

Själv mord bland patienter i sluten psykiatrisk vård

Jan Beskow

Bo Runesson

Anders Andrén

Enligt många rapporter ökar antalet självmord bland patienter intagna i sluten psykiatrisk vård. En del av denna ökning är skenbar och beror på förbättrad statistik och ökad patientomsättning. Som faktum kvarstår emellertid att alltför många patienter begår självmord. Psykiatrins problem med självmordsbeteende har ändrat karaktär, kunskaperna och bemötandet av dessa patienter måste ändras därefter. Det finns redan nu skäl att genomföra vissa åtgärder menar författarna till denna artikel. Dessutom måste landstingen beakta hittills vunna erfarenheter när de utformar sin vårdstatistik.

Artikeln bygger bl a på erfarenheter från projektet Själv mordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län, för vilket Jan Beskow, docent och biträdande överläkare, psykiatriska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, är projektledare. Bo Runesson, FV-läkare, psykiatriska kliniken, Skövde, har bidragit med litteratursammanställningen och Anders Andrén, tidigare utredare på hälsovårdsenheten i Skövde, numera hälso-planerare inom primärvården i Mullsjö, har svarat för insamling och bearbetning av epidemiologiska data.

Jan Beskow har varit gästredaktör för detta temanummer.

Syftet med denna artikel är att redovisa litteratur om självmord i sluten psykiatrisk vård, ge data från Sverige, diskutera orsaker, lämpliga åtgärder samt statistiska metodfrågor.

LITTERATUR

Denna litteraturgenomgång omfattar huvudsakligen arbeten från 1970- och 80-talen. För äldre artiklar

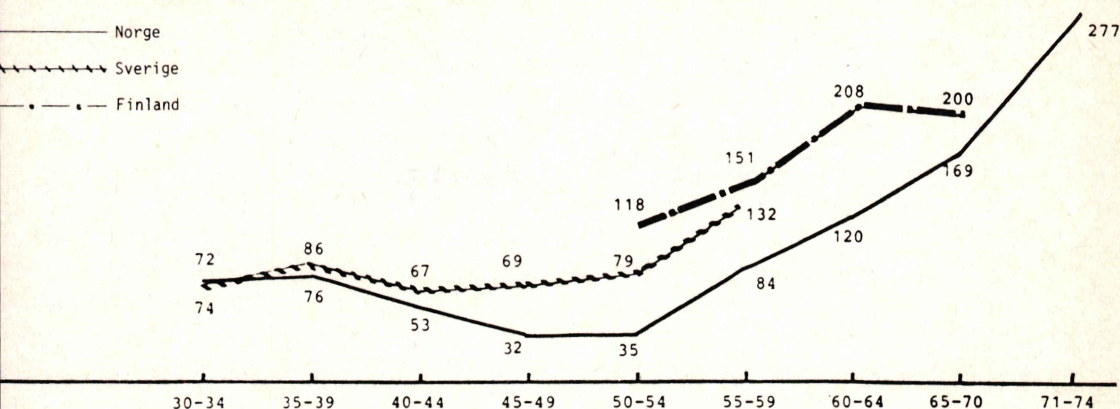
hänvisas till Lönnqvist et al, 1974 (20), Ritzel, 1974 (27), och Modestin, 1982 (23).

Beisser & Blanchette, 1961 (4), kunde inte påvisa någon ökning i antal självmord under åren 1916–1958 på det sjukhus de studerade i Californien. Den högsta antalet noterades för år 1957, samma år som neuroleptika kom i mer allmänt bruk på sjukhusen. Före detta år hade ingen av dem som begick självmord fått sådana preparat men det året stod åtta av de nio, som begick självmord, på antingen reserperin eller fentiazinderivat, jämfört med två av nio i kontrollgruppen. Hälften av de studerade självmorden skedde i isoleringsrum. Författarna noterar även skillnader i kvoter mellan självmord och vårddata, tex utskrivningar, har föga värde när det gäller att jämföra olika institutioner. De måste tolkas som bakgrund av den enskilda institutionens unika förhållanden.

När Ödegård, 1967 (37) jämförde självmordsfrekvensen på norska psykiatriska sjukhus åren 1950–1962 med åren 1926–41 fann han snarast en minskning, från 91,7 till 67,6 per 100 000 inlagda patienter. Han konstaterade dock att de båda måtten ej var helt jämförbara. När han däremot uppdelade åren 1950–64 i femårsperioder fann han en ökning i absoluta tal: 14, 35 resp 50 självmord.

Lönnqvist et al, 1974 (20), redovisade samtliga självmord på psykiatriska kliniken vid Universitetssjukhuset i Helsingfors 1841–1971. Under de åren 1841–1920 var det sju fullbordade självmord under de 30 åren 1921–1950 11 och under tio- respektive elva-årsperioden 1951–60 och 1961–71 8 resp 2. Detta motsvarar 1,46, 0,83, 1,06 resp 2,21 per 100 inskrivningar. Författarna sätter höjningen i samband med ett ändrat patientklientel. Ett ökande antal kroniskt suicidala patienter med "svåra neurotiska borderline tillstånd" hade nämligen remitterats till slutenvården.

Figur 1. Själv mord i sluten psykiatrisk vård. Norge, Sverige och Finland per 100 000 invånare. Data från Hessø, 1977 (15).



ats till kliniken.

Själv mord vid Helsingforsregionens psykiatriska sjukhus åren 1952–1963 undersöktes av Achté et al, 1966 (1a), och åren 1964–1972 av Niskanen et al, 1974 (24). Själv mordsfrekvensen var 9,9 per 10000 resp 1,4 per 1000 inskrivningar (admissions). Niskanen et al påpekar att bara 7% av patienterna hade haft en psykotisk depression, 55% var schizofrena och 25% hade en störning av neurotisk valör. Obefrånående av huvuddiagnos hade emellertid 54% en misskännlig affektiv sjukdom av depressiv typ. Författaren påpekar att depressioner lätt förbises hos schizofrena patienter. Jämför även Beck et al, 1975 (3), Gale et al, 1980 (12), och Glazer et al, 1981 (3).

Hessø, 1977 (15), är den författare som tydligast påvisat en ökning av självmorden i sluten psykiatrisk vård i Norge, Finland och Sverige. Efter någon minskning under krigstiden på 1940-talet kom ökningen under 1950-talet och fortsatte till sista undersökningsåret 1974 (Sverige 1959), se figur 1. I Norge ökade självmorden nio gånger i absoluta tal och relaterat till antal patienter (vårdplatser vid årets slut plus antal utskrivna under året). Ökningen var mindre när de absoluta talen relaterades till antal förstagsångsintagna och minst när de relaterades till totalt antal intagningar. I sista fallet var det ungefär tre gånger så många självmord 1970–1974 som 1945–1949. Den måttliga ökningen av självmorden i befolkningen som ägde rum under samma tid räcker inte långt som förklaring.

Författaren diskuterar i stället tre andra troliga förklaringar. Många fler söker psykiater nu än förr, även sådana med tankar på självmord. Trycket att återanpassas har också ökat. Många blir för bra för institutioner, men ej tillräckligt bra för livet ute i samhället. Det ökade antalet självmord kan till sist också ses som en biverkan av moderna terapeutiska metoder. Öppna dörrar, ökad aktivitet, snabba utskrivningar och överförande av ansvar för svåra säkerhetsfrågor på mindre erfaren personal kan öka risken för självmord.

Ernst & Kern, 1974 (9), Ernst, 1979 (8) och Ernst et al, 1980 (10), har ingående studerat suicidutvecklingen på universitetskliniken i Zürich. När de jämförde decenniet 1960–69 med 1950–59 framkom ingen ökning. Då de vidgade tidsperspektivet till 1900–1977 framkom en tydlig ökning under de sista 20 åren. Förändringarna demonstrerades genom grafisk återgivning dels av antalet fullbordade självmord varje år, dels av årsantalet beräknat som genomsnitt för en tioårsperiod (decadenmittel). Vidare angavs absoluta tal för utskrivningar, relativa tal för självmord per 1000 utskrivningar – under de fyra sista decennierna 1,4, 2,2, 2,0 och 4,2 per 1000 utskrivningar – samt antal självmord per 100 000 invånare i kantonen Zürich.

De kunde visa att antalet självmord steg efter varje övergång från låsta till öppna avdelningar, att självmordsfrekvensen var högre på öppna än slutna avdelningar och att den ökade självmordsfrekvensen inte kunde bero på en ansamling före utskriv-

ningen som uppvägdes av en minskning efter denna. Den för många så värdefulla liberaliseringen av vården med ökad inriktning på rehabilitering kan vara skadlig för en del. Fynden ställer ökade krav på övervakning och på försiktighet vid permissioner. Under alla våra rehabiliteringsansträngningar skall vi inte heller glömma dem som behöver kliniken som en skyddad tillflyktsort, påpekar författarna.

Gale et al, 1980 (12), jämförde fem mentalsjukhus i New York city med totalt 60 självmord i slutna psykiatrisk vård under 32 månader. Sjukhusen visade betydande skillnader i antal självmord per 1000 vårdår. Dessa utjämnades till stor del när självmorden relaterades till antal intagningar. Författarna menade att återstående skillnader snarare kunde återföras på socioekonomiska skillnader mellan sjukhusens upptagningsområden än på skillnader i vårdinnehåll.

Några begick självmord alldeles efter intagningen på sjukhuset, 2/3 när utskrivningen planerades. Många av dessa hade problem kring utskrivningen. 87% var schizofrena, 12% hade en affektiv sjukdom. 83% av samtliga var deprimerade veckorna före självmordet. Psykologiska autopsier hade genomförts på över hälften av patienterna, vilket givit många uppslag till förbättringar.

Modestin, 1982 (23), påvisade ett markant ökat antal självmord i slutna psykiatrisk vård på två kliniker i kantonen Bern i Schweiz under andra hälften av 1970-talet. Den ena kliniken hade genomgått en genomgripande ombyggnad och samtidigt ändrat te-

rapeutisk inriktning mot aktivare behandlings- och rehabiliteringsansträngningar, fler öppna avdelningar samt könsblandning på avdelningar och i behandlingsteam. Ökningen kom före denna förändring och var lika stor på den klinik som ej genomgått dessa förändringar.

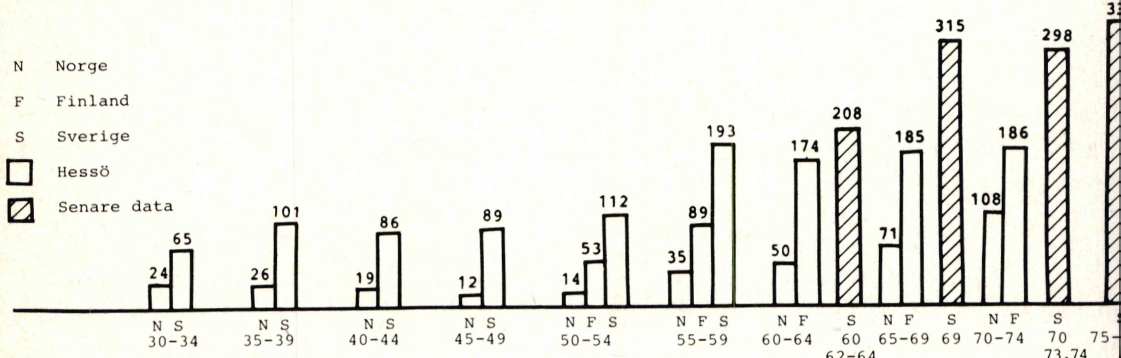
DATA FRÅN SVERIGE

1901–1933. Backlin, 1937 (2), studerade samtliga statliga sinnessjukhus i Sverige åren 1901–1933. Han fann en ökning i absoluta tal, från 31 självmord under åren 1901–1911 till 75 åren 1923–1933. Samtidigt hade emellertid såväl antal vårdplatser som intagningar ökat, de senare inte mindre än fem gånger. Med hänsyn till detta var det ingen verklig ökning.

1930–1977. De siffror Hessø (15), angivit för Sverige 1930–59 har vi kontrollerat och funnit korrekta, figur 1 och 2. Vi har sedan kompletterat diagrammet i figur 2 med streckade staplar för resterande femårsperioder. För ingen av dessa finns data för alla år. För att erhålla jämförbarhet har vi räknat upp siffrorna för de år som finns till fem år (60–64, 65–69, 70–74 och 75–79 vardera tre år). Som mått på femårsdödligheten är dessa data osäkra skattningar. Uppgifterna kommer från socialstyrelsens utskrivningsregister för psykiatriska patienter (34).

Som framgår av figuren finns den ökning Hessø påvisat för Norge och Finland även i Sverige, även om den inte är fullt så uttalad. De absoluta talen har ökat 3,9 gånger från 1940–44 till 1975–77.

Figur 2. Självmord i slutna psykiatrisk vård i Norge, Finland och Sverige. Absoluta tal. Data från Hessø, 1977 (1) kompletterade med data från officiell statistik (34), streckade staplar.



Ökningen i Sverige börjar redan i slutet av 1940-talet. Branta stegringar kommer i slutet av 1950-talet och slutet av 1960-talet.

Ökningen i Sverige börjar redan i slutet av 1940-talet. Branta stegringar kommer i slutet av 1950-talet och slutet av 1960-talet. Från 1950–54 till 1955–59 var ökningen 72 %. Från 1960–64 till 1969 var den 51 %. Dessemellan är det en långsammare ökningstakt utom i början av 1970-talet, då det är en liten minskning.

Vi har gått ner på enskilda år under 1950-talet och har funnat konstatera en i stort sett jämn ökningstakt från år till år. I slutet av 1960-talet och på 1970-talet saknas statistik för några år. Det ger oss anledning att undersöka statistikproduktionen litet närmare.

Siffran för den sista femårsperioden baserar sig på åren 1975–77. Under de åren inträffade 202 självmord i sluten psykiatrisk vård, vilket motsvarar 0,8 självmord per 100 000 invånare och år eller 0,8 % av samtliga självmord i Sverige.

Särskilda undersökningar. Perris et al, 1980 (25), Lutz, 1981 (28) och Beskow et al, 1982 (5–6) har inkluderat självmord i sluten psykiatrisk vård i Västerbottens, Gotlands och Skaraborgs län, *tabell 1*. Perris data har här bearbetats något för att kunna jämföras med preliminära data från socialstyrelsen för år 1978 (18). Undersökningen på Gotland baserar sig på av polisen kända självmord och i Västerbotten och Skaraborg på självmord enligt dödsbevis. Författarna har sedan kontrollerat om de döda varit kända inom länets psykiatriska vårdorganisa-

tion. Data från socialstyrelsen är framtagna genom korskörning av dödsorsaksstatistiken med socialstyrelsens utskrivningsregister för psykiatriska patienter.

Undersökningarna från Västerbotten och Gotland omfattar säkra självmord (E 950–959 eller AE 147), de från Skaraborg och Sverige såväl säkra som tveksamma (E 980–989 eller AE 149). I länsundersökningarna har totala förekomsten av psykiatrisk vård registrerats, i Sverige endast slutna vård under åren 1973–1978.

I Västerbotten begick 12 personer självmord per 100 000 inv och år (AE 147), på Gotland 22 (AE 147), i Skaraborg 20 (AE 147+149), i Sverige 19 (AE 147) resp 26 (AE 147+149). Andelen psykiatriska patienter varierade i Västerbotten mellan 49 och 64 %, på Gotland var den 46 %, i Skaraborg ökade den under observationsperioden från 45 till 68 % och i Sverige var den 39 % (AE 147) resp 41 % (AE 147–149). De senare siffrorna gäller dock bara slutna vård. Ungefär hälften av de som begår självmord har således varit i kontakt med någon form av psykiatrisk vård.

Som framgår av *tabell 1*, var det ett fåtal självmord i slutna psykiatrisk vård per år i varje län. De utgjorde 6 % av totala antalet säkra och tveksamma självmord. Gotland skiljer sig från de övriga genom en större andel självmord i slutna psykiatrisk vård. I Västerbotten var det en påfallande ökning av dessa självmord under 1970–1978. På Gotland fanns en osäker ökning under senare hälften av 1970-talet. I Skaraborgs län kunde ingen säker ökning påvisas.

Perris m fl (25) fann inget stöd för hypotesen om en ökning i självmordsfrekvens bland patienter som

tabell 1. Självmord i slutna psykiatrisk vård. Data från några svenska län och från Sverige.

Patienter som begått självmord i slutna psykiatrisk vård	Västerbotten 1960–1978 (25) AE 147	Gotland 1973–1980 (28) AE 147	Skaraborg 1969–1978 (5,6) AE 147+149	Sverige 1978 (18) AE 147	AE 147+149
totalt	45	18	31	100 ¹	123 ¹
per år	2	2	3	100 ¹	123 ¹
per 100 000 inv och år	1,0	4,1	1,2	1,2	1,5
procent av samtliga självmord i länet	8	19	6	6	6

Patienter i slutna psykiatrisk vård inklusive de som begått självmord ≤ 7 dagar efter utskrivningen.

behandlades med neuroleptika. Förutom ändrade terapeutiska metoder och ansvarsförhållanden diskuterade man även betydelsen av en nedgång i intresset för psykopatologi, och som följd härav svårigheter att avgöra den psykiatriska störningens svårighetsgrad.

Rutz, 1981 (28), diskuterade bla rehabilitering av schizofrena samt påpekade att vi måste lära oss att bättre bedöma suicidutveckling och suicidrisker. Självgranskningen måste fortsätta.

ORSAKER

År 1978 inträffade 123 självmord i slutna psykiatrisk vård eller omedelbart efter utskrivningen, tabell 1, vilket är en hög siffra. De utgör emellertid bara 6 % av samtliga självmord i Sverige. På lokal nivå kan det verka vara ett litet problem med endast några få självmord per år inom ett landsting med 1/4 miljon invånare. De utgör också en mycket liten del av alla patienter som passerar de psykiatriska klinikerna.

Emellertid har hälften av de som begår självmord tidigare haft kontakt med öppen eller slutna psykiatrisk vård. Av de i hela riket som år 1978 begick självmord efter slutna psykiatrisk vård gjorde hälften (51 %) det inom sex månader (18). Av de som i Skaraborgs län hade haft kontakt med psykiatrin, slutna eller öppna vård, begick 41 % självmordet på sjukhuset eller inom en månad och 64 % inom sex månader efter sista kontakten (7).

Självordstankar och självmordsförsök är utomordentligt vanliga bland psykiatriska patienter, enligt en undersökning hos 28–30 % (14). För många av dessa har tendensen att begå självmord varit en viktig orsak till att de sökt hjälp.

Förändringar i befolkningen

En ökad frekvens självmord inom upptagningsområdet kan vara en delförklaring till ett ökat antal självmord i slutna psykiatrisk vård. I de refererade undersökningarna ökar vanligen självmordsfrekvensen i upptagningsområdet men ej så mycket som i den psykiatriska vården (15, 20, 23, 25). Ibland ökar dock självmorden i psykiatrisk vård trots oförändrad eller minskad frekvens i upptagningsområdet (8–10).

Vi har jämfört självmorden i Sverige delade femårsperioder med självmorden i slutna psykiatrisk vård. De senare ökar och minskar i stort sett synkront med förändringarna i landet i sin helhet. Men ökningarna är mycket större inom den psykiatriska vården, jämför Rutz 1981 (28).

Förbättrad statistik

Den officiella statistiken om psykiatrisk vård, inklusive begångna självmord, har förändrats under de senaste decennierna. År 1962 ersattes årsrapporterna från mentalsjukhuset till medicinalstyrelsen med individbaserade statistikuppgifter från varje utskrivning. Uppgifterna kontrollerades innan de ADB-behandlades. År 1967 kom huvudmannareformen, när landstingen övertog driften av de statliga mentalsjukhusen. År 1969 började en svensk revision av den 8:e revisionen av WHO-klassifikationen av sjukdomar och dödsorsaker, (WHO, 1967) (36) att tillämpas och därigenom distinktionen mellan säkra (AE 147) och tveksamma (AE 149) självmord. Dessemellan genomfördes mindre förändringar. Den diagnostiska precisionen ökade successivt och statistiken kom att omfatta allt större delar av den psykiatriska vården. För detaljer se bilaga 1.

Den viktigaste förbättringen i statistikproduktionen slog igenom år 1969 samtidigt som antalet rapporterade självmord ökade med 51 %. En icke oväsentlig del av den registrerade ökningen förklaras säkert av dessa förbättringar. Denna aspekt har inte tillräckligt betonats i den refererade litteraturen.

För att få åtminstone någon uppfattning om eventuella brister i de statistikuppgifter som nu lämnas tog vi inom den självmordsförebyggande verksamheten i Skaraborgs län fram kopior av statistikjournal C för de 31 patienter, som år 1969–78 begått självmord i slutna psykiatrisk vård. Fyra kunde återfinnas. Fyra var formulerade så att det inte framgick att patienterna hade dött av självmord. Hos sex av dessa åtta patienter saknades uppgift om

En icke oväsentlig del av ökningen förklaras av förbättringar i statistikproduktionen.

död i självmord i socialstyrelsens utskrivningsregister för psykiatriska patienter, således en diskrepans mellan dödsbevis och patientregister på sex fall av 31 eller 19%. Felkällorna var: icke avlämnad eller portsklarvad statistikjournal C, olika uppfattning om dödsorsaken, överförande till andra avdelningar efter självmordshandlingen men före döden, oklara gränser för begreppet utskrivning samt skrivfel. Exempel se bilaga 2. Det verkliga antalet självmord i sluten psykiatrisk vård är således högre än den officiella statistiken (34). Hur mycket högre kan inte bedömas på detta lilla material.

Patienturval

Den starka strävan mot en öppen och lätt åtkomlig psykiatri medför kontakt med nya befolkningsgrupper. Bland dessa kan finnas fler personer med hög risk att dö i självmord, vilket i sin tur delvis kan förklara ökningen även av självmorden i sluten psykiatrisk vård (15, 20, 23).

Svensk psykiatri har utvecklats mycket snabbt under de senaste decennierna. Detta har medfört dramatiska förändringar i vårdproduktionen, se tabell 2. Siffrorna är inte helt jämförbara, framför allt inte före och efter år 1962 (bilaga 1), men ger dock en bild av utvecklingen i stora drag.

Antal kliniker har ökat sedan 1962 men inte antal vårdplatser, vilket speglar en strävan mot mindre enheter. Mest slående är det starkt ökade antalet utskrivningar, som ökat från 7 322 år 1940 till 15 814 år 1977. Den största ökningen kom 1962, när de psykiatriska klinikerna, med deras högre omsätt-

ning, inkluderade i statistiken men även sedan dess har ökningen varit snabb. Samtidigt har medelvårdtiden minskat. Uppgifter på antal personer som vårdats i sluten psykiatrisk vård är tyvärr ofullständiga och kan därför ej användas. Åren 1940–77 ökade antalet utskrivningar 15,5 gånger, åren 1962–77 2,5 gånger. En del av denna ökning beror på fler vårdperioder per patient, en del av ett ökat antal patienter. Det absoluta antalet självmord ökade 1,6 gånger under tiden 1962–77, figur 2.

Såväl Hessø, 1977 (15), som Ernst, 1979 (8), redovisade att självmorden i sluten psykiatrisk vård ökade även i relation till totala antalet inskrivningar och utskrivningar, även om den ökningen var betydligt mindre än per behandlad patient. I Norge ökade totalantalet intagningar från 13 023 åren 1940–44 resp 29 276 åren 1960–64 till 43 819 åren 1970–74, dvs 3,4 gånger under totala perioden och 1,5 gånger under senare delen. Universitetskliniken i Zürich ökade från 942 utskrivningar på 1940-talet (dekadgenomsnitt) till 1 376 i genomsnitt för åren 1970–77, vilket för hela perioden bara innebär en ökning 1,5 gånger. Både i Norge och i Zürich är således omsättningsökningen betydligt mindre än i Sverige.

Antalet utskrivningar har i Sverige ökat snabbare än antal självmord i sluten psykiatrisk vård. Vi vet genom flera författare att risken för självmord är särskilt stor i samband med intagning och framför allt utskrivning. Självmordsbeteende är en vanlig orsak till intagning i sluten psykiatrisk vård. Det är därför rimligt att en måttlig ökning av in- och ut-

Tabell 2. Utvecklingen av den vuxenpsykiatriska vården 1940–1977¹

	1940	1950	1960	1962	1968	1969	1977	Förändring i %	
								1962–69	1969–77
Sjukhus	23	32	34	56	60	60	64	+ 7	+ 7
Kliniker				104	121	134	160	+29	+19
Vårdplatser	17 275	24 775	28 255	28 485	27 923	28 915	25 779	+ 2	–11
Medelvårdtid i dagar				204	173	165	91	–19	–45
Intagningar ²	7 611	13 544	24 761	46 795	71 503		114 948		
Utskrivningar ²	7 322	12 696	24 339	46 158	70 891	76 095	115 814	+65	+52
Avlidna ³	1 219	1 653	2 788	2 669	3 443	3 324	2 984	+25	–10

Ur Allmän hälso- och sjukvård 1940, 1950, 1960 och Slutens psykiatrisk lasarettsvård 1977.

Från 1962 exkluderades in- och utskrivningar som endast inneburit förflyttning från ett sjukhus till ett annat.

Osäker uppgift eftersom patienten ofta överföres till somatisk vårdavdelning före dödsfallet.

Antal utskrivningar har i Sverige ökat snabbare än antal självmord i sluten psykiatrisk vård.

skrivningar medför en relativ ökning av antalet självmord men att denna försvinner vid en stark ökning av omsättningen. Antalet högriskpatienter uppvägs då av ett betydande antal med låg eller ingen risk för självmord. I ett stort patientflöde kan dock högriskpatienterna vara svåra att upptäcka.

Vårdinnehåll

Den moderna psykiatrins snabba utveckling mot aktivare behandling, intensivare rehabilitering med högre krav på samhällsanpassning, liberalisering, fler öppna avdelningar, ökad respekt för patientens integritet och ovilja att ta över ansvar från honom samt en strävan att motverka hospitalisering, är den grupp orsaksfaktorer, som diskuterats mest ingående i litteraturen.

Täta personalbyten med brister i kontinuitet samt en teamutveckling som periodvis innebär osäkerhet om yrkesroll och funktion, överförande av ansvar även för säkerhetsfrågor på mindre erfaren personal samt ett vikande intresse för psykopatologi, ja, för bedömningar över huvud taget, kan också medföra ökad risk för självmord (8, 9, 10, 14, 23, 25, 28).

I Zürich förekom en ökning när fler avdelningar öppnades (10), medan man i Bern inte kunde se något sådant samband (23). Deras observationstid var dock kortare. I övrigt har några säkra samband inte påvisats, inte heller mellan förskrivning av neuroleptika eller antidepressiva farmaka och den ökade självmordsfrekvensen. De flesta författare ser dock betydande risker i de stora förändringarna.

Sammanfattning. Antalet självmord i sluten psykiatrisk vård har i Sverige ökat i absoluta tal och betydligt mer än i det omgivande samhället. Detta utgör ett viktigt behandlings- och organisationsproblem. Samtidigt har emellertid statistikproduktionen förbättrats. En del av ökningen är därför skenbar. Om antalet självmord har ökat i förhållande till antalet personer som varit intagna i sluten

psykiatrisk vård kan inte avgöras, men det är möjligt. I förhållande till antalet in- och utskrivningar föreligger inte någon ökning.

En säker slutsats är dock att självmordsproblemen inom psykiatrin i dag ser helt annorlunda ut än tidigare. Då var det huvudsakligen fråga om relativt få högriskpatienter som togs in i en fast vårdorganisation och där övervakades mycket omsorgsfullt under långa vårdtider. Den som i dag arbetar inom psykiatrin möter dagligen självmordsproblem av mycket växlande allvarlighetsgrad i en öppen och flexibel, ständigt föränderlig vårdorganisation med korta vårdtider. Sättet att möta självmordsproblemen måste därför vara annorlunda. Det kräver andra kunskaper och andra metoder.

ÅTGÄRDER

De åtgärder vi genomför bör därför syfta till att förebygga självmordshandlingar och samtidigt öka vår erfarenhet och våra kunskaper på detta område.

Dödsbevis på personer inom en kliniks upptagningsområde som avlider i fullbordade självmord bör införskaffas som ett slags driftskontroll. Ungefär hälften av dessa har tidigare sökt psykiatrisk vård. En medelstor klinik med en historia på några år får ett sådant dödsbevis med ungefär två eller tre veckors mellanrum.

För de som begått självmord i sluten vård eller kort tid efter utskrivningen bör dödsfallet analyseras i efterhand, sk retrospektiv genomgång eller psykologisk autopsi. Man upptäcker snart att fler av dessa fått en ur suicidologisk synpunkt högst otillfredsställande vård. Detta reser enkla frågor om klinikens organisation och funktion.

Bedömning av självmordsrisk sker ofta intuitivt. Det är av värde att utveckla metoder för systematisk bedömning av självmordsrisk. Detta ger ett underlag för diskussioner om bedömningarna avvikar samt för en ständig debatt om ändamålsenlig

En säker slutsats är dock att självmordsproblemen inom psykiatrin i dag ser annorlunda ut än tidigare.

Utan en väl tränad personal äro alla andra försiktighetsåtgärder mer eller mindre värdelösa".

heten i våra bedömningsmetoder.

Översyn över administrativa rutiner kan leda till en ökad stramhet i handläggningen av patienter med risk för självmord. Det kan gälla intimare samarbete mellan jourmottagning och avdelning vid inläggning av patienter med hög risk för självmord eller att fastställa särskilda övervakningsnivåer. Gemen- samma och exakta termer är nödvändiga, tex sjukhusområdets avgränsning och innebörden av fri- gång.

Allmänt gäller det att öka det praktiska kunnandet i självmordslära, suicidologi, genom insatser så- väl inom ordinarie utbildningsvägar som inom eta- blerade vårdorganisationer.

"Just denna drill av personalen, varigenom den äres att alltid och överallt, medvetet och inte minst undermedvetet, hava självmordsrisken för ögonen, borde vara det viktigaste vid bekämpandet av självmorden. Utan en väl tränad personal äro alla andra försiktighetsåtgärder mer eller mindre värdelösa." Självlärt gäller inte Backlins (2) ord tillfullo i dag – den inriktningen är den rätta.

Mer ambitiösa insatser innebär utveckling av lo- kala vårdprogram för problemet självmord (32), vil- let förutsätter ett nära samarbete mellan psykiatri, övrig sjukvård, socialtjänst m fl inom ett landstings- område.

STATISTISKA METODFRÅGOR

Utan om ökningen av antal självmord i relation till antal utskrivningar är obetydlig eller ingen, kvarstår det faktum att det absoluta antalet självmord i sluten psykiatrisk vård är högt och tenderar att öka. Den moderna psykiatrin står inför självmordspro- blemen på ett annat sätt än tidigare. Fortsatta un- dersökningar är nödvändiga. Den kontinuerliga statistikproduktionen måste förbättras och utfor- mas så att den kan ge bakgrundsmaterial för fördju- ade enskilda undersökningar.

Upptagningsområde. Undersökningar bör göras

på kliniker med så avgränsade upptagningsområden att självmordsfrekvensen för befolkningen kan fast- ställas.

Såväl säkra (AE 147) som tveksamma (AE 149) självmord bör omfattas. Andelen psykiatriska pati- enter är ungefär lika stor i båda dessa grupper, såväl totalt som för olika självmordsmetoder. Ur förebyg- gande synpunkt är uppdelningen mindre viktig. I Sverige klassificerades år 1979 28,5 % av säkra och tveksamma självmord som tveksamma, vilket är högre än i andra länder. Uppgivandet av enbart säkra självmord ger därför för låga tal. Samman- tagna ger de ett större material att analysera, vilket ger säkrare slutsatser.

Prospektiva undersökningar. Retrospektiva un- dersökningar som mäter andelen psykiatriska pati- enter bland fullbordade självmord ger olika resultat beroende på observationstidens längd samt föränd- ringar i vårdstrukturen. Andelen psykiatriska pati- enter blir tex högre ju längre tid den psykiatriska vårdorganisationen verkat i ett område. Prospek- tiva undersökningar är mer jämförbara.

Vårdparametrar. Antal personer, som dött i självmord, kan relateras till olika mått på vårdpro- duktion. För detta ändamål har olika författare använt bla vårdplatser, genomsnittlig beläggning, vårdår, varmed menas genomsnittlig beläggning gånger antal observationsår, intagningar (admis- sions), intagna, utskrivna, utskrivningar (dis- charges) samt behandlade patienter (patients treat- ed), varmed man menat antal vårdplatser vid årets slut plus antal utskrivna under året. Dödsfall blir utskrivna. Självmord hör därför mer logiskt till ut- skrivna än till inskrivna.

Definitionerna är ibland varken angivna eller självklara, tex avgränsningen av "sluten psykiat- risk vård" när det gäller permissioner, avvikare och försöksutskrivna. Tidsgränserna bör väljas från praktiska utgångspunkter. Eventuellt kan man ock- så ange patienter som begår självmord i sluten psy- kiatrisk vård inklusive en vecka efter utskrivningen. Självmord inom sex månader efter sista kontakten är mer intressanta när det gäller att undersöka före- byggande åtgärder, än de som inträffar senare.

Rater och andra mått. Ålders- och könsspecifi- cerade dödstal för död i självmord, sk rater, är bra

bakgrundsdata. Rater uträknade i två steg, t.ex psykiatriska patienter som dött i självmord inom ett visst område kan också vara bra som jämförelse.

Kvoter av typen antal självmord per genomsnittligt vårdplatsantal eller per 1000 utskrivningar är inga äkta "rater". I första fallet ingår personer i täljaren och vårdplatser i nämnaren. I andra fallet ingår de som dött i självmord som del i gruppen utskrivna, men tiden under vilken de observerats är ej enhetlig. Inget av dessa tal ger rättvisande siffror rörande självmordsfrekvensen men det första är bäst om omsättningen är noll eller nära noll. Det senare är bäst vid måttligt hög eller hög omsättning. Kvoterna döljer dels förändringar i antal självmord, dels i vårdproduktionen. De ger ofta ett falskt intryck av exakticitet, som blir tydligt om man kritiskt undersöker kvalitén på bakomliggande basdata. De bör därför tolkas försiktigt. Helst bör vårdutvecklingen analyseras för sig och självmordsfrekvensen för sig och först därefter jämföras.

Bättre vårdstatistik. Statistikproduktionen om psykiatrisk vård skall nu överföras från socialstyrelsen till landstingen. Deras statistik måste utformas enhetligt över hela landet, t.ex vad gäller definitioner och driftskontroll, så att det både är möjligt att göra bearbetningar för hela riket och jämföra olika landsting. Statistiken bör vara personbaserad samt även omfatta öppen psykiatrisk vård. Ärligen utförda korskörningar mellan patientstatistik och dödsorsaksstatistik med data på såväl riks- som landstingsnivå är en viktig delåtgärd för att få bättre kunskaper om självmord bland psykiatriska patienter. Sådana uppgifter kan vara av betydelse för den ensilda klinikens driftskontroll.

REFERENSER

- 1 a. *Achté, K. A., Stenbäck, A. & Teräväinen, H.*: On suicides committed during treatment in psychiatric hospitals. *Acta psychiat. scand.* 42: 272–284, 1966.
- 1 b. *Achté, K. A. & Lönnqvist, J.*: Suicides in psychiatric patients in Helsinki. *Psychiatria Fennica* 1970: 215–221, 1970.
2. *Backlin, E.*: Självmorden å statens sinnessjukhus i Sverige under åren 1901–1933. *Hygiea* 99. 3: 65–100, 1937.

3. *Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A.*: Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *J. Am. med. Ass.* 234: 1146–1149, 1975.
4. *Beisser, A. R. & Blanchette, J. E.*: A study of suicide in a mental hospital. *Dis. of the nerv. Syst.* 7: 365–369, 1961.
5. *Beskow, J. & Andrén, A.*: Självmordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län: Självmord i Skaraborgs län 1969–1977 med år 1978 i bilaga. Hälsovårdsenheten, Kärnsljukhuset, Skövde, 1982.
6. *Beskow, J., Cronström-Beskow, S., Bartholdson, E. & Andrén, A.*: Självmordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län: Kunskapsöversikt och projektplan. Hälsovårdsenheten, Kärnsljukhuset, Skövde, 1982.
7. *Beskow, J., Runesson, B. & Andrén, A.*: Självmordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län: Självmord bland psykiatriska patienter. Under utarbetande.
8. *Ernst, K.*: Die Zunahme der Suizide in den Psychiatrischen Kliniken. Tatsachen, Ursachen, Prävention. *Sozial- und Präventivmedizin* 24: 34–37, 1979.
9. *Ernst, K. & Kern, R.*: Suicidstatistik und freiheitliche Klinikbehandlung 1900–1972. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 219: 255–263, 1974.
10. *Ernst, K., Moser, U. & Ernst, C.*: Zunehmende Suizide psychiatrischer Klinikpatienten: Realität oder Artefakt? *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 228: 351–363, 1980.
11. *Farberow, N. L., Ganzler, S., Cutter, F. & Reynolds, D.*: An eight-year survey of hospital suicides. *Life threatening Behavior* 1, 3: 184–202, 1971.
12. *Gale, S. W., Mesnikoff, A., Fine, J. & Talbott, J. A.*: A study of suicide in state mental hospitals in New York City. *Psychiatric Quarterly*, Fall: 201–213, 1980.
13. *Glazer, W., Prusoff, B., John, K. & Williams, D.*: Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *J. nerv. and mental Dis.* 169: 712–717, 1981.
14. *Hartelius, H.*: Suicidrisk hos psykiatriska patienter. En kvantitativ studie. *Nord. psykiat. tidsskr.* 21: 112–123, 1967.
15. *Hessø, R.*: Suicide in Norwegian, Finnish and Swedish psychiatric hospitals. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 224: 119–127, 1977.
16. *Hessø, R.*: Ökning av selvmord blant personer med funksjonell psykosed diagnose i Norge. *Nord. psykiat. tidsskr.* 33: 562–568, 1979.
17. *Hessø, R. & Retterstøl, N.*: Suicid i norske psykiatriske sykehus. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 28: 1571–1574, 1975.
18. *Keiland, V.*: Preliminärt arbetsmaterial, Socialstyrelsen, 1982.
19. *Lindström, C. & Westrin, C-G.*: I vilken utsträckning anmäls psykiskt sjuka till olika myndigheter. *Läkartidningen* 78, 24: 2366–2368, 1981.

1. Lönnqvist, J., Niskanen, P., Rinta-Mänty, R., Aché, K. & Kärhä, F.: Suicides in psychiatric hospitals in different therapeutic eras. A review of literature and own study. *Psychiatria Fennica* 1974: 265–273, 1974.
2. Mehne, P.: Ursachen und Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen über 65jähriger Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern. *Akt. Geront.* 7: 105–108, 1977.
3. Mitterauer, B.: Können Selbstmorde in einem Psychiatrischen Krankenhaus verhindert werden? *Psychiat. Prax.* 8: 25–30, 1981.
4. Modestin, J.: Suizid in der psychiatrischen Institution. *Nervenarzt* 53: 254–261, 1982.
5. Niskanen, P., Lönnqvist, J., Aché, K. & Rinta-Mänty, R.: Suicides in Helsinki psychiatric hospitals in 1964–1972. *Psychiatria Fennica* 1974: 275–280, 1974.
6. Perris, C., Beskow, J. & Jacobsson, L.: Some remarks on the incidence of successful suicide in psychiatric care. *Social Psychiatry* 15: 161–166, 1980.
7. Petri, H.: Zum Problem des Selbstmordes in psychiatrischen Kliniken. *Z. Psychother. med. Psychol.* 20, 1: 10–19, 1972.
8. Ritzel, G.: Beitrag zum Suizid in psychiatrischen Kliniken. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 42: 38–50, 1974.
9. Rutz, W.: Suizidutvecklingen och dess bakgrundsfaktorer i en allt öppnare psykiatrisk slutenvård: Exempel Gotland. *Nord. psykiat. tidsskr.* 35: 329–337, 1981.
10. Schwartz, D. A., Flinn, D. E. & Slawson, P. F.: Suicide in the psychiatric hospital. *Am. J. Psychiat.* 132, 2: 150–153, 1975.
11. Sletten, I. W., Brown, M. L., Evenson, R. C. & Altman, H.: Suicide in mental hospital patients. *Dis. of the nerv. Syst.* 33: 328–334, 1972.
12. Socialstyrelsen: Klassifikation av sjukdomar 1968, Stockholm, 1968.
13. Socialstyrelsens vårdprogramnämnd: Underlag till vårdprogram för problemet självmord. Utbildningsproduktion AB, Malmö, 1983.
14. Sveriges officiella statistik (SOS): Allmän hälso- och sjukvård 1930–1960.
15. Sveriges officiella statistik (SOS): Sluten psykiatrisk lasarettsvård 1962–1977. Se Sluten psykiatrisk lasarettsvård 1977, Statistiska meddelanden, HS 1981: 6, Stockholm, 1981, som även innehåller referenser till Sluten psykiatrisk lasarettsvård 1962–1976.
16. Sveriges officiella statistik (SOS): Sluten psykiatrisk lasarettsvård 1978. Under publ.
17. World Health Organization, WHO: Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. ICD, 8th Revision, Geneva, 1967.
18. Ödegård, Ö.: Mortality in Norwegian psychiatric hospitals 1950–1962. *Acta genet.* 17: 137–153, 1967.

Bilaga 1. Utvecklingen av statistik om sluten psykiatrisk vård, särskilt självmord, 1930–1977.

Utvecklingen mot en mer preciserad och tillförlitlig statistik både beträffande vårdparametrar och självmord bildar en viktig bakgrund för förståelse av självmordens epidemiologi och för planering av kommande statistikproduktion. Denna utveckling sammanfattas därför här.

1930–1961

År 1930 återfinns självmord i en undergrupp "insania (suicidium)" i diagnoslistan för avlidna på mentalsjukhus (33). Från och med år 1931 står "suicidium" som egen diagnos. 1951 uppdelades självmorden i hängning, drunkning och UNS (utan närmare specifikation). 1955 infördes också kvävning som särskild undergrupp. Statistiken omfattar statens och storstädernas mentalsjukhus, mot slutet av perioden även statens mentalsjukhus för psykiskt efterblivna samt mindre kommunala mentalsjukhus och sjukhem. Den baseras på årsvisa sammanställningar från sjukhusen (33, 34). Inför en väntad reform publicerades 1961 inga siffror.

1962–1968

Från och med 1962 skall uppgifter om varje utskrivning fortlöpande lämnas till medicinalstyrelsen. Av anonymitetsskäl anges ej namn eller folkbokföringsnummer. Individer kan därför inte redovisas, endast antal in- och utskrivningar. Dessutom genomförs en inventering av inneiggande den 31 december varje år. Uppgifterna kontrolleras, överförs på magnetband och bearbetas av medicinalstyrelsen. Denna statistik omfattar statens och storstädernas mentalsjukhus och de psykiatriska klinikerna, från 1963 också de landstingsägda mentalsjukhusen. Från och med 1967 finns uppgifter även från barn- och ungdomspsykiatriska kliniker.

Detta innebär emellertid ingen omedelbar förbättring vad gäller självmordsstatistiken. Diagnoserna på avlidna klassificeras nämligen enligt ICD:s B-lista, i vilken självmord saknas som egen grupp. Uppgifterna till medicinalstyrelsen vid utskrivningen skall emellertid också innehålla uppgift om våldets art: olycksfall, suicidium, homicidium eller okänt.

Åren 1962–64 saknades emellertid sådana uppgifter för 44 % av dödsfallen genom yttre våld. Dessa data redovisades därför ej. I stället grundades statistiken på särskilda rapporter om "bråd död" på sjukhusen. Enligt dessa inträffade under dessa tre år 133 självmord. Det finns anledning tro, att detta är en betydande underrapportering, jämför Lindström & Westrin (19). Åren 1965–68 angavs inga uppgifter om självmord, sannolikt därför att siffrorna var opålitliga.

1969–1977

År 1969 genomfördes en väsentlig förbättring av självmordsstatistiken i samband med införandet av *WHO:s åttonde revision av ICD* (36). På statistikjournal C skall från och med detta år lämnas uppgifter om dödsfall enligt Klassifikation av sjukdomar, 1968, (31) för självmord också ett E-nummer som anger yttre orsak till skada. Systemet är detsamma som används rutinmässigt vid klassifikation av journaldiagnoser, vilket ökar tillförlitligheten.

Såväl självmordsförsök – varav de flesta inträffat före intagningen – och fullbordade självmord – redovisas nu i den officiella statistiken fördelade på ålder och psykiatrisk diagnos, dock ej på självmordsmetod, vilket också anges i statistikjournal C. Uppgifter finns publicerade för åren 1969, 1970 och 1973–77 (34). För åren 1971 och 1972 publicerades ingen statistik alls om psykiatrisk lasarettsvård på grund av brister i redovisningen.

Enligt den nya ICD-versionen infördes samtidigt år 1969 en uppdelning av självmordshandlingar i säkra (AE 147) och tveksamma (AE 149). I den senare gruppen döljer sig bl a en del olycksfall. Antalet tveksamma självmord i procent av osäkra och tveksamma ökade snabbt de närmaste åren, därefter långsammare. År 1979 var siffran 28,5 %.

Bilaga 2. Klassifikationsfel i socialstyrelsens utskrivningsregister för psykiatriska patienter.

Hos 6 av 31 patienter (=19 %), som begått självmord i sluten psykiatrisk vård, kunde uppgift om självmordet ej återfinnas i patientregistret.

Statistikjournal C saknas (n = 4)

Av dessa har två rubricerats som självmord i socialstyrelsens utskrivningsregister för psykiatriska patienter och två har icke registrerats som självmord.

61-årig man, som vårdas för recidiverande endogen depression begår självmord under permission, vilket framgår

av epikrisen. Statistikjournal C har antingen ej utfärdats eller kommit bort på vägen till socialstyrelsen.

43-årig man, som vårdas för neurosis neuroto-depressiva, utskrivs men återintages efter tre veckor för en suicidal gest, insulinbehandlas, går på permission i god skick, hittas död i skogen samma dag han skall återvända till sjukhuset. Vik. provinsialläkare skriver dödsbevis: suicidium genom dränkning. Enligt epikrisen: "Inga säkra hållpunkter för suicid". Således olika bedömning.

Statistikjournal C felaktigt utformad (n = 4)

En patient, som tillhörde barnpsykiatriska kliniken, med tillfälligt vårdades på vuxenpsykiatrisk avdelning, hängde sig där. I statistikjournal C angavs E 953,9, hängning, så att han utskrevs till annan avdelning. Att han fem dagar senare avled på denna avdelning som följd av hängning framgår ej av uppgifterna.

En 21-årig missbrukare avvek från avdelningen. Dagen därpå meddelade anhöriga per telefon att de tänkte återföra honom till sjukhuset. Man avvaktade därför med utskrivning. Emellertid intogs han senare samma dag på intensivvårdsavdelning och skrevs därför ut från den psykiatriska avdelningen. Fyra dagar senare avled han på intensivvårdsavdelningen.

En 71-årig kroniskt schizofren man intogs från vårdhuset till mentalsjukhus på grund av självmordsidéer och svår mod. Avvek från avdelningen och återfanns två dagar senare död med svåra skallfrakturer nedanför ett klipp i sjukhusets närhet. Av journaltextens utseende framgår att utskrivningen daterats samma dag han avvek, med skrivits in i journalen samtidigt med meddelandet att polisen funnit honom död. Dödsfallet var således då känt och omnämndes även i epikrisen.

En patient hade enligt statistikjournal C avlidit på grund av E 858,9 i stället för E 958,9. Det angivna numret finns i den statistiska klassifikationen.