

Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården

En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank

Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården

En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha
Kunskapsbank

Bindningar och jäv

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

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

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

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

Folkhälsomyndigheten har tagit fram rapporten tillsammans med Socialstyrelsen. Dessa jävsregler gäller även för Socialstyrelsen.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

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

© Folkhälsomyndigheten, 2019.

Artikelnummer: 19050

Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att samordna det självmordsförebyggande arbetet på nationell nivå. Inom ramen för uppdraget ska myndigheten bl.a. sammanställa kunskapen om självmord och självmordsprevention. Socialstyrelsen verkar för att stödja och utveckla både hälso- och sjukvård och socialtjänst och har bland annat ett regeringsuppdrag om att ta fram och sprida kunskap som stöd för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga självmord och ge stöd till efterlevande. En viktig källa till kunskap inom området är de händelseanalyser som genomförs inom hälso- och sjukvården efter självmord och självmordsförsök.

Det behövs mer kunskap om omständigheterna inom vården runt patienter som har tagit sitt liv. Kunskapen bidrar till en bättre patientsäkerhet. Därför har vi gett i uppdrag till forskare och sakkunniga vid Sahlgrenska universitetssjukhuset att sammanställa och analysera vårdgivares händelseanalyser som berör självmord. Genom att återföra kunskapen från sammanställningen till vården, är förhoppningen att den kan bidra till att hälso- och sjukvården blir mer självmordsförebyggande.

Rapporten är framtagen av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i samarbete med Sahlgrenska universitetssjukhuset och den riktar sig främst till vårdgivare som ett underlag för att utveckla tillämpningen av hälso- och sjukvårdens ledningssystem. Den kan också ge ökad medvetenhet om risker och brister i vården till personal som i sitt arbete möter patienter med psykisk ohälsa. Även beslutsfattare på regional nivå kan ha nytta av rapporten som ett underlag för att förbättra förutsättningarna för en säker vård. Slutligen kan rapporten utgöra underlag för strategiska insatser på övergripande systemnivå från myndigheter och andra nationella aktörer, framför allt Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Folkhälsomyndigheten.

Sammanställningen har genomförts av en projektgrupp som består av fem personer med sakkompetens inom området. Projektledare har varit Thomas Brezicka, regionläkare i patientsäkerhet i Västra Götalandsregionen och chefläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vilka som ingått i projektgruppen och övriga som deltagit i att ta fram rapporten anges längst bak i rapporten.

Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö
Avdelningschef

Socialstyrelsen

Thomas Lindén
Avdelningschef

Innehåll

Om publikationen	5
Ordlista	8
Sammanfattning.....	10
Summary.....	12
Root cause analyses of suicide in healthcare.	12
Bakgrund.....	14
Händelseanalyser inom hälso- och sjukvården.....	14
Lex Maria-anmälningar vid självmord	15
Nitha – Nationellt it-stöd för händelseanalys	15
Genomförande av händelseanalyser	15
Tidigare rapporter om utredningar av självmord inom hälso- och sjukvården	17
Syfte	18
Metod.....	19
Händelseanalyser av självmord	19
Arbetet med sammanställning och analys	19
Kategorisering av innehållet i händelseanalyserna	20
Resultat.....	21
Övergripande beskrivning av händelseanalyserna	21
Beskrivning av patienterna som begick självmord	24
Beskrivning av felhändelser, orsaker och åtgärdsförslag	31
Felhändelser	31
Bakomliggande bidragande orsaker	36
Åtgärdsförslag.....	40
Viktiga områden vid handläggning av patienter med självmordsrisk	41
Diskussion	43
Jämförelse med tidigare rapporter om utredningar av självmord	45
Förbättringsområden för genomförande av händelseanalyser vid självmord	47
Behov av kunskap och utveckling.....	47
Slutsats	48

Övriga medverkande.....	49
Referenser	50

Ordlista

Analysteam avser här ett arbetslag som genomför en händelseanalys. Teamet består av experter inom relevanta medicinska ämnesområden och de verksamheter som berörs av händelsen som ska analyseras. Teamet leds av en analysledare med särskild händelseanalytisk kompetens.

Avvikelse är en händelse som har medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat (Socialstyrelsens termbank).

Avvikelsehantering avser att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta, bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten (Socialstyrelsens termbank).

Bidragande bakomliggande orsak avser här en faktor på systemisk nivå som bidragit till en felhändelse. Med systemisk nivå avses här faktorer som inte är kopplade till brister i ansvar hos personalen, utan som hänför sig till brister i verksamheten eller på högre organisatorisk nivå.

Felhändelse avser här en aktivitet i vården av patienten som genomförs bristfälligt, fördröjt, är felaktig eller uteblir. En eller flera felhändelser kan bidra till ett händelseförlopp som leder till en skada på patienten.

Händelseanalys avser här en analysmetod som används av vårdgivare för att systematiskt identifiera orsaker till uppkomst eller risk för uppkomst av en skada på patienten, enligt handboken ”Riskanalys och händelseanalys” utgiven av Sveriges Kommuner och Landsting.

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

Markörbaserad journalgranskning (MJG) innebär att journaler granskas från ett slumpvist urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer som kan indikera skada.

Nitha står för Nationellt it-stöd för händelseanalys. Det är ett it-stöd (webbapplikation) för att genomföra händelseanalyser inom alla delar av hälso- och sjukvården, enligt en strukturerad metod som beskrivs närmare i SKL:s handbok ”Riskanalys och händelseanalys”. Nitha består av en analysdel och en öppen sökbar kunskapsbank (se nedan). Nitha är tillgänglig för alla vårdgivare i Sverige som bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård. **Nitha Analyt** är en webbapplikation där analysledare och experter med behörighet kan registrera och

utföra händelseanalyser. **Nitha Kunskapsbank** är en öppen sökbar kunskapsbank som innehåller anonymiserade händelseanalyser som genomförts med Nitha Analys.

Patientsäkerhet är skydd mot vårdskada.

Själv mordshandlingar är självmord och självmordsförsök.

Vårdgivare är en statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare), eller en annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare) (Socialstyrelsens termbank).

Vårdgrannar avser vårdaktörer som samtidigt har kompletterande vårdansvar för en patient, i olika former av samverkan.

Vårdkedja avser de aktörer som finns i en vårdprocess som patienten följer. I en kedja sker överlämnande av patienten mellan aktörerna och ett övertag av hela eller delar av vårdansvaret.

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

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet är en central del av ett självmordsförebyggande arbete. Det handlar om att stärka aktiviteter i vården som kan minska förekomsten av självmordshandlingar. Händelseanalyser används i patientsäkerhetsarbetet för att identifiera brister i verksamheten som kan ha bidragit till att en vårdskada har inträffat eller hade kunnat inträffa. Analyserna mynnar ut i förslag på åtgärder för att minska risken för liknande händelser.

Syftet med den här rapporten är att sammanställa och analysera vårdgivares händelseanalyser av fullbordade självmord, för att få ökad kunskap om omständigheterna kring händelserna. Detta för att kunskapen ska kunna bidra till att förbättra patientsäkerheten, och därmed minska självmordshandlingar hos patienter med psykisk ohälsa.

En projektgrupp med fem sakkunniga har sammanställt och analyserat innehållet från 228 händelseanalyser. Analyserna finns i Nitha Kunskapsbank, en databas som innehåller anonymiserade händelseanalyser inom hälso- och sjukvården från webbapplikationen Nitha Analys. Projektgruppen har kartlagt och kategoriserat

- information om patienten (t.ex. kön, ålder, diagnoser)
- felhändelser som inträffat i händelseförloppet
- vårdssammanhanget (t.ex. vårdkontakt före självmordet)
- bakomliggande bidragande orsaker till felhändelserna
- åtgärdsförslag som angetts i händelseanalyserna.

Resultaten av de analyserade händelseanalyserna visar att de flesta händelseanalyser handlade om patienter inom specialistpsykiatri. Majoriteten av patienterna var män och drygt hälften var 18–49 år. Sammanställningen visar bl.a. att självmorden oftast ägde rum i nära anslutning till pågående vård. Vidare hade flertalet av patienterna en pågående läkemedelsbehandling. I merparten av händelseanalyserna framkom det att det fanns närstående till patienten, men i endast en tredjedel av fallen hade de varit delaktiga i vården.

Projektgruppen identifierade 650 felhändelser i vården av patienterna. De rörde huvudsakligen brister i bl.a. uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärder, vård- och behandlingsplaner, självmordsriskbedömning och samverkan mellan vårdgrannar (dvs. vårdaktörer som har kompletterande ansvar för patienten).

Vidare visade genomgången 750 bidragande bakomliggande orsaker till felhändelserna. Dessa rörde brister inom framför allt fyra områden:

- rutiner och procedurer (50 procent)
- kommunikation (20 procent)
- organisation (18 procent)
- utbildning och kompetens (10 procent).

Hälften av bristerna inom området *rutiner och procedurer* utgjordes av bristande följsamhet. Brister i *kommunikation* inträffade huvudsakligen vid en patients övergång från en vårdgivare till en annan. Bland bristerna i *organisation* dominerade otillräcklig tillgång till personal. Brister i personalens *utbildning och kompetens* handlade främst om bristande kunskaper om psykiatriska tecken och symtom hos patienten.

De flesta åtgärdsförslagen handlade om att åtgärda brister i organisation och arbetssätt, och införa nya rutiner.

Resultaten överensstämmer väsentligen med tidigare sammanställningar av liknande slag. Det kan tyda på att kunskapen från det systematiska patientsäkerhetsarbetet inte använts i tillräcklig utsträckning för att förbättra förhållandena.

Slutsatsen är att det behövs gemensamma insatser för att åstadkomma ett mer hållbart och effektivt patientsäkerhetsarbete för självmordsbenägna patienter. Framför allt behövs ökad kunskap och tydligare riktlinjer om

- uppföljningar i vården och hur dessa bör genomföras
- arbete med individuella vård- och behandlingsplaner
- hur självmordsriskbedömningar bör genomföras, dokumenteras och följas upp
- hur samverkan inom vården och mellan aktörer bör ske.

Summary

Root cause analyses of suicide in healthcare. A compilation and analysis of root cause analyses in Nitha Kunskapsbank

Patient safety work is a central part of suicide prevention work and involves strengthening activities in healthcare that can reduce the incidence of suicide attempts. Root cause analyses are used in patient safety work in order to identify deficiencies that might have contributed to a health injury occurring or that could have occurred. Such analyses result in proposals for measures to reduce the risk of similar events being repeated.

The purpose of this report is to compile and analyze healthcare providers' root cause analyses in order to gain increased knowledge of the circumstances surrounding these events. Such knowledge should contribute to improving patient safety, thereby reducing the incidence of suicidal acts in patients with mental ill health.

A project group of five experts has compiled and analyzed the contents of 228 root cause analyses that are available in Nitha Kunskapsbank – a database that contains anonymized root cause analyses from the Nitha Analysis web application. The project group has mapped and categorized

- Information about the patient (e.g. gender, age, diagnoses),
- events that occurred in the course of events,
- the health care relationship (e.g. care contact before the suicide),
- underlying contributing causes of the error events, and
- action proposals specified in the root cause analyses.

The results of the analyzed root cause analyses show that most root cause analyses concerned patients in specialist psychiatry. The majority of patients were men, and just over half were 18–49 years old. The summary shows that suicide usually took place in close proximity to ongoing care. Furthermore, most of the patients had ongoing pharmacological treatment. In most of the analyses, it emerged that the patient had relatives, but in only one third of the cases were these persons involved in the patient's care.

The project group identified 650 error events in the care of patients. These mainly concerned deficiencies in, for example, care and treatment plans, suicide risk assessment, follow-up of health care measures, and collaboration between care providers.

Furthermore, the review showed 750 contributing underlying causes behind the error events. These concerned deficiencies especially within the following four areas:

- routines and procedures (50 percent),
- communication (20 percent),

- organization (18 percent), and
- education and competence (10 percent).

Half of the deficiencies in the area of routines and procedures consisted of inadequate compliance. Deficiencies in communication mainly occurred during a patient's transition from one care provider to another. Among the deficiencies in organization, insufficient access to staff dominated, while shortcomings in staff training and skills were mainly about lack of knowledge of psychiatric signs and symptoms in the patient.

Most of the action proposals concerned efforts to address deficiencies in organization and working methods along with the introduction of new routines.

The results are mostly consistent with previous compilations of similar kind. This might indicate that the knowledge generated by systematic patient safety work is not used to a sufficient extent to improve conditions.

The conclusion is that there is a need for joint efforts to achieve more sustainable and effective patient safety work with regard to patients at risk of suicide. Above all, there is a need for increased knowledge and clarified guidelines regarding:

- follow-ups in health care and how these should be implemented,
- the establishment and work on individual care and treatment plans,
- how suicide risk assessment should be carried out, documented, and followed up, and
- how collaboration within healthcare and between actors should take place.

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

Bakgrund

Själv mord betraktas ofta som den allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa. Årligen tar cirka 1 200 personer sitt liv i Sverige. Därtill kan läggas knappt 300 dödsfall som kan handla om självmord, men där avsikten bakom dödsorsaken inte med säkerhet har kunnat fastställas. Trots att antalet självmord relativt folkmängden har minskat i Sverige de senaste decennierna, har minskningstakten sedan slutet på 1990-talet bromsat in och antalet faktiska självmord ligger kvar på ungefär samma nivå (1).

Varje självmordshandling (dvs. självmord och självmordsförsök) är en katastrof för både individen själv och de närstående. En sådan händelse har också en djup inverkan på hälso- och sjukvårdens personal och andra berörda. Ungefär en tredjedel av alla som tar sitt liv har en aktuell kontakt med den psykiatriska hälso- och sjukvården, och betydligt fler har haft kontakt med annan hälso- och sjukvård (2). En viktig uppgift för alla delar av hälso- och sjukvården är att förebygga att en patient genomför självmordshandlingar. Patientsäkerhetsarbetet handlar i detta sammanhang om att stärka sådana aktiviteter som kan minska självmordshandlingar genom ständiga förbättringar i vården av patienter med psykisk ohälsa.

Förbättringsarbetet bör bedrivas inom flera områden samtidigt, systematiskt och långsiktigt strategiskt på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Genom att identifiera och analysera orsaker till självmordshandlingar och vilka brister i vården som kan ha bidragit, ökar lärandet i organisationen och det riskförebyggande arbetet kan stärkas. Detta kan göras bland annat genom att utreda händelseförlopp som medfört en självmordshandling, i synnerhet om det medfört ett fullbordat självmord, och identifiera risker som behöver åtgärdas för att därmed utveckla de berörda verksamheterna. Kunskapen som genereras i ett sådant patientsäkerhetsarbete kan också komma andra vårdgivare och verksamheter till nytta om informationen sammanställs och görs tillgänglig för fler.

Händelseanalyser inom hälso- och sjukvården

Händelseanalys är en metod för att utreda avvikelser i vården och är en viktig del i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Händelseanalyserna görs för att identifiera brister i verksamheten som kan ha bidragit till att en vårdskada inträffat eller hade kunnat inträffa. Händelseanalyserna mynnar ut i förslag på lämpliga åtgärder för att minska risken för att liknande händelser ska inträffa igen.

Den centrala betydelsen av en händelseanalys som rör självmord är att identifiera brister som på ett väsentligt sätt kan ha bidragit till att självmordshandlingar som kunde ha undvikits ändå genomfördes.

Lex Maria-anmälningar vid självmord

En händelseanalys kan vara en del av den interna utredningen som ska göras vid en Lex Maria-anmälan. 2006 föreskrev Socialstyrelsen att vårdgivaren var skyldig att anmäla alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter den senaste vårdkontakten, enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria (SOF 2005:28). Det främsta syftet med anmälningsskyldigheten har varit att identifiera brister som kan ha bidragit till att en självmordshandling kunde genomföras och få ett kunskapsunderlag i vårdens arbete med att förebygga sådana handlingar. Den 1 september 2017 upphörde föreskriften att gälla och därmed upphörde också den obligatoriska anmälningsskyldigheten vid självmord.

Om vårdgivarens utredning av en händelse visar att ett självmord skedde till följd av betydelsefulla brister i vården, kan det fortfarande bedömas som en vårdskada. Händelsen ska i sådant fall anmälas till IVO, enligt 3 kap. 3 och 5 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Samma bestämmelse gäller för självmordshandlingar som inte resulterade i fullbordat självmord.

Nitha – Nationellt it-stöd för händelseanalys

Nitha står för Nationellt it-stöd för händelseanalys. Det är ett it-stöd (webbapplikation) för att genomföra händelseanalyser inom alla delar av hälso- och sjukvården, enligt en strukturerad metod som beskrivs närmare i SKL:s handbok ”Riskanalys och händelseanalys” (3, 4).

Nitha har kommit till på initiativ av vårdgivarna och lanserades 2011. Det används i dag av de flesta landstingsdrivna vårdgivare. Nitha ägs och förvaltas av Inera AB. Nitha består av två delar:

- Nitha Analys, stödet för att genomföra en händelseanalys
- Nitha Kunskapsbank, en databas som innehåller anonymiserade rapporter av händelseanalyser som genomförts med Nitha Analys.

I Nitha Kunskapsbank fanns i mars 2019 drygt 2 000 händelseanalyser inom olika vårdområden. Antalet ökar i takt med att nya analyser görs i vården.

Händelseanalyserna i Nitha Kunskapsbank är tillgängliga för lärande för alla vårdgivare, för hälso- och sjukvårdspersonal och för studerande vid vårdutbildningar. Vårdgivare i Sverige kan genom Nitha Kunskapsbank nationellt dela med sig av kunskap om allvarliga händelser i vården och hur de uppkommit. Slutligen kan händelseanalyserna som finns i kunskapsbanken användas för sammanställningar och analyser för att utveckla strategier på alla organisatoriska nivåer i vården med syftet att stärka patientsäkerheten.

Genomförande av händelseanalyser

En händelseanalys görs av ett analysteam som består av experter inom relevanta medicinska ämnesområden och de verksamheter som analysen berör.

Händelseanalysen leds av en analysledare som har särskild kompetens enligt den metod som beskrivs i SKL:s handbok (4).

Som faktaunderlag för att klarlägga händelseförloppet och de bidragande bakomliggande orsakerna används följande källor

- vårddokumentation (komplett patientjournal och patientadministrativa uppgifter)
- intervjuer eller skriftliga berättelser från hälso- och sjukvårdspersonalen som deltagit i händelseförloppet och från patienter och närstående
- dokument som beskriver relevanta delar (t.ex. rutiner, samverkan) av verksamheterna där händelseförloppet ägde rum.

Dessa källor utgör underlag i analysen.

Att göra en händelseanalys enligt metoden för händelseanalys (3, 4) innebär att efter en incident samlas analysteamet som tillsammans går igenom vad som hänt. Analysteamet kartlägger på ett systematiskt sätt händelseförloppet, felhändelser och bidragande orsaker. Med felhändelse avses händelser i hälso- och sjukvården som involverar patienten och som genomfördes bristfälligt eller som fördröjdes, var felaktiga eller uteblev. Till varje individuell felhändelse identifieras bakomliggande bidragande orsaker genom en orsaksanalys. Vid orsaksanalysen, som baseras på informationen som framkommer av intervjuer med vårdpersonal och närstående, samt på kända omständigheter i verksamheten, identifierar analysteamet möjliga systemfaktorer inom olika orsaksområden. Därför betecknas orsaken som bakomliggande. Att en orsak beskrivs som bidragande syftar till att det ofta finns flera orsaker till att en felhändelse uppkommer. Analysteamet tar också fram åtgärdsförslag kopplade till de bakomliggande orsakerna. Utifrån åtgärdsförslagen upprättar verksamheten en handlingsplan över de åtgärder som vårdgivaren avser att vidta. Detta är reglerat i patientsäkerhetslagen (3 kap. 2 §) och närmare specificerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

Nitha Analys genererar en graf som illustrerar det utredda händelseförloppet med textutor och pilar som beskriver felhändelser, orsaksanalys med bidragande bakomliggande orsaker till felhändelserna och förslag på åtgärder kopplade till orsakerna (3). I Nitha framställs också en detaljerad rapport och en översiktlig rapport med bakgrundsfakta. Den avslutade analysrapporten i Nitha Analys med tillhörande graf kan därefter sparas i databasen, Nitha Kunskapsbank.

I Nitha Kunskapsbank finns en lista över åtgärdsförslagen men vanligtvis inte handlingsplanen, även om den kan förekomma. Resultaten av de genomförda handlingsplanerna finns inte i Nitha utan kan hittas i andra system för dokumentation av vårdgivarens patientsäkerhetsarbete, exempelvis i avvikelshanteringssystemet.

Sammanfattningsvis stödjer Nitha en standardiserad metod för händelseanalyser inom vården. Nitha Analys och Kunskapsbank används av alla delar av hälso- och sjukvården, inte bara för att göra händelseanalyser utan även för att sammanställa och dela kunskap som ska bidra till patientsäkerhetsarbetet på många olika områden.

Tidigare rapporter om utredningar av självmord inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har i två rapporter granskat och sammanställt samtliga beslut i Lex Maria-ärenden som fattats fram till och med den 7 maj 2009, och som gäller självmord som begåtts mellan 2006 och 2008 (5, 6). I cirka 60 procent av fallen var det i stort sett samma systembrister som identifierades. Vanligt förekommande brister var bland annat att vårdplaner saknas, att riskbedömningar görs i en för liten omfattning och att vårdprogram använts inte alltid fast de finns. Västra Götalandsregionen (VGR) gjorde 2016 en sammanställning av 285 utredningar av självmordshändelser som Lex Maria-anmäldes 2010–2015 (7). Detta material består av självmordsutredningar som gjorts såväl med som utan händelseanalysmetodik. I cirka 71 procent av utredningarna påvisades olika typer av systembrister som framför allt handlar om rutiner och riktlinjer, kommunikation och samverkan samt dokumentation (7).

En rapport som tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2018 sammanfattar resultaten av en markörbaserad journalgranskning (MJG) av drygt 2 500 slumpvis utvalda journaler inom psykiatrisk specialistvård (8). Alla typer av psykiatriska patienter inkluderades i granskningen, men inga självmord ingick i det slumpmässiga urvalet. I journalgranskningen identifierades kvalitetsbrister bland annat inom öppen- och slutenvård (8). De vanligaste kvalitetsbristerna inom psykiatrisk vuxenvård var att patienten saknade en aktuell vårdplan, dokumentation om somatisk hälsostatus i den psykiatriska slutenvården ofta saknades, suicidriskbedömning inte gjordes enligt riktlinjer och att patienten saknade fast vårdkontakt.

I denna rapport presenterar vi en sammanställning och analys av händelseanalyserna i Nitha Kunskapsbank om fullbordade självmord inom hälso- och sjukvården. Till skillnad från tidigare sammanställningar av exempelvis Lex Maria ärenden är detta den första rapporten som sammanställt vårdgivarnas egna utredningar som gjorts med händelseanalysmetoden efter självmord.

Syfte

Syftet är att få ökad kunskap som kan bidra till att förbättra förutsättningarna för vårdgivares arbete med patientsäkerheten i hälso- och sjukvården och för insatser på en övergripande systemnivå för att minska risken för självmordshandlingar hos patienter med psykisk ohälsa.

Mer specifikt avser rapporten svara på följande frågeställningar:

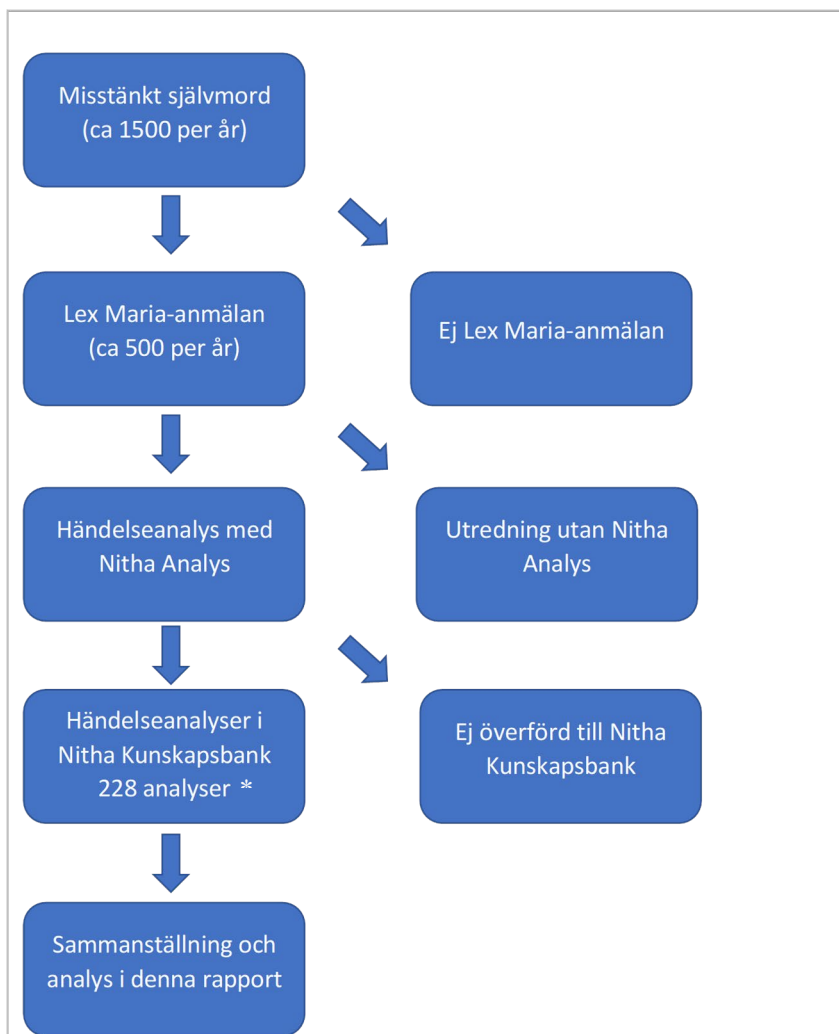
- Vilken information finns om patienter som tagit sitt liv?
- Vilka felhändelser finner vårdgivaren vanligen i samband med självmord?
- Vilka bidragande bakomliggande orsaker framkommer vanligen?
- Vilka är de vanligaste åtgärdsförslagen?
- I vilken utsträckning har händelseanalyserna i Nitha Kunskapsbank belyst områden som bedöms viktiga för uppföljning av självmord inom hälso- och sjukvården, och som kan vara av betydelse när strategier formas för att förebygga självmord?
- Vilka behov av insatser kan sammanställningen och analysen bidra till?

Metod

Händelseanalyser av självmord

I Nitha Kunskapsbank fanns i maj 2018 sammanlagt 228 händelseanalyser som genomförts efter att patienter begått självmord mellan 2006 och 2018, och som överförts till Nitha Kunskapsbank mellan 2012 och 2018. Dessa händelseanalyser utgör en mindre andel (cirka 8 procent) av de cirka 500 självmord som årligen anmälts enligt Lex Maria mellan 2012 och 2017 (figur 1).

Figur 1. Urval av händelseanalyser efter självmord genomförda 2006–2018 som ingår i den här rapporten.



*13 procent av dessa händelseanalyser är inte Lex Maria anmälda

Arbetet med sammanställning och analys

Projektgruppen som genomförde sammanställningen och analysen av händelseanalyserna bestod av en regionläkare som är sakkunnig i patientsäkerhet, 2 kliniskt verksamma psykiatriker och 2 verksamhetsutvecklare, tillika psykolog

respektive sjuksköterska, vid en psykiatrisk klinik, samtliga med särskild kompetens inom händelseanalysmetoden.

Projektgruppen sammanställde för varje enskild händelseanalys

- övergripande information om händelseanalysen (t.ex. analysteamets sammansättning, tidpunkt för självmordet, vårdgivare)
- information om patienten (t.ex. kön, ålder, diagnoser, vårdkontakt före självmordet)
- felhändelser som inträffat i händelseförloppet
- vårdsammanhang (kontext) där varje felhändelse inträffade
- bakomliggande bidragande orsaker till varje felhändelse
- åtgärdsförslag som identifierats av händelseanalysteamet.

Kategorisering av innehållet i händelseanalyserna

Utifrån innehållet utformade projektgruppen olika kategorier för att dela in informationen om felhändelser, bakomliggande bidragande orsaker och åtgärdsförslag. Kategorierna bestämdes av projektgruppen under arbetets gång och utgick därmed inte från någon förutbestämd teoretisk modell eller struktur. Kategorierna kunde överlappa och utesluter alltså inte varandra, men ambitionen var att inordna informationen från varje felhändelse och bakomliggande bidragande orsak till högst en kategori. Avsikten med kategoriseringen var att den skulle kunna beskriva praktiska, kliniska händelser och därmed vara relevant utifrån ett vårdverksamhetsperspektiv och ha en praktisk innebörd för handläggningen av patienter. För vissa felhändelser och bakomliggande bidragande orsaker utformade projektgruppen även undergrupper inom en kategori. Resultaten redovisas deskriptivt, och andelar i respektive kategori och undergrupp illustreras med grafer.

Projektgruppen identifierade ett antal områden som bedömdes vara av särskild betydelse för kvaliteten i vården och patientsäkerheten, när personalen handlägger patienter med risk för självmord. Områdena och i vilken utsträckning dessa har belysts i händelseanalyserna beskrivs i tabell 1, sida 41.

Resultat

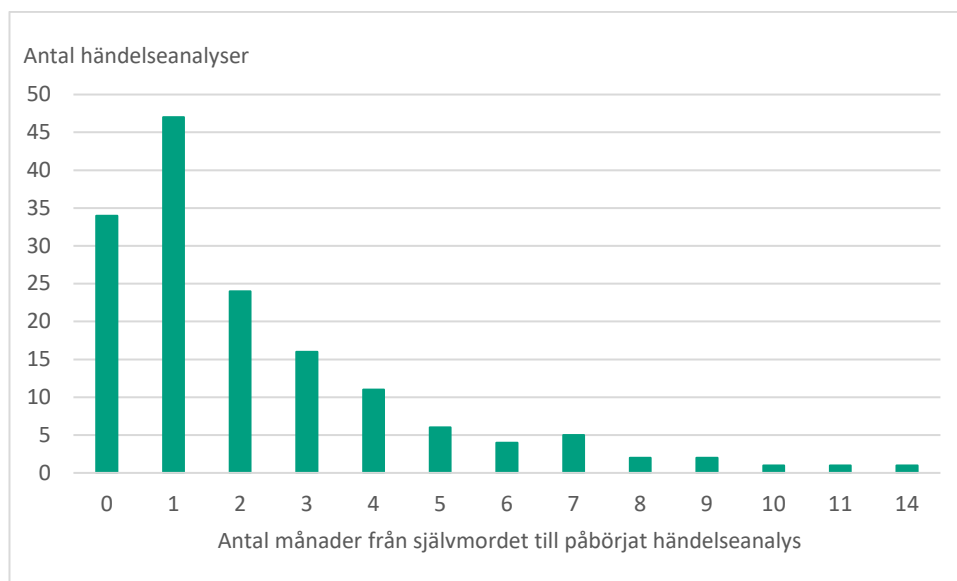
Nedan följer resultaten av sammanställningen av de 228 händelseanalyserna efter självmord i Nitha Kunskapsbank. Resultatredovisningen börjar med en övergripande beskrivning av händelseanalyserna och av patienterna som begick självmord. Därefter beskrivs de identifierade felhändelserna och bakomliggande bidragande orsakerna samt åtgärdsförslagen. Resultatredovisningen avslutas med en tabell över ett antal områden som är viktiga för uppföljning av självmord inom hälso- och sjukvården, samt kan vara av betydelse när strategier formas för att förebygga självmord, och i vilken utsträckning dessa har belysts i händelseanalyserna.

Övergripande beskrivning av händelseanalyserna

Tid från självmord till analysstart

Tiden från det att ett självmord inträffat till starten av en analys var i genomsnitt 2,2 månader, med en mediantid på 1 månad (figur 2).

Figur 2. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på tiden från självmordet till påbörjad händelseanalys i antal månader.



Vårdokumentation

Vårdokumentationen utgör stommen i källmaterialet och har använts i alla händelseanalyser. I endast en händelseanalys saknades uppgifter om patientjournalen.

Personalintervju

Den berörda personalen har intervjuats i 95 procent av händelseanalyserna (i 4 procent av fallen saknades uppgifter om ifall personalen intervjuats eller inte).

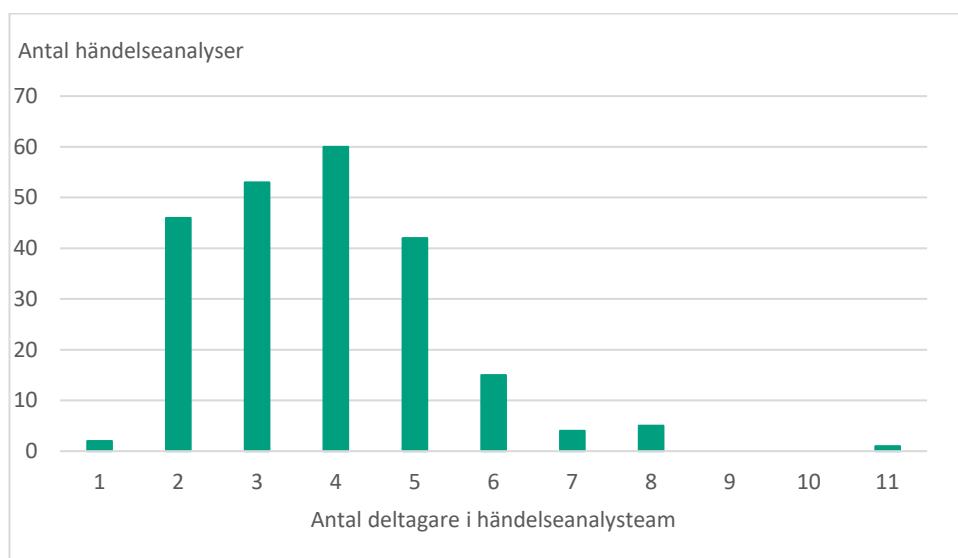
Närståendes delaktighet i händelseanalysen

I majoriteten av händelseanalyserna (65 procent) intervjuades närstående. I 16 procent av fallen saknades uppgifter om ifall närstående var delaktiga (exempelvis genom intervju eller på annat sätt bidragit med information till analysteamet) i händelseanalysen eller inte. Närstående kan ofta bidra med en annan typ av information än den man hittar i journalen och som framkommer av den berörda personalens berättelser.

Analysteams sammansättning

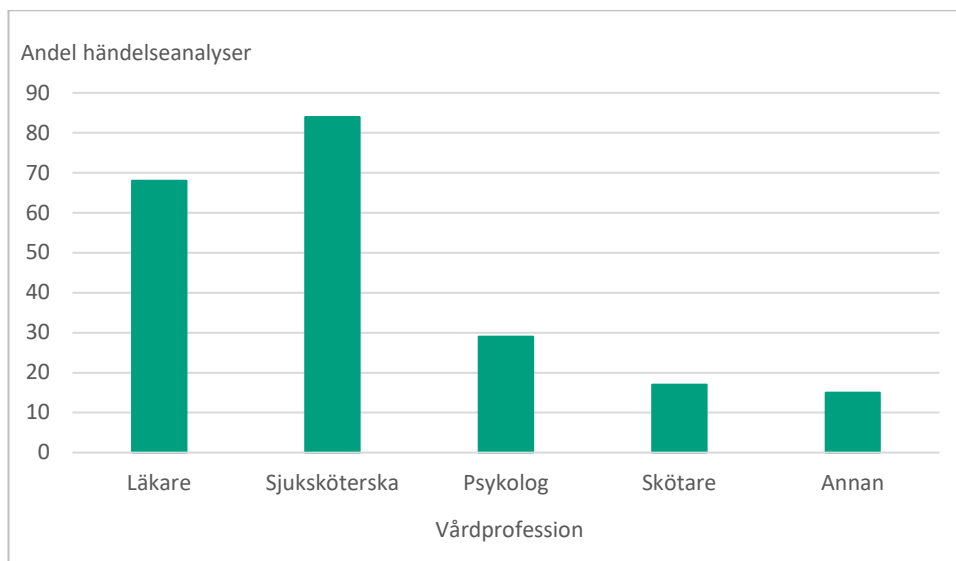
I genomsnitt deltog 3–4 deltagare i analysteamet (analysledaren inkluderad), medianen var 4 deltagare. Två av händelseanalyserna gjordes endast av en person annars var det som lägst 2 deltagare i analysteamet i cirka 20 procent av analyserna (figur 3). I de flesta analyserna var minst en av teammedlemmarna läkare, sjuksköterska eller psykolog (94 procent).

Figur 3. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på antalet deltagare i händelseanalysteamet.



Den vanligaste yrkesgruppen var sjuksköterska (84 procent) respektive läkare (68 procent). Psykologer, skötare och andra yrkesgrupper, såsom socionomer (kurator) och fysioterapeuter, deltog i mindre omfattning (figur 4).

Figur 4. Andel händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på olika vårdprofessioners deltagande i analysteamet.



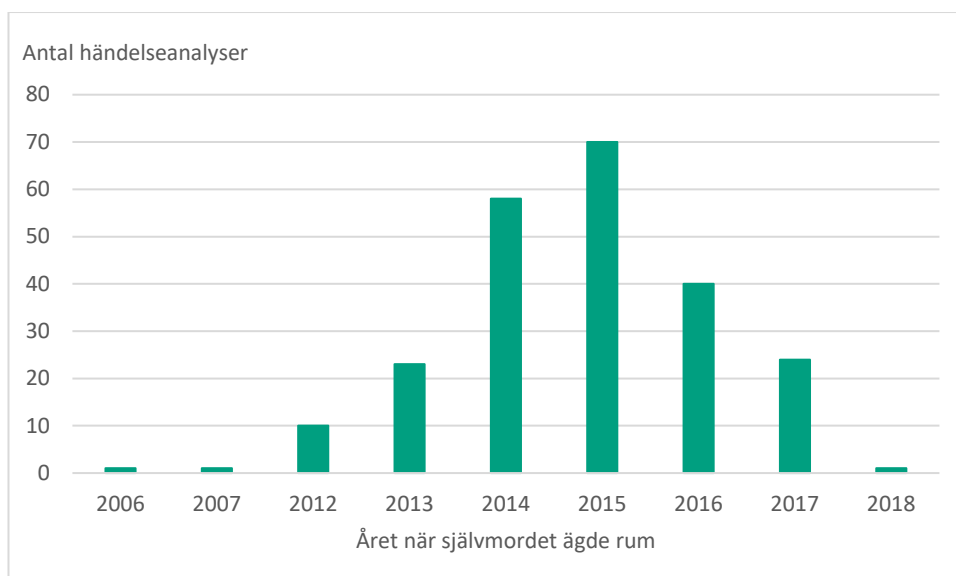
Lex Maria-anmälan

Lex Maria-anmälan hade gjorts i 87 procent av fallen. För de händelseanalyser där ingen anmälan angetts kan den ha gjorts vid ett senare tillfälle, eller så omfattades de inte av anmälningskravet (dvs. självmord som skett efter den 1 september 2017 som inte bedömdes vara en vårdskada).

Tidpunkt för självmord

Antalet händelseanalyser av självmord i Nitha Kunskapsbank har varierat under åren. De flesta händelseanalyserna har gjorts av självmord som inträffade mellan 2014 och 2016 (figur 5).

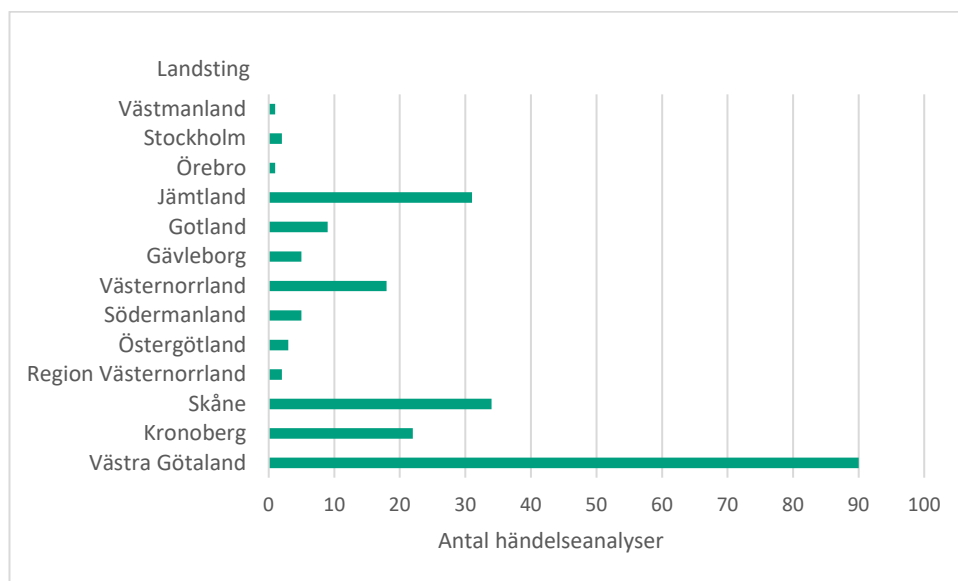
Figur 5. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på åren när självmordet ägde rum.



Ingående landsting

De vårdgivare som bidragit med händelseanalyser av självmord i Nitha har i stort sett varit spridda i landet (figur 6). Samtlig vård som analyserats bedrevs av landstingen själva. De flesta händelseanalyserna gjordes i Västra Götalandsregionen. Andra landsting som genomfört många händelseanalyser av självmord är Skåne, Jämtland/Härjedalen, Västernorrland och Kronoberg.

Figur 6. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på landsting som bidragit med händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank.

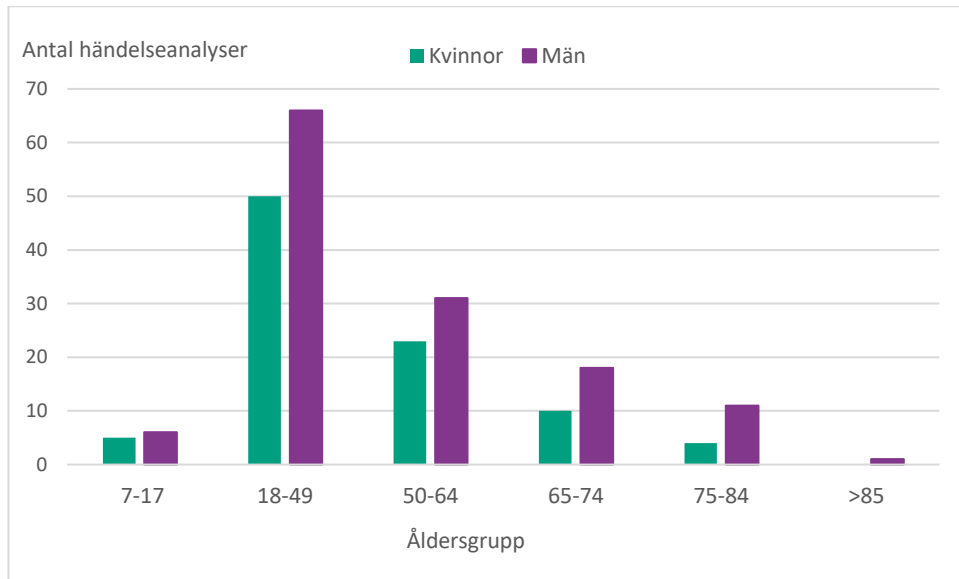


Beskrivning av patienterna som begick självmord

Kön och ålder

Av de 228 händelseanalyserna rörde 59 procent män och 40 procent kvinnor (i 1 procent av fallen framgick inte kön). Åldersindelningen baserades på de förvalda åldersgrupper som finns i Nitha. De flesta självmord, oavsett kön, fanns bland patienter i åldersgruppen 18–49 följt av 50–64 (figur 7).

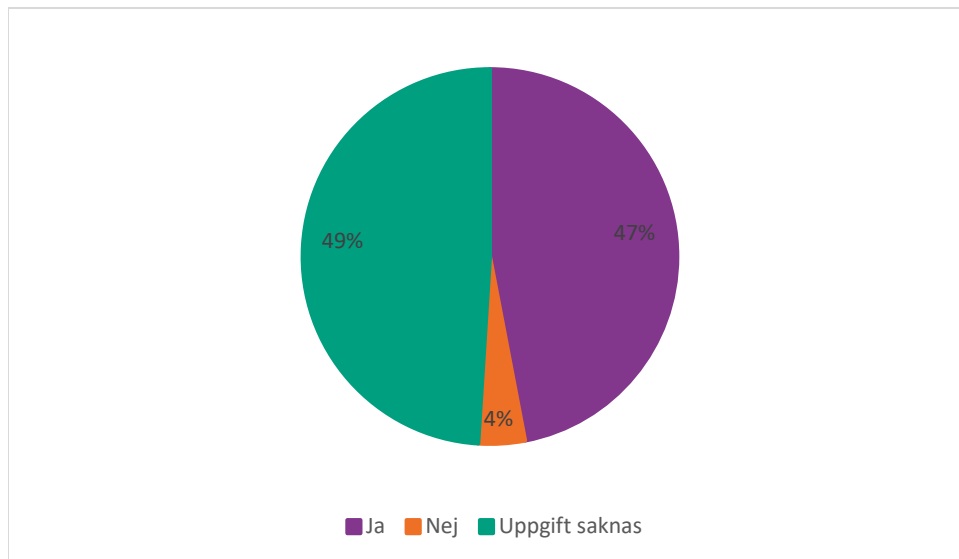
Figur 7. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på kön och åldersgrupper.



Tidigare självmordsförsök

Tidigare självmordsförsök är den starkaste riskfaktorn för framtida självmord (1). I minst 47 procent av fallen föregicks självmordet av ett eller flera självmordsförsök. Det saknas uppgifter om tidigare försök i nästan hälften av händelseanalyserna (figur 8).

Figur 8. Andel händelseanalyser där det finns uppgift om tidigare självmordsförsök.



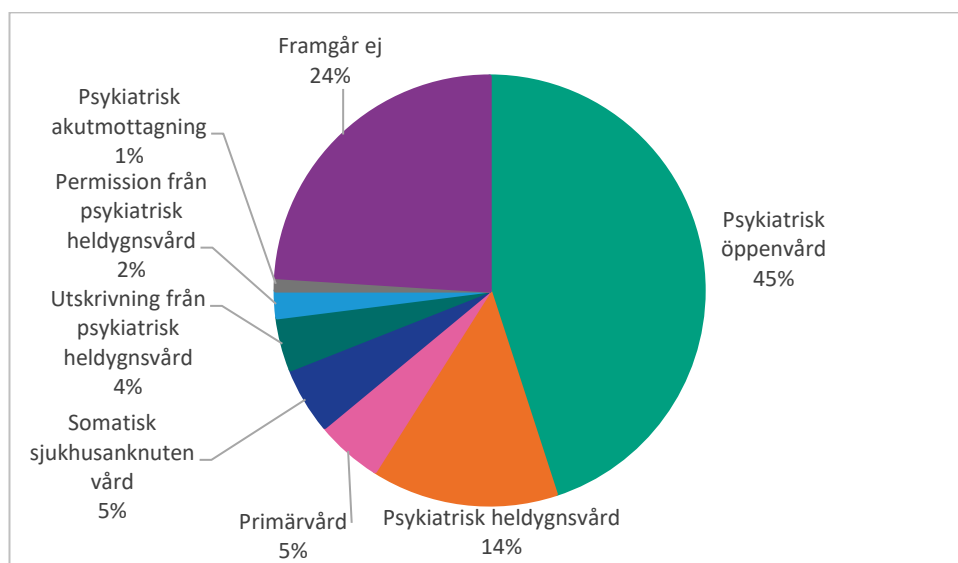
Sista vårdkontakten före självmordet

De flesta självmorden hade skett i anslutning till psykiatrisk öppenvård (45 procent) eller under psykiatrisk heldygnsvård (14 procent). Utöver dessa skedde självmord också i anslutning till utskrivning från heldygnsvården (4 procent) och under permission (2 procent) (figur 9). Majoriteten av patienterna

(minst 66 procent) hade haft kontakt med psykiatrisk specialistsjukvård i anslutning till självmordet. I 10 procent av de inträffade självmorden hade patienten haft kontakt med primärvård eller annan somatisk vård. Några självmord (1 procent) hade även inträffat i anslutning till att patienten sökt vård vid en psykiatrisk akutmottagning. I 24 procent av fallen framgick det inte i vilken vårdform patienten hade vårdats före självmordet.

De flesta händelseanalyserna (minst cirka två tredjedelar) var utförda inom specialistpsykiatin.

Figur 9. Andel händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på sista vårdkontakten före självmordet.

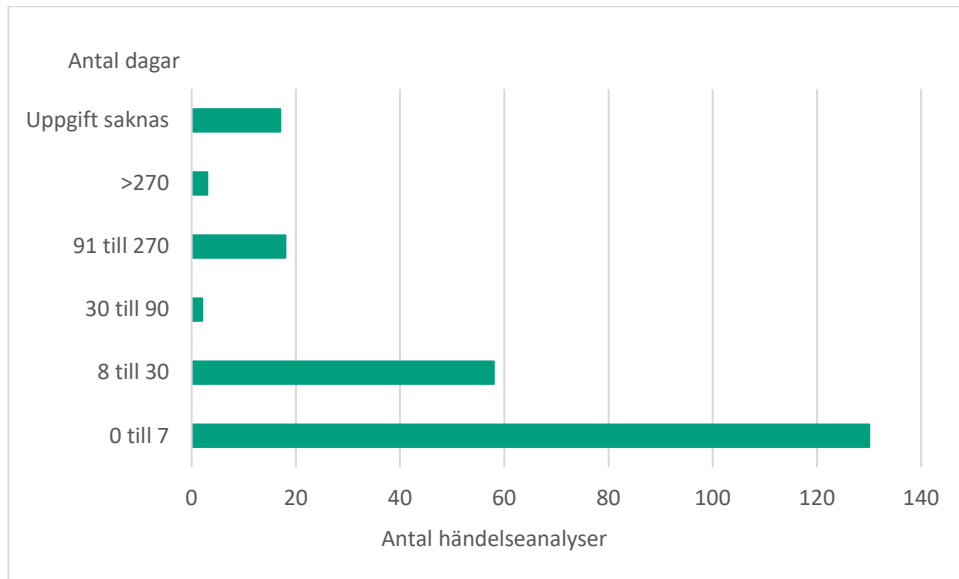


Med psykiatrisk heldygnsvård avses sluten tvångsvård enligt lag om psykiatrisk tvångsvård. I sjukhusanknuten vård inkluderas öppen och sluten vård.

Tidpunkt för självmordet i relation till senaste vårdkontakten

I cirka 60 procent av fallen inträffade självmordet inom 7 dagar från den senaste vårdkontakten. I cirka 20 procent av fallen inträffade självmordet samma dag som den senaste vårdkontakten (figur 10).

Figur 10. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på antalet dagar som gått från sista vårdkontakten före självmordet.

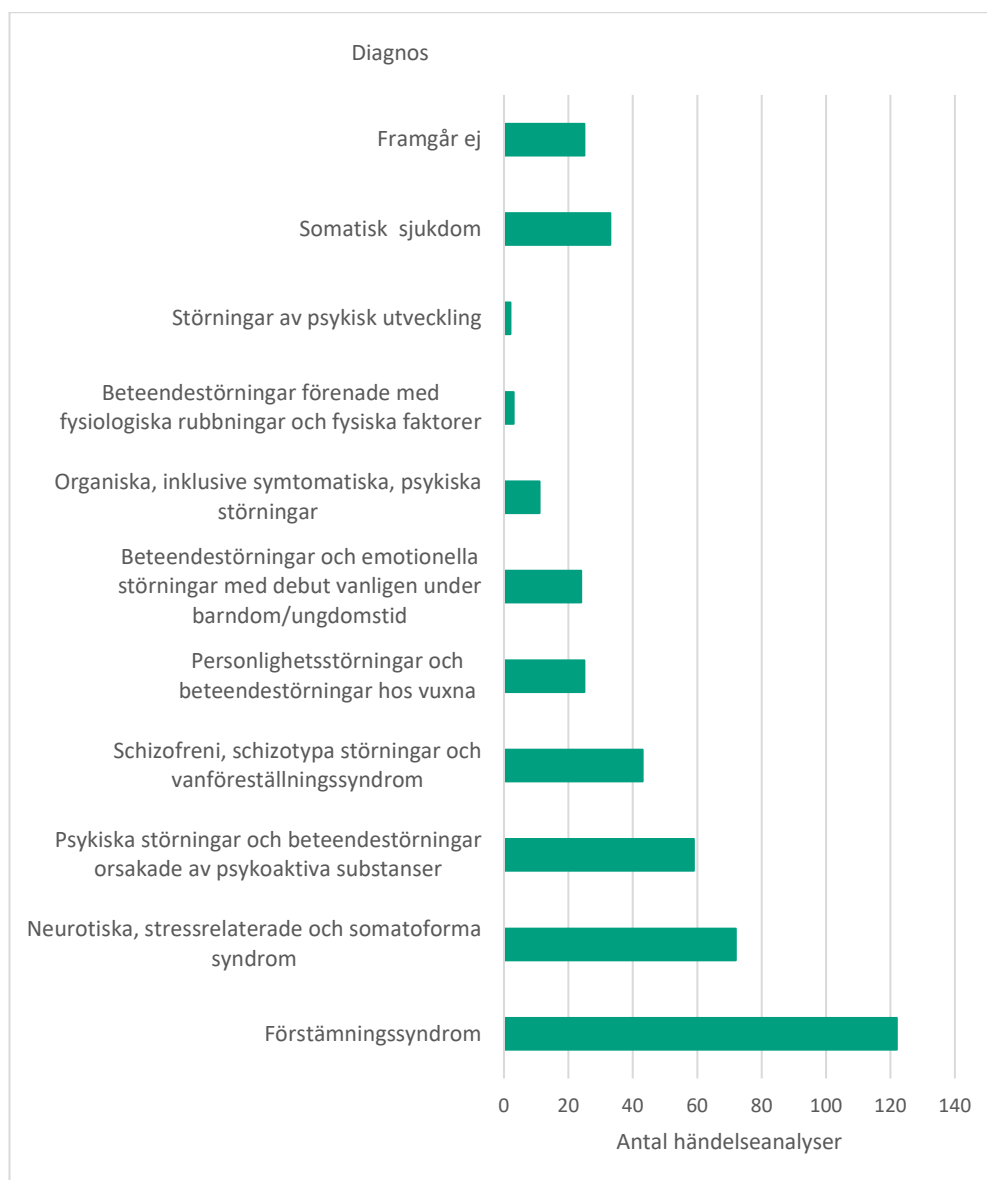


Diagnoser

De vanligaste diagnoserna bland de patienterna som begått självmord var förstämningssyndrom (som innefattar depression och bipolär sjukdom) och neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (exempelvis ångest, stressreaktion och posttraumatiskt stressyndrom) (figur 11). Även diagnoser relaterade till beroende och missbruk var vanliga. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan könen i diagnoser, med undantag för att en något högre andel män hade en beroendediagnos enligt ICD-10 (9).

Observera att det totala antalet diagnoser inte motsvarar antalet individer, eftersom en individ kan ha flera diagnoser samtidigt.

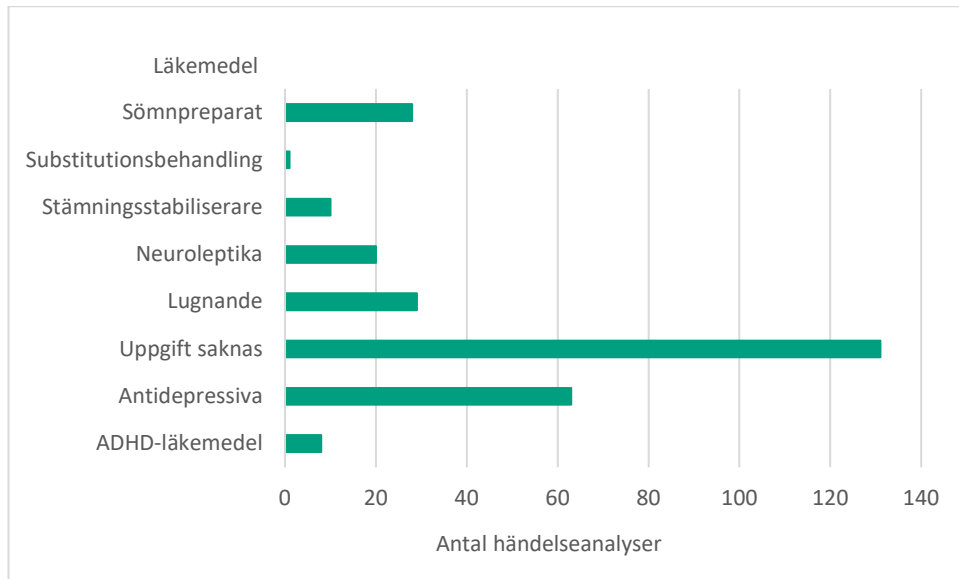
Figur 11. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på olika psykiatriska diagnoser.



Farmakologisk behandling

Majoriteten (70 procent) av patienterna hade en pågående farmakologisk behandling vid självmordet. I 45 procent av fallen där farmakologisk behandling angavs, saknades dock uppgift om vilken typ av läkemedel som ordinerats. De mest använda läkemedlen var antidepressiva, lugnande medel och sömnpreparat, vilket är förväntat med tanke på diagnoserna hos patienterna (figur 12).

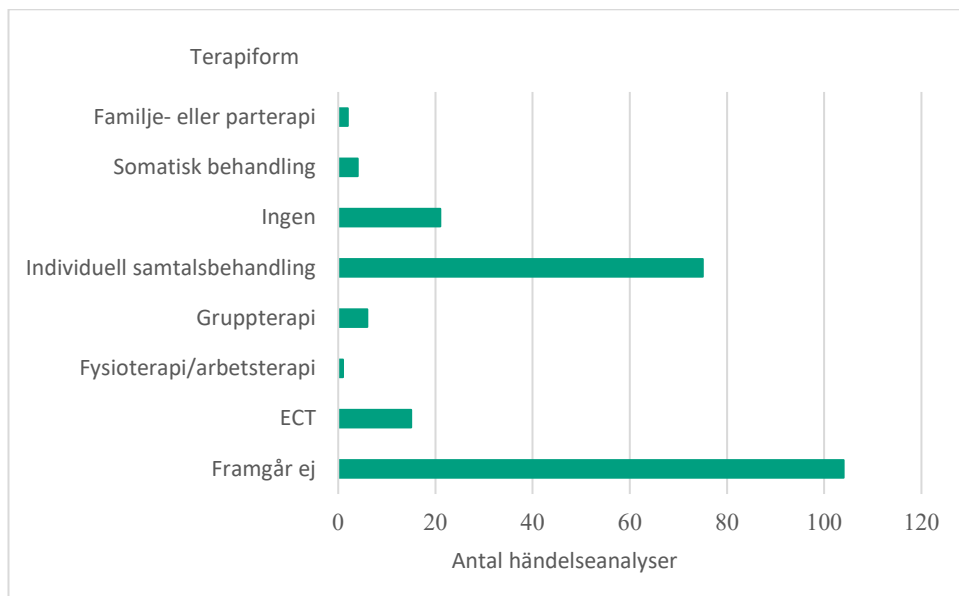
Figur 12. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på aktuell läkemedelsbehandling i anslutning till självmordet.



Icke-farmakologisk behandling

I knappt hälften av fallen framgick det inte om patienten hade fått en icke-farmakologisk behandling (figur 13). I gruppen *Individuell samtalsbehandling* ingick såväl stödsamtal som opreciserade behandlingsmetoder. En och samma individ kan ha fått flera behandlingar av olika slag.

Figur 13. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på aktuell icke-farmakologisk behandling i anslutning till självmordet.



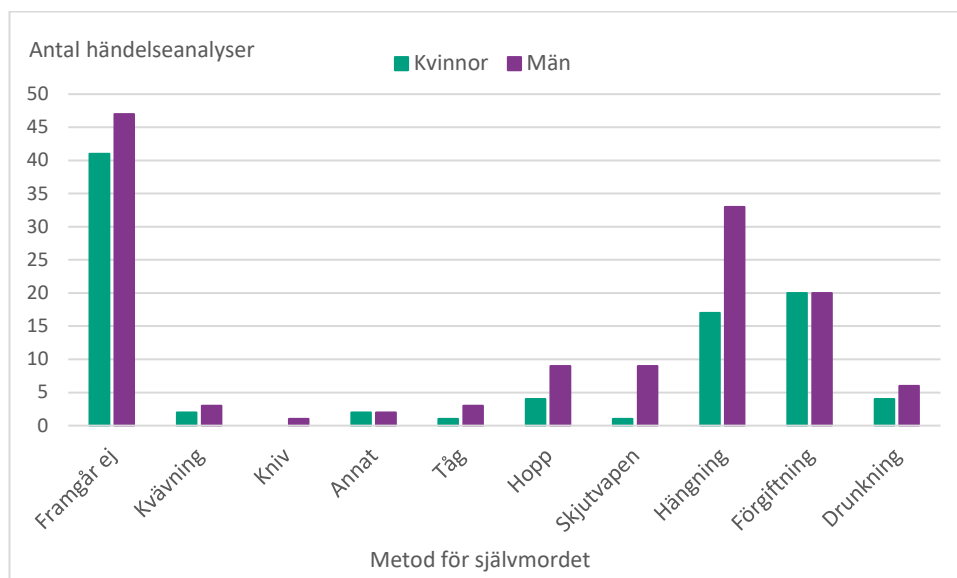
Närståendes delaktighet i vården

I patientlagen (10) föreskrivs att närstående, om de finns och om patienten samtycker, ska ges möjlighet att medverka vid genomförandet av vården. Detta är särskilt angeläget för patienter med ökad självmordsbenägenhet. I merparten av fallen (78 procent) hade patienten en närstående, men i endast 32 procent av händelseanalyserna hade de varit delaktiga i vården.

Metod för självmordet

Metoden för självmordet angavs i 62 procent av fallen. Den vanligaste metoden var hängning, som utgjorde 37 procent av samtliga fall där uppgiften framkommer, följt av förgiftning som angavs i 29 procent av fallen (figur 14). Hängning var den vanligaste metoden bland män, medan förgiftning var vanligast bland kvinnor i detta material. Det stämmer överens med nationell statistik (1).

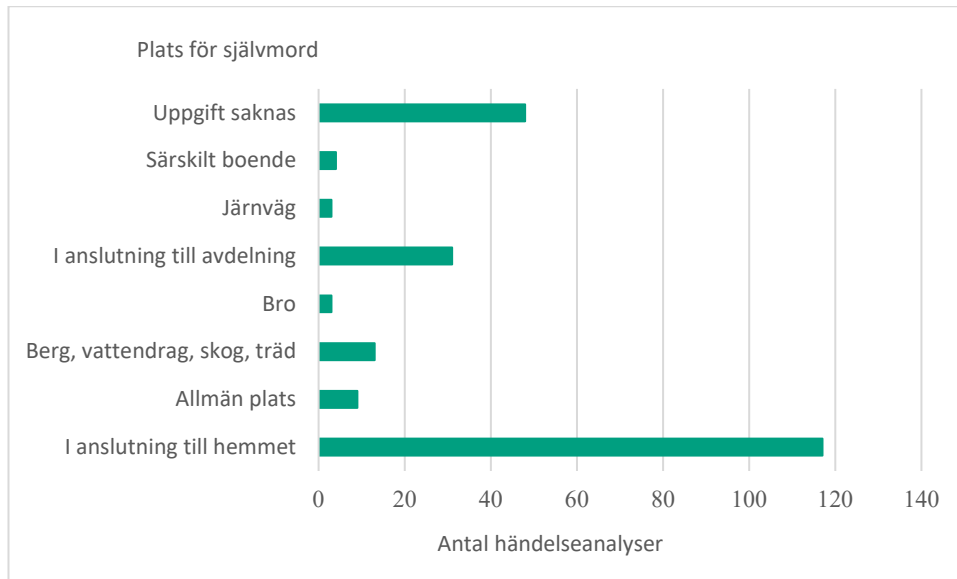
Figur 14. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på män och kvinnor och metod för självmordet.



Plats för självmordet

I 21 procent av fallen saknades uppgift om var självmordet ägt rum. I 65 procent av de fall där det fanns uppgift om detta hade självmordet ägt rum i hemmet (ordinärt eller kommunalt) (figur 15). I 16 procent av fallen hade självmordet skett i anslutning till en vårdavdelning och i övriga fall utomhus eller på allmän plats.

Figur 15. Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på de platser där självmordet genomfördes.



Beskrivning av felhändelser, orsaker och åtgärdsförslag

Här följer en sammanställning av materialet utifrån identifierade felhändelser och bakomliggande bidragande orsaker samt åtgärdsförslag. Vid sammanställningen har informationen från varje felhändelse, bakomliggande bidragande orsak och åtgärdsförslag delats in i kategorier. Dessa kan överlappa och utesluter inte varandra.

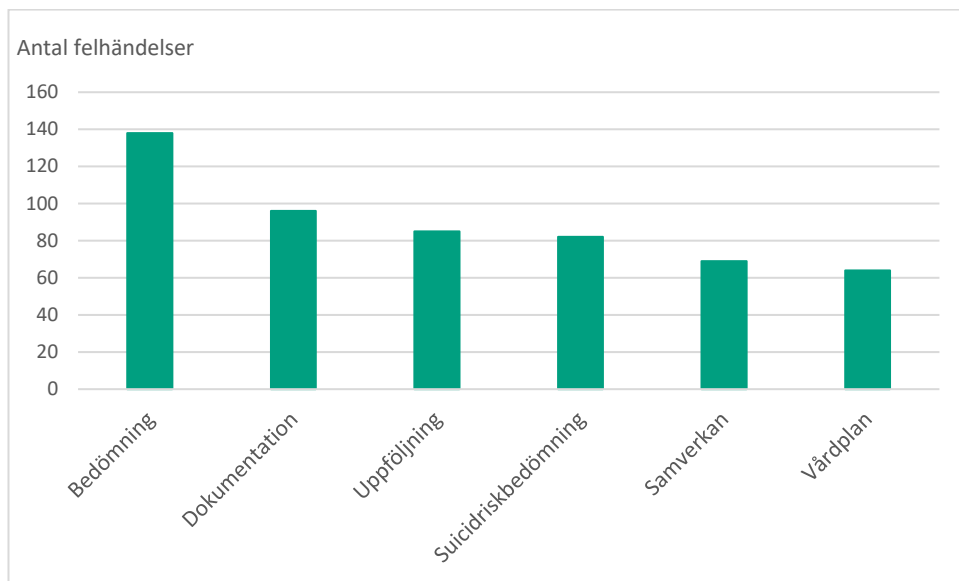
Felhändelser

Utifrån de 228 händelseanalyserna kunde projektgruppen sammanställa cirka 650 felhändelser (dvs. aktiviteter i vården av patienten som genomfördes bristfälligt, fördröjt, var felaktiga eller uteblev). Beroende på vad felhändelsen rörde sig om kunde den vidare delas in i en av sex kategorier som utformats av projektgruppen (figur 16):

- bedömning (övergripande bedömning av patient)
- dokumentation
- uppföljning
- suicidriskbedömning (specifikt)
- samverkan
- vård- och behandlingsplan.

De flesta självmorden skedde när patienten var under specialistpsykiatrisk vård och en mindre andel inom andra vårdformer. Eftersom underlaget till stor del är begränsat till specialistpsykiatrin, har ingen fördjupad analys kunnat göras för att belysa eventuella skillnader mellan olika vårdformer, specialiteter eller deltagande landsting.

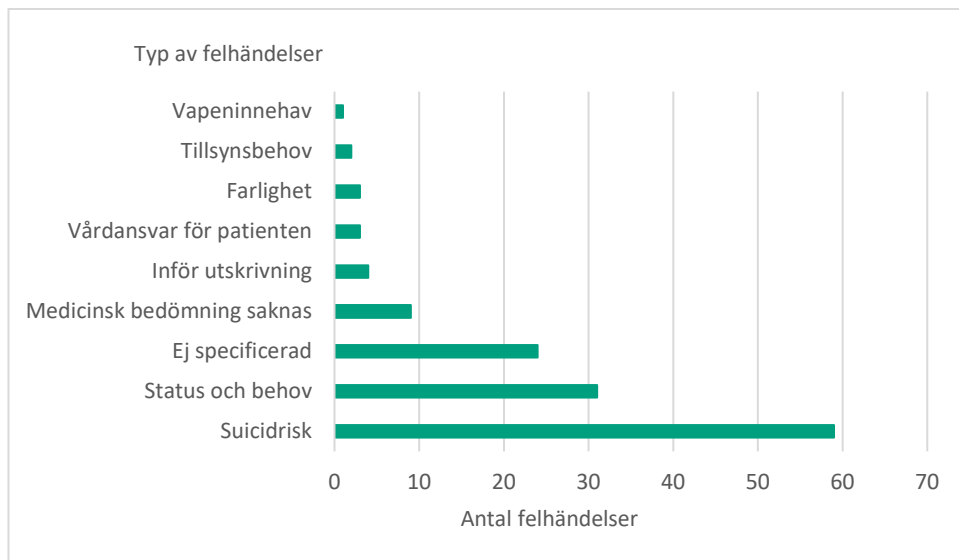
Figur 16. Antal felhändelser indelat i sex kategorier.



Felhändelser relaterade till övergripande bedömning av patient

138 felhändelser rörde kategorin *Bedömning* (21 procent av samtliga felhändelser). Den största andelen av dem var relaterade till bedömning av suicidrisk (43 procent), följt av bedömning av status och patientens behov (21 procent) (figur 17). I 24 fall (17 procent) preciserades det inte vilken sorts bedömning som saknades eller hade uteblivit.

Figur 17. Antal olika felhändelser inom kategorin Bedömning av patient.

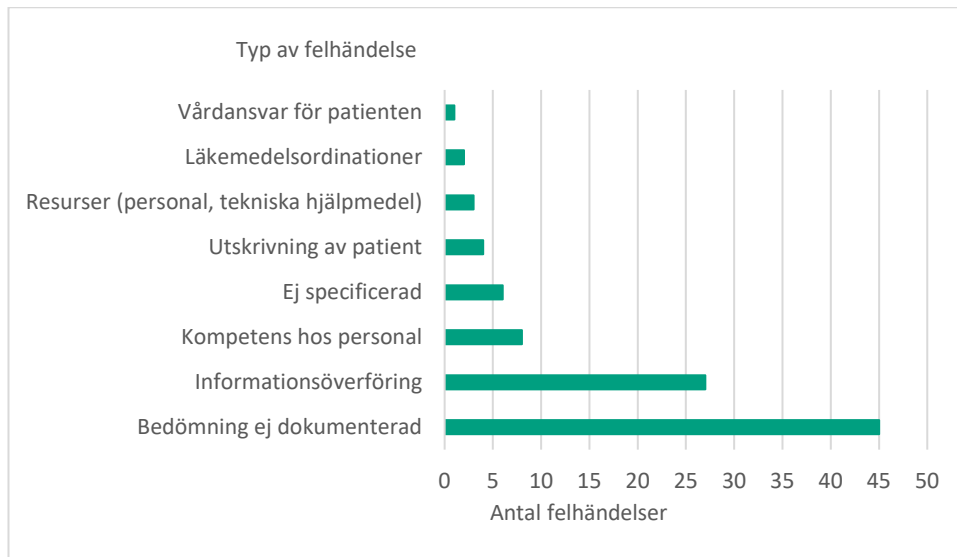


Felhändelser relaterade till dokumentation

96 felhändelser rörde kategorin *Dokumentation* (15 procent av samtliga felhändelser). Det vanligaste var att bedömningarna inte hade dokumenterats (45 procent), följt av brister i informationsöverföringen inom eller mellan

verksamheter (28 procent) (figur 18). Resterande fall fördelade sig över flera undergrupper med en förhållandevis låg förekomst inom varje grupp.

Figur 18. Antal olika felhändelser inom kategorin Dokumentation.

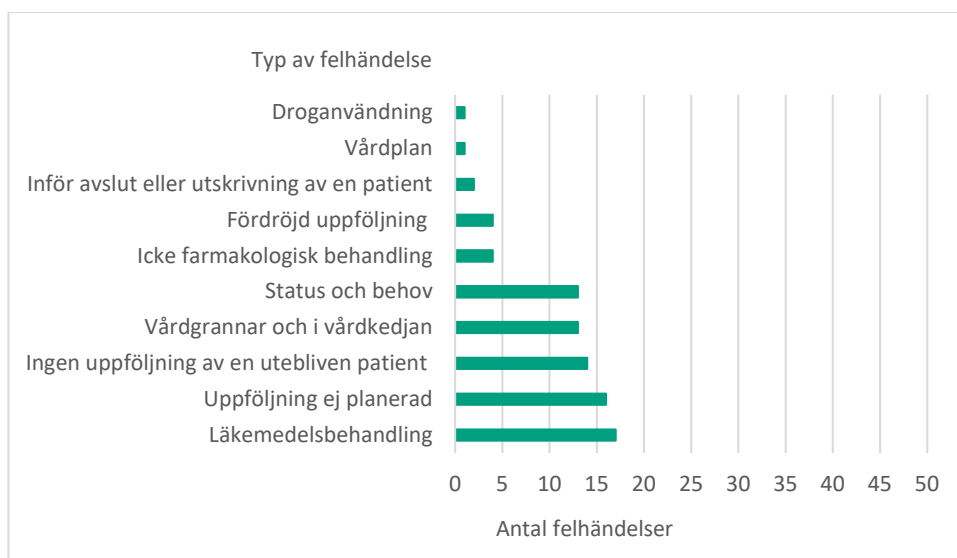


Felhändelser relaterade till uppföljning

85 felhändelser rörde kategorin *Uppföljning* (13 procent av samtliga felhändelser). De vanligaste underkategorierna var brister i medicinsk uppföljning (20 procent), att ingen uppföljning var planerad (19 procent), uppföljning av patient som uteblev (16 procent), uppföljning mellan vårdgrannar eller i vårdkedjan (15 procent) och uppföljning av status och patientens behov (15 procent) (figur 19).

Samtliga underkategorier har direkt betydelse för de fortsatta åtgärder som sjukvården vidtar i vården av patienten, och som till följd av felhändelserna inte hade optimerats. Därmed får de också betydelse för vårdens kvalitet.

Figur 19. Antal olika felhändelser inom kategorin Uppföljning.

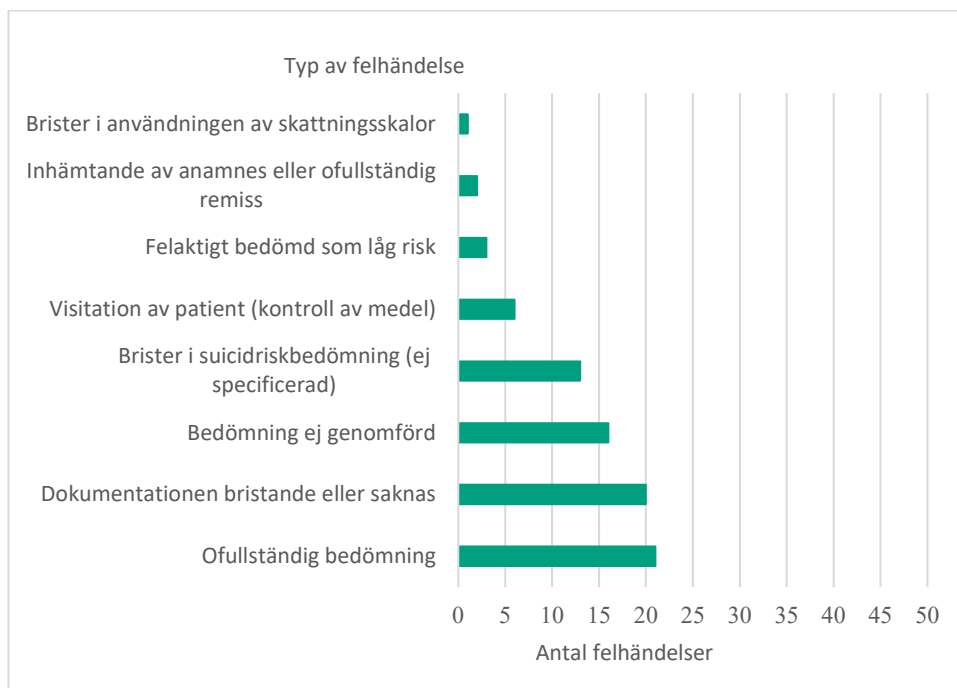


Felhändelser relaterade specifikt till självmordsriskbedömning

82 felhändelser rörde kategorin *Självmordsriskbedömning* (13 procent av samtliga felhändelser). Resultatet visar att självmordsriskbedömningar oftast genomfördes. De självmordsriskbedömningar som inte genomfördes (22 procent), förklarades i en del fall av att patienten hade uteblivit från ett besök som hade haft det huvudsakliga syftet att just bedöma självmordsrisken.

De vanligaste bristerna i självmordsriskbedömningarna var att de inte var fullständiga (36 procent) eller inte hade dokumenterats på rätt sätt (24 procent) (Figur 20).

Figur 20. Antal olika felhändelser inom kategorin Självmordsriskbedömning.



Felhändelser relaterade till samverkan

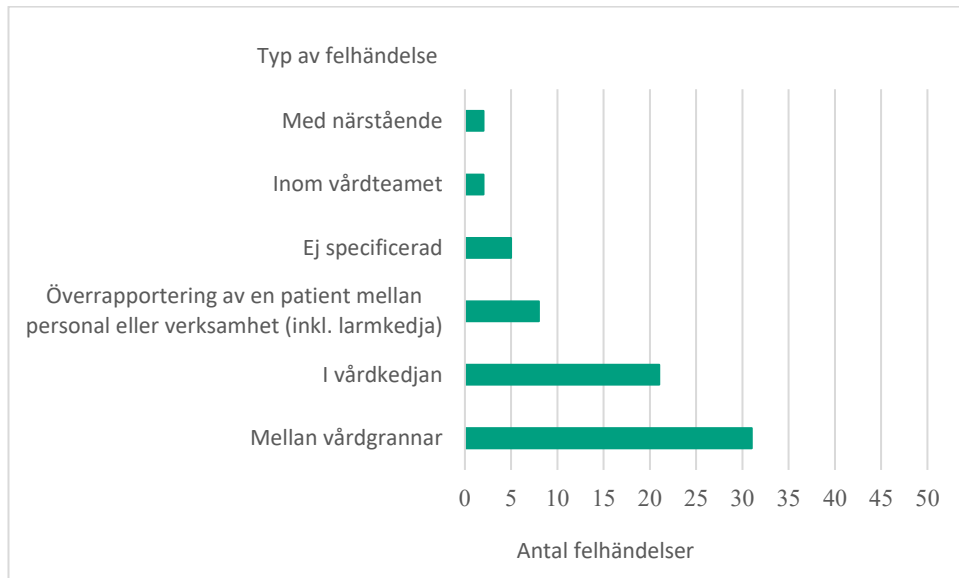
69 felhändelser rörde kategorin *Samverkan* (11 procent av samtliga felhändelser). De flesta brister i samverkan inträffade i kontakten mellan vårdgrannar (exempelvis mellan primärvård och specialistsjukvård eller mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten; 35 procent) (figur 21).

Relativt många brister i samverkan hade inträffat i vårdens övergångar (dvs. när patientens vård helt eller delvis övertas av en annan vårdform eller specialitet; 30 procent).

Få felhändelser var kopplade till samverkan med närstående. Det är dock inte säkert att detta stämmer överens med de faktiska förhållandena, eftersom närståendes delaktighet belysts endast i cirka 60 procent av händelseanalyserna.

Brister i samverkan, oavsett typ, har belysts i högst cirka 30 procent av händelseanalyserna.

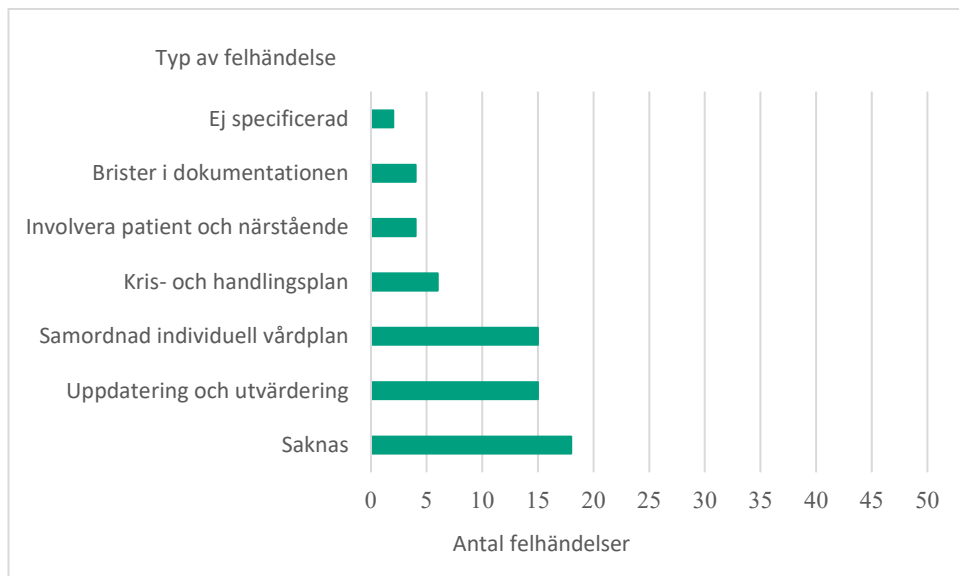
Figur 21. Antal olika felhändelser inom kategorin Samverkan.



Felhändelser relaterade till vård- och behandlingsplan

64 felhändelser rörde kategorin *Vård- och behandlingsplan* (10 procent av samtliga felhändelser). I 33 av de 64 felhändelserna (52 procent) saknades det vid tidpunkten för självmordet en *aktuell* vårdplan, dvs. vårdplan saknades helt eller hade inte uppdaterats. I en stor andel (23 procent) fanns felhändelser som rörde samordnad individuell vårdplan (SIP) (figur 22).

Figur 22. Antal olika felhändelser inom kategorin Vård- och behandlingsplan.

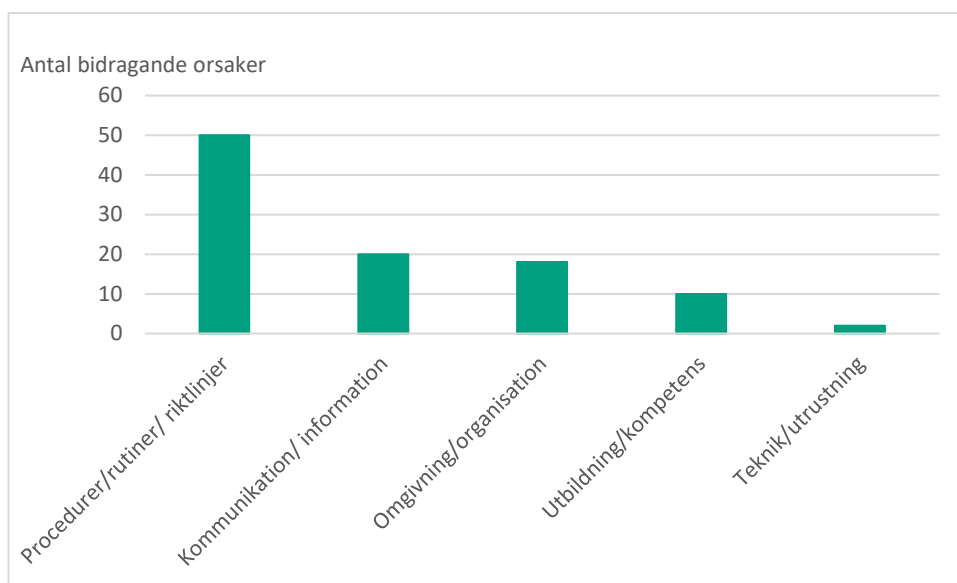


Bakomliggande bidragande orsaker

Projektgruppen identifierade cirka 750 bakomliggande bidragande orsaker till felhändelserna i det samlade materialet av händelseanalyser efter självmord. Denna information delades in i följande fem kategorier som utformats av projektgruppen (figur 23):

- procedurer, rutiner och riktlinjer
- kommunikation och information
- omgivning och organisation
- utbildning och kompetens
- teknik, utrustning och apparatur.

Figur 23. Fördelningen av de bidragande orsakerna på fem olika kategorier.

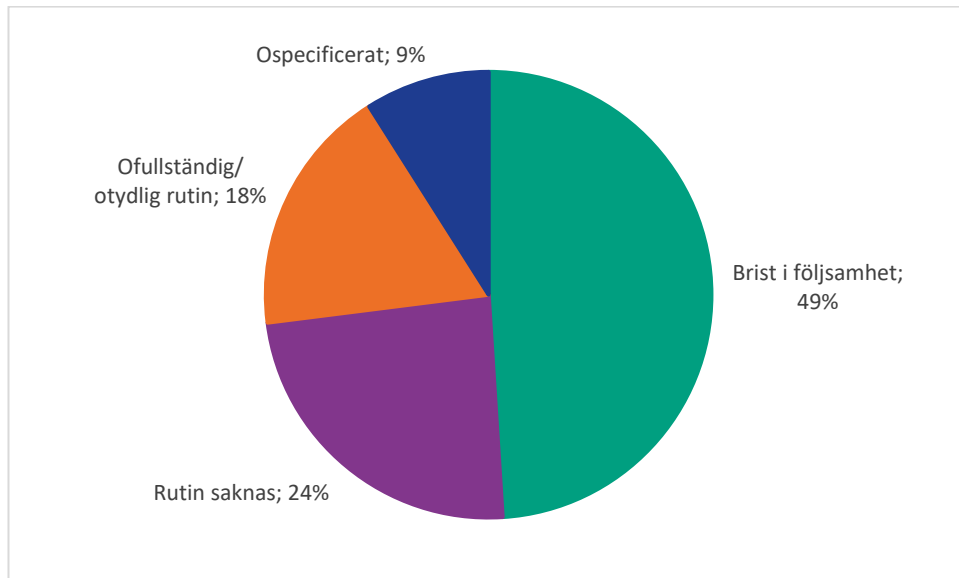


Bidragande orsaker relaterade till procedurer, rutiner och riktlinjer

Hälften av den totala mängden bidragande orsaker fanns i kategorin *Procedurer, rutiner och riktlinjer*. Ungefär hälften av dessa utgjordes av bristande följsamhet till befintliga riktlinjer och rutiner (figur 24).

I de flesta fallen hade det inte närmare analyserats varför följsamheten brustit. I vissa fall beskrevs rutinerna som otydliga eller ofullständiga.

Figur 24. Fördelning av bidragande orsaker i kategorin Procedurer, rutiner och riktlinjer.

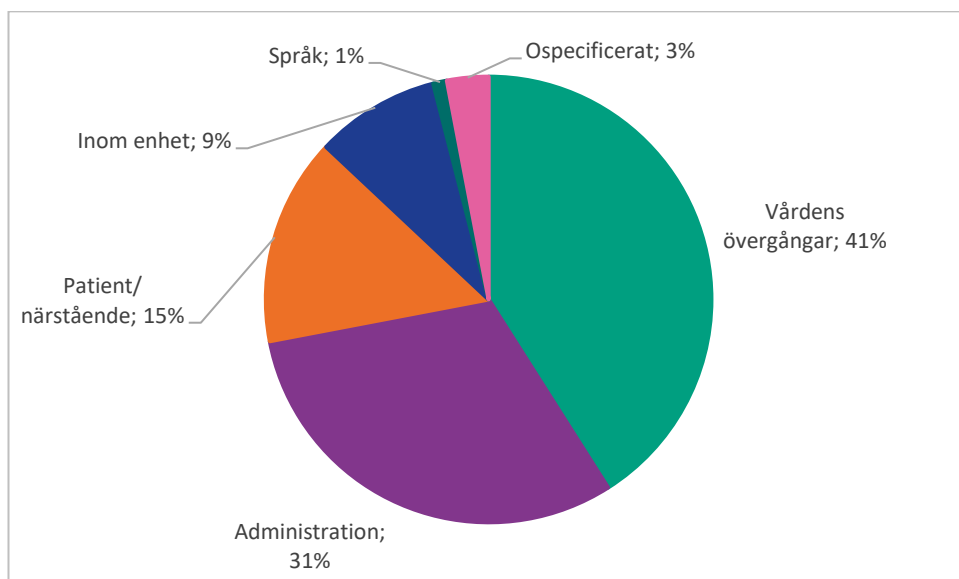


Bidragande orsaker relaterade till kommunikation och information

Orsakerna relaterade till *Kommunikation och information* utgjorde cirka en femtedel av alla identifierade bidragande orsaker. Brister i kommunikationen i vårdens övergångar och brister i administrationen vid informationsöverföring dominerar (figur 25).

Kommunikationsbristerna ser ut att vara vanligare mellan vårdgrannar än inom samma enhet. En betydande andel (15 procent) av de bidragande orsakerna rörde kommunikationsbrister mellan personal och patienter eller närstående. De mer djupliggande orsakerna till kommunikationsbristerna har inte fastställts närmare av analysteamerna.

Figur 25. Fördelning av bidragande orsaker i kategorin Kommunikation och information.

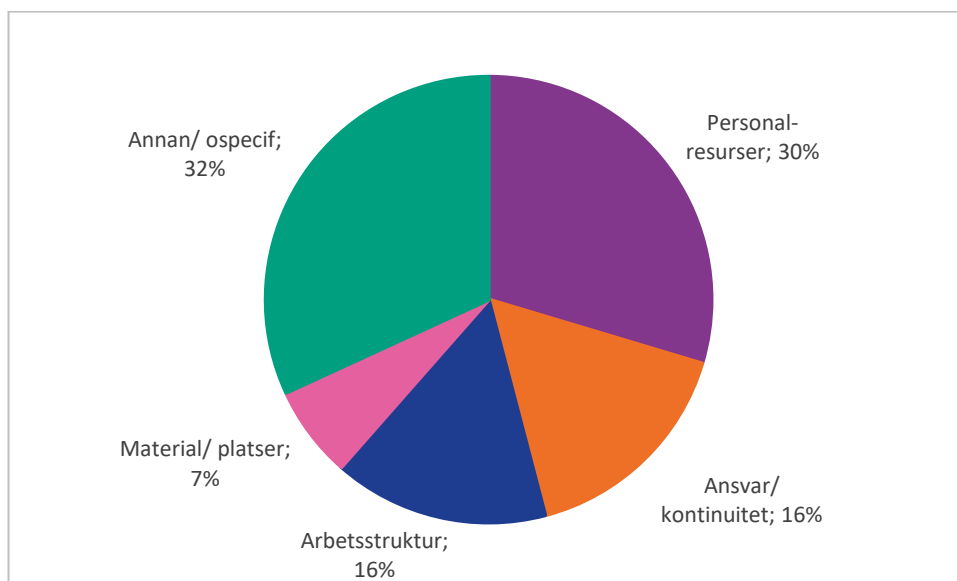


Bidragande orsaker relaterade till omgivning och organisation

Kategorin *Omgivning och organisation* (dvs. bemanning och förutsättningar för ansvarstagande hos personalen) utgjorde 18 procent av samtliga bidragande orsaker (figur 26). Trots att dessa orsaker har en direkt koppling till den kliniska vardagen, bottnar de i mer grundläggande strukturella orsaker i verksamheten, bland annat hur man på ledningsnivå har organiserat arbetet och sörgt för förutsättningar för arbetet. I materialet pekas bland annat på resursbrister, resursfördelning och prioriteringar av olika aktiviteter. Bristande personalresurser, som i första hand handlar om läkar- och sjuksköterskebrist, var vanligast (30 procent). Dessa brister bidrog i sin tur till att exempelvis läkarbedömningar och läkemedelsuppföljningar fördröjdes eller genomfördes bristfälligt.

Bristande ansvar och kontinuitet inrymmer samtliga bidragande orsaker där patienters vård har fördröjts eller uteblivit på grund av att det har varit otydligt vem som har ansvaret för patienten och som lett till bristande kontinuitet (13 procent). Problem med bristande kontinuitet gäller såväl hur ansvarsfrågor hanteras internt på en enhet, på enheter inom samma organisation, som med externa aktörer (andra vårdgivare och omsorgsorganisationer).

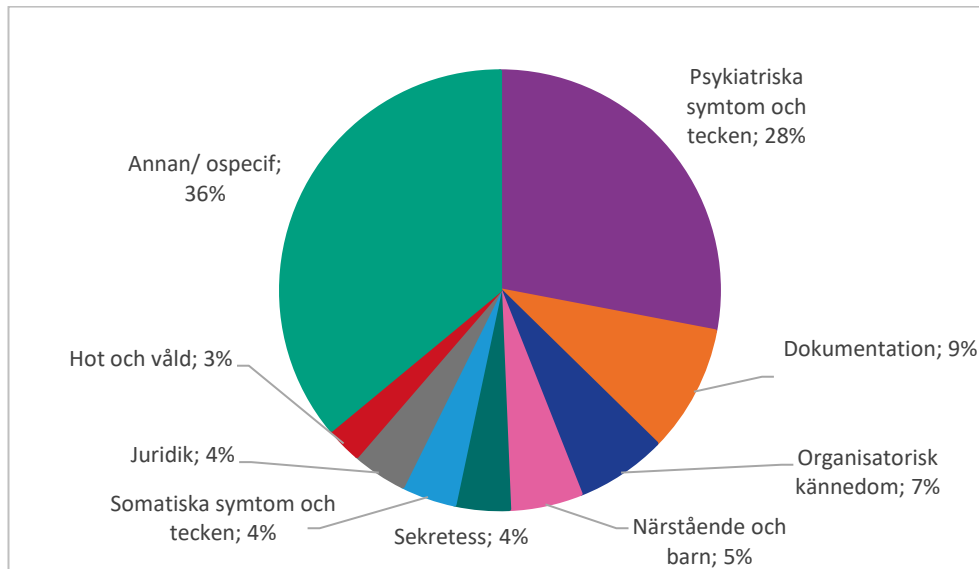
Figur 26. Fördelning av bidragande orsaker inom kategorin Omgivning och organisation.



Bidragande orsaker relaterade till utbildning och kompetens

Kategorin *Utbildning och kompetens* utgjorde 10 procent av alla bidragande orsaker. Brister i utbildning och kompetens när det gäller psykiatriska symtom och tecken förekommer oftast (28 procent) (figur 27).

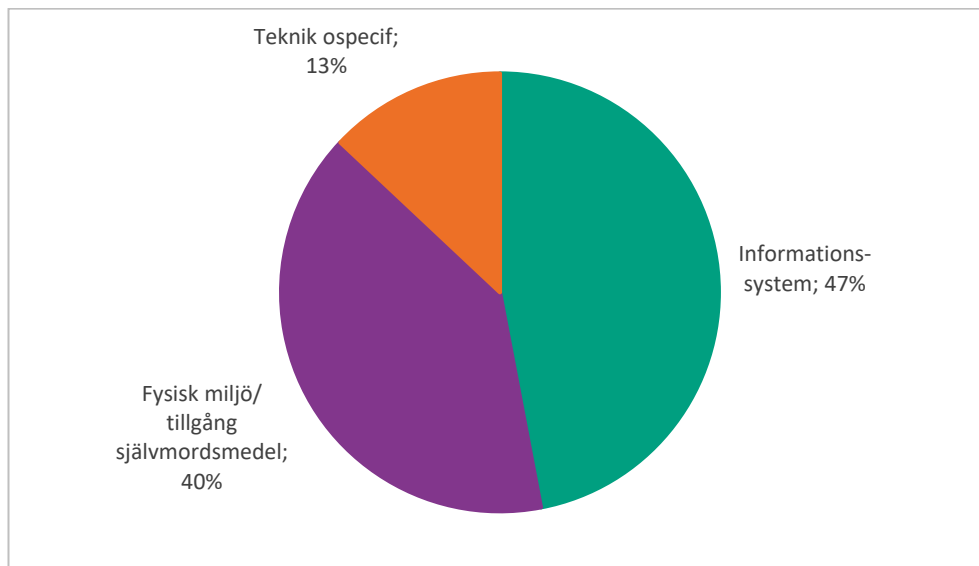
Figur 27. Fördelning av bidragande orsaker inom kategorin Utbildning och kompetens.



Bidragande orsaker relaterade till teknik, utrustning och apparatur

Kategorin *Teknik, utrustning och apparatur* utgjorde endast 2 procent av samtliga bidragande orsaker. Bristerna relaterade till denna kategori fördelade sig jämnt mellan informationssystem (exempelvis journal- och kommunikationssystem) och suboptimal fysisk miljö/tillgång till självmordsmedel (gäller framför allt heldygnsvården) (figur 28).

Figur 28. Fördelning av bidragande orsaker inom kategorin Teknik, utrustning och apparatur.



Åtgärdsförslag

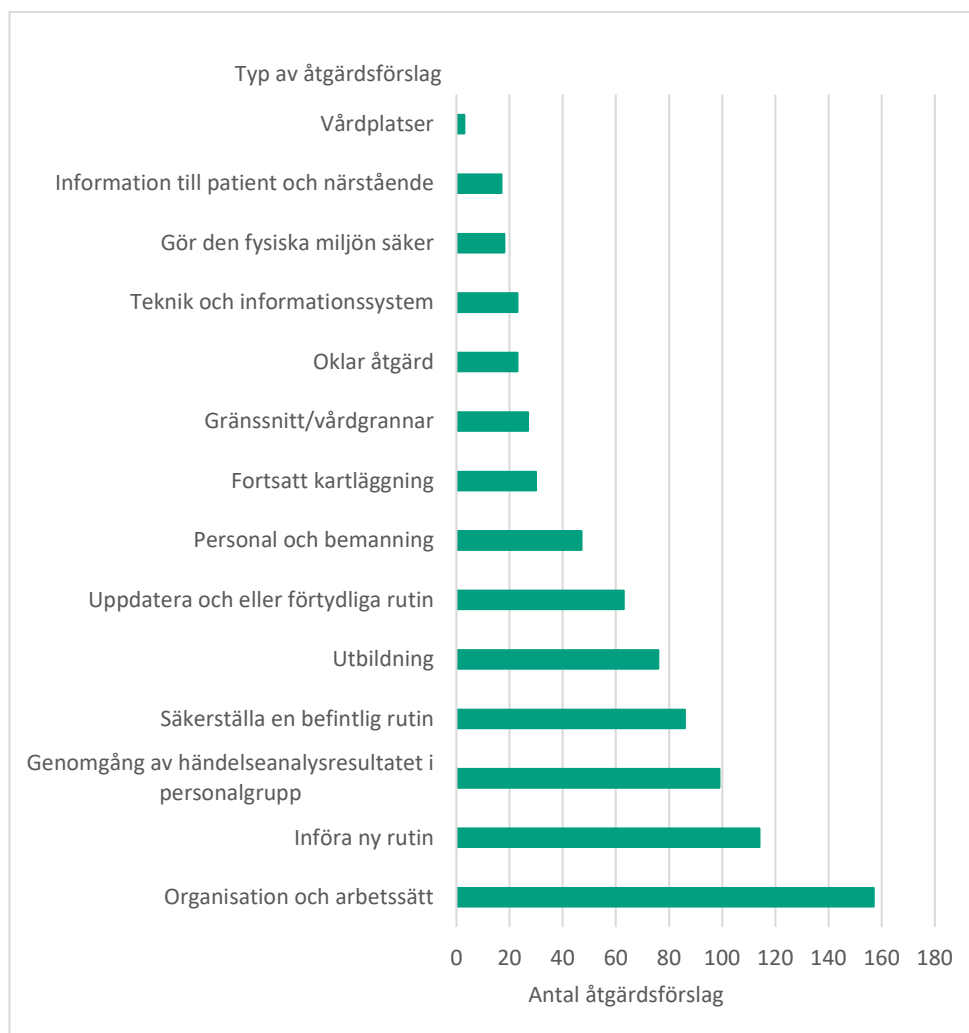
De vanligaste åtgärdsförslagen berörde direkt den verksamhet eller klinik som var involverad i händelseförloppet, på den organisatoriska mikronivån. Detta har också varit analysteamens primära uppdrag.

De flesta åtgärdsförslagen hamnade inom kategorin *Organisation och arbetssätt* (figur 29). Förslagen var oftast formulerade som att ”se över”, ”kartlägga”, ”utreda” och ”utvärdera”, dvs. förslag som i första hand inte innebär en direkt förändring i t.ex. arbetssätt kopplat till den praktiska vårdverksamheten.

En annan vanlig typ av åtgärdsförslag var att *införa en ny rutin*. Rutinen i sig kunde beröra flera andra kategorier. Exempelvis kan en rutin handla om hur två verksamheter ska samverka och blir därmed också ett åtgärdsförslag för att förbättra samverkan och rimligtvis kommunikation mellan vårdgrannar.

Implementering av ett sådant förslag kommer därmed innebära att flera av de andra åtgärdskategorierna också berörs.

Figur 29. Antal identifierade åtgärdsförslag inom respektive kategori.



Viktiga områden vid handläggning av patienter med självmordsrisk

I Tabell 1 anges en samlad beskrivning av en rad områden som är viktiga vid handläggningen av patienter med självmordsrisk, samt kan vara av betydelse när strategier formaras för att förebygga självmord, och i vilken omfattning dessa områden hade undersökts i händelseanalyserna. De områden som oftast hade undersökts var suicidrisk, läkemedelsbehandling, uppföljning, närståendedelaktighet, fast vårdkontakt och samtalsstöd.

Tabell 1. Viktiga områden vid handläggning av patienter med självmordsrisk samt antal och andel av händelseanalyserna i denna rapport som belyser de olika områdena.

Område	Beskrivning av området	Antal händelseanalyser (%)
Suicidrisk	Genomföra och dokumentera suicidriskbedömning och bedöma vilka åtgärder som syftar till att minska risken för självmordshandling som bör vidtas	176 (76)
Läkemedelsbehandling	Bedöma behov av behandling med läkemedel, genomföra behandling med läkemedel och följa upp effekterna av läkemedelsbehandlingen	172 (74)
Uppföljning	Följa upp patienten i vården	170 (73)
Närståendedelaktighet	Aktiviteter som gör närstående delaktiga i vården och att ge stöd åt närstående	134 (58)
Fast vårdkontakt	Utse en fast vårdkontakt till patienten	103 (44)
Samtalsstöd	Ge patienten samtalsstöd	98 (42)
Vårdplan	Upprätta en vård- och behandlingsplan, samt kontinuerligt följa upp och revidera den	90 (39)
Samverkan mellan slutenvård och öppenvård (psykiatri)	Samverka mellan slutenvård och öppenvård psykiatri	80 (34)
Tvångsvård	Ta ställning till, genomföra och följa upp tvångsåtgärder (inkl. uppföljningssamtal).	77 (33)
Beroende	Utreda om patienten har beroende problematik samt vidta åtgärder med anledning av beroendeproblematiken	74 (32)
Missbruk av droger	Utreda och kontrollera om patienten använder droger, samt vidta åtgärder med anledning av drogmissbruk	70 (30)
Samordnad individuell plan (SIP)	Göra en SIP om patienten har insatser från flera huvudmän som behöver samordnas	56 (24)
Multiprofessionell konferens	Genomföra möten mellan olika professioner för att gemensamt bedöma patientens behov och hur dessa bör tillgodoses	52 (22)
Hembesök	Ta ställning till och genomföra hembesök	49 (21)
Samverkan mellan psykiatri och primärvård	Samverka mellan psykiatri och primärvård	43 (18)
Tillsyn i slutenvård	Tillsyn av patienten som är inskriven för slutenvård	37 (16)
Vapeninnehav	Kontrollera om patienten har ett vapen och vidta åtgärder vid eventuellt olämpligt vapeninnehav	13 (6)

Område	Beskrivning av området	Antal händelse-analyser (%)
Visitation i slutenvård psykiatriskvård	Visitera patienten för kontroll av medel i psykiatrisk slutenvård	12 (5)

Diskussion

Den här rapporten har haft syftet att sammanställa och analysera hälso- och sjukvårdens händelseanalyser av fullbordade självmord i Nitha Kunskapsbank. Resultaten speglar främst förhållanden inom specialistpsykiatrin, eftersom händelseanalyserna av självmord i Nitha Kunskapsbank främst berör denna specialitet.

Rapporten bygger på data från 228 händelseanalyser av självmord som genomförts mellan 2006 och 2018, och som överförts till Nitha Kunskapsbank mellan 2012 och 2018. Resultaten från analyserna av materialet, såsom tidpunkten för analysstart, närståendes delaktighet i händelseanalysen, analysteamens intervjuer med personal och användningen av vårddokumentation, tyder sammantaget på att analysteamerna haft goda förutsättningar att genomföra händelseanalyserna på ett sådant sätt att de ger valida och användbara resultat. Antalet deltagare i analysteamerna var för ett stort antal av händelseanalyserna mindre än 4. Det är möjligen i underkant, men detta har troligtvis inte påverkat händelseanalysernas kvalitet på ett betydelsefullt sätt.

De flesta händelseanalyserna rör självmord som inträffade mellan 2014 och 2016. Detta återspeglas inte i förekomsten av självmord, utan snarare att antalet händelseanalyser genomförda med Nitha Analys ökade efter att Nitha började användas 2011 och analysverktyget successivt blivit mer känt. En tänkbar förklaring till minskningen av antalet händelseanalyser sedan 2015 kan vara att vårdgivarna allt oftare upplever att händelseanalyserna påvisar samma typ av brister och att ytterligare analyser inte tillför något. En annan tänkbar förklaring kan vara att vårdgivarna upplever att mindre resurskrävande utredningar utan händelseanalysmetodik ger tillräcklig information för att vårdgivaren ska uppfylla tillsynsmyndighetens krav på den utredning som ska göras vid en Lex Maria-anmälan.

Även om antalet händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank är begränsat kan de ändå utgöra ett representativt urval av de självmord som ägt rum inom 4 veckor från senaste vårdkontakt och som anmälts enligt lex Maria, vilket har framkommit i beskrivningen av patientmaterialet. Till exempel visar sammanställningen att könsfördelningen i händelseanalyserna i Nitha överensstämmer med de som redovisades i en liknande sammanställning av självmord anmälda enligt lex Maria, som Socialstyrelsen publicerade 2007 och som innehöll data från alla självmord som genomförts inom fyra veckors kontakt med hälso- och sjukvården. (5). Åldersfördelningen bland patienter i den här rapporten motsvarar också den som beskrivs av Socialstyrelsen. Även informationen om patienternas sista vårdkontakter före självmordet motsvarar fördelningen i Socialstyrelsens rapport.

När det gäller beskrivningen av patienterna i händelseanalyserna var majoriteten män, och drygt hälften var 18–49 år. Sammanställningen visar bl.a. att självmorden oftast ägde rum i nära anslutning till pågående vård. Vidare hade flertalet av patienterna en pågående läkemedelsbehandling. I merparten av händelseanalyserna

framkom att det fanns närstående till patienten, men i endast en tredjedel av fallen hade de varit delaktiga i vården.

Vid sammanställningen av materialet fanns strävan att inordna informationen från varje felhändelse, bakomliggande bidragande orsak och åtgärdsförslag till högst en kategori. Ändå kunde vissa kategorier överlappa och uteslöt inte varandra. Av de 650 felhändelserna (dvs. aktiviteter inom vården som genomförts bristfälligt, fördröjt, var felaktiga eller uteblev) i materialet handlade de flesta om brister inom följande kategorier:

- suicidriskbedömning (inklusive dokumentation)
- dokumentation av bedömningar (alla slag)
- vård- och behandlingsplaner
- bedömning av patientens status och behov
- samverkan och informationsöverföring mellan vårdgrannar och i vårdens övergångar.

Närståendes delaktighet är en viktig del av handläggningen av patienter med suicidrisk. Trots detta avsåg relativt få felhändelser just brister i närståendes delaktighet, och om dessa identifierades beskrevs de oftast inte närmare. Brister i information till närstående om patientens hälsotillstånd och gjorda bedömningar angavs i endast 7 felhändelser. Det var även få felhändelser som avsåg specifikt läkemedelshantering och läkemedelsbehandling. Dessa brister handlade om både ordination och förskrivning.

Användning av en vårdplan utgör en viktig grund i all psykiatrisk vård. Ändå saknades information om aktiviteter som rör upprättande och användning av vårdplanen i majoriteten av händelseanalyserna (cirka 60 procent). Man kan därför förmoda att denna felhändelsekategori är underrepresenterad i händelseanalyserna. Med tanke på vårdplanernas centrala plats i vården av självmordsnära patienter, är det motiverat att vården borde prioritera förbättringsarbete kopplat till just vård- och behandlingsplaner.

Vidare visade genomgången av materialet 750 bidragande bakomliggande orsaker till felhändelserna. Dessa rörde brister inom framför allt fyra områden:

- rutiner och procedurer (50 procent)
- kommunikation (20 procent)
- organisation (18 procent)
- utbildning och kompetens (10 procent).

Hälften av bristerna inom området rutiner och procedurer utgjordes av bristande följsamhet. Brister i kommunikation gällde huvudsakligen inom vårdens övergångar. Bland brister i organisation dominerade otillräcklig tillgång till personal medan brister i personalens utbildning och kompetens vanligen handlade om bristande kunskaper om psykiatriska tecken och symtom hos patienten.

Genomgången av händelseanalyserna visar att analysteamerna har beskrivit de bakomliggande orsakerna i olika detaljgrad, och ofta på en alltför abstrakt nivå. Det gör det svårt att koppla dessa till konkreta åtgärder och i sin tur att formulera åtgärderna i en handlingsplan. Om till exempel följsamheten till en rutin brustit, borde orsaksanalysen ha drivits vidare för att belysa om till exempel en eller flera av följande faktorer funnits:

- Beskrivningen av rutinen är otydlig eller ofullständig.
- Rutinen är inaktuell.
- Personalen vet inte att rutinen finns, var den finns eller hur den ska användas.
- Personalen har otillräcklig träning i att använda rutinen.
- Rutinen går inte att använda eftersom förutsättningar inte finns i vården (dvs. rutinen är en skrivbordsprodukt).
- Kulturen i verksamheten främjar inte användning av rutiner.

När det gäller åtgärdsförslagen handlade de flesta om att åtgärda brister i organisation och arbetssätt, och införa nya rutiner. Men även här var förslagen ofta formulerade på ett sådant abstrakt sätt att de inte direkt kunde omsättas i förändringar i den praktiska verksamheten. Som nämnts blir det svårt att ta fram handlingsplaner baserade på alltför abstrakta åtgärdsförslag, som i sin tur är tänkta att leda till konkreta förändringar i verksamheterna. Det skulle kunna vara en av anledningarna till att vi ser liknande brister i vården av självmordsbenägna patienter i denna sammanställning som i tidigare uppföljningar av samma slag (se jämförelsen nedan) och att ingen direkt koppling till minskade självmordshandlingar tycks ha skett.

Ett av syftena med att utveckla patientsäkerheten inom en verksamhet är bland annat att minska förekomsten av upprepade felhändelser. I denna sammanställning fann vi dock att i vården av en viss patient kunde samma typ av felhändelse (t.ex. utebliven självmordsriskbedömning) upprepas vid flera tillfällen, vilket även i detta sammanhang kan tyda på att ingen utveckling av patientsäkerheten har skett. Men förekomsten av felhändelser över tid har hittills inte följts, därför kan vi inte veta om de åtgärder som föreslagits tidigare har minskat felhändelserna.

Jämförelse med tidigare rapporter om utredningar av självmord

Resultaten i denna rapport är i huvudsak samstämmiga med Socialstyrelsens rapporter om självmord anmälda enligt Lex Maria från 2007 och 2010 (5, 6). Både felhändelser kopplade till självmord i anslutning till hälso- och sjukvård och bakomliggande bidragande orsaker och åtgärdsförslag har samma teman.

Våra resultat stämmer också väl överens med resultaten i VGR rapporten om oönskade händelser i inom psykiatri. I den rapporten lämnades även förslag på åtgärder som verksamheterna bör vidta. Åtgärdsförslagen handlade bland annat om att säkerställa att de rutiner och riktlinjer som behövs i verksamheten, och för vården av patienterna, är kända hos all berörd personal. De riktlinjer som lyftes i

rapporten som viktiga att finnas för självmordsnära patienter berörde huvudsakligen suicidriskbedömning, kompetenssäkring, samverkan, upprättande av vårdplan och hur närstående kan göras delaktiga i vården (7).

Även de vanligaste kvalitetsbristerna som lyftes i SKL:s rapport om skador inom psykiatrisk vård sammanfaller till viss del, men inte helt, med de områden som i denna rapport identifierats som viktiga att beakta vid handläggning av självmordsnära patienter (se tabell 1, sida 41). I SKL:s rapport var de vanligaste kvalitetsbristerna att patienten saknade en aktuell vårdplan och fast vårdkontakt, suicidriskbedömning enligt riktlinjer, samt somatisk hälsostatus i den psykiatriska slutenvården. Viktigt att notera är att SKL:s granskning inkluderade ett slumpmässigt urval av alla typer av psykiatriska patienter men inga självmord råkade ingå i urvalet, medan det i vårt material från Nitha Kunskapsbank endast ingår vårdförlopp som slutade med självmord. Dessa olikheter i materialen kan förklara vissa skillnader i resultaten (8).

Avsaknaden av suicidriskbedömning och vård- och behandlingsplan identifierades emellertid som framträdande brister i samtliga rapporter från både Socialstyrelsen, VGR och SKL.

Resultaten från vår sammanställning av händelseanalyser av självmord i Nitha Kunskapsbank, tillsammans med resultaten från tidigare likande sammanställningar (5, 6, 7, 8) pekar på i stort sett samma typ av brister i vården av självmordsnära patienter, under den perioden (1 februari 2006 till 1 september 2017) när vårdgivaren varit skyldig att utreda och Lex Maria-anmäla alla självmord.

En förklaring till att liknande brister i vården redovisas i ovanstående utredningar kan vara att resultaten av dessa inte spridits nationellt i den omfattning och takt som avsågs när skyldigheten att utreda och anmäla alla självmord enligt Lex Maria föreskrevs 2006. Detta kan ha inneburit att det saknats en viktig och möjlig styrning som främjar kunskapsutveckling och implementering på det här området. Behovet av kunskap avser både vilka områden i verksamheterna som behöver utvecklas, och hur utredningarna efter självmord bör genomföras för att identifiera effektiva åtgärder.

Under den period som vårdgivarna varit skyldiga att utreda samtliga fall av självmord i anslutning till vården (2006–2017), med eller utan händelseanalysmetodiken, borde ha resulterats i att vårdgivarna har upprättat handlingsplaner. I vilken omfattning fastställda åtgärder i handlingsplanerna sedan har genomförts har däremot inte systematiskt utvärderats. IVO gjorde 2016 en enkät- och intervjubaserad undersökning som visade att cirka 70 procent av de åtgärder som fastställdes i handlingsplaner också genomfördes (11). Detta gällde dock alla former av vård och oavsett sjukdom, alltså inte bara självmord.

Trots att samma typ av brister i vården har identifierats i denna sammanställning som i tidigare sammanställningar behöver det inte betyda att patientsäkerhetsarbetet inte haft någon effekt. Det är en utmaning att utvärdera vilka effekter de åtgärder som fastställts i handlingsplanerna (som vårdgivaren är

skyldig att ta fram utifrån åtgärdsförslagen i händelseanalyserna) har på patientsäkerheten. Ofta används fullbordade självmord som en indikator i en sådan utvärdering men det är inte givet att fullbordade självmord är den enda relevanta indikatorn, även om det finns en nollvision för självmord. En annan indikator skulle kunna vara självmordsförsök, något som inte mäts systematiskt i dag och som därför inte går att följa över tid.

Förbättringsområden för genomförande av händelseanalyser vid självmord

Genom vår sammanställning har flera förbättringsområden gällande själva genomförandet av händelseanalyser vid självmordshandlingar kommit fram. Sammanställningen visar bland annat att analysteamerna inte alltid hade belyst alla relevanta områden trots att de använde händelseanalysmetoden. Detta gäller särskilt i förekomsten av felhändelser som anges i tabell 1 (sida 41). Dessa områden är viktiga vid handläggningen av patienter med självmordsrisk, samt kan vara av betydelse när strategier formas för att förebygga självmord. Vissa av områdena borde därför förmodligen ha belysts i samtliga händelseanalyser, eftersom de är väsentliga för kvalitet och patientsäkerhet oavsett vårdsammanhang. Detta gäller t.ex. bedömning av suicidrisk och vidtagande av självmordspreventiva åtgärder, läkemedelsbehandling, uppföljning, närståendes delaktighet, fast vårdkontakt och användning av vårdplan. Troligen är därför felhändelserna underrepresenterade i förhållande till den verkliga förekomsten. På samma sätt har systematiken inte alltid varit tillräcklig när det gäller att analysera orsakerna.

Behov av kunskap och utveckling

Baserat på de vanligaste kategorierna av felhändelser och de vanligaste bidragande orsakerna i vår sammanställning, har det framkommit behov av ett antal åtgärder på regional och nationell nivå (meso- och makronivå).

Behoven anges inte i någon särskild prioriteringsordning och listan gör inte heller anspråk på att vara komplett. Däremot kan den utgöra ett underlag för diskussioner om det självmordsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården. De flesta behoven kan även användas för att identifiera områden för verksamhetsutveckling på regional och lokal nivå.

- Behov av kunskap om:
 - Vad en vård- och behandlingsplan ska omfatta och hur den ska dokumenteras, följas upp och revideras.
 - Vad som bör dokumenteras vid vård och omsorg av patienter och brukare med psykisk ohälsa.
 - Hur självmordsbenägenhet kan identifieras, bedömas och hanteras.
 - Hur olika vårdaktörer bör samverka och överföra väsentlig individinformation.
 - Hur lokaler där självmordsbenägna patienter får vård bör vara utformade så att risken för självmordshandlingar minimeras.

- Hur insatser för patienter och brukare med psykisk ohälsa kan följas upp. Kunskapen bör spridas såväl i vård- och omsorgsutbildningar som i kontinuerlig fortbildning för vård- och omsorgspersonal.
- Behov av förstärkta it-stöd:
 - It-stöd för samverkan mellan olika vårdaktörer för att underlätta vårdplanering och överföring av ändamålsenlig information, med utgångspunkt i nationellt fackspråk och informationsstruktur.
- Personalbehov:
 - Kontinuerlig översyn av bemanningsbehov för olika yrkesgrupper.
- Behov av kompetensutveckling:
 - Åtgärder för att förbättra kommunikation inom vård och omsorg, både mellan personal och olika organisatoriska enheter.
 - Utbildning om psykiatriska symtom och tecken, eftersom professionen inom området ständigt eftersträvar en ökad precision i bedömningen av patientens specifika problematik och behov.

Behoven som listas här berör flera aktörer med koppling till vården av patienter med suicidproblematik och utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet. Klart är att insatser behöver göras på flera områden samtidigt och kan stärkas genom myndigheternas arbete med nationell samordning inom suicidpreventionsområdet och patientsäkerhet.

Slutsats

Eftersom samma typ av brister förekommer i denna sammanställning som i tidigare rapporter av samma slag, finns det behov av att ytterligare stärka patientsäkerheten för självmordsbenägna patienter så att hälso- och sjukvården effektivare kan förebygga självmord. Viktiga inslag i ett sådant arbete är sammanställningar av resultaten av självmordsutredningar, fastställda handlingsplaner och kunskap om implementeringen av föreslagna åtgärder. Detta arbete kan med fördel harmoniera med det pågående arbetet att ta fram och implementera en nationell handlingsplan för patientsäkerhet (12).

Det behövs gemensamma insatser för att åstadkomma ett mer hållbart och effektivt patientsäkerhetsarbete för självmordsbenägna patienter. Framför allt behövs ökad kunskap och tydligare riktlinjer om

- uppföljningar i vården och hur dessa bör genomföras
- arbete med individuella vård- och behandlingsplaner
- hur självmordsriskbedömningar bör genomföras, dokumenteras och följas upp
- hur samverkan inom vården och mellan aktörer bör ske.

Övriga medverkande

I projektgruppen har ingått Marzia Dellepiane, psykiater, Cecilia Boldt-Christmas, psykiater, Malin Rex, verksamhetsutvecklare och specialistsjuksköterska i psykiatri samt Evalena von Hauswolff, verksamhetsutvecklare och psykolog, samtliga vid Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Margda Waern, professor inom suicidologi vid Sahlgrenska Akademin, och Charlotta Brunner, chefläkare vid psykiatriförvaltningen Region Kalmar län, har bidragit med råd under projektets gång.

Från Folkhälsomyndigheten har utredarna Eija Airaksinen och Jenny Telander och enhetschefen Johanna Ahnquist deltagit.

I den slutliga sammanställningen av rapporten har dessutom Urban Nylén (medicinskt sakkunnig), Jonas Bergström (enhetschef) och Elizabeth Åhsberg (forskare) från Socialstyrelsen, Hans Rutberg från SKL, samt Fredrik Schöllin, tjänsteansvarig Nitha vid Inera AB, deltagit.

Referenser

1. Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention, Statistik NASP [Online]. Available: <https://ki.se/nasp/statistik>.
2. Svenska psykiatriska föreningen. Suicidnära patienter. Kliniska riktlinjer för utredning och vård. 2013. ISBN 978-91-7205-906-1.
3. Inera AB. Nitha – it-stöd för händelseanalys [Online]. Available: <https://www.inera.se/tjanster/nitha--it-stod-for-handelseanalys/nitha-it-stod-for-handelseanalys/>.
4. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Riskanalys och händelseanalys. Stockholm: SKL; 2015.
5. Socialstyrelsen. Självmod 2006 anmälda enligt lex Maria - En sammanställning av de beslut som har fattats till och med mars 2007. Socialstyrelsen: Stockholm; 2007.
6. Socialstyrelsen. Självmod 2006–2008 anmälda enligt lex Maria. Socialstyrelsen: Stockholm; 2010.
7. Västra Götalandsregionen. Oönskade händelser inom psykiatri i Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen: Göteborg; 2016.
8. Sveriges Kommuner och Landsting. Skador inom psykiatrisk vård. SKL: Stockholm; 2018.
9. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning – Svensk version 2018 – Del 1 (3) [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-4-12>.
10. Sveriges Riksdag. Patientlag SFS 821:2014. 2014.
11. Inspektionen för vård och omsorg. Blev det någon verkstad? Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg? IVO: Stockholm; 2016.
12. Socialstyrelsen. REMISS Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/remiss-nationell-handlingsplan-for-okad-patientsakerhet-i-halso-och-sjukvarden.pdf>

Den här rapporten redovisar resultaten från en sammanställning av hälso- och sjukvårdens händelseanalyser av suicid.

Sammanställningen syftar till att ge ökad kunskap som kan bidra till att förbättra patientsäkerheten och därmed minska självmordshandlingar hos patienter med psykisk ohälsa. Genom att återföra kunskapen till vården, är förhoppningen att den kan bidra till att hälso- och sjukvården blir ännu mer självmordsförebyggande.

Rapporten riktar sig främst till vårdgivare som ett underlag för att utveckla vårdens ledningssystem, och till personal som i sitt arbete möter patienter med psykisk ohälsa. Rapporten kan även användas av beslutsfattare på regional och nationell nivå.