatser

Systembrister har identifierats! Det har saknats rutiner¹ för:

- självmordsriskbedömningar
- dokumentation
- samverkan
- informationsöverföring
- kontinuitet
- kompetens
- vårdprogram och vårdplaner
- tillsyn och övervakning.

Systembristerna går att åtgärda genom:

- kunskapsutveckling
- implementering av rutiner.

Systembristerna går att följa upp!

- Internt av vården efter varje inträffat självmord
- Externt av Socialstyrelsen genom besök i verksamheterna och regelbundet återkommande nationella uppföljningar.

¹ Med rutiner avses här ”fastlagd procedur som utförs mer eller mindre automatiskt i viss typ av situation” Källa Nationalencyklopedins nätupplaga, NE.se

Bakgrund

Människor med självmordsproblematik som kommer till sjukvården bör erbjudas en god och säker vård som innebär att vårdgivaren uppmärksammar risk- och stödfaktorer och vidtar åtgärder för att minska risken för självmord.

Vårdgivaren ska enligt föreskriften Lex Maria² anmäla alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter vårdkontakt. Anmälningsskyldigheten innebär att alla självmord som inträffat i anslutning till vården ska följas av en genomgripande dokumenterad intern utredning där vårdgivaren identifierar områden där förbättringsåtgärder kan sättas in. Anmälningarna registreras i en separat databas för att Socialstyrelsen ska kunna analysera dem systematiskt och på aggregerad nationell nivå och återföra slutsatserna till vårdgivarna, så att analysresultatet kan användas i ett fortsatt självmordsförebyggande arbete.

Föreskriften om att samtliga självmord inom hälso- och sjukvården eller i anslutning till den ska anmälas till Socialstyrelsen trädde i kraft den 1 februari 2006.

Det är med hänsyn till patientsäkerheten viktigt att verksamheterna utreder alla självmord och andra negativa händelser inom vården och vidtar åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. En anmälan enligt Lex Maria medför dels att Socialstyrelsen får kännedom om händelsen och vid behov kan begära en fördjupad internutredning och kräva åtgärder, dels att händelsen registreras i en separat databas.

Varje utrett självmord där man konstaterar brister som går att åtgärda, kan bidra till att förebygga ytterligare självmord.

² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria

Metod

Antalet inkomna anmälningar under 2006 redovisas. Studiepopulationen blir dock samtliga självmord som skett under 2006 i anslutning till vården och anmälts enligt Lex Maria och där beslut fattats senast den 31 mars 2007.

Enligt vetenskapliga studier har 70–90 procent av dem som tar livet av sig haft kontakt med hälso- och sjukvården inom sex månader före händelsen. Med tanke på att det kan förekomma en viss fördröjning (ibland upp till sex månader) mellan självmordet och anmälan enligt Lex Maria kan antalet bli något lägre än väntat.

Ca 1 100 personer begår årligen självmord i Sverige. Räknat med de osäkra självmorden blir siffran 1 500. En minimisiffra för antalet anmälningar enligt Lex Maria kan uppskattas till ca 400 personer per år, dvs. ungefär en tredjedel av det totala antalet personer som årligen begår självmord.

Enligt uppgifter från Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen har 1 154 personer begått självmord under 2004. 60 procent av dem hade haft kontakt med vården senaste året. 40 procent den senaste månaden

1154

709

493

= 60 procent kontakt senaste året

= 40 procent kontakt senaste månaden

(Primärvården är inte inräknad).

Figur 1. Andel personer som begått självmord och dessförinnan haft kontakt med vården.

Den här första årsredovisningen omfattar endast en del av det totala antalet anmälningar, eftersom Socialstyrelsen inte hunnit fatta beslut om mer än 153 fall fram till och med den 31 mars 2007.

Undersökningen omfattar följande moment

1. Anmälningar 2006

Antalet anmälda ärenden under 2006 uppdelat på Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter(RT)

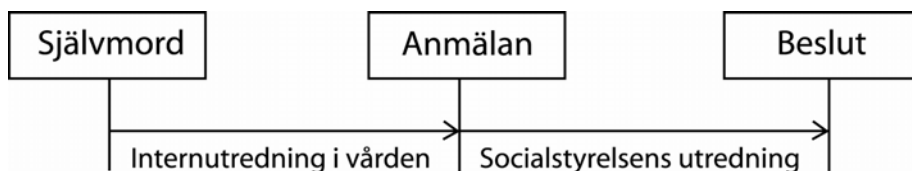
RT Umeå:	21
RT Örebro:	93
RT Stockholm:	87
RT Jönköping:	40
RT Göteborg:	62
RT Malmö:	64
Totalt	367

Av dessa har det till och med den 31 mars 2007 fattats beslut i 153 ärenden som gäller personer som begått självmord under 2006. Undersökningen avser endast de 153 ärendena.

Det är oklart hur många av de 367 som anmälts under 2006 som gäller självmord som begåtts under 2006. Det nya ärendehanteringssystemet DHS började inte användas förrän den 1 april 2006. Innan dess gick det inte att få fram någon uppgift ur diariet om datum för händelsen.

2. De 153 besluten har granskats i syfte att identifiera systembrister och se i vilken utsträckning de kan anses ha bidragit till händelsen.

I samband med att Socialstyrelsen fattar beslut i ett ärende skickar respektive handläggare uppgifter om omständigheterna kring självmordet till databasen vid regionala tillsynsenheten i Örebro. Från den databasen har information hämtats om varje variabel från de beslutade ärenden som rapporterats och registrerats från de olika RT-enheterna och som gäller självmord som begicks under 2006.



Figur 2. Lex Maria- utredningens gång. Tidsaxel från händelse till beslut

Det är svårt att ur ett relativt litet material som det här dra några slutsatser. Flera av variablerna har inte kunnat belysas på ett tillfredsställande sätt och har därför inte tagits med i redovisningen.

Frågeställningar

De inrapporterade variablerna kan grupperas i nedanstående frågeställningar:

- *Ålder och kön* – finns det skillnader mellan de olika grupperna när det gäller vissa av variablerna?
- Finns det några *regionala skillnader*?
- I vilken omfattning görs *självordsriskbedömningar*?
- I vilken omfattning används *vårdprogram och vårdplaner*?
- I vilken omfattning kan *systembrister* ha bidragit till händelsen?
- Vilka *åtgärdbara brister* i rutiner har kunnat identifieras och vilka förslag till åtgärder har lämnats?

När de här frågorna besvarats kan man ställa nya frågor, exempelvis följande:

- Vad vill vården veta? Vad kan man lära sig? Vad kan göras bättre för att ytterligare minska antalet självmord i anslutning till vården?
- Vad vill politikerna veta? Går det att påverka självmordstalen, och i så fall med vilka medel och till vilken kostnad?
- Vad vill journalister och allmänhet veta? Vad har gått snett och vad görs för att åtgärda det som brustit?
- Vad vill Socialstyrelsen veta? Hur kan vi förbättra vår tillsyn? Hur kan vi återföra till vården den kunskap som regelbundna sammanställningar av inträffade händelser ger?

Resultat

Från och med den 1 februari 2006, då alla självmord under eller i anslutning till vården ska anmälas, har antalet anmälningar ökat kraftigt. Från 47 anmälningar år 2005 till över 300 år 2006. Anmälningar från enskilda, t.ex. anhöriga, var år 2006 9 stycken.

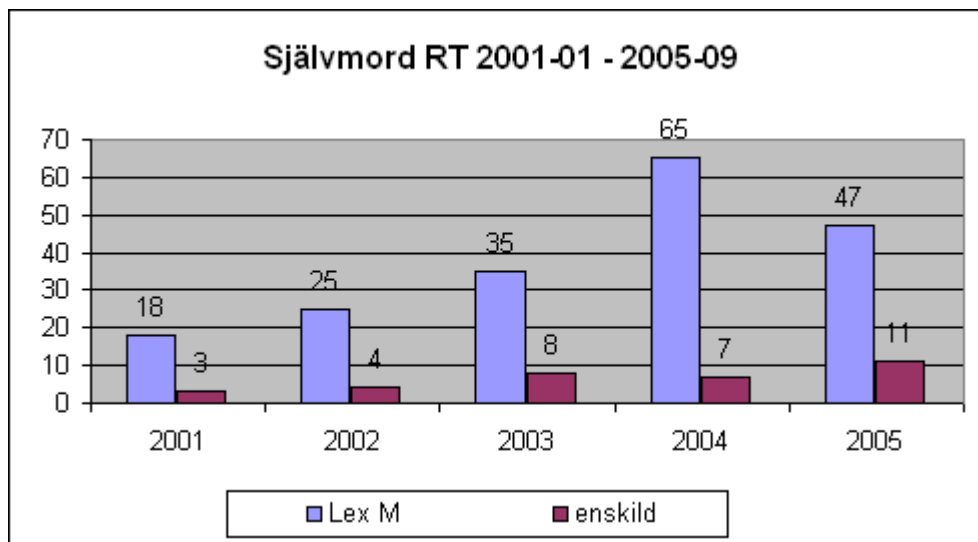


Diagram 1. Till RT-enheterna anmälda självmord före 2006.

I det här avsnittet redovisas uppgifter om de 153 avslutade ärenden som fram till och med den 31 mars 2007 rapporterats in till databasen vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Örebro enligt fastställt formulär. Många uppgifter saknas eller är ofullständiga, så det är det svårt att dra annat än övergripande slutsatser. Sammanställningen bör snarare ses som exempel på vad som rapporterats in.

Ålder och kön

Materialet består av 65 kvinnor och 88 män. Personerna har grupperats i åldersklasser om 10 år

Tabell 1. Åldersgrupp och kön

Åldersgrupp	Kön		Antal
	Kvinna	Man	Totalt
11–20	3	4	7
21–30	11	8	19
31–40	14	14	28
41–50	13	13	26
51–60	6	14	20
61–70	7	16	23
71–80	10	12	22
81–90	1	7	8
Totalt	65	88	153

Gruppen 31–40 år har högst antal självmord och en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det finns en övervikt av män främst i åldersgruppen 61–70 år.

Gruppen 11–20 år består av tre flickor och fyra pojkar. Samtliga har använt hängning som metod. Två av dem har hängt sig på vårdavdelningens toalett, tre i hemmet och två utanför hemmet.

Fyra har haft depression som diagnos, en ångest och två personlighetsstörning. Fyra har dessutom haft en missbruksdiagnos och tre har gjort tidigare självmordsförsök.

Säsongvariation

Det hade varit intressant att studera om självmorden inom eller i anslutning till vården har en annan säsongsfördelning än den totala populationen självmord. Eftersom materialet inte är komplett för 2006 får sådana slutsatser vänta till nästa uppföljning.

Tabell 2 Säsongvariation fördelat på kön

Månad	Kön		Antal
	Kvinna	Man	Totalt
Januari	9	2	11
Februari	9	10	19
Mars	2	9	11
April	10	7	17
Maj	9	7	16
Juni	6	5	11
Juli	8	23	31
Augusti	6	6	12
September	3	10	13
Oktober	2	6	8
November		2	2
December	1	1	2
Totalt	65	88	153

De flesta män, och särskilt de äldre, i detta material har tagit livet av sig i juli, vilket kan verka förvånansvärt. En anledning kan vara att det är då som ensamheten kan kännas som tyngst, när alla andra kan tyckas vara lyckliga och på semester eller att relationen utsätts för de påfrestningar som det ibland innebär att ha semester tillsammans. Det kan också vara så att vårdens tillgänglighet är nedsatt under semestertider och att mindre erfaren personal är i tjänst. Kvinnorna är mer jämnt fördelade över året. Att så få finns noterade för vintermånaderna beror på att besluten för de månaderna i många fall ännu inte har avgjorts.

Tillvägagångssätt

Tabell 3. Åldersgrupp och tillvägagångssätt

Antal	Åldersgrupp								Totalt
	11–20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71–80	81–90	
Tillvägagångssätt									
Framgår inte	-	-	6	-	2	4	2	-	14
Hopp höjd	-	-	-	-	1	2	-	-	3
Drunkning	-	-	-	2	-	-	2	-	4
Hopp hus	-	1	-	2	4	1	-	5	13
Hängning	7	6	13	11	5	10	8	2	62
Förgiftning	-	5	4	5	3	4	5	1	27
Kniv/stickverktyg	-	1	1	3	-	-	-	-	5
Kvävning	-	2	1	2	2	1	-	-	8
Skjutvapen	-	-	1		2	1	5	-	9
Tåg	-	4	2	1	1	-	-	-	8
Totalt	7	19	28	26	20	23	22	8	153

Hängning är i alla åldersklasser den vanligaste metoden, utom bland de allra äldsta där hopp från hus är vanligast. Förgiftning med läkemedel är den näst vanligaste metoden.

I åldersgruppen 11–20 år är hängning den enda metod som använts. En av orsakerna till detta kan vara att det är en lättillgänglig metod. Den unge kan ha hört tals om andra ungdomar som gör det, läkemedel kan vara svårt att komma över osv. De 7 fallen kommer från olika regioner. Det finns alltså inte någon ”klustereffekt”, dvs. att personer i den avlidnes närhet kan inspireras att välja samma metod.

Tabell 4. Kön och tillvägagångssätt

Tillvägagångssätt	Kön		Antal
	Kvinna	Man	Totalt
Uppgift saknas	6	8	14
Hopp annan höjd	1	2	3
Drunkning	3	1	4
Hopp hus	4	9	13
Hängning	26	36	62
Förgiftning	16	11	27
Kniv/stickverktyg	1	4	5
Kvävning	2	6	8
Skjutvapen		9	9
Tåg	6	2	8
Totalt	65	88	153

För både män och kvinnor är hängning den vanligaste metoden. Män är ensamma om att använda skjutvapen. Förgiftning med läkemedel används mer av kvinnor än av män, liksom att kasta sig framför tåg.

Val av plats för händelsen

Tabell 5. Kön och plats för självmordet

Antal	Kön		
	Kvinna	Man	Totalt
Uppgift saknas	3	3	6
Annan plats	16	22	38
I hemmet	42	41	83
Inom sjukhusets område		2	2
Nära hemmet		11	11
På vårdavdelning	4	9	13
Totalt	65	88	153

Den vanligaste platsen är hemmet. Det är få personer som har begått självmord på en vårdavdelning eller inom sjukhuset. Av de 13 på vårdavdelning har fyra hoppat, fyra hängtt sig, en använt kniv och två har kvävt sig. För två saknas uppgift.

Diagnoser

Det har varit svårt att få fram uppgifter om diagnos ur dokumentationen.

Diagnoserna har klassificerats enligt ”Klassifikationer av sjukdomar och hälsoproblem 1997” från Socialstyrelsen, som bygger på WHO:s klassifikationssystem ICD 10.

- F0–F10 = Organiska psykiska störningar
- F11–F20 = Psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser

- F21–F30 = Psykoser
- F31–F40 = Förstämningssyndrom, t.ex. depression
- F41–F50 = Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom, t.ex. ångest
- F51–F60 = Beteendestörningar
- F91–F99 = Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen i barndomen

Tabell 6. Kön och diagnos

Antal	Kön		Totalt
	Kvinna	Man	
Uppgift saknas	16	39	55
F0–F10	2	6	8
F11–F20	1	5	6
F21–F30	11	1	12
F31–F40	23	24	47
F41–F50	8	12	20
F51–F60	4	-	4
F91–F99	-	1	1
Totalt	65	88	153

Det är ett stort antal där diagnos saknas, särskilt bland männen. Bortfallet kan delvis förklaras av att de personer som kommer in akut inte alltid hinner få en diagnos. Den vanligast förekommande diagnosgruppen är förstämningssyndrom, dit bl.a. depressioner hör, och den näst vanligaste är den grupp dit ångest och stressrelaterade störningar hör. Uppgifter om missbruk saknas i de flesta fallen.

Regionala skillnader

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter utreder de anmälda självmord som har begåtts i deras respektive regioner. Både om man fördelar dem på regioner och på län blir talen för små för att några slutsatser ska kunna dras. Regionala jämförelser får därför vänta tills underlaget blir komplett, dvs. omfattar hela 2006. Nedanstående tabeller redovisas därför på riksnivå.

Lex Maria-föreskriften gäller all hälso- och sjukvård och hur ärendena fördelar sig på de olika verksamhetstyperna framgår av tabellen nedan.

Tabell 7. Fördelning av anmälda självmord inom olika verksamhetstyper. Gäller anmälningar där beslut är fattade.

Antal	
Verksamhet	Totalt
Allmänmedicin	22
Annat	3
Kommunal sjukvård	6
Privat verksamhet	2
Spec. psykiatri	104
Somatik	16
Totalt	153

De flesta anmälningar kommer som väntat från psykiatrin. Från primärvården kommer 22 och från somatiken i övrigt 16.

Hur verksamheterna använder sig av vårdprogram för självmordsnära patienter framgår nedan.

Tabell 8. Förekomst av vårdprogram

Antal	Vårdprogram				Nej	Totalt
	Uppgift saknas	Ja – används	Ja – används inte	Ja – används sällan		
Totalt	78	29	7	11	28	153

I 51 procent av fallen framgår inte om vårdprogram använts. Det kan bero på att den uppgiften inte fanns med i anmälan. I 19 procent framgår det att de används. Det krävs mer information för att kunna besvara varför vårdprogrammen inte används eller varför uppgift saknas.

Förekomst av självmordsriskbedömning

Nedan framgår i vilken mån verksamheterna tillämpar självmordsriskbedömningar.

Tabell 9. Förekomsten av självmordsriskbedömningar

Antal	Självmordsriskbedömning						Totalt
	Uppgift saknas	Hög	Ingen	Låg	Måttlig	Svårbedömd	
Totalt	56	10	35	39	4	9	153

I 37 procent av ärendena förekommer ingen självmordsriskbedömning, eller så finns det inte angivet om någon riskbedömning utförts. Det här är en av de viktigaste uppgifterna i journaldokumentationen vid självmordsproblematik.

Vi har även velat se om det finns någon skillnad i öppenvårdens respektive slutenvårdens benägenhet att göra självmordsriskbedömningar.

Tabell 10. Fördelning av öppenvård och slutenvård avseende självmordsriskbedömningar

Antal	Självmordsriskbedömning						Totalt
	Uppgift saknas	Hög	Ingen	Låg	Måttlig	Svårbedömd	
Verksamhet							
Allmänmedicin	14	1	5	2	-	-	22
Annat	-	-	1	1	-	-	2
HVB / motsvarande	1	-	-	-	-	-	1
Kommunal HS-vård	6	-	-	-	-	-	6
Privat verksamhet	2	-	-	-	-	-	2
Spec. psykiatri	23	9	27	33	3	9	104
Somatik totalt	10	-	2	3	1	-	16
Totalt	56	10	35	39	4	9	153

Många personer med depression söker sig till primärvården. Primärvården borde därför ha en högre andel av självmordsriskbedömningarna än vad som framgår. Bedömningen kan dock vara gjord, men inte dokumenterad.

De flesta självmordsriskbedömningarna utförs inom psykiatrin, vilket ligger i sakens natur. Andelen utförda bedömningar ligger där på 78 procent vilket får ses som mycket positivt.

Det är bara 10 fall som bedömts ha hög självmordsrisk, vilket visar hur svårt området är och hur viktigt det är att lära ut självmordsriskbedömningar.

Förekomst av vårdprogram och vårdplaner

Det finns regionala och lokala vårdprogram som grundar sig på aktuell tillgänglig kunskap utarbetade för bl.a. vård och stöd till personer med självmordsproblematik. En värdefull kunskapskälla är den sammanställning som en expertgrupp i Socialstyrelsens regi gav ut 2003.³ Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort genomgångar av den vetenskapliga

³ Vård av självmordsnära patienter, Kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2003
Rapporten finns att hämta på Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se

evidensen för behandling av ångest och depression.^{4,5} Dessa är ett värdefullt underlag för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest som håller på att utarbetas och de kommer i sin tur att medföra att vårdprogrammen kan behöva ses över.

Tabell 11. Förekomst av vårdprogram

Antal	Vårdprogram					Totalt
	Uppgift saknas	Ja – används	Ja – används inte	Ja – används sällan	Nej	
Totalt	78	29	7	11	28	153

Det verkar som att vårdprogram inte används i den omfattning som kan förväntas. Inom vissa län används de inte alls. Det är huvudsakligen inom den psykiatriska verksamheten som det hittills har funnits vårdprogram för gruppen suicidnära. I en större psykiatrisk verksamhet kan det ibland vara bättre att använda regionala vårdprogram.

Alla patienter ska ha en vårdplan, dvs. planeringen av vården ska kunna följas så att det finns förutsättningar för att bl.a. tillgodose kraven på patientsäkerhet.

Tabell 12. Förekomst av vårdplan

	Vårdplan			Totalt
	Uppgift saknas	Ja	Nej	
Totalt	32	51	70	153

För alla patienter gäller att vården ska planeras och dokumenteras så att den går att följa. Det görs lämpligen i form av en vårdplan. För tvångsvårdade patienter krävs en vårdplan enligt lag, men även för frivilligt vårdade framgår det av lagar och författningar hur viktigt det är med en samordnad vårdplanering och att den dokumenteras.

För 66 procent av patienterna i den här sammanställningen fanns ingen vårdplan.

⁴ Behandling av depressionssjukdomar. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2004

⁵ Behandling av ångestsyndrom, SBU 2005

Övrigt

Tidigare självmordsförsök

Tabell 13. Tidigare självmordsförsök

	Antal	Procent
Uppgift saknas	38	24,8
Ja	69	45,1
Nej	46	30,1
Total	153	100,0

Nästan hälften har gjort ett eller flera självmordsförsök. Det här är en miniuppskattning eftersom det saknas uppgift för 25 procent av fallen. Det är oklart om bedömaren inte har frågat om det eller har frågat och inte dokumenterat svaret.

Vårdform

Endast ett fåtal personer var tvångsvårdade, två enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och två enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Tabell 14. Plats för självmordet och vårdform

Antal	Vårdform				
	Uppgift saknas	Både och	Dygnet runt-vård	Öppenvård	Totalt
Plats					
Uppgift saknas	-	-	1	5	6
Annan plats	1	4	7	26	38
I hemmet	-	2	14	67	83
Inom sjukhusområde	-	-	2	-	2
Nära hemmet	-	1	2	8	11
På vårdavdelning	1	-	11	1	13
Totalt	2	7	37	107	153

Socialstyrelsens krav och förslag på förbättringsåtgärder enligt de granskade besluten

I 72 av ärendena har Socialstyrelsen inte haft någon kritik att framföra. I resterande 81 fall har kritik framförts och krav ställts och förslag getts på åtgärder för att förbättra eller undanröja bristerna. Kritik kan ha riktats på ett flertal punkter i samma ärende.

Tabell 15. Socialstyrelsens krav på åtgärder

Antal	
Socialstyrelsens krav	Total
Ingen kritik	72
Bedömning	60
Behandling	10
Diagnostik	9
Dokumentation	38
Info/kommunikation	18
Kompetens	16
Rutiner	61
Samverkan	19
Tillsyn/övervakning	6
Total	309

Nedan redovisas vad Socialstyrelsen har kommenterat i besluten, när det gäller de krav på åtgärder som ställts. Samtliga brister kan förknippas med systemfel och borde kunna reduceras eller elimineras med de åtgärder som Socialstyrelsen och i vissa fall vården har föreslagit ska genomföras.

Brist på rutiner den vanligaste kritiken

Bristerna kan gälla alla de moment som listas i övrigt i tabellen.

Riskbedömningar

Det är ett genomgående drag i rapporterna från vården att självmordet kom oväntat och vården ställer sig därför frågan om de bedömt patienten rätt. Patienterna sägs inte ha uttryckt självmordstankar eller -planer eller så har de förnekat det när de fått frågan. Det understryker behovet av en systematisk värdering av patienternas självmordsbenägenhet som omfattar såväl uppgifter från patienten och anhöriga som från en klinisk värdering. Patienternas egna uttalanden samt personalens och anhörigas misstankar om

självordsimpulser anses som viktiga informationskällor för att bättre kunna bedöma risken för självmord.

Att patienten själv säger att han/hon inte har självmordstankar eller -planer kan inte användas som säkerhet för att en självmordshandling inte kommer att äga rum.

I flera av de ärenden som Socialstyrelsen har granskat har bedömningen av patienten varit otillfredsställande. Ibland har ingen bedömning gjorts, ibland har bedömningen inte varit tillräckligt utförlig eller omsorgsfull eller har den inte visat att patienten varit självmordsbenägen.

I 37 procent av fallen finns det ingen uppgift om huruvida vårdgivaren gjort en bedömning av självmordsrisk. För patienter som söker vård pga en depression eller annan störning som innebär en ökad risk för självmord har vårderna i allt för stor omfattning inte dokumenterat hur, eller om, man bedömt att det finns risk för självmord. Det är inte tillfredsställande ur patient-säkerhetssynpunkt och inte förenligt med en god och säker vård. Även frågor om tidigare självmordsförsök tas alltför sällan upp. I 25 procent av fallen saknas uppgift om det.

Under en längre vårdtid eller öppenvårdskontakt kan det kännas onaturligt att vid varje nytt samtal fråga patienten om självmordstankar. Då kan det vara till hjälp med ett skattningsformulär för egenbedömning som graderar livsleda och självmordstankar. Behandlaren kan då upptäcka förändringar i självmordsbenägenheten och ta upp dem med patienten. Detta är ett svårt område att ge regler för eftersom det många gånger beror på patientens person, aktuellt tillstånd, läkarens eller behandlaren relation till patienten, sätt att introducera vad som görs mm.

Uppföljningsstudier visar att ett genomfört självmordsförsök är en stark riskfaktor för framtida självmord. Risken för självmord är störst under det första året efter ett försök, men kvarstår även senare.⁶

Att bedöma risken för självmord är ofta en svår och känslig uppgift. Det är viktigt att lyfta fram risk- och stödfaktorer samt att det av en vårdplan framgår vilka riskförebyggande åtgärder som behöver vidtas. En sökordsbaserad journal, checklistor, skattningsskalor och andra instrument ökar precisionen i bedömningen, samt gör det möjligt att jämföra över tid och mellan olika bedömare.⁷ De skattningsskalor som utarbetats och prövats ger en viss möjlighet att förutsäga risk i definierade situationer, men de situationerna där man behöver göra en riskbedömning kan vara mycket olika varandra. De skattningsskalor eller checklistor som finns är inte heller känsliga för de snabba förändringar som kan ske, t.ex. att patientens impulskontroll brister i ett plötsligt uppkommet spänt läge. Det kan gälla om patienten får byta avdelning eller har haft ett uppsplitande samtal med en närstående eller befinner sig i någon annan påfrestande situation⁸. Självmordsrisken varierar alltså med tid, plats och situation. Det är viktigt att riskbedömningen upprepas och

⁶ Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan. En kunskapssammanställning gjord för socialstyrelsen av NASP. NASP 2007. 44-45.

⁷ Vård av självmordsnära patienter, Kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2003.

⁸ Runeson Bo, Självmord – skapar vi nya myter?, Tidskriften för Svensk Psykiatri # 2 maj 2007

att samma systematik används. Bedömningen bör dock anpassas till vilken situation som råder och det kan vara olika aspekter som tas upp vid bedömningen vid inskrivning, vid förändringar i behandling, vid permission eller vid utskrivning.

En självskattning bör kompletteras med skattning som utförs av vårdpersonal, i alla fall om läkarbedömningar inte kan prioriteras i önskvärd omfattning.

Det är alltid vanskligt att bedöma självmordsrisk per telefon. Patienten bör rekommenderas att uppsöka en akutmottagning för bedömning.

Vårdpersonal bör inte göra överenskommelser med patienter som innebär att patienterna lovar att inte skada sig själva. Det ger inga garantier för att patienter inte ska skada sig. En form av överenskommelser man kan göra med patienter i slutenvård är att de vänder sig till personalen om suicidtankar eller planer återkommer. För patienter i öppenvård kan överenskommelser göras att de omedelbart hör av sig om de mår sämre.

Journaldokumentation

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten samt viktiga uppgifter om vilka åtgärder som vidtagits och vilka som planeras.⁹ Uppgifterna ska föras in i journalen så snart det är möjligt. Patientjournalen utgör också ett underlag för bedömning av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte tidigare träffat patienten.¹⁰

Journalen är även en informationskälla för patienten om den vård som getts. Den är dessutom ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården, samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten fått.

Av journalen bör också framgå vilken behörighet läkaren har.

Diktat bör inte bli liggande, utan informationen ska så snart det är möjligt föras in i journalen. Annars finns det risk att viktig information inte uppmärksammas vid det tillfälle då den verkligen hade behövts, t.ex. om patienten skickats på röntgenundersökning eller om patienten riskbedömts och informationen endast överförts muntligen. Nästa vårdlag som tar över kanske då inte har fått fullständig information.

Det finns sällan en dokumenterad bedömning av patientens alkoholkonsumtion eller av ett eventuellt missbruk/beroende.

Omvårdnadsdokumentationen är ofta knapphändig. Den ska utifrån patientens individuella behov beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen ska även utformas så att den bidrar till att trygga patientens säkerhet och ge ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna.

⁹ 3 § Patientjournallagen (1985:2)

¹⁰ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20)

Samverkan

Med patienten

All vård och behandling bör om möjligt ske i samverkan med patienten. Patienten ska få information om sitt hälsotillstånd och vilka behandlingsalternativ som finns att erbjuda.¹¹

Med närstående

Även närstående ska så långt det är möjligt vara delaktiga i vården. Inom vården behövs mer kunskap om hur vårdgivare kan ta till vara närståendes information och synpunkter. Vården behöver även skapa rutiner för hur närstående ska bemötas och omhändertas i samband med dödsfall.

Mot bakgrund av de händelser som rapporterats kan man peka på fyra områden som har betydelse för att minska självmordsrisken i samband med inläggning, vård, permission och utskrivning.

- Samverkan med närstående om att meddela personalen om patienten ger uttryck för självmordstankar/-planer.
- Samverkan med närstående för att sanera hemmet på självmordsredskap, t.ex. skjutvapen och läkemedel.
- Samverkan med närstående om observation av patienten under hembesök.
- Samverkan med närstående inför permission och utskrivning. Om patienten ska ha permission till närstående bör permissionstiderna planeras i samråd med närstående. Avvikelser från överenskommelser bör omedelbart kommuniceras till den det berör.

Med vårdgrannar och mellan vårdnivåer

Rutiner behöver utvecklas för samverkan med vårdgrannar och mellan vårdnivåer, t.ex. slutenvård – öppenvård.

Ansvarsfördelning somatik – psykiatri

Verksamhetscheferna för psykiatriska respektive somatiska kliniker bör utarbeta gemensamma riktlinjer för ansvarsfördelningen av somatiskt och psykiatrisk vårdbehov vid självmordsförsök.

Informationsöverföring

Det behöver skapas rutiner för en fungerande informationsöverföring

- inom kliniken
- mellan kliniker, t.ex. remisser som inte kommer fram
- mellan vårdgivare

¹¹ Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

- mellan slutenvård och öppenvård, eftersom det har förekommit att läkare i slutenvården inte har tagit del av öppenvårdens dokumentationsanteckningar och vice versa.

Kontinuitet

Om det på grund av läkarbrist inte går att upprätthålla kontinuiteten är det viktigt att andra personalkategorier i teamet, som kan svara för kontinuiteten, involveras i utvärderingen av effekter och bieffekter av medicineringen samt i uppföljningen.

Kompetens

För personalens kompetens är det viktigt med fortbildning och att vårdprogram för självmordsnära patienter används. Vårdprogrammet bör fortlöpande utvärderas och vara känt och tillämpligt av berörd personal. Det behöver utvecklas introduktionsprogram och rutiner för hyrläkare, vikarier och nyanställd personal.

Kompetensen behöver höjas när det gäller initial och fortlöpande bedömning av diagnos och självmordsrisk. Många patienter har tagit sitt liv i hemmet, vilket ställer stora krav på personalen att förstå de psykologiska riskerna som finns vid permission eller utskrivning.

Personal bör ges möjlighet att bearbeta ett inträffat självmord genom s.k. debriefing och retrospektiva genomgångar. Sådana genomgångar och händelseanalyser är viktiga lärandeprocesser för att kunna förebygga att nya självmord begås inom vården.

Vårdprogram

Syftet med ett vårdprogram är bl.a. att det ska vara ett kunskapsunderlag och ett stöd för hur vårdpersonal ska bedöma eventuella risker och vilka åtgärder som ska vidtas. Det finns vårdprogram för centrala diagnoser och problemområden, såsom psykos, ångest/depression, självmordsnära tillstånd och missbruk/beroendesjukdomar.

Vårdprogram används i 26 procent av fallen, trots att det har funnits vårdprogram tillgängliga för patienter med självmordsproblematik sedan 1990-talet. I vissa landsting tycks de inte alls användas.

Av vårdprogrammet bör det framgå att självmordbedömning ska dokumenteras noggrant och vilka faktorer/omständigheter en bedömning bygger på. Det är viktigt oavsett om det handlar om en "klinisk bedömning" eller om skattningsinstrument använts och för att ge nya behandlare bättre information om underlaget för tidigare bedömningar. När det gäller patienter som har gjort självmordsförsök eller har självmordstankar är det även viktigt att specialistläkare gör bedömningar och finns att tillgå som stöd för läkare under utbildning. En förutsättning är att patientjournalen finns tillgänglig för läkare och annan personal. Bra dokumentation av självmordsbedömning är ett skydd som hjälper till att förebygga självmord inom vården.

Det är viktigt att det finns uppdaterade rutiner och vårdprogram när tillfällig personal tjänstgör inom verksamheten.

Vårdplan

En vårdplan är en plan som beskriver planerad hälso- och sjukvård samt i förekommande fall även planerade insatser från vårdgrannar, t.ex. socialtjänsten. De olika insatserna som ges ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt¹²

Vårdplanen ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och vården bedrivs så att det finns förutsättningar att tillgodose kraven på patientsäkerhet.¹³ De närstående blir delaktiga i vården genom att de känner till vårdplanen eller deltar i vårdplaneringen.

Alla patienter behöver en vårdplan för att kunna få en god och säker vård. För tvångsvårdade patienter finns ett lagligt krav på att vårdplan ska upprättas och det finns preciserat i en föreskrift vad en vårdplan ska innehålla.¹⁴

För patienter i slutenvård ska det framgå av vårdplanen¹⁵ vilka insatser som behövs efter den slutna vården för att patienten ska få en fortsatt vård av god kvalitet. Vårdplanen ska samordnas med den vårdplan som fanns före inskrivningen.

Vårdplanering bör alltid ske före utskrivningen. Om en patient med självmordsproblematik vill skriva ut sig dessförinnan är det lämpligt att specialist i psykiatri tillkallas för riskbedömning. I samband med utskrivningen är det viktigt att patienten får skriftlig information om vart han/hon kan vända sig vid en eventuell försämring. Kontakten med den uppföljande öppenvården bör helst vara etablerad innan patienten skrivs ut.

Exempel på uppgifter som kan ingå i vårdplanen:

- probleminventering och förslag till åtgärder
- vilken personal som gör vad med/för patienten
- tidsramen för behandlingsarbetet och tidpunkt för utvärdering och revidering
- kriterier för utskrivning och avslutning av behandlingen
- metoder för utvärdering
- åtgärder vid ökad suicidrisk eller om patienten avviker eller inte kommer till ett avtalat möte.

I 66 procent av de granskade ärendena förekommer inte någon vårdplan. För akuta patienter kanske inte någon vårdplan har hunnit upprättas eller så kan vårdplaneringen ha framgått i löpande journaltext som inte ingått i det material som skickats in till Socialstyrelsen med Lex Maria-anmälan.

¹² 2 a § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

¹³ 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)

¹⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:12) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

¹⁵ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, 3 kap. 4 §

Uppföljning

När en patient uppmanas att återkomma för uppföljning och inte gör det ska det finnas upparbetade rutiner för att se till att så sker.¹⁶

Det är viktigt med särskilt aktiv uppföljning av självmordsförsökspatienter eftersom nästan hälften av patienterna i de fall som granskats har gjort tidigare försök.

Diagnostik

Den psykiatriska diagnosen ställs utifrån anamnes, aktuellt sjukdomsförlopp och symtomatologi. Utöver den psykiatriska huvuddiagnosen bör vårdgivaren ange psykiatrisk samsjuklighet, t.ex. missbruk/beroende, personlighetsstörningar och differentialdiagnostik. Diagnosen ska bekräftas eller revideras under vårdens gång.¹⁷

Förskrivning av läkemedel

Rutiner bör införas för förskrivning av antidepressiv medicinering, sömnmedel och narkotiska läkemedel. Exempelvis har en läkare skrivit ut antidepressiv medicinering för ett år och patienten har begått självmord med de läkemedlen. Kontinuerlig, tät uppföljning av ordinerade antidepressiva läkemedel kan t.ex. ske av sjuksköterska mellan läkarbesöken, på liknande sätt som det finns diabetessjuksköterskor inom primärvården.

Slutenvårdade patienter

Det faktum att en patient är inlagd på en psykiatrisk avdelning är i sig förebyggande. Patienten är då föremål för relevant observation, riskbedömning, vård och omsorg. Personalens uppmärksamhet och ingripanden där det behövs medför många gånger att det som påbörjats som självmordsförsök inte kan fullföljas. Det finns dock mycket att lära både av de händelser som leder till självmord och av dem som stannar vid försök. Exempelvis har samtliga fönster på en somatisk avdelning utrustats med kedjor som tillåter vädring men inte kan öppnas mer än 15 cm.

Avdelningens miljö och fysiska utformning

Eftersom hängning är den vanligaste metoden vid självmord både inom och utanför avdelning bör avdelningarna systematiskt gås igenom för att se vad i utrustningen och miljön som kan åtgärdas för att minska möjligheterna att någon skadas.¹⁸ Det gäller t.ex. alla bärande anordningar där något kan fästas för att sedan fästas vidare vid kroppen, t.ex. handtag till garderober och

¹⁶ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, enligt 3 kapitlet §§ 2 och 3.

¹⁷ Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan. En kunskapssammanställning gjord för socialstyrelsen av NASP. NASP 2007.

¹⁸ Selvmord och selvmordsforsog under indlaeggelse. Temarapport 2006 Sundhedsstyrelsen, Danmark, <http://www.sst.dk>

dörrar, handtag till sängar, sänggavlar, vattenrör, stativ, ribbstolar, klädkrokar, skåphandtag m.m. Om handtagen och krokarna verkligen behövs bör de vara utformade så att de inte kan bära en kroppsvikt. Vattenrör bör skylas och duschslangar kortas.

Lakan och duschdraperier kan ibland användas för att genomföra självmord. Inte bara duschstänger och rör har använts för att fästa hänganordningen, utan även dörrar, garderobsstänger och sänggavlar.

För att minimera riskerna för kvävning bör plastpåsar inte finnas tillgängliga, inte ens som skräppupsamlare i papperskorgar.

Några personer har hoppat från en byggnad. Vårdgivaren bör ta ställning till vilka fönster inom avdelningar och i trappuppgångar och liknande som bör kunna öppnas med eller utan personalens hjälp.

Avdelningarna bör även se över och sanera de föremål som kan orsaka skada. Det gäller även fasta installationer, t.ex. speglar. Andra föremål som kan användas i självskadesyfte är saxar, bestick, synålar, rakhyvlar och rakblad.

Kemiska medel, t.ex. rengöringsmedel, bör förvaras på ett sådant sätt att de inte är åtkomliga för patienterna. De bör vara inlåsta när de inte används. Patienterna bör inte ha tillgång till tändare eller tändstickor. Eldande förekommer ibland som ett självdestruktivt handlande på institutioner.

Patienternas egna föremål kan användas i självskadande syfte

För att kunna hänga sig måste personen ha tillgång till dels ett redskap att lägga om halsen och dels en anordning att fästa redskapet i. Som sådana redskap kan t.ex. bälten, morgonrocksskärp, band, snören, elsladdar, laddarsladdar till mobiltelefon, garn och snören användas.

Patienten kan ta med sig läkemedel hemifrån in på avdelningen vid inläggningen eller efter en permission. Patienten kan också be andra patienter eller anhöriga ta med sig läkemedel hemifrån eller låta bli att ta sin egen medicin för att på så sätt kunna bygga upp ett förråd att använda till att begå självmord. Vårdpersonalen bör därför regelbundet fråga patienterna om läkemedelsinnehav, särskilt efter permissioner. Vid utskrivning bör anpassade doser skrivas ut för att minska risken för förgiftning.

Tillsyn och övervakning

Det bör finnas rutiner för övervakningsgrad och extra tillsyn samt rutiner för att de uppgifterna alltid finns dokumenterade i journalen.

Rutiner vid avtalad frigång och permission

Många självmord sker när patienten befinner sig på frigång eller permission. Det är viktigt att det finns rutiner för vilka överväganden och observationer vårdpersonalen ska göra innan patienten lämnar avdelningen.

Rutiner vid icke avtalad utgång

Det händer att patienter lämnar avdelningen utan tillstånd och begår självmord medan de är borta. Avdelningarna bör därför gå igenom sina säkerhetsrutiner för sådana situationer.

Rutiner vid onormalt sovande patienter

Rapportering om läkemedelsförgiftning i samband med självmord tyder på att avdelningarna bör ha rutiner för hur de ska reagera över patienter som sover onormalt länge eller på ovanliga tidpunkter.

Rutiner för tillsyn natttid

Ett fåtal självmord begicks under natten. Det bör därför införas rutiner för regelbunden tillsyn i form av natt rond eller liknande. Regelbunden ”natt-rond” är ingen trygghet för att undvika självmordhandling på natten, det kräver så kort förberedelse tid för genomförande. Tät övervakning med extravak eller ständig tillsyn kan behöva ordinerats.

Rutiner vid utskrivning

Tiden närmast efter en utskrivning kan vara en riskperiod för självmordsnära patienter. Utskrivningen måste därför förberedas väl. Patienten bör inte skrivas ut förrän det finns en återbesökstid på en angiven plats och till en angiven person. Läkemedel bör bara skrivas ut fram till datumet för återbesökstiden.

Psykologiska aspekter

Samspelet mellan personalen (läkaren och andra personalkategorier) och den självmordsnära individen kan försvåra bedömningen, både vid självmordsriskbedömning och under vård samt vid övervakning, behandling och utskrivning. Det är mycket svåra möten för personalen, och personalen borde genom interaktiva utbildningar vara rustad för att förstå både de självmordsnära patienternas och deras anhörigas men även sina egna reaktioner inför personer som aktivt vill ta sitt liv. En självdestruktiv handling aktualiserar i allra högsta grad vår egna individuella inställning till livet, döden och självdestruktiviteten. Är man inte medveten om de psykologiska mekanismerna kan det vara svårt att hantera de här svåra mötena.¹⁹

¹⁹ Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan – En kunskapssammanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP (Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa). NASP 2007.

Fallbeskrivningar och exempel på händelseanalyser

I den rapportering som har gjorts är det vanligt att de verksamhetsansvariga anger att deras internutredning inte har visat att något fel hade begåtts från vårdens sida och det finns då inga förslag till åtgärder från verksamheten. I de fall där Socialstyrelsen riktat kritik har det vid granskning av ärendet framkommit systembrister som Socialstyrelsen har kunnat återföra via besluten.

Tabell 16. Verksamhetens föreslagna åtgärder enligt besluten

Antal	
Verksamhetens åtgärder	Totalt
Bedömning	5
Dokumentation	1
Information/kommunikation	7
Inga	13
Kompetensutveckling	4
Rutiner	15
Tillsyn/övervakning	3
Totalt	48

I handboken Händelseanalys & Riskanalys²⁰, beskrivs hur orsaker till den inträffade händelsens olika moment identifieras och analyseras ur ett systemperspektiv. På så sätt kan man klarlägga bakomliggande orsaker och föreslå adekvata åtgärder. Handboken beskriver ”barriär/skydd” som en funktion som förhindrar negativa händelser eller begränsar konsekvenserna av en negativ händelse. Genom barriär/skydd kan de risker som finns i en verksamhet hållas under kontroll.

Vården har börjat komma igång med egna händelseanalyser, och i vissa fall har Socialstyrelsen vid besök tillsammans med vården rekonstruerat händelseförloppet i en händelseanalys. Socialstyrelsen är väl medveten om att det finns situationer där det kan vara en svår balansgång mellan att begränsa och tillåta ett eget ansvar för patienten och myndigheten tar hänsyn till det i sina bedömningar.

De fall som redovisas nedan illustrerar några av de vanligaste systemfelen som har kunnat identifieras. Händelserna är inte typiska för någon klinik eller region utan kan ha inträffat var som helst i landet.

²⁰ Händelseanalys & Riskanalys, handbok för patientsäkerhetsarbete Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland 2005.

Skolhälsovård – psykiatrisk öppenvård

En skolkurator kontaktades av kamrater till en elev som de uppfattade som deprimerad. Kuratorn träffade eleven som hade självmordstankar. Kuratorn kontaktade skolsköterskan samma dag. Besök till skolläkare bokades till nästföljande vecka. Vid läkarbesöket skrevs en remiss till psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Remissen skickades samma dag och kom fram fem dagar senare. Den bedömdes där på en remisskonferens påföljande dag. Den läkare som tilldelades remissen var inte i tjänst förrän tio dagar senare. Remissen besvarades då och kom till skolhälsovården mer än tre veckor efter det att den skickats. I avvaktan på att remissvaret skulle komma vände sig skolsköterskan till mottagningen, men där kunde de inte hitta remissen. Påföljande dag kom dock remissvaret, men under väntetiden begick eleven självmord.

I remissvaret gavs förslag på fortsatt kontakt med skolkurator för ytterligare samtal. Vid en eventuell depression föreslogs att eleven skulle vända sig till primärvården. Vid behov av akutpsykiatriska insatser hänvisades eleven till akutmottagningen.

Verksamhetsansvarigas åtgärder

Skolhälsovården har gjort en händelseanalys. De orsaker till händelsen som identifierades var brister i kommunikationen mellan elevhälsan och psykiatrin.

De riskförebyggande åtgärder som planerats är att tydliggöra riktlinjer för samarbete mellan parterna inom Elevhälsan och för hur skolhälsovården ska följa upp de externa kontakter som tas.

Riktlinjer ska utarbetas för skolsköterskans agerande om han/hon får kännedom om att en elev riskerar att begå självmord.

Vid den psykiatriska kliniken har händelseanalysen visat brister i organisationen och kliniken har vidtagit förbättringsåtgärder i form av nya rutiner för remisshantering.

Socialstyrelsens bedömning enligt vad som framgår av beslutet

Av skolläkarens remiss framgår att eleven hade självmordstankar samt att det även tidigare hade funnits självmordstankar. Bedömning inom psykiatrin önskades ”så snart det går”.

Socialstyrelsens bedömning är att en så ung person med självmordstankar måste tas om hand omedelbart eller snarast möjligt och inte hänvisas tillbaka till kontakt med kurator och primärvården^{21,22,23} Socialstyrelsen ansåg att

²¹ Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan – En kunskapsammanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP (Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa). NASP 2007.

²² Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden enligt riksdagens beslut januari 2001; Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever. NASP 2003.

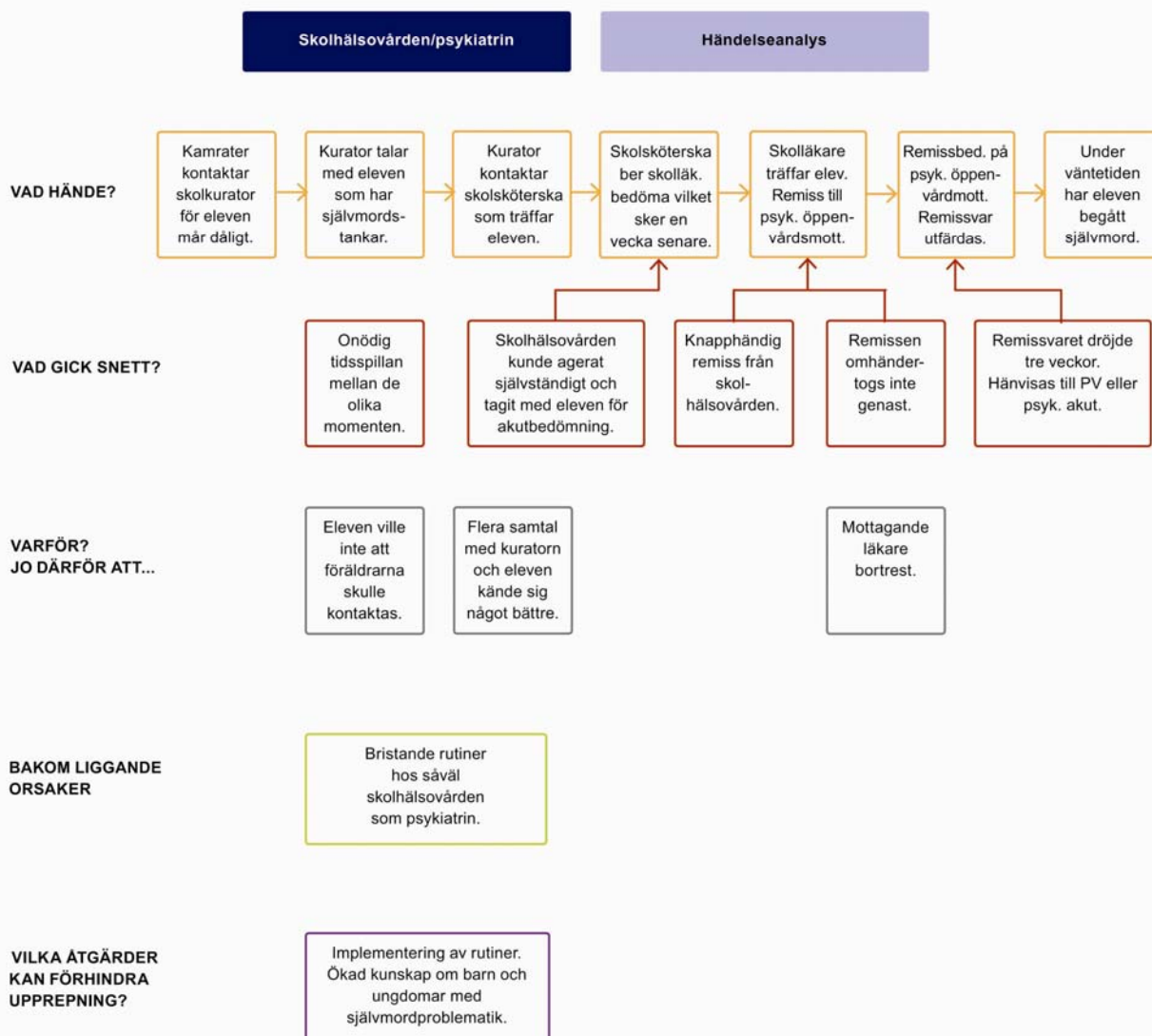
det var anmärkningsvärt att remissvaret inte kom förrän efter tre veckor, när det handlade om en person med uttalade självmordstankar. När svaret kom hade eleven redan tagit sitt liv.

Socialstyrelsen bedömde bl.a. att det fanns brister i den psykiatriska klinikkens remisshantering. Det saknades rutiner för vem som hade ansvar för remisser när den ansvarige läkaren var ledig.

Den psykiatriska kliniken har identifierat de risker som gäller remisshanteringen och vidtagit lämpliga åtgärder för att minska riskerna för att framtida patienter drabbas på liknande sätt. Det är beklagligt när en ung människa tar sitt liv innan verksamheten identifierar en uppenbar patientsäkerhetsrisk.

²³ Nationella riktlinjer – Vård av suicidala barn och ungdomar med familjer. NASP, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri. Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och socialpediatrisk forskning. 2004.

Figur 3. Händelseanalys 1



- K** Kommunikation och information
- U** Utbildning och kompetens
- O** Omgivning
- T** Teknik, utrustning och apparatur
- P** Procedurer, rutiner och riktlinjer
- B** Barriärer och skydd

Somatisk slutenvård

En 50-årig man kom in med andningsbesvär i samband med en försämring av en nyligen genomgången lunginflammation. På grund av platsbrist lades han in på annan somatisk avdelning än lungmedicin. Röntgenundersökning samma dag visade en lungtumör med metastaser. Patienten flyttades till en lungmedicinsk avdelning utan att ha fått information om röntgenfynden. Han skulle informeras påföljande dag. Patienten avvek under natten men återfördes till sjukhuset. Patienten informerades om sin diagnos påföljande dag och ville då gå hem på permission för att se till sin fågel. Vid samtalet uttalades inga självmordstankar eller -planer. Patienten begick självmord i sitt hem påföljande dag.

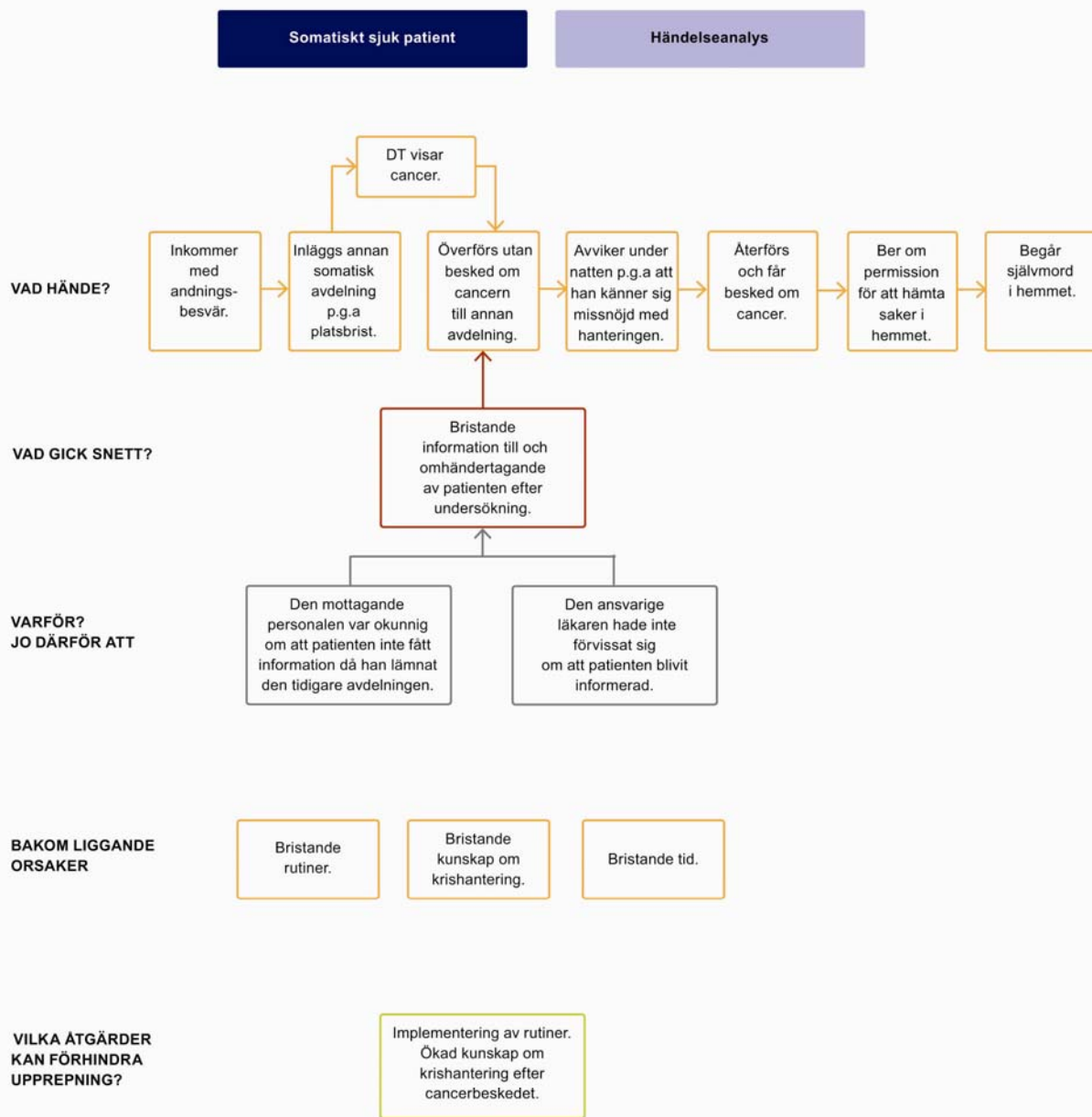
Socialstyrelsens bedömning enligt vad som framgår av beslutet

Det fanns inga tydliga signaler om att patienten hade för avsikt att ta sitt liv och han visade inga tecken på depression.

Det är olyckligt att en patient med en så svår sjukdom behöver vårdas på en annan klinik på grund av platsbrist. Det fanns visserligen ingenting som tydde på att patienten skulle ha fått sämre vård genom att vårdas på en annan klinik, men det är uppenbart att patientens upplevelse av det var mycket negativ.

Det är inte helt klarlagt om patienten informerades om undersökningsfynden under vårdtiden på den somatiska klinik där han först togs in. Patienten hade enligt vad som framgår av journalen själv haft uppfattningen att han inte fått någon information. När patienter har fått sådan allvarlig information kan det förekomma att det är så svårt att ta till sig informationen så att patienten helt utestänger vad som sagts och i efterhand upplever det som att han/hon inte har fått informationen. Det här belyser hur viktigt det är att försäkra sig om att patienten har tagit till sig informationen och att även upprepa sådan information, samt att i journalen dokumentera att information har getts och hur patienten tog emot den. Kunskapen om hur man meddelar en diagnos som rör en livshotande och obotlig sjukdom måste spridas bättre.

Figur 4. Händelseanalys 2.



- K** Kommunikation och information
- U** Utbildning och kompetens
- O** Omgivning
- T** Teknik, utrustning och apparatur
- P** Procedurer, rutiner och riktlinjer
- B** Barriärer och skydd

Somatisk och psykiatrisk akutsjukvård

En utländsk medborgare på semester i Sverige sökte nattetid hjälp på en psykiatrisk akutmottagning pga. psykiska besvär. Den bedömande läkaren noterade att det förutom psykotiska symtom fanns somatiska symtom som motiverade en akutbedömning av medicinjouren, som fanns på ortens centrallasarett några kilometer från den psykiatriska akutmottagningen.

Patienten remitterades till den medicinska akutmottagningen och bedömdes där samma natt. En somatisk förklaring till patientens besvär uteslöts, bl.a. genom röntgen. Patienten bedömdes pga. sina psykiatriska symtom behöva psykiatrisk vård.

Personal vid den somatiska akutmottagningen kontaktade den psykiatriska akutmottagningen för att informera dem om att patienten var på väg tillbaka till dem. Den psykiatriska kliniken såg dock ingen anledning att ta tillbaka patienten, men erbjöd däremot en konsulttid senare på dagen. Patienten och de anhöriga informerades om den planeringen. De anhöriga lämnade patienten en kort stund för att höra om han kunde få något lugnande. I samband med det försvann patienten från den somatiska akutkliniken.

Då skrev den somatiska jourläkaren ett vårdintyg, eftersom han bedömde att patienten hade en allvarlig psykisk störning och att han var i oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Polisen meddelades. En skriftlig begäran om polishandräckning faxades först på eftermiddagen eftersom det uppstått oklarheter om vilken av de två akutmottagningarna, den psykiatriska eller den somatiska, som skulle skriva handräckningsbegäran. Efter drygt två dygn hittades patienten död.

Socialstyrelsens bedömning enligt beslutet

När patienten remitterades från psykiatrin till den medicinska akutmottagningen bedömdes tillståndet vara oklart med även akuta medicinska symtom utöver den psykiatriska bilden. Då inga somatiska orsaker till patientens besvär hittades planerades det att patienten skulle återgå till psykiatrin och en ny remiss skrevs. Personalen vid den psykiatriska akutmottagningen ställde sig oförstående till varför patienten skulle tillbaka till dem. Personalen på den somatiska akutmottagningen konsulterade då jourläkaren vid den psykiatriska kliniken.

Vid Socialstyrelsens utredning av de bakomliggande orsakerna händelseförloppet framkom flera omständigheter och orsaker som var för sig och i samverkan kan ha bidragit till att skapa säkerhetsrisker inom de berörda organisationerna.

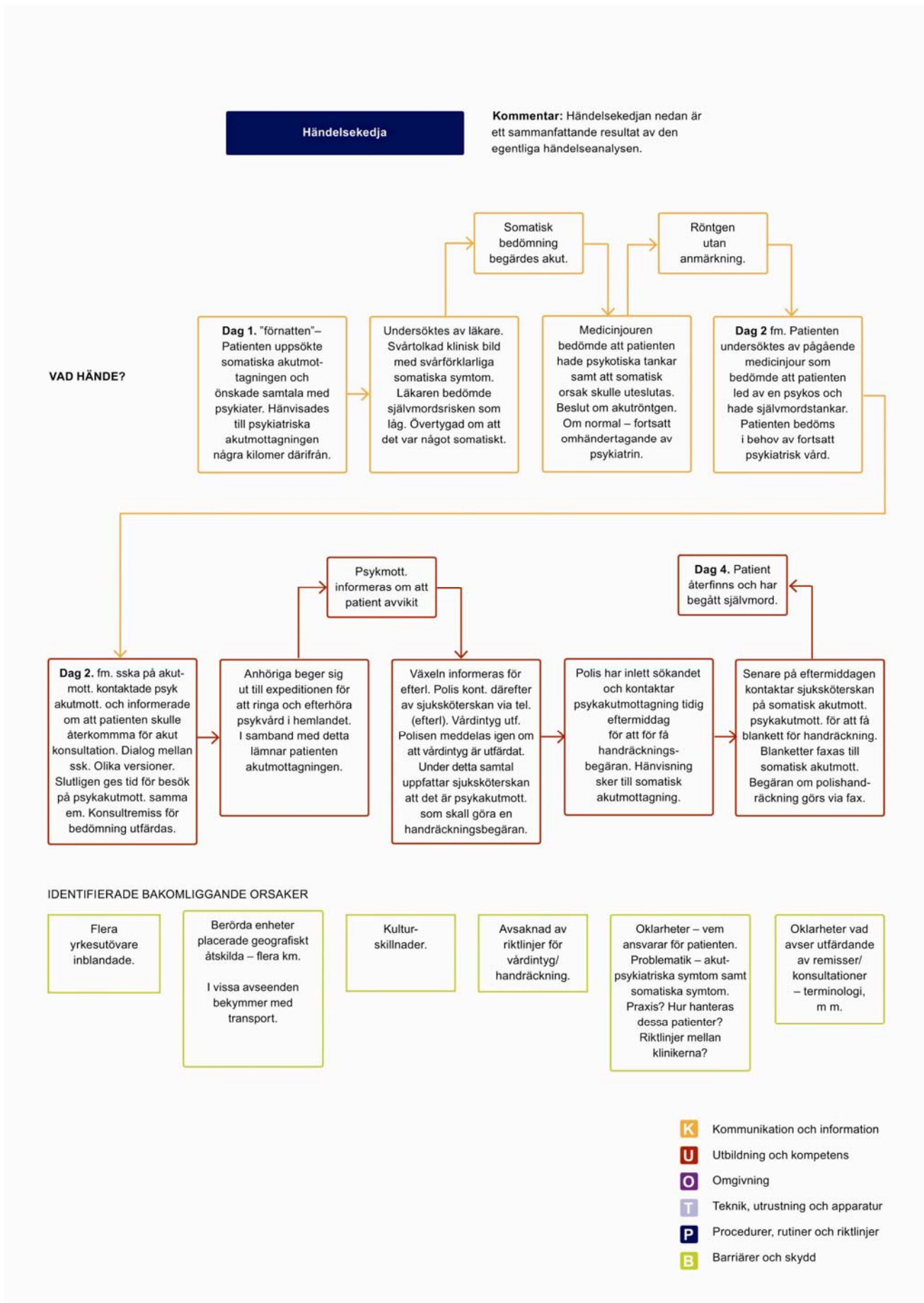
Händelsen som slutade med att patienten begick självmord kan ha sin grund i att

- samarbetet mellan de två enheterna drog ut på tiden
- flera yrkesutövare var involverade i händelseförloppet, framför allt flera läkare som bedömde patientens tillstånd
- de berörda enheterna är placerade geografiskt åtskilda, vilket i vissa lägen medför transportproblem

- det fanns oklarheter när det gällde utfärdande av vårdintyg och rutiner för polishandräckning
- det fanns oklarheter när det gällde remisser och konsultationer – begrepp, terminologi, hantering, etc.
- det fanns oklarheter när det gällde vem som hade ansvar för patienten
- det inte fanns rutiner för omhändertagande av patienter med både somatiska och psykiatriska symtom.

Ett otillräckligt riskförebyggande arbete och ett generellt otillräckligt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har förmodligen bidragit till de bakomliggande orsaker som har konstaterats i händelseförloppet.

Figur 5. Händelsekedja, fall 3



Psykiatrisk slutenvård

Patienten lades in på en medicinklinik för en somatisk åkomma, men blev efter några dagar psykotisk och depressiv och överfördes till en psykiatrisk vårdavdelning. Han skrevs ut förbättrad men inte återställd.

I hemmet tog patienten i självmordssyfte en hög dos läkemedel samt skrev ett avskedsbrev. Han fördes i ambulans till sjukhuset. Där undersöktes han på kvällen av en ST-läkare. Läkaren konstaterade i journalen att patienten gjort ett självmordsförsök på morgonen samma dag och skrivit ett avskedsbrev. Han bedömde enligt sin anteckning att självmordsförsöket var allvarligt menat. Läkaren beslöt att patienten skulle läggas in på den avdelning där han tidigare hade vårdats.

Patienten kom till vårdavdelningen på natten. Muntlig överrapportering gavs från läkaren till nattsjuksköterskan. Läkaren ordinerade muntligt till sjuksköterskan ”observationsgrad grön”, vilket innebär att patienten inte fick lämna avdelningen utan personal eller utan att anhöriga informerats. Patienten hade enligt läkaren en mycket stark personlig integritet och skulle ha blivit så kränkt av ett eventuellt extravak att han troligen inte hade velat stanna på vårdavdelningen.

Patienten lades in på ett samtalsrum på grund av platsbrist. Rummet användes regelbundet som extrarum vid överbelastning. Dörren till rummet saknade fönsterglugg, men stod på glänt med ett par cm öppning hela natten. Patienten sågs till med jämna mellanrum enligt den rutin man har för alla nya patienter. Det fanns dock ingen nattbelysning som kunde tändas från korridoren för att bättre kunna observera patienten, som i övriga vådrum på avdelningen. Personalen samtalande med patienten flera gånger innan han somnade senare på natten. Patienten sov sedan fram till efternatten och klagade då över ledvärk. Patienten var därefter vaken och personalen kommunicerade med honom fram till dess att han somnade senare på morgonen. Det var anledningen till att man inte väckte honom för frukost eller andra morgonrutiner.

När personalen gick in till patienten under förmiddagen hade han tagit sitt liv.

Enligt det lokala åtgärdsprogrammet ska riskbedömning efter självmordsförsök alltid göras i samråd med specialistläkare eller bakjour och en särskild riskbedömningsblankett ska användas.

På blanketten ”Obs- och visitationsgrad” skrivs ordinationer av inskrivande läkare och den uppdateras tills normal tillsyn föreligger. Om patienten hade bedömts enligt den riskbedömningsblankett som finns vid kliniken skulle han ha tillhört gruppen hög risk eftersom han bl.a. skrivit ett avskedsbrev i samband med självmordsförsöket. Det framkommer av ”Instruktion till inläggningsrutin” att observationsgrad ”röd” ska ordinerats initialt vid självmordsrisk/djup depression.

Socialstyrelsen gjorde med anledning av det inträffade ett tillsynsbesök och träffade samtliga inblandade. Det framkom då att läkaren var ny som ST-läkare vid den aktuella tidpunkten. Hon kände inte till de lokala riktlin-

jerna i åtgärdsprogrammet och hade inte informerats om dem under introduktionen. Enligt läkaren skulle hon själv inte ha bedömt självmordsrisken annorlunda om hon hade känt till programmet, men hon skulle ha konsulterat bakjouren och även dokumenterat enligt programmet.

Exempel på verksamhetsansvarigas vidtagna åtgärder efter händelsen

Fönster har satts in i dörren till det aktuella samtalsrummet. En nattlampa som kan tändas från korridoren har också placerats i rummet. Samtliga garderobstänger och duschställningar på avdelningen har bytts ut, så att de inte håller för mer än 15 kg vikt. Vidare har man ändrat avdelningens morgonrutin, så att alla patienter ses till kl. 07.40, oavsett om de sover eller inte.

Vid kliniken finns en arbetsgrupp som arbetar med självmordsfrågor. Gruppen ska analysera alla självmordsfall gemensamt.

Socialstyrelsen bedömning enligt beslutet

Beträffande läkarens handläggning av patienten bedömer Socialstyrelsen att de lokala riktlinjerna i "Lokalt åtgärdsprogram vid självmordsförsök samt vid inträffat självmord på vårdavdelning" inte har följts, genom att specialist/bakjour inte konsulterades, observationsgrad och visitering inte dokumenterades och att fel observationsgrad ordinerades. Patienten skulle ha ordinerats observationsgrad "röd" (ständig tillsyn), eller möjligen "gul" (bl.a. tillsyn var 15:e minut), eftersom han enligt läkaren hade en mycket stark integritet och skulle ha blivit kränkt av ständig tillsyn som ett extravak. Läkaren kände inte till programmet och hade inte informerats om det då hon nyligen börjat sin ST-tjänstgöring. Därför kritiserar inte Socialstyrelsen henne för handläggningen. Läkaren bedömde dock att patientens självmordsförsök var allvarligt menat och vidtog åtgärder för inläggning, vilket var en korrekt åtgärd.

Socialstyrelsen är kritisk till den ofullständiga introduktionen när det gäller en rutin som är så viktig för patientsäkerheten. Det framgår av avsnittet "Verksamhetschefens ansvar" i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården bland annat att verksamhetschefen har ansvar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt. Verksamhetschefen har enligt samma avsnitt ansvar för att personalens kompetens upprätthålls. Det framgår vidare av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården bland annat att ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna.

Socialstyrelsen bedömer att de åtgärder som har vidtagits på vårdavdelningen i form av tekniska åtgärder och bestämmelser om ökad tillsyn kan minska risken för liknande händelser i framtiden. Även den särskilda arbetsgrupp som kontinuerligt arbetar med självmordsfrågor och bland annat ska analysera alla inträffade självmord kan bidra till att öka patientsäkerheten.

Socialstyrelsen anser dock att det är nödvändigt att se till att det finns rutiner för introduktion till nyanställda läkare, för att det lokala åtgärdsprogrammet för vård av självmordsnära patienter tillämpas och för informationsöverföring mellan akutmottagning och vårdavdelning.

Figur 6. Händelseanalys 4

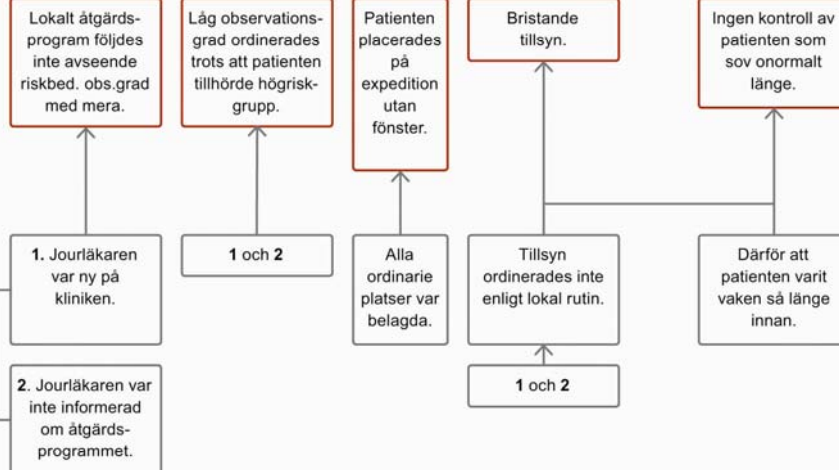
Själv mord på vårdavdelning
Man född 1920

Händelse analys

VAD HÄNDE?



VAD GICK SNETT?



BAKOMLIGGANDE ORSAKER

Bristande introduktion då tjänstgöring inleddes på kliniken.

Bristande implementering av den lokala rutinen (åtgärdsprog.).

VILKA ÅTGÄRDER KAN FÖRHINDRA UPPREPNING?

Säkerställa rutiner för introduktion till nyanställda läkare och vikarier.

Säkerställa att implementering av det lokala åtgärdsprogrammet för vård av självmordsnära patienter även innefattar rutiner för informationsöverföring mellan akutmottagning och vårdavdelning.

- K** Kommunikation och information
- U** Utbildning och kompetens
- O** Omgivning
- T** Teknik, utrustning och apparatur
- P** Procedurer, rutiner och riktlinjer
- B** Barriärer och skydd

Diskussion och slutsatser

Hur många anmälningar som rör självmord kan förväntas komma in under ett år? Enligt den beräkning som gjorts i Figur 1 har 40 procent haft kontakt med vården månaden före självmordet. Uppgifter från primärvården finns där inte tillgängliga.

I den här sammanställningen har 14 procent av patienterna haft kontakt med primärvården, vilket gör att den förväntade siffran borde ligga runt 50 procent, dvs. runt 500 personer. Det finns dock ett mörkertal, dvs. de självmord som vården inte får kännedom om, där anhöriga inte hör av sig till vården eller inte vet om att det funnits en vårdkontakt. En annan anledning till att inte fler självmord har anmälts kan vara att föreskriften ännu inte har fått genomslag. En ytterligare orsak till att siffrorna är lägre än väntat kan vara att antalet självmord i anslutning till vården faktiskt har minskat.

Lex Maria-föreskriften om rapportering av självmord har nu gällt i ett år. Eftersom det tar tid att få genomslag för en förändring av tidigare rutiner inom vården bör man se redovisningen av det här första året som ett test av hur riskdatabasen och övriga datasammanställningar kan användas. Ett syfte är att tillsynsinstrumentet kontinuerligt ska förbättras, utifrån de nya erfarenheter som handläggarna får när de använder det.

Ett annat syfte, som kanske är viktigare, är att återföra den information som har samlats in till vården, även om den i vissa delar är ofullständig och knapphändig. Det har ändå gått att urskilja vissa mönster när det gäller systembrister. Genom att de här bristerna har identifierats kan vårdgivarna på ett systematiskt sätt arbeta för att undanröja eller minska dem, vilket förhoppningsvis kan bidra till att minska antalet självmord i eller i anslutning till vården.

Det här är också en gigantisk utbildningsfråga, som man måste ta itu med inom hälso- och sjukvården. Kunskapen om vårdplanering, vårdprogram och implementering av vårdprogram måste öka, precis som användningen av de evidensbaserade kunskaperna om diagnostik och behandlingsmetoder som finns tillgängliga. Det är viktigt med särskilt aktiv uppföljning av patienter som har försökt begå självmord, eftersom patienterna i minst 45 procent av de fall som granskats har vårdats för tidigare självmordsförsök.

Det hade varit önskvärt om samtliga självmord som begåtts under 2006 och som anmälts enligt Lex Maria hade kunnat granskas, men dels kan det dröja flera månader innan en anmälan kommer till Socialstyrelsen efter det inträffade självmordet och dels är handläggningstiderna inom Socialstyrelsen långa. Därför skulle det dröja ytterligare, kanske upp till två år, innan en totalundersökning hade kunnat färdigställas.

Den dokumentation som skickas från vården till Socialstyrelsen för bedömning innehåller sällan så detaljerade uppgifter att det går att ge en tillförlitlig bild av läget.

Antalet självmord under 2006 och där beslut fattats innan den 1 april 2007 motsvarar knappt hälften av de anmälningar som kommit in. De tal beräkningarna utgår från blir därför små och eftersom bortfallet för ett flertal variabler är stort, blir det svårt att dra några säkra slutsatser ur materialet om bland annat regionala skillnader eller skillnader i fördelningen mellan olika variabler.

På grund av bristande resurser har Socialstyrelsen inte begärt in kompletteringar i den omfattning som skulle ha varit önskvärd för att få en klarare bild. Därför har vissa betydelsefulla frågor inte kunnat besvaras fullständigt. Det skulle dessutom ytterligare ha förlängt handläggningstiden.

Materialet kan användas som kunskapskälla inte bara för vården utan även för politiker, journalister och allmänhet liksom för Socialstyrelsen. Beroende på vilken av de här huvudintressenterna som läser rapporten bör de genom läsningen kunna få svar på följande frågor:

Vad vill vården veta? Vad kan man lära sig?

- kunskap om självmordsriskbedömning
- kunskap om riskhantering
- kunskap om betydelsen av samverkan.

Vad kan göras bättre för att ytterligare minska antalet självmord i anslutning till vården?

- kontinuerlig utbildning i att förebygga självmord
- tillämpa tillgänglig kunskap
- göra händelseanalyser och använda sig av de erfarenheter sådana ger.

Vad vill politikerna veta? Går det att påverka självmordstalen, och i så fall med vilka medel och till vilken kostnad?

- Ja, om vården tillämpar den kunskap som redan finns och använder sig av de erfarenheter som nya händelser genererar. Det är upp till varje vårdgivare att kostnadsberäkna; antalet anmälningar har ökat i och med att alla ska anmälas vilket medför en ökad belastning för vårdgivaren.

Vad vill journalister och allmänhet veta? Vad har gått snett och vad görs för att åtgärda det som brustit?

- systembrister som alla är möjliga att reducera
- nya rutiner har redan införts hos de flesta vårdgivare.

Vad vill Socialstyrelsen veta? Hur kan vi förbättra vår tillsyn?

- Genom fler besök. Endast i 19 fall av 153 har kliniker besökts. Dessa besök har stort värde för både vårdgivaren och Socialstyrelsen.

Hur kan vi återföra den kunskap som regelbundna sammanställningar av inträffade händelser ger till vården?

- Genom lättillgängliga webbaserade regelbundet återkommande pedagogiska dokument
- Genom besök.

Slutsatser

Systembrister har identifierats! Det har saknats rutiner för:

- självmordsriskbedömningar
- dokumentation
- samverkan
- informationsöverföring
- kontinuitet
- kompetens
- vårdprogram och vårdplaner
- tillsyn och övervakning.

Systembristerna går att åtgärda genom:

- kunskapsutveckling
- implementering av rutiner.

Systembristerna går att följa upp!

- Internt av vården efter varje inträffat självmord
- Externt av Socialstyrelsen genom besök i verksamheterna och regelbundet återkommande nationella uppföljningar.

Referenser

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.
2. Vård av självmordsnära patienter, Kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2003
3. www.socialstyrelsen.se
4. Behandling av depressionssjukdomar. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2004.
5. Behandling av ångestsyndrom. SBU 2005.
6. Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan – En kunskapssammanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP (Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa). NASP 2007.
7. Runeson Bo, Självmord – skapar vi nya myter? Tidskriften för Svensk Psykiatri # 2 maj 2007.
8. Patientjournalagen (1985:562).
9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) om patientjournalagen.
10. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
11. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
12. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:12) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
13. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård.
14. Selvmord och selvmordsforsög under indlaeggelse. Temarapport 2006 Sundhedsstyrelsen, Danmark, <http://www.sst.dk>
15. Händelseanalys & Riskanalys, handbok för patientsäkerhetsarbete Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholms läns landsting och landstinget i Östergötland 2005.
16. Världshälsoorganisationens stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden enligt riksdagens beslut i januari 2001; Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever. NASP 2003.
17. Nationella riktlinjer – Vård av suicidala barn och ungdomar med familjer. NASP, Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. Vetenskapsrådets planeringsgrupp för barn- och ungdomspsykiatrisk och sociopediatrisk forskning, 2004.
18. Exempel på andra referenser inom området kan laddas ner från NASP:s webbsida: www.ki.se/suicide.