



**GAPANALYS**  
**– KUNSKAPSSTÖD FÖR SUICIDPREVENTION**  
**OCH STÖD TILL EFTERLEVANDE INOM HÄLSO-**  
**OCH SJUKVÅRDEN SAMT SOCIALTJÄNSTEN**

2020-04-14

A winter landscape featuring a frozen lake in the foreground with a wooden pier and a red lifebuoy. In the background, there is a line of snow-covered trees and a multi-story building. A teal-colored text box is overlaid on the image.

**”Man frågar om hjälp en gång. Får man inte hjälp  
då är det inte säkert att man orkar fråga igen”**

*- deltagare i fokusgrupp med personer som överlevt suicidförsök  
den 11 februari 2020*

# SAMMANFATTNING

**Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen** att ta fram och sprida kunskap till hälso- och sjukvårdens och socialtjänsten som stöd i deras arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande. Uppdraget sträcker sig från 2019 till 2022 och ska genomföras i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg samt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

**Denna gapanalys utgör en del i arbetet med regeringsuppdraget** och syftar till att skapa en fördjupad förståelse om behovet av kunskap samt kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kring förebyggande av suicid och stöd till efterlevande.

**För att kunskap ska kunna bidra med nytta inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver den** finnas, sammanställas, paketeras utifrån bland annat målgrupp, tillgängliggöras, spridas och tillämpas. All kunskap som tillgängliggörs för hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver kontinuerligt uppdateras. Kunskapen behöver också koordineras med och ha relevanta hänvisningar till/från övrig kunskap som tillgängliggjorts för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vidare behöver de yrkesgrupper och medarbetare som behöver kunskapen få den i tillräcklig omfattning, från att ha kännedom om ett område till att vara specialister.

**Gapanalysen har tagit sin utgångspunkt i tre övergripande frågeställningar:**

- 1) Vilken kunskap behövs inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?** Vem är det som genomför suicid? Vilka är deras kontaktpunkter, inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten? Vilken kunskap behövs inom de olika kontaktpunkterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån deras respektive roller och ansvar, i omhändertagandet av individer med risk för suicid och efterlevande?
- 2) Vilka kunskapsstöd finns tillgängliga inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?**
- 3) Vilken kunskap behöver tas fram och spridas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?**

**För varje frågeställning finns** en beskrivning av nuläget och utifrån detta exempel på insikter vad detta innebär för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten framåt. Metoden innebär alltså att identifiera vilken kunskap som behöver tas fram och spridas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, utifrån vilka det är som har risk för att begå suicid och deras väg genom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

*För att avgränsa sammanfattningen beskrivs nedan exempel på insikter avseende kunskap utifrån frågeställningarna ovan.*

### **Behovet av kunskap, utifrån vem som genomför suicid – exempel på insikter:**

**Det behöver tas fram kunskap som möjliggör att med högre träffsäkerhet identifiera risk för suicid(försök) hos enskilda individer och hur den kan minskas.** Tillgängliga bedömningsinstrument ger begränsat stöd och det saknas möjlighet att få stöd i riskbedömningen genom fysiska undersökningar eller prover. **Växande kunskap om riskgrupper, risk- och skyddsfaktorer kan ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd i arbetet.** Denna kunskap kan användas för att utveckla kunskapsstöd, så att enskilda medarbetare inom olika yrkesgrupper får verktyg som hjälper dem att identifiera "varningsklockor" för när det eventuellt föreligger en förhöjd risk för suicid, riskfaktorer som kan minskas och skyddsfaktorer som kan stärkas.

**Det går inte att förutsäga vem som kommer att genomföra suicid(försök), men det finns omkring tio riskgrupper, för vilka det behövs särskild kunskap kring hur risken kan minskas.** De inkluderar exempelvis (utan inbördes prioritering) individer med tidigare suicidförsök, individer med självskadebeteende, i efterförloppet till psykiatrisk heldygnsvård, individer med missbruks- och beroendeproblematik, individer med psykos- eller bipolär sjukdom, individer med depression, ungdomar och unga vuxna med psykisk sjukdom, efterlevande till individer som genomfört suicid, äldre män ofta med svagt socialt nätverk, individer med svår somatisk sjukdom samt individer inom HBTQ-gruppen. Under gapanalysen har också **risk- och skyddsfaktorer** identifierats som kan delas in i kategorierna: psykiatrisk sjukdom, somatisk sjukdom, tidigare livshändelser, personliga egenskaper, livsstil, sociala förhållanden och samhälle (utan inbördes prioritering). För flera av riskgrupperna samt risk- och skyddsfaktorerna finns överlapp.

Det behövs kunskap om vilket stöd **efterlevande** vuxna behöver erbjudas i samband med den krissituationen och i form av uppföljning i efterförloppet, särskilt under den tid då risken för suicid är som mest förhöjd. För efterlevande barn finns ett exempel på hur barntraumateamet i Norrköpings kommun arbetar med stöd i efterförloppet till en närståendes suicid, vilket eventuellt kan vara relevant att sprida.

### **Behovet av kunskap, utifrån vilka kontaktpunkter de som har risk att genomföra suicid(försök) träffar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten – exempel på insikter:**

**Det finns begränsat med kunskap om vilka kontaktpunkter individer med risk för suicid(försök) har inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.** Det saknas också kunskap om kontaktorsak, aktuella sjukdomar, insatser inom socialtjänsten samt behandling och uppföljning inom hälso- och sjukvården. För hälso- och sjukvården finns mer information om faktiska kontaktpunkter framförallt utifrån sammanställning av händelseanalyser. Under gapanalysen har kontaktpunkter med särskilt behov av kunskap kring suicid identifierats,

utifrån tillgänglig kunskap och utifrån analys av riskgruppernas kontaktpunkter. Slutsatsen är att **individer med risk för suicid har kontakt med flera olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten**. Exempel på **identifierade kontaktpunkter inom hälso- och sjukvården** är bland annat specialistpsykiatrin, primärvården samt flera somatiska specialiteter såsom, internmedicin, neurologi och onkologi. Exempel på **identifierade kontaktpunkter** inom socialtjänsten är bland annat hemtjänst, ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendeverksamhet samt olika former av boenden. Ungdomsmottagningarna är också en relevant kontaktpunkt (oavsett om regionen eller kommunen har huvudmannaskapet, vilket varierar inom landet). **Två övriga kontaktpunkter**, som ligger utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten, som identifierats utifrån analys av riskgruppernas behov är elevhälsan och företagshälsovården.

Det saknas kunskap om vilka kontakter vuxna efterlevande har med hälso- och sjukvården och socialtjänsten i samband med den akuta krisreaktionen och i efterförloppet. Detsamma gäller också för barn, men det finns en förväntan på hälso- och sjukvården utifrån hälso- och sjukvårdslagen att särskilt beakta barnens behov av information, råd och stöd vid förlust av nära anhörig.

### **Behovet av kunskap, utifrån vilken kunskap som behövs inom de kontaktpunkter som i störst utsträckning träffar individer med risk för att genomföra suicid(försök) – exempel på insikter:**

**Vilken kunskap och omfattningen som behövs inom de olika kontaktpunkterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten beror på deras respektive roller och ansvar i omhändertagandet av individer med risk för suicid och efterlevande.** Det kan gälla att **identifiera, hänvisa, bedöma, behandla och/eller följa upp**. Roller och ansvar kan också skilja sig också åt mellan olika yrkesgrupper, inom samma verksamhet. **För hälso- och sjukvården** behöver alla identifierade kontaktpunkter, inklusive de inom den **somatiska vården**, kunna identifiera och hänvisa individer med risk för suicid och efterlevande i behov av stöd samt kunna ta en psykisk anamnes. **Primärvården** behöver i första hand identifiera och hänvisa, men kan också behöva viss kunskap avseende bedömning av suicidrisk utifrån uppdraget att utgöra första linjen för psykisk ohälsa samt inom ramen för behandling och uppföljning av aktuella patienter. **Specialistpsykiatrin** behöver kunskap för att kunna identifiera, bedöma, behandla och följa upp individer med suicidrisk. **Socialtjänsten** behöver kunskap för att kunna identifiera och hänvisa individer som uppvisar tecken på risk för suicid(försök), så att bedömning av suicidrisk kan göras inom hälso- och sjukvården.

**För att kunna identifiera och hänvisa individer med risk för suicid(försök) och efterlevande** krävs kunskap om bemötande, hur man frågar och hur man känner sig trygg i att ta emot svaren. Det krävs också kunskap om till vem man hänvisar och hur man går tillväga beroende på gensvaret hos den aktuella individen. Under gapanalysen har flera respondenter,

särskilt inom socialtjänsten, lyft behovet av att kunna få stöd i samband med handläggningen av enskilda ärenden.

För vuxna efterlevande finns inget detaljreglerat ansvar för om stödet ska ges av antingen hälso- och sjukvård eller socialtjänst, utan det är upp till varje region/kommun att utforma sina egna strukturer. För efterlevande barn finns däremot ett tydligare ansvar som prioriterar insatser till barn avseende information, råd och stöd angivet i hälso- och sjukvårdslagen.

För samtliga kontaktpunkter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten behövs kunskap om **vikten av att i möjligaste mån inkludera närstående och praktisk kunskap om hur det kan göras** på ett ändamålsenligt sätt. Samtliga kontaktpunkter behöver även kunskap **som möjliggör ändamålsenliga och trygga vårdövergångar**. Detta inkluderar praktisk kunskap om vilken information som behöver överföras till vem respektive mottas, samt praktisk kunskap om när det är aktuellt med samordnad individuell planering och hur denna förbereds, genomförs och sedan efterlevs. Samtliga kontaktpunkter behöver också **kunskapsstöd som är anpassade** efter verksamhetens roller och ansvar, aktuella yrkesgrupper, utbildningsbakgrunder och för olika grad av erfarenhet.

#### **Tillgängliga kunskapsstöd – exempel på insikter:**

Under gapanalysen har vi identifierat närmare 150-talet publikt tillgängliga kunskapsstöd inom suicidprevention, i form av **riktlinjer, rutiner** och **metodstöd**. **De flesta är riktade till hälso- och sjukvården**, med en ökning för socialtjänsten utifrån det senaste årets introduktion av vård- och insatsprogram för berörda riskgrupper (se nedan). Det har inte framkommit förslag på färdiga, utvärderade kunskapsstöd som är aktuella att sprida nationellt utifrån de behov som har identifierats under gapanalysen. Eventuellt blir detta aktuellt utifrån resultaten från något av de pågående forsknings- och verksamhetsutvecklingsprojekten som kommer att bidra med kunskap under de kommande åren. Under gapanalysen framkom vidare att det föreligger skillnader i vilka kunskapsstöd som finns tillgängliggjorda inom olika verksamheter. Utöver behov av rätt innehåll framkom också behov av att den kunskap som tillgängliggörs hålls uppdaterad och presenteras i format som är anpassade för olika yrkesgrupper och gärna i form av metodstöd för specifika situationer.

Avseende kunskapsstöd för omhändertagandet av efterlevande, som har förlorat en närstående i suicid, för hälso- och sjukvården och socialtjänsten har enstaka lokala exempel identifierats.

**För hälso- och sjukvården** förefaller de flesta kunskapsstöden avseende suicidprevention vara riktade till läkare inom specialistpsykiatrin. De är ofta del av nationella, regionala eller lokala riktlinjer eller rutiner för psykiatriska diagnoser, exempelvis depression och ångestsyndrom. Det saknas en nationell sammanställning av den bästa tillgängliga kunskapen för suicidprevention riktad till hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Det som finns nationellt är Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för suicidnära patienter från 2013, som planeras för uppdatering under 2020. Regionalt finns exempel på regiongemensamma riktlinjer för omhändertagandet av suicidnära patienter. Det är vidare

vanligt med metodstöd i form av olika skattningsinstrument för att bedöma risken för suicid, men det saknas vetenskapligt stöd för att något skattningsinstrument har tillräcklig tillförlitlighet för att användas för att förutsäga framtida suicid. Inom primärvården tycks i huvudsak de riktlinjer som vänder sig till specialistpsykiatri förekomma.

**För socialtjänsten** finns det begränsat med kunskapsstöd för suicidprevention. Under arbetet med gapanalysen har vi inte kunnat identifiera anpassade kunskapsstöd om suicidprevention som riktar sig till medarbetare som arbetar individnära inom socialtjänsten. Däremot finns det ett flertal generella stöd, såsom generella utbildningar (se mer nedan). I stöd för systematiska arbetsätt såsom ”Individens behov i centrum” (IBIC) och ”Barns behov i centrum” (BBIC) finns inga särskilda delar om suicidprevention.

Inom ramen för det nya nationella systemet för kunskapsstyrning utvecklar **Nationellt programområde (NPO) för psykisk hälsa vård- och insatsprogram (VIP:ar)**, som riktar sig brett till medarbetare inom specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola. Under 2019 lanserades VIP:ar för omhändertagande av schizofreni och liknande tillstånd samt för självska debeteende. I mars 2020 lanserades en VIP för depression och ångestsyndrom. Under 2020 planeras vidare lansering av VIP:ar för ADHD samt Missbruk och beroende.

**Ytterligare en form av kunskapsstöd är utbildningar** och här finns i alla fall ett tiotal olika inom området suicidprevention för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Trots att det finns flera olika alternativ för fysisk eller digital undervisning, från 1 till 40 timmar i längd och med olika djup samt utbildningsmål framförs behov av än mer verksamhetsanpassade utbildningar. Behov som återkommande nämns är att utbildningarna ska vara fritt tillgängliga, inriktade på de specifika situationer som verksamheten och yrkesgruppen ställs inför, anpassade för att hinnas med under ordinarie arbetsplatsträffar, ha flera moduler så att de kan upprepas exempelvis årligen och inkludera interaktiva delar såsom rollspel.

Det finns fem **nationella kunskapsplattformar för hälso- och sjukvården och socialtjänsten**. ”Samlat stöd för patientsäkerhet” för medarbetare inom hälso- och sjukvård, ”Kunskapsguiden” för medarbetare inom hälsa, vård och omsorg, ”Socialstyrelsens utbildningsportal” för medarbetare inom vård och omsorg, Vård- och insatsprogram för medarbetare inom vård och omsorg och Vårdhandboken för medarbetare inom vård och omsorg. **Kunskap och kunskapsstöd finns också** på exempelvis Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) webbsida under bland annat ”Uppdrag Psykisk Hälsa”, på webbsidan för Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP) och Folkhälsomyndighetens webbsida ”suicidprevention.se”. Idag sker inte koordinering av innehåll eller uppdateringar. Det saknas en helhetsbild av vilket innehåll som finns avseende kunskapsstöd för suicidprevention, i vilken mån det når ut, i vilken uppfattning innehållet uppfattas som relevant och användarvänligt samt huruvida det används. **Det saknas i flera fall systematiska kopplingar till de regionala, kommunala och lokala intranäten som för många verksamheter utgör den främsta källan för kunskapsstöd.**

Under arbetet med att identifiera tillgängliga kunskapsstöd har det också framkommit att det finns **behov av att stärka tillämpningen av de kunskapsstöd** som finns för suicidprevention inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Många gånger framhålls bristande förutsättningar såsom resurs- och tidsbrist som en orsak till att kunskapsstöden inte används, men det förekommer också att det saknas kunskap om att kunskapsstöden finns tillgängliga och/eller att de inte har tillgängliggjorts i verksamheten. Som exempel på hur kunskapsstöd inte tillämpas kan nämnas stöd för bedömning samt rutiner där genomgångar av händelseanalyser har visat på bristande följsamhet. Ofta finns rutiner inom verksamheten liksom stöd för bedömning. Vid till exempel en nyligen genomförd studie av alla suicid anmälda enligt lex Maria år 2015 av en forskargrupp i Lund noterades bristande suicidriskbedömningar i mer än hälften av fallen.

### **Kunskap som behöver tas fram och spridas (utöver vad som framkommit ovan) – exempel på insikter:**

**Det behöver tas fram kunskap kring metoder och arbetssätt, som gör det enkelt för alla berörda kontaktpunkter att efter genomförda suicid dra lärdomar och utifrån behov genomföra förändringar.** Ett verktyg som det behöver finnas kunskap om är genomförandet av händelseanalyser och hur resultaten omvandlas till konkreta åtgärder och hur dessa åtgärder implementeras så att förändring uppnås. Detta är tre olika steg som kräver olika kunskap och kunskapsstöd. Det gäller förändring inom den egna verksamheten och i samverkan med andra verksamheter. Händelseanalyser används främst inom hälso- och sjukvården, men det finns kunskapsstöd för användning även inom socialtjänsten. Det saknas kunskap om i vilken omfattning det genomförs händelseanalyser efter genomförda suicid.

**Det behöver tas fram kunskap för att öka tillförlitligheten vid suicidriskbedömning.** Parallellt behöver den kunskap som finns sammanställas och spridas så att den bästa tillgängliga metodiken utifrån nuvarande kunskap används i så stor utsträckning som möjligt i de suicidriskbedömningar som genomförs.

**Det behöver tas fram specifik kunskap för att möjliggöra arbetssätt i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet för att minska risken för suicid hos exempelvis följande riskgrupper:** individer som tidigare genomfört suicidförsök, i efterförloppet efter utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård, äldre män med svagt socialt nätverk, samt individer med missbruks- och beroendeproblematik, tillgänglighet för individer som söker kontakt och uttrycker akut risk för suicid(försök). **Vidare behöver det, som tidigare har nämnts, tas fram kunskap om kontaktpunkter samt fördjupad kunskap om vård och insatser före suicid.**

**Det behöver spridas kunskap om att efterlevande i sig är en riskgrupp. Det behöver också tas fram kunskap som möjliggör arbetssätt i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet för stöd till efterlevande,** både i den akuta krisituationen och uppföljningen under den tiden risken är visat förhöjd. Utifrån kommande



kunskap om vad som behöver göras, behöver ansvaret för insatserna sannolikt tydliggöras (det finns dock i hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om att barns behov av information, råd och stöd ska beaktas bland annat om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider, vilket omfattar efterlevande barn).

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Bakgrund och syfte .....</b>	<b>16</b>
1.1 Regeringsuppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande genom kunskap .....	16
1.2 Flera steg från att kunskapen finns till att den tillämpas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten .....	17
1.3 Exempel på närliggande initiativ som kommer att bidra med kunskap under de kommande åren .....	18
1.4 Det finns stöd för behov av stärkt kunskap .....	20
1.5 Rapportens disposition .....	20
<b>2 Metod och genomförande.....</b>	<b>23</b>
2.1 Gapanalysen tar utgångspunkt i tre övergripande frågeställningar .....	23
2.2 Flera metoder har kombinerats för att besvara frågeställningarna .....	24
2.3 Avgränsningar och begränsningar .....	28
<b>3 Riskfaktorer och riskgrupper .....</b>	<b>33</b>
3.1 Fyra till fem gånger fler dödsfall genom suicid än i trafiken under 2018 .....	33
3.2 Nivån av dödsfall genom suicid var oförändrad 1997–2018 .....	34
3.3 Nivån av vårdtillfällen inom specialiserad vård efter suicidförsök var oförändrad 2013–2018 .....	35
3.4 Skillnader i suicid utifrån kön, ålder, utbildningsnivå, ursprung och geografi .....	36
3.5 Det finns flera risk- och skyddsfaktorer för suicid och suicidförsök .....	42
3.6 Exempel på riskgrupper utifrån nuvarande kunskap .....	46
3.7 Datakällor för fakta om riskfaktorer och riskgrupper .....	59
3.8 Vad innebär detta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?.....	61
3.8.1 Kunskap behövs om risk- och skyddsfaktorer samt varningsklockor för ökad suicidrisk .....	61
3.8.2 Kunskap behövs gällande möjligheterna att utveckla stödverktyg som bygger på skyddsfaktorer .....	61
3.8.3 Kunskap behövs om bemötande av individer med risk för suicid.....	61
3.8.4 Kunskap behövs för att minska de geografiska skillnaderna .....	62
3.8.5 Kunskap behövs för att minska suicidförsöken hos både män och kvinnor .....	62

3.8.6 Kunskap behöver vara anpassad för att svara mot åldersskillnader .....	62
3.8.7 Kunskap behövs för att kunna minska den ökade risken i nära anslutning till utskrivning från heldygnsvården inom specialistpsykiatri .....62	62
3.8.8 Kunskap behövs för att minska risken för suicid hos individer som tidigare genomfört suicidförsök och/eller haft självskadebeteende .....	62
3.8.9 Den suicidnära individen behöver kunna få stöd att hantera sin egen suicidrisk .....	63
3.8.10 Innehållet i och tillgänglighet till befintliga datakällor behöver utvecklas .....	63
3.8.11 Kunskap behövs om vilket stöd som behövs till efterlevande och vem som har ansvar för genomförandet .....	64

#### **4 Kontaktpunkter inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten .....67**


4.1 Vägen mot suicid skiljer sig åt och kantas av olika kontaktpunkter.....	67
4.2 Det är möjligt att avbryta en individs väg mot suicid .....	68
4.3 Exempel på suicidförebyggande åtgärder.....	69
4.4 De vanligaste kontaktpunkterna per riskgrupp.....	70
4.5 Två kontaktpunkter med närliggande verksamhet.....	75
4.6 Begränsad kunskap om faktiska kontaktpunkter, kontaktorsaker och behandling före suicid(försök).....	76
4.7 Inom varje kontaktpunkt finns flera yrkeskategorier som kan behöva kunskap .....	78
4.8 Olika kontaktpunkter har olika roller i det suicidpreventiva arbetet .....	79
4.9 Hälso- och sjukvårdens arbete med att identifiera, hänvisa, bedöma, behandla och följa upp.....	81
4.10 Socialtjänstens arbete med att identifiera och hänvisa .....	85
4.11 Ofta flera samtidiga kontaktpunkter och flera vårdövergångar .....	88
4.12 Lärdomar från genomgång av händelseanalyser och lex Maria-ärenden inom hälso- och sjukvården av patienter som genomfört suicid .....	91
4.13 Antalet lex Maria-anmälningar har minskat efter avskaffad anmälningsplikt	93
4.14 Kontaktpunkter och ansvar för efterlevande .....	93
4.15 Kontaktpunkter för närstående till en individ med risk för suicid.....	97
4.16 Vad innebär detta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?.....	97
4.16.1 Kunskap behövs inom ett stort antal kontaktpunkter.....	98
4.16.2 Kunskap inom några kontaktpunkter är särskilt angeläget.....	98
4.16.3 Det behövs kompletterande kunskap om kontaktpunkter samt vård eller insatser före suicid .....	98
4.16.4 Fem huvudsakliga roller i det individnära arbetet.....	98

4.16.5 För olika kontaktpunkter behövs anpassad kunskap för olika yrkesgrupper .....	99
4.16.6 Medarbetarna behöver känna trygghet i att fråga samt att ta emot svaret .....	99
4.16.7 De respektive aktörerna behöver kunskap om sina olika roller .....	99
4.16.8 Inom specialistpsykiatri behövs breda kunskaper bland samtliga medarbetare .....	100
4.16.9 Specialistpsykiatri behövs fördjupad kunskap att identifiera, bedöma, behandla och följa upp .....	100
4.16.10 Primärvården behöver framförallt kunskap för att identifiera och hänvisa – men också kunskap om bedömning, behandling och uppföljning .....	100
4.16.11 Inom den specialiserade somatiska vården behövs kunskap för att identifiera och hänvisa .....	100
4.16.12 Socialtjänsten behöver kunskap för att identifiera och hänvisa.....	101
4.16.13 Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver kunskap som säkerställer trygga övergångar inom och mellan verksamheter .....	101
4.16.14 Särskild kunskap behövs om vårdövergångar mellan psykiatrisk heldygnsvård och öppenvård.....	101
4.16.15 Elevhälsan och företagshälsovården behöver kunskap för att säkerställa samverkan med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst .....	102
4.16.16 Det behövs kunskap om när och hur SIP:ar ska genomföras.....	102
4.16.17 Särskild kunskap behövs för att säkerställa trygga övergångar mellan blåljusverksamhet och hälso- och sjukvård.....	102
4.16.18 Det behövs kunskap om behovet av tillgänglighet i ett akut skede....	103
4.16.19 Det behövs kunskap om hur det akuta krisstödet för efterlevande efter suicid bör utformas.....	103
4.16.20 Behov av kunskap om arbetssätt som säkerställer systematiskt lärande utifrån alla genomförda suicid(försök).....	103
4.16.21 Kunskap behövs om involvering av närstående .....	104

## **5 Förekomst och tillämpning av kunskapsstöd..... 107**

5.1 Kunskap för medarbetare inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst .....	107
5.2 Fördjupad beskrivning av utbildningar i suicidprevention .....	110
5.3 Bedömningsinstrument för suicidrisk .....	113
5.4 Förkunskap om suicidprevention varierar mellan olika yrkeskategorier .....	113
5.5 Kartläggning av kunskapsstöd för hälso- och sjukvården .....	114
5.6 Kartläggning av kunskapsstöd för socialtjänsten .....	119
5.7 Begränsat med kunskapsstöd för att stödja efterlevande.....	121
5.8 Tillämpning av befintliga kunskapsstöd kan förbättras .....	122

5.9	Behov av att förvalta och sprida tillgängliga kunskapsstöd.....	123
5.10	Flera olika nationella plattformar samlar kunskapsstöd.....	124
5.11	Flera nya kunskapsstöd är på väg.....	127
5.12	Kunskapsstöd som efterfrågas av verksamheterna .....	127
5.13	Vad innebär detta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?.....	128
5.13.1	Färdiga kunskapsstöd för bred spridning har identifierats i begränsad utsträckning.....	128
5.13.2	Det finns behov av ett nationellt kunskapsstöd som samlar bästa tillgängliga kunskap.....	129
5.13.3	Det finns behov av verksamhetsanpassade kunskapsstöd.....	129
5.13.4	Specialistpsykiatrin har behov av kunskapsstöd för att säkerställa kunskap bland alla medarbetare .....	129
5.13.5	Primärvården har behov av metodstöd för initial handläggning av individer med risk för suicid.....	130
5.13.6	Den specialiserade somatiska vården har behov av metodstöd för initial handläggning av individer med risk för suicid .....	130
5.13.7	Socialtjänsten har särskilt behov av breda utbildningar och metodstöd .....	130
5.13.8	Det finns behov av att förbättra tillämpning och spridning av kunskap.....	131
5.13.9	Det finns behov av samordning av nationella kunskapsstöd och kanaler för spridning .....	131
5.13.10	Kunskapsstöd bör om möjligt integreras i befintliga strukturer.....	131
5.13.11	Kunskapsstöd behövs för att stödja efterlevande efter suicid samt närstående till individer med risk för suicid.....	132
5.13.12	Det finns behov av kunskapsstöd för att kunna stödja individer med risk för suicid, efterlevande samt närstående.....	132
5.13.13	Det saknas kunskap inom flera områden .....	132
<b>Referenser .....</b>		<b>136</b>
<b>Bilagor .....</b>		<b>153</b>
	Bilaga 1. Definitioner av begrepp .....	154
	Bilaga 2. Förteckning över intervjupersoner.....	157
	Bilaga 3. Bildgalleri med pressklipp, perioden november 2019-mars 2020 .....	161
	Bilaga 4. Möjliga referenser för vidare läsning .....	166



**”Vi skulle behöva veta vad vi ska säga i situationen när de säger att de vill dö. Hjälper det att fråga eller riskerar man bara att göra det värre då?”**

- *Medarbetare inom hemtjänsten*

# KAPITEL 1

---

Bakgrund och syfte

# 1

## BAKGRUND OCH SYFTE

*Syftet med denna gapanalys är att bidra med underlag för Socialstyrelsens fortsatta arbete med regeringsuppdrag (14433/2019) om att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid samt att ge stöd till efterlevande genom kunskap. Det kan avse framtagande, spridning och/eller tillämpning av kunskap. För närvarande pågår flera närliggande initiativ och utvecklingsarbeten, som kommer att bidra med kompletterande kunskap under de kommande åren. Det finns stöd för att kunskapen behöver stärkas, bland annat utifrån att nivån av dödsfall genom suicid i stort har varit oförändrad under de senaste 20 åren och utifrån de förbättringsmöjligheter som identifierats genom analys av lex Maria-anmälningar och händelseanalyser efter suicid.*

### **1.1 Regeringsuppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande genom kunskap**

Socialstyrelsen fick under 2019 i uppdrag av regeringen att ta fram och sprida kunskap som stöd för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande (Regeringsbeslut I:2 2019-05-09 dnr. 82019/02244/FS).

Slutredovisning ska ske senast den 30 november år 2022 till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Årliga delrapporteringar ska ske löpande senast den 30 november till Regeringskansliet (Socialdepartementet).

I uppdraget ingår att Socialstyrelsen ska samverka med Folkhälsomyndigheten (FoHM), Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Vidare ska synpunkter under arbetets gång inhämtas från Polismyndigheten,



Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, Barnombudsmannen, Myndigheten för Ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Migrationsverket, berörda anhörig- och intresseorganisationer samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Syftet med denna gapanalys är att bidra med underlag för Socialstyrelsens fortsatta arbete med regeringsuppdraget. Gapanalysen identifierar hur kunskapen inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten kan kompletteras utifrån gapet mellan behovet av kunskap och tillgången till kunskap.

Att stärka kunskapen hos ”medarbetare inom vård och omhändertagande för att bidra till att förebygga död genom suicid” var med som en prioritering redan i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention som antogs 2008 av riksdagen och som är utgivet av Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2019d). Ökade resurser till nationell kunskapsspridning för att bidra till att förebygga suicid är också en del i januariavtalet från 2019 (punkt 63).

## **1.2 Flera steg från att kunskapen finns till att den tillämpas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten**

För att kunskap inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska kunna bidra till att minska antalet suicid och förbättra stödet till efterlevande krävs flera saker. För det första behöver ändamålsenlig kunskap finnas, eventuella kunskapsluckor behöver fyllas genom

exempelvis verksamhetsuppföljning eller forskning. För det andra behöver kunskapen sammanställas, paketeras (utifrån bland annat målgrupp och övrigt tillgänglig kunskap) och tillgängliggöras på ett sätt som är anpassat utifrån olika verksamheters och yrkesgruppers förutsättningar. För det tredje behöver kunskapen spridas så att den når rätt medarbetare i en tillräcklig utsträckning och förutsättningar skapas, som gör att de kan känna sig trygga i att möta suicidala individer. Slutligen behövs också förutsättningar att tillämpa kunskap om suicidpreventivt arbete i verksamheten.

All kunskap som tillgängliggörs för hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver kontinuerligt uppdateras. Kunskapen behöver också koordineras med och ha relevanta hänvisningar till/från övrig kunskap som tillgängliggjorts.

Beroende på yrkesgrupp och roll krävs olika nivå och omfattning av kunskap för att kunna tillämpa den på ett adekvat sätt. Nivåerna av kunskap kan beskrivas på olika sätt. Ett exempel med utgångspunkt i ett ramverk från National Health Service (NHS) i Storbritannien är att ha kännedom om ett område, vara informerad (*”informed level”*), att ha erfarenhet och kunna tillämpa kunskap inom ett område (*”skilled level”*), att ha fördjupad kunskap och erfarenhet och mer självständigt kunna tillämpa kunskapen (*”enhanced level”*), och slutligen att vara specialist och kunna driva organisatoriskt arbete (*”specialist level”*) (NHS Education for Scotland, 2019).

### 1.3 Exempel på närliggande initiativ som kommer att bidra med kunskap under de kommande åren

Det är angeläget att påpeka att det utöver regeringsuppdraget även pågår flera närliggande initiativ, som kommer att bidra med kunskap under de kommande åren. Detta omfattar bland annat andra regeringsuppdrag, statliga satsningar, forskning, granskningar och verksamhetsutvecklingsprojekt. Flera av initiativen kommer att ha direkta beröringspunkter med Socialstyrelsens fortsatta arbete inom området och resultera i kunskap som kan bidra till att utveckla insikterna i denna gapanalys.

Vad gäller pågående regeringsuppdrag kan även nämnas att Socialstyrelsen nyligen har utarbetat ett utbildningsmaterial (*Det vi inte ser*) för medarbetare i hälso- och sjukvården som möter individer med psykisk ohälsa, där suicidalitet ingår som en del (Socialstyrelsen, 2020b). Därtill finns pågående regeringsuppdrag om att stödja, analysera och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa i primärvården. (Regeringskansliet, 2018). Socialstyrelsen har också ett brett, pågående regeringsuppdrag vad gäller kartläggningar och analyser inom området psykisk ohälsa, däribland finns ett uppdrag om att stärka barn som anhöriga i familjer med bland annat psykisk sjukdom (Socialdepartementet, 2017). Vidare kan nämnas att Socialstyrelsen under mars 2020 kommer att publicera lägesrapporter om vård och omsorg för

äldre, stöd inom funktionshinderområdet, individ- och familjeomsorg, samt om hälso- och sjukvård och tandvård i stort.

I tillägg genomför med Riksrevisionen, start 2020, också en granskning för att kartlägga hur effektivt Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och IVO arbetar med suicidprevention (Riksrevisionen, 2020).

Vidare kan nämnas att det under 2020 har träffats en ny nationell överenskommelse mellan staten och SKR om psykisk hälsa, som bland annat innebär att 200 miljoner kronor öronmärks för att stärka det suicidpreventiva arbetet på lokal och regional nivå (SKR, 2020).

Regeringen avsatte under 2019 20 miljoner till ideella organisationer som bedriver arbete med att förebygga psykisk ohälsa och suicid (Regeringskansliet, 2019).

Utöver detta sker satsningar på att stärka Folkhälsomyndighetens roll i det suicidpreventiva arbetet och myndigheten fick i januari 2020 i uppdrag att lämna förslag på hur en särskild funktion för psykisk hälsa och suicidprevention kan inrättas vid myndigheten (Regeringsbeslut I:6 2020-01-30 S2020/004/FS). Den särskilda funktionen ska sprida kunskap om psykisk hälsa och suicid till allmänheten. Folkhälsomyndigheten har under 2019 också genomfört en kartläggning av suicidpreventivt arbete i regioner och kommuner i form av en enkät. Resultaten visade att fler kommuner och regioner arbetar med suicidprevention nu jämfört med föregående undersökning under 2015

(Folkhälsomyndigheten, 2020a). 50 procent av kommunerna (svarsfrekvens: 93 procent) och 90 procent av regionerna (svarsfrekvens: 100 procent) uppger att de bedriver suicidpreventivt arbete. Det framkom också att 31 procent av kommunerna och 67 procent av regionerna hade en suicidpreventiv handlingsplan.

Flera regioner har nyligen infört eller håller på att införa handlingsplaner/strategier för suicidprevention. Till exempel kan nämnas att Region Stockholm i april 2020 antog en ny strategi för suicidprevention (Region Stockholm, 2020).

Det nationella systemet för kunskapsstyrning står också i begrepp att bygga upp ett omfattande system för kunskapsstöd till verksamheter inom vård och omsorg genom bland annat det nationella programområdet för psykisk hälsa.

Ett exempel på pågående forskning med nära anknytning till denna gapanalys är ett journalgranskningsprojekt, som analyserar vårdkontakter 24 månader före genomfört suicid. Studien leds av professor Åsa Westrin vid Lunds universitet (Westrin Å, 2019). I denna studie, som ännu inte är publicerad, kommer underlag om kontaktpunkter före genomfört suicid gås igenom systematiskt för en grupp individer.

Ytterligare ett exempel inom forskningsområdet är NASP (Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention) vid Karolinska Institutet som är ett samarbetscentrum med WHO inom

suicidprevention. NASP har kunskap om senaste suicidpreventiva metoder och har ett forskningssamarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) i Genève.

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) har också ett pågående projekt med målet att förbättra suicidprevention och förebygga upprepade suicidförsök, genom granskningar av vården i anslutning till suicid i Sveriges samtliga regioner (Löf, u.d.).

Det pågår även ett antal verksamhetsutvecklingsprojekt runtom i landet, vilka över tid kan bidra till att stärka kunskapen kring framgångsrika interventioner för att förebygga suicid och stödja efterlevande. Exempel på verksamhetsutvecklingsprojekt som inletts och där det ännu finns begränsat med eller inga resultat är en särskild telefonuppföljning av patienter som genomfört tidigare suicidförsök i Region Stockholm (Suicidpreventionssamordnare Region Stockholm, 2020). I Region Kalmar län genomförs ett standardiserat vårdförlopp för suicidprevention, som i korthet innebär att för alla individer som misstänkts vara suicidala finns det regionövergripande rutiner som säkerställer likvärdig handläggning (Region Kalmar län, u.d.). Vid Höglandssjukhuset i Eksjö finns ett pågående projekt att involvera närstående efter suicidförsök genom att ställa ett antal koncisa frågor om suicidtilfället (Ferm M, 2020).

Det pågår givetvis också flera intressanta projekt i vår omvärld. Ett relevant exempel är projektet SAFE (Styrket Ambulant

Forløb Efter udskrivelse) som gennemføres i Region Hovedstaden i Danmark. Det er en studie med syftet at mindske antallet af selvmord i anslutning til udskrivning fra helbredsvården inden specialiseret psykiatri efter tidligere selvmordsforsøg. I forbindelse med udskrivning gennemføres en selvmordsriskbedømmelse og en planlægning for fortsat opfølgning. Patienter som skrives ud får et hembesøg inden en uge efter udskrivning. I nuløbet er det en pågående studie og resultaterne fra interventionen kommer at vurderes fremover. (Sundheds og ældreministeriet, 2017; Nordentoft M, 2019).

#### **1.4 Det findes støtte til behov af stærkt kendskab**

Niveauet af selvmord (antallet af dødsfald gennem selvmord per 100 000 indbyggere) har været væsentligt uændret under de seneste 20 år. År 2018 indebærer det at mellem 1 200 og 1 500 personer døde gennem selvmord (Socialstyrelsen, 2019a).


Analysen af lex Maria-anmeldelser og hændelseanalyser fra sund- og sundhedsområdet fra 2007 og 2019 viser på væsentligt *samma* identificerede mangler og forbedringsmuligheder over tid, hvoraf flere havde direkte forbindelse til kendskab og (o)formåge at tilpasse kendskabet. Eksempel på mangler som lyfts frem i disse analyser inkluderer manglende efterfølgning af rutiner, mangler i sundhedens kontinuitet og forbedringsmuligheder vedrørende gennemførelse af selvmordsriskbedømmelser (Socialstyrelsen, 2007; Folkehelsemyndigheden, 2019c; Roos af Hjelmsäter E, 2019).

#### **1.5 Rapportens disposition**

Føreliggende rapport er inddelt i 5 kapitler. I dette kapitel (1) beskrives baggrund og formål for gapanalysen. I kapitel 2 redegøres for de arbejdsmetoder som er indgået i gapanalysen samt de afgrænsninger. I kapitel 3 gives en kort beskrivelse af baggrundsbilledet omkring selvmord og selvmordsforsøg, risiko- og beskyttelsesfaktorer for selvmord samt en sammenstilling af risikogrupper som har en forhøjet selvmordsrisk. I kapitel 4 kartlægges mulige kontaktpunkter inden sund- og sundhedsområdet og socialtjeneste, med henblik på at undersøge kontaktpunkternes forskellige roller vedrørende selvmordsprevention og efterlevandestøtte. I kapitel 5 beskrives en kartlægning af de kendskabsstøtte som er identificeret for sund- og sundhedsområdet respektive socialtjenesten.

Kapitel 3, 4 og 5 er inddelt således at de indledes med en beskrivelse af nuløbet og afsluttes med indsigter omkring hvad det indebærer for behov af kendskab inden sund- og sundhedsområdet respektive socialtjenesten.

I slutningen af rapporten findes der fire bilag med definitioner af de begreber som anvendes i rapporten, en fortegnelse over interviewpersoner, en oversigt over et udvalg af artikler som er publiceret i dagspressen om selvmord under november 2019 – marts 2020 samt en samling med eksempler på læstips til videre læsning.



**”Alla medarbetare behöver känna sig så trygga att de vågar fråga om suicid och sedan vet vad de ska göra med svaren. Självklart med ett anpassat och professionellt bemötande.”**

*- Chef inom den specialiserade psykiatrin*

# **KAPITEL 2**

---

**Metod och genomförande**

# 2

## METOD OCH GENOMFÖRANDE

*Gapanalysen tar utgångspunkt i fyra övergripande frågeställningar. Flera metoder har kombinerats för att besvara frågeställningarna, såsom dokumentstudier, vetenskapliga litteratursökningar, semistrukturerade intervjuer, fokusgrupper, internationell utblick och kvantitativ analys. Ett centralt arbetssätt har varit att diskutera och vidareutveckla slutsatser i dialog med bland annat yrkesgrupper, experter och forskare.*

### 2.1 Gapanalysen tar utgångspunkt i tre övergripande frågeställningar

Gapanalysen tar utgångspunkt i tre övergripande frågeställningar med tillhörande delfrågeställningar, avseende behov av, tillgång till, och spridning av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kring förebyggande av suicid samt implikationer för det fortsatta arbetet med regeringsuppdraget:

- 1) *Vilken kunskap behövs inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?*
  - a. Vem är det som genomför suicid?
  - b. Vilka är deras kontaktpunkter, inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?
  - c. Vilken kunskap behövs inom de olika kontaktpunkterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån deras respektive roller och ansvar, i omhändertagandet av individer med risk för suicid och efterlevande?
- 2) *Vilka kunskapsstöd finns tillgängliga inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?*
- 3) *Vilken kunskap behöver tas fram och spridas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?*

Lumell Associates har bistått Socialstyrelsen i utredningsarbetet för att besvara gapanalysens frågeställningar.

Arbetet har genomförts i nära dialog med en arbetsgrupp från Socialstyrelsen.

Användning av ordet ”kunskap” i ovan avser kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

## **2.2 Flera metoder har kombinerats för att besvara frågeställningarna**

Utifrån den omfattande litteratur som finns inom området inleddes arbetet med att sammanställa tillgänglig information med hjälp av dokumentstudier, riktade litteratursökningar, semistrukturerade intervjuer samt kvantitativ analys av publikt tillgängliga data.

Insikter och slutsatser har kontinuerligt stämts av och vidareutvecklats genom intervjuer och fokusgrupper. Utifrån syftet att förstå vilken kunskap som finns tillgänglig för användning i den dagliga verksamheten har alternativet att genomföra en systematisk litteratursökning valts bort.

### **Dokumentstudier och vetenskapliga litteratursökningar**

Dokumentstudierna har bland annat omfattat genomgång av tillgänglig kunskap från nationella aktörer (såsom myndigheter), specialistföreningar, förbund för olika yrkesgrupper, universitetssjukhus, regioner och ett urval kommuner.

Utöver vad som har funnits publikt tillgängligt har analysen även omfattat dokument som delats efter intervjuer

under arbetets gång. Vetenskapliga litteratursökningar har genomförts för att komplettera och fördjupa förståelsen kring specifika frågeställningar.

I arbetet har insamlade kunskapsstöd löpande dokumenterats i en excelfil. Filen har överlämnats till arbetsgruppen vid Socialstyrelsen. Ett antal stöd som intervjupersoner har omnämnt i intervjuer har vi inte erhållit och de finns därmed inte inkluderade i excelfilen.

### **Semistrukturerade intervjuer**

Ett 60-tal semistrukturerade intervjuer har genomförts inom ramen för arbetet. Respondenterna har identifierats utifrån förslag från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, kartläggning av intressenter och pågående initiativ inom området samt utifrån dokumentstudierna. I förekommande fall har även respondenterna inkommit med förslag på kompletterande respondenter att intervjuas. I vissa fall har uppföljande intervjuer genomförts med samma respondent.

Intervjurespondenterna omfattar bland annat forskare, representanter från intresseorganisationer, yrkesgruppsföreträdare och medarbetare inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Vidare har även regionala suicidpreventionssamordnare, kommunala folkhälsostateger samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor intervjuats. Se Tabell 4 i Bilaga 2 för en förteckning.



I regeringsuppdraget framgår att Socialstyrelsen under perioden 2019–2022 ska inhämta synpunkter från Polismyndigheten, Kriminalvården, Statens Institutionsstyrelse, Migrationsverket, berörda anhörig- och intresseorganisationer och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Detta har i arbetet med gapanalysen tillgodosetts genom avstämningar med Folkhälsomyndighetens nationella nätverk (se mer under avsnittet ”Nätverksmöten och fokusgrupper” nedan). Då varken Barnombudsmannen eller Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor i nuläget ingår i Folkhälsomyndighetens nätverk har separata avstämningar genomförts med företrädare från dessa myndigheter i form av intervjuer.

### **Nätverksmöten och fokusgrupper**

Under arbetet har vi löpande fört dialog med berörda intressenter samt deltagit vid möten/forum med berörda aktörer. Syftet har varit att informera, inhämta kunskap samt stämna av preliminära insikter och hypoteser. Ett återkommande tema har varit att förstå vad avseende framtagande och spridning av kunskap som respektive aktör/verksamhet upplever vara mest angeläget för att förbättra det suicidpreventiva arbetet och stödet till efterlevande.

De nationella nätverken inkluderar bland annat Folkhälsomyndighetens nätverk för regionala suicidpreventionssamordnare och Folkhälsomyndighetens myndighets-samverkans och intressentgrupp. I

myndighetsgruppen ingår representanter från Diskrimineringsombudsmannen (DO), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Kriminalvården, Läkemedelsverket, Migrationsverket, Myndigheten för delaktighet (MFD), Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska Institutet, Polismyndigheten, Skolverket, Socialstyrelsen, SOS Alarm, Statens institutionsstyrelse (SiS) och Trafikverket (Folkhälsomyndigheten, 2020f). I intressentgruppen ingår representanter från Mind, Suicide Zero, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL), Ungdomsförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL Ungdom), Jourhavande präst, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Region Stockholm, Suicidprevention i Väst (SPIV), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Riksförbundet för Suicid-Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES), Svenska Samernas Riksförbund (SSR) och Riksförbundet Attention (Folkhälsomyndigheten, 2020e).

Vi har involverat det nationella systemet för kunskapsstyrning genom att presentera arbetet för NPO Psykisk hälsa samt intervjua företrädare för NSG patientsäkerhet.

Vi har även haft kontakt med ett flertal regionala och lokala nätverk under

arbetets gång. Till exempel har vi samverkat med *Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin* och nätverket BIRK (beroende i regioner och kommuner) genom att informera om gapanalysen samt inhämta synpunkter under ett av deras möten.

Vidare har flera regionala nätverk som ingår i systemet med regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) erbjudits möjlighet att delta i arbetet. En telefonkonferens har genomförts med nätverket för Barns Behov i Centrum (BBIC) i Värmland. Dessutom har de regionala nätverken för barn och unga, äldreomsorg samt kommunal hälso- och sjukvård i regioner och kommuner beretts möjlighet att skriftligen besvara ett antal frågor avseende vilka kunskapsstöd till hälso- och sjukvård respektive socialtjänst på nationell nivå som de ser ett behov av inom området suicidprevention och efterlevandestöd. Vidare har vi även inhämtat synpunkter från Nätverket för kommunal krisberedskap genom skriftlig kommunikation. Socialchefsnätverket har tillfrågats, men hade tyvärr inte möjlighet att erbjuda tid för deltagande för det aktuella delprojektet.

Två fokusgrupper har genomförts med syfte att få en fördjupad, kvalitativ förståelse för de berörda individernas perspektiv. Suicidprevention i Väst respektive Riksförbundet för Suicid-Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES) har varit medarrangörer till fokusgrupperna samt har bistått med inbjudan till deltagare.

Den ena fokusgruppen bestod av 12 deltagare som själva hade genomfört ett suicidförsök med en åldersfördelning om 25–60 år och en könsfördelning med cirka en fjärdedel män. Merparten av deltagarna hade haft suicidtankar under flera års tid och upprepad kontakt med specialistpsykiatrin (både heldygns- och öppenvård) i perioder. Gruppen som helhet hade dock haft begränsad till ingen kontakt med socialtjänsten. Det kan vara värt att påpeka att gruppens erfarenheter sannolikt inte desamma som en grupp individer med kortare historik av suicidalitet eller som tillhör andra riskgrupper som sannolikt inte söker vård i samma utsträckning, såsom till exempel äldre män.

Den andra fokusgruppen omfattade deltagare som är efterlevande till närstående som har genomfört suicid. Det var totalt 11 deltagare, varav två män och i åldern 30–75 år. Fokusgruppens deltagare bestod endast av medlemmar i SPES, vilket innebär att gruppen sannolikt inte är representativ för de efterlevande som av olika anledningar inte har sökt sig till SPES. Generellt kan det också förmodas att individer som väljer att organisera sig i föreningsliv inte behöver vara representativa för hela gruppen som har genomfört suicidförsök respektive förlorat en närstående i suicid, men det är inget som har undersökts vidare i gapanalysen.

Deltagarna har vid respektive fokusgruppsstillfälle tillfrågats om vad de anser vara viktigt för att kunna förebygga suicid respektive för att stödja

efterlevande. De insikter som fokusgrupperna har resulterat i har därefter ingått i rapportens slutsatser.

För att få en fördjupad förståelse kring förutsättningarna för att arbeta med suicidprevention i praktiken har även två fokusgrupper genomförts med medarbetare från hemtjänst och försörjningsstöd inom socialtjänsten. Under dessa tillfällen har preliminära slutsatser från gapanalysen diskuterats och gruppens erfarenheter kring möjligheter och utmaningar har inhämtats. Kommuner har valts ut slumpvis med utgångspunkt i SKR:s kommungruppsindelning (SKR, 2016) så att det finns representation av både storstads- och glesbygdsperspektiv. Vi har genomfört fokusgrupper i Haparanda kommun och Stockholms stad. Under dagen i Haparanda kommun genomfördes, utöver fokusgruppen inom hemtjänsten, även intervjuer med medarbetare från försörjningsstöd samt utbildningsförvaltningen.

Vidare har ett 15-tal sakkunniga experter inom Socialstyrelsen för psykisk hälsa och framtagande av kunskapsstöd/riktlinjer konsulterats under projektets gång.

Ett antal fokusgrupper har gjorts för att kvalitetssäkra innehållet och stämma av rapportens slutsatser. En fokusgrupp har genomförts med forskningsföreträdare, brukar- och intresseföreningar samt närstående. Socialstyrelsens sakingång psykisk ohälsa, projektledare i närliggande arbeten och sakkunniga på olika områden

har bidragit i arbetet. I tillägg har en avslutande fokusgrupp genomförts med myndigheter för att stämma av möjligheter till samverkan och rollfördelning.

## **Internationell utblick**

För att få en fördjupad förståelse och inspiration för möjliga lösningsutrymmen har en mindre internationell utblick genomförts avseende stöd till efterlevande i Norge och Tyskland samt stöd till individer som har överlevt suicidförsök i Danmark. Utblicken genomfördes i huvudsak genom insamling av publikt tillgänglig information tillhandahållen av respektive organisation i varje land.

I övrigt har också NASP ett internationellt samarbete via Världshälsoorganisationen (WHO Collaborating Centre for Research, Methods Development and Training in Suicide Prevention), där vissa kunskapsstöd från WHO har ingått i arbetet (NASP, 2020a).

## **Kvantitativ analys**

Med syfte att fördjupa förståelsen kring individer som genomför suicid(försök) har viss kvantitativ analys genomförts utifrån publikt tillgängliga data från Socialstyrelsens Dödsorsaksregister och statistikdatabasen för yttre orsaker till skador och förgiftningar.

Sjukdomar och dödsfall klassificeras enligt ett internationellt sjukdomsklassifikationssystem (ICD). När suicidavsikten är uppenbar används ICD-koderna för avsiktligt självdestruktiv handling (X60–

X84) och när suicidavsikten är osäker används istället ICD-koder för skadehändelse med oklar avsikt (Y10–Y34) (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Det finns dock flera begränsningar utifrån den tillgängliga data. Ett exempel är att det inte finns entydiga diagnoskoder *specifikt* för suicid och suicidförsök. Det framgår inte i tillgängliga data huruvida intentionen med en självdestruktiv handling var självskada (*utan* intention att dö) eller suicid (*med* intention att dö). Registrerade suicid(försök) kommer med definitionen ovan därmed att omfatta skador både *med* och *utan* suicidal intention. I arbetet har vi i huvudsak valt att använda en sammanslagning av avsiktligt självdestruktiv handling och skadehändelser med oklar avsikt, vilket är i linje med statistiken så som den presenteras från Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention (NASP). Vidare har flertalet intervjurespondenter också framhållit att statistiken över vad som rapporteras in som säkra suicid anses vara underskattad och ger falskt för låga värden, varför vi har valt att också inkludera osäkra suicid avseende totala antalet suicid som genomförs årligen i Sverige.

Ett andra exempel är att det finns en risk för att det föreligger dubbelregistreringar i registret för yttre orsaker till skador och förgiftningar samt dödsorsaksregistret, eftersom en suicidförsökshandling som leder till och registreras som ett vårdtillfälle inom specialiserad vård också kan

medföra ett dödsfall, och i så fall också registreras i dödsorsaksregistret.

Ett tredje exempel är att data för suicidförsök i första hand avser antal vårdtillfällen och inte antal individer.

## 2.3 Avgränsningar och begränsningar

Nedan redogörs kortfattat för de avgränsningar som har gjorts i arbetet med gapanalysen samt ett antal begränsningar som läsaren bör känna till.

I regeringsuppdraget till Socialstyrelsen ingick att uppdraget skulle fokusera på suicidpreventivt arbete och efterlevandestöd inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Gapanalysen har därför *inte* fokuserat på möjliga suicidpreventiva insatser från andra aktörer såsom exempelvis Polismyndigheten, Trafikverket, Migrationsverket, Svenska Kyrkan och civilsamhället.

Givet att det är så närliggande och relevanta verksamheter är Elevhälsan och Företagshälsovården omnämnda, trots att de inte ingår i specificeringen i regeringsuppdraget. Elevhälsan har inkluderats genom att vi har intervjuat företrädare för Riksföreningen för skolsköterskor och Sveriges skolkuratorers förening, främst för att få en ökad förståelse för vilket stöd som barn och ungdomar kan få genom de resurser som finns i skolan.

Fokus i gapanalysen har varit på kunskap och kunskapsstöd för *medarbetare* inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Till exempel kan en sjuksköterska behöva utbildning och praktiskt stöd för att kunna identifiera och stödja suicidala individer, men eftersom det generellt sett är utanför sjuksköterskans yrkesroll att förändra fysiska miljöer på arbetsplatsen har sådana suicidpreventiva åtgärder inte varit i fokus.

Hälso- och sjukvård kan bedrivas med både region och kommun som huvudman (där hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs enligt hälso- och sjukvårdslagen, oavsett huvudman). Eftersom fokus i gapanalysen är att identifiera kontaktpunkter och ytor för spridning av kunskap har analysen utgått från en organisatorisk indelning utifrån region respektive kommun som huvudman, snarare än en indelning av insatser utifrån hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen. När "socialtjänsten" omnämns i rapporten avses i regel även hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunal regi, eftersom dessa organisatoriskt vanligtvis faller under socialförvaltningen i kommunen.

I rapporten gäller slutsatser avseende behov av kunskap för hälso- och sjukvården och socialtjänsten *både* utförare i egen och utförare i privat regi.

I rapporten delas hälso- och sjukvården in i tre huvudsakliga delar – specialist-psykiatri, primärvård och specialiserad

somatisk vård, medan socialtjänsten inte delas in på motsvarande sätt. Uppdelningen baseras på att hälso- och sjukvård traditionellt delas in i dessa områden och att de olika delarna av hälso- och sjukvården i stor utsträckning har olika förutsättningar och arbetsmetoder. Givet denna uppdelning kan det eventuellt förefalla som att socialtjänsten givits mindre plats i arbetet. Detta har dock inte varit fallet, utan vi har inom ramen för gapanalysen bland annat genomfört särskilda fokusgrupper inom socialtjänsten, vilket inte har gjorts med hälso- och sjukvården.


Analysen av behovet av kunskap kring efterlevande i denna rapport är i huvudsak avgränsad till efterlevande i egenskap av nära anhöriga, det vill säga förstagrads-släktingar omfattande maka/ make/partner, barn eller syskon.

Kunskap för att stödja närstående ingår inte i regeringsuppdraget, men har i viss utsträckning ändå inkluderats.

Citaten som återfinns i rapporten är illustrativa exempel på de behov som har observerats under arbetet med gapanalysen. De är helt inte ordagrant återgivna, där enstaka ord har bytts ut alternativt att mindre nedkortningar har gjorts.

Avslutningsvis är det viktigt att minnas, att denna gapanalys är en del av ett regeringsuppdrag att säkerställa bästa tillgängliga kunskap inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten och därför har detta som fokus. För att göra skillnad

och minska antalet suicid krävs utöver insatser från myndigheter och detta ytterligare insatser inom hälso- och civilsamhället. sjukvården och socialtjänsten samt



**”Den suicidala individen vill inte i första hand dö, utan vill leva men inte så som den gör. Det centrala beteendet är inte självmordet utan det är uppgivenheten.”**

*- Professor i psykiatri*

# **KAPITEL 3**

---

## **Risikfaktorer och riskgrupper**



# 3

## RISKFAKTORER OCH RISKGRUPPER

*Som ett första steg i gapanalysen om behovet av kunskap analyserades vilka individer som behöver hjälp och stöd på grund av risk för suicid. Insikterna redovisas i detta kapitel som inleds med en beskrivning av förekomst och utveckling över tid av antalet individer som avlider genom suicid och antal individer som genomför suicidförsök. Därefter följer en beskrivning av risk-, skydds- och utlösande faktorer samt riskgrupper. Publikt tillgängliga datakällor för populationsdata och riskgrupper beskrivs översiktligt. Kapitlet avslutas med exempel på insikter relevanta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I enlighet med beskrivningen av metoden i kapitel 2 finns det begränsningar i vad som kan utläsas av publikt tillgängliga data avseende säkra och osäkra suicid. Data presenteras enligt samma principer som används av exempelvis NASP samt Folkhälsomyndigheten.*

### **3.1 Fyra till fem gånger fler dödsfall genom suicid än i trafiken under 2018**

År 2018 avled 1 300 individer till följd av avsiktligt självdestruktiv handling (säkra suicid) och ytterligare 300 av skadehändelse med oklar avsikt (osäkra suicid) (Socialstyrelsen, 2019a). Under samma år förekom 10 800 vårdtillfällen för suicidförsök (avsiktligt själv-

destruktiv handling) (Socialstyrelsen, 2019b).

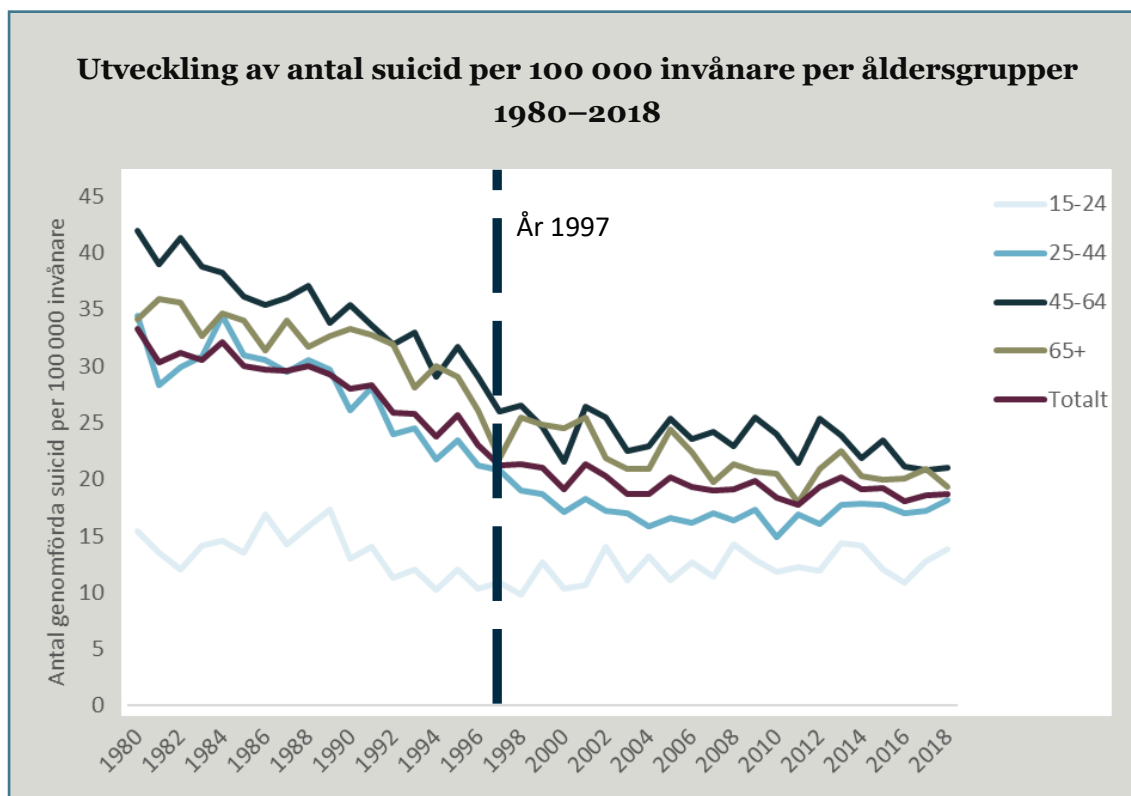
Som jämförelse kan nämnas att i Sverige avlider varje år omkring 300 individer i trafikolyckor (exklusive fall av kända suicid) (Transportstyrelsen, 2018) och 120 individer genom drunkning (exklusive suicid genom drunkning). (Svenska Livräddningssällskapet, 2019).

### 3.2 Nivån av dödsfall genom suicid var oförändrad 1997–2018

År 1960 var antalet fullbordade suicid (säkra och osäkra) i den svenska befolkningen 17,4/100 000 invånare (Beskow J, 2013). Därefter skedde en ökning av antalet fullbordade suicid. Publikt tillgänglig statistik över suicidförsök är tillgänglig först från och med 1980. Då var antalet suicid fördubblade jämfört med 1960 till 33,2/100 000 invånare (NASP, 2019c).

Det är inte visat vad denna ökning berodde på (Beskow J, 2019).

Mellan 1980 och 1997 sjönk nivån fullbordade suicid bland individer äldre än 25 år, se Figur 1. För åldersgruppen 45–64 år skedde en halvering från 41,9/100 000 invånare år 1980 till omkring 21/100 000 invånare i mitten av nittiotalet. Härefter har antalet fullbordade suicid planat ut och varierat mellan 14,9 och 17,4/100 000 invånare fram till 2018. (Socialstyrelsen, 2019a), utan varaktig ökning eller minskning över tid.



Figur 1 Antal genomförda säkra och osäkra suicid från 1980 till 2018 per 100 000 invånare och år

Genomförda suicid är fördelade per ålderskategori. År 1997 är markerat med en streckad linje och det år från och med minskningen av suicid i åldersgrupper äldre än 25 år började plana ut. Med säkra suicid avses klassifikation enligt avsiktligt självdestruktiv handling (ICD: X60-X84) och osäkra suicid är skadehändelser med oklar avsikt (ICD: Y10-Y34). Källa: NASP/KI.

Det diskuteras om att minskningen fram till slutet av 1990-talet beror på införandet av moderna antidepressiva läkemedel såsom SSRI-preparat (Åsberg M, 2019).

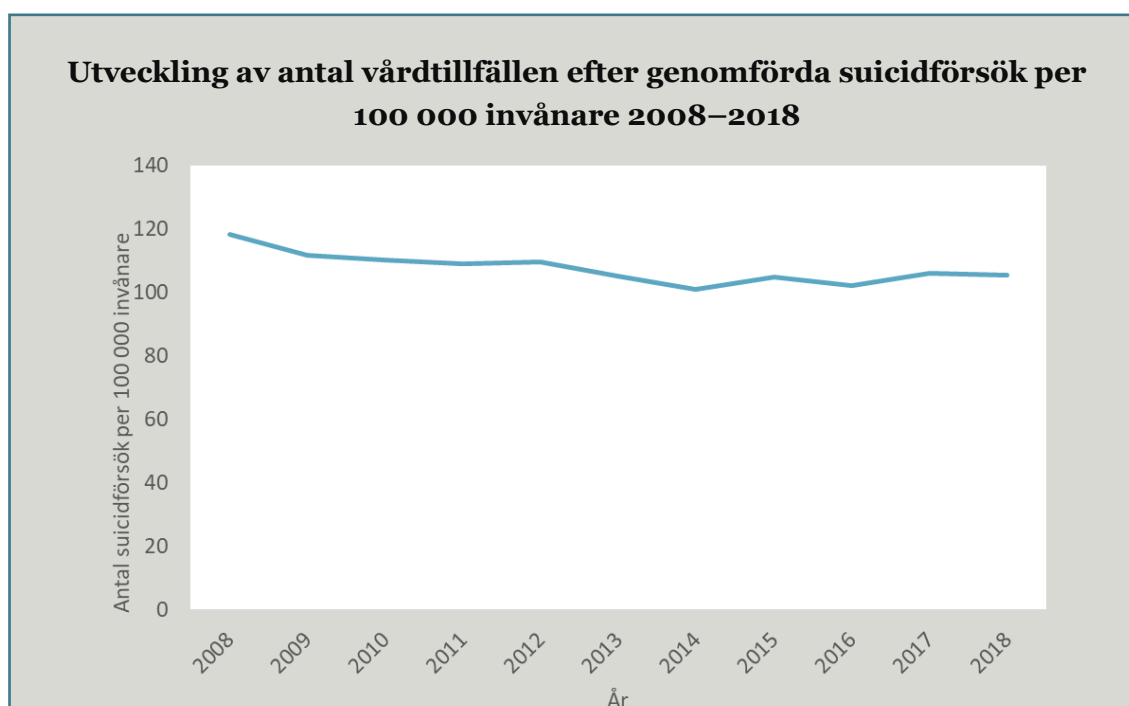
I åldern 15–24 år har inte samma minskning observerats sedan år 1980. Antalet fullbordade suicid var 1980 15,4/100 000 invånare och därefter har nivån varierat mellan 8 och 14,4/100 000 invånare utan varaktig ökning eller minskning under perioden 1997–2018 (NASP, 2019c), se Figur 1.

I åldersgruppen 0–14 år har det totala antalet genomförda suicid varit färre än

tio per år under perioden 1997–2018 (Socialstyrelsen, 2019a).

### 3.3 Nivån av vårdtillfällen inom specialiserad vård efter suicidförsök var oförändrad 2013–2018

Antalet vårdtillfällen i den specialiserade vården efter genomförda suicidförsök har varit omkring 100/100 000 invånare under perioden 2013–2018, utan någon varaktig ökning eller minskning över tid (Socialstyrelsen, 2019b), se Figur 2. Det finns dock ingen särskild klassificering för suicidförsök, utan den mer generella



**Figur 2** Utveckling av antal vårdtillfällen för individer som har genomfört suicidförsök per 100 000 invånare 2008–2018

Individer har vårdats inom specialiserad öppen- eller heldygnsvård. Med suicidförsök avses klassifikation enligt avsiktligt självdestruktiv handling (ICD: X60-X84). Data från Socialstyrelsens statistikdatabas för yttre orsaker till skador och förgiftningar och avser patienter som har blivit inskrivna i heldygnsvården och/eller vårdats i specialiserad öppenvård.

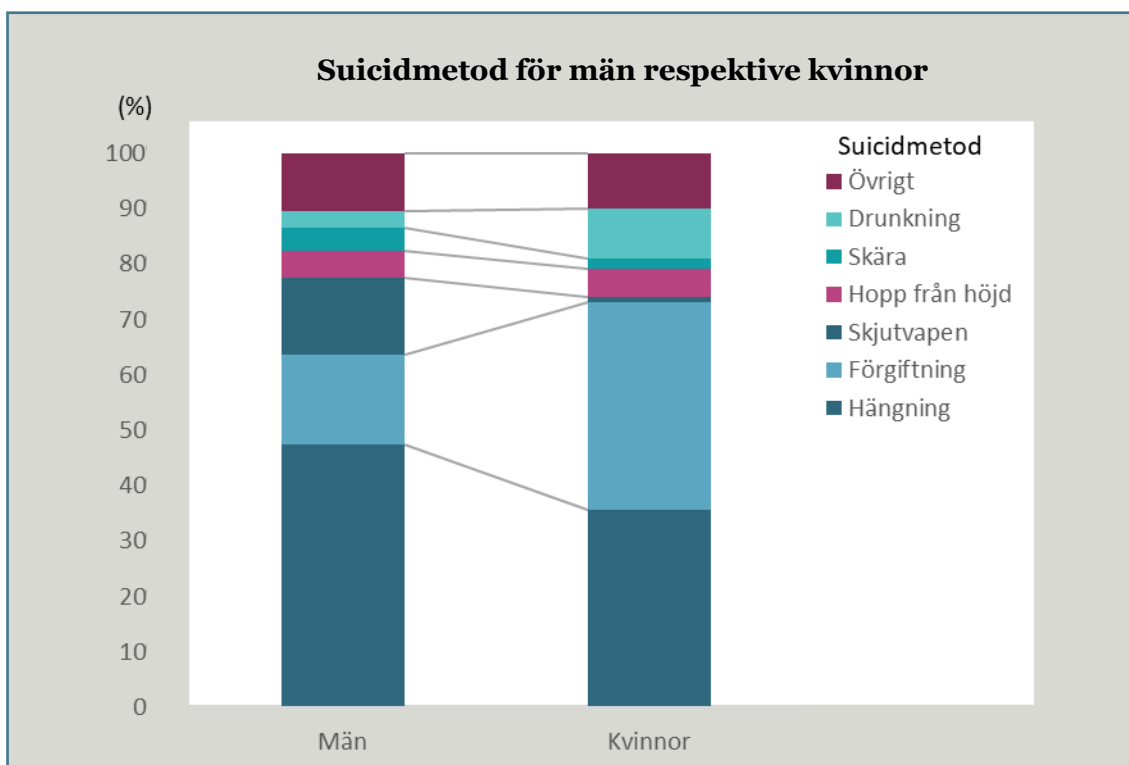
ICD-koden för avsiktligt självdestruktiv handling används, vilket medför en viss osäkerhet avseende statistiken. Till exempel kan händelser där intentionen har varit en självskada utan planer på att genomföra suicid ingå. Tillförlitligheten i denna typ av data är beroende av i vilken mån diagnoskoder registreras och hur de används inom hälso- och sjukvården. Det är känt att registreringen gradvis förbättrats inom öppenvården under den aktuella perioden (Socialstyrelsen, 2019l).

Ungefär hälften av alla registrerade vårdtillfällen för genomförda suicidförsök medför inläggning på sjukhus (Socialstyrelsen, 2019b).

### 3.4 Skillnader i suicid utifrån kön, ålder, utbildningsnivå, ursprung och geografi

#### 3.4.1 Suicid är vanligare bland män och suicidförsök är vanligare hos kvinnor

År 2018 avled 1 268 individer genom säkra suicid, varav 70 procent (886) var män och 30 procent (382) var kvinnor (Socialstyrelsen, 2019a). Under samma år genomfördes 10 775 suicidförsök (avsiktligt självdestruktiv handling), varav 60 procent (6 529) genomfördes av kvinnor och 40 procent (4 265) av män (Socialstyrelsen, 2019b). Detta innebär att det är flest män som avlider



**Figur 3** Suicidmetod uppdelat per kön

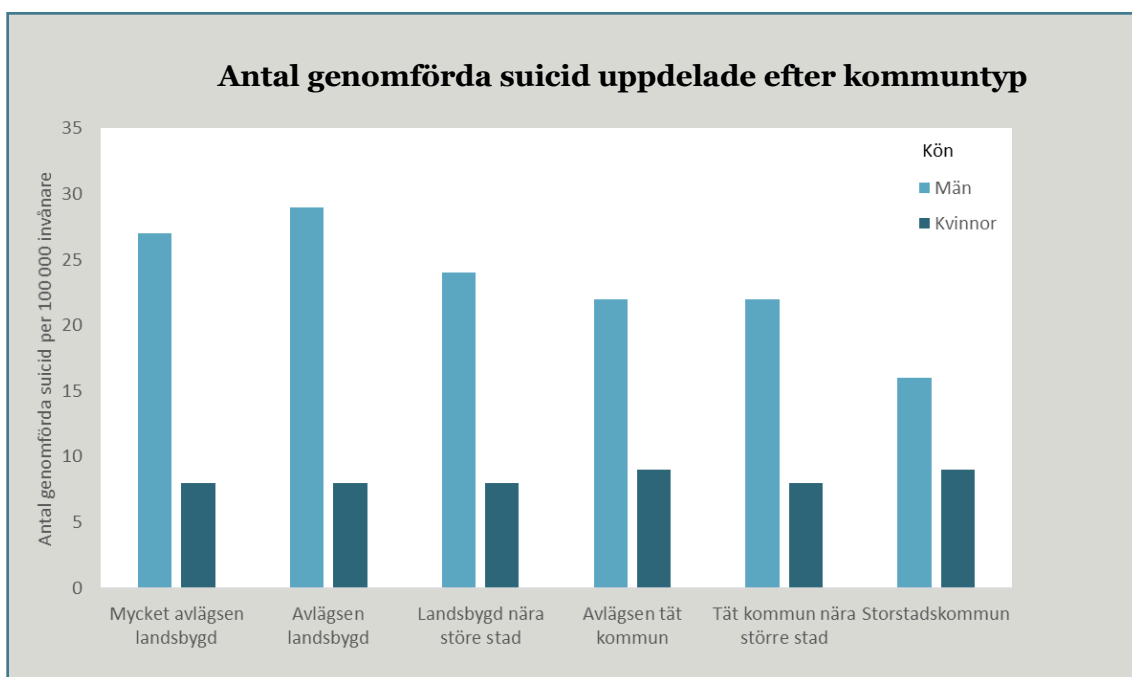
Aggregerade data över åren 2013–2017 för säkra suicid. Källa: Folkhälsomyndigheten.

genom suicid och flest kvinnor som genomför suicidförsök. En möjlig orsak som nämnts i flera intervjuer som genomförts i arbetet är att män tenderar att använda mer våldsamma metoder och därigenom ”lyckas” ta sitt liv i högre utsträckning. Detta samband har också bekräftats i en studie som undersökt könsskillnader vid suicid (n=147) (Tsirigotis K, 2001).

I en sammanställning från Folkhälsomyndigheten redovisas vilka metoder som män respektive kvinnor har använt vid suicid 2013–2017 (Folkhälsomyndigheten, 2019b).

Nästan 50 procent av männen använde metoden hängning, följt av förgiftning för cirka 15 procent. Den vanligaste metoden för kvinnor var förgiftning, cirka 37 procent, tätt följt av hängning (cirka 36 procent), se Figur 3

Ytterligare en skillnad mellan män och kvinnors genomförda suicid är att det för män ses en geografisk skillnad, med flest genomförda suicid i kommuner på landsbygden, vilket visas i Figur 4. För kvinnor ses inga skillnader i suicidfrequens utifrån kommuntyp.



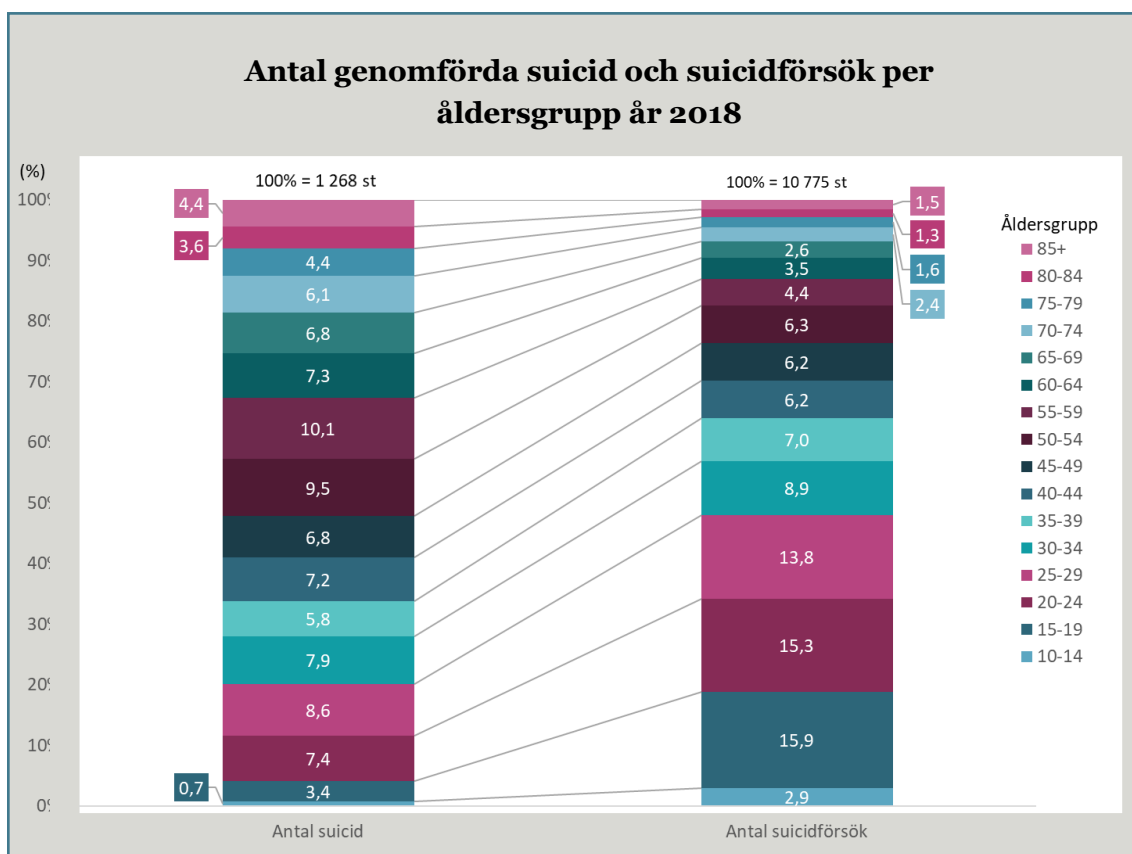
**Figur 4** Geografisk fördelning av antal säkra suicid uppdelade efter kommuntyp.

Indelningen i kommuner följer Tillväxtverkets definition (Tillväxtverket, 2014). Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

### 3.4.2 Flest suicid i 50-årsåldern och flest suicidförsök i sena tonåren och tjugoårsåldern

Fördelningen av de 1 268 säkra suicid som genomfördes 2018 över femårs-ålderskohorter visar att det är relativt låga andelar under 15 år och över 74 år. Mellan 15 och 74 års ålder varierar det från 6,1 till 10,1 procent med högst andel i femtioårsåldern och mellan 20 och 34 år, se Figur 5 (Socialstyrelsen, 2019a).

Fördelningen av de 10 775 suicidförsök (avsiktligt självdestruktiv handling) som genomfördes under 2018 över femårskohorter visar att det är låga andelar under 15 år och över 74 års ålder. Mellan 15 och 74 års ålder varierar det från 2,4 till 15,9 procent och med högst andel från 15 till 29 års ålder, se Figur 5 (Socialstyrelsen, 2019a).



**Figur 5** Antal genomförda säkra suicid och suicidförsök per åldersgrupp

Säkra suicid (vänster stapel) och suicidförsök (höger stapel) fördelade på ålderskategorier, (ICD: X60-X84). Data för individer yngre än 10 år har exkluderats ur diagrammen. I åldersgruppen yngre än 10 år finns inga registrerade fullbordade suicid och 19 registrerade genomförda suicidförsök. Data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister respektive registret för yttre orsaker till skador och förgifningar.

### 3.4.3 Suicid är vanligare bland individer med lägre utbildningsnivå

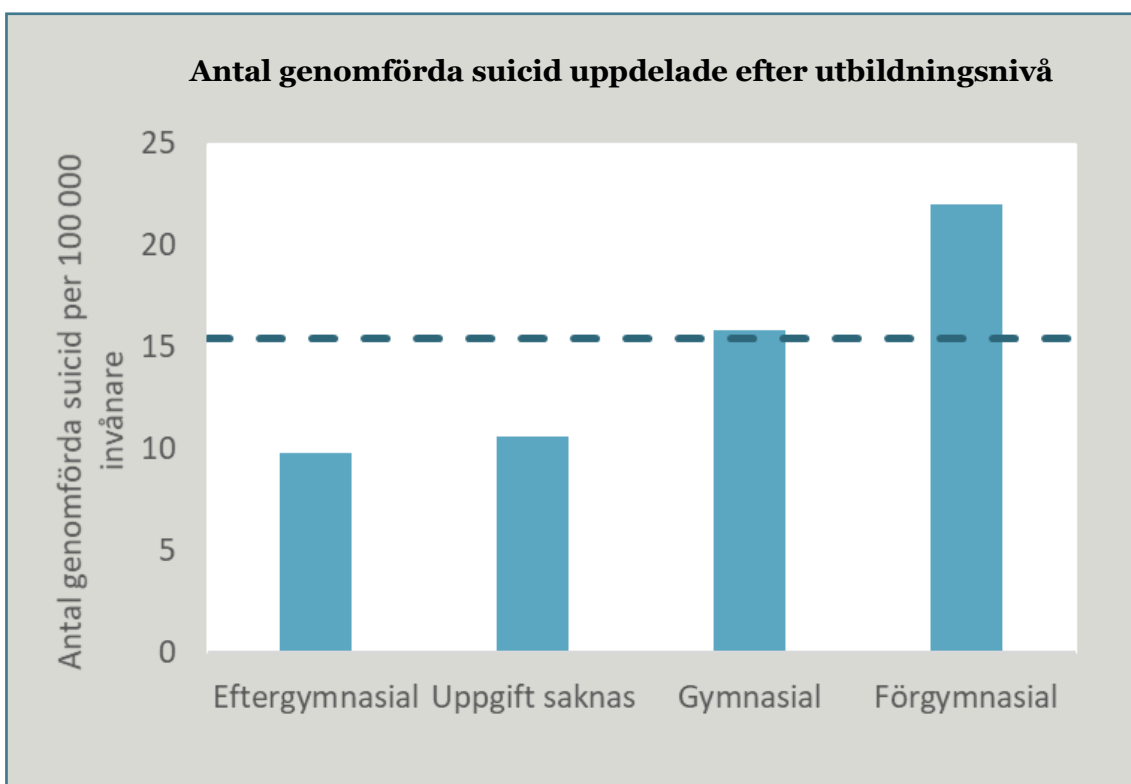
Individer med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå genomför relativt sett flest suicid. År 2016 genomfördes 22,0 säkra suicid per 100 000 individer i den här gruppen (Folkhälsomyndigheten, 2019f).

Lägst antal genomförda suicid genomförs bland individer med eftergymnasial utbildning. År 2016 genomfördes 9,6 suicid per 100 000 individer med eftergymnasial utbildning, se Figur 6

### 3.4.4 Suicid är vanligare bland individer med ursprung i övriga Norden och Sverige

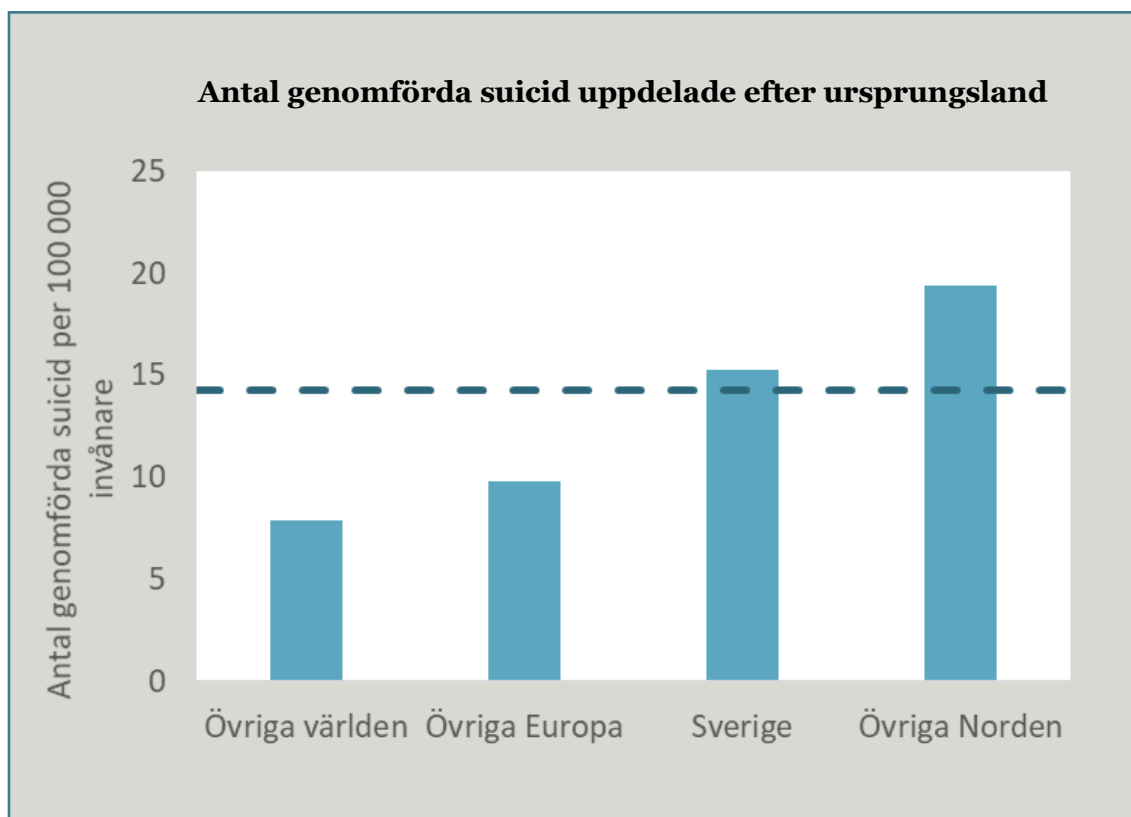
Individer med födelseland i övriga Norden (exklusive Sverige) och som lever i Sverige, har högst dödlighet i säkra suicid med ett suicidtal på 19,4 per 100 000 invånare år 2017 (Folkhälsomyndigheten, 2019f).

Lägst dödlighet i säkra suicid återfinns bland gruppen individer med ursprung utanför Europa där suicidtalet var 7,9 per 100 000 invånare år 2017, se Figur 7



**Figur 6** Antal genomförda säkra suicid per utbildningsnivå

Antal genomförda suicid per 100 000 invånare efter utbildningsnivå år 2016 bland individer äldre än 25 år. Den streckade mörkblå linjen anger medelvärde för samtliga grupper år 2016. Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.



**Figur 7** Antal genomförda säkra suicid per ursprungsland

Antal genomförda säkra suicid per 100 000 invånare efter ursprungsland år 2017 bland individer äldre än 15 år. Den streckade mörkblå linjen anger medelvärdet för samtliga grupper år 2017. Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

### 3.4.5 Suicid är nästan två gånger så vanligt i vissa delar av Sverige

Andelen individer som avlider genom suicid i Sverige i förhållande till länens storlek skiljer sig nästan två gånger mellan de län där det är mest respektive minst vanligt.

Dalarnas, Gotlands och Jämtlands län har 19,5–16,9 dödsfall genom suicid per 100 000 invånare, medan Skånes, Östergötlands och Stockholms län har 10,42–10,92 dödsfall genom suicid per 100 000 invånare (Socialstyrelsen, 2019a), se Figur 8.

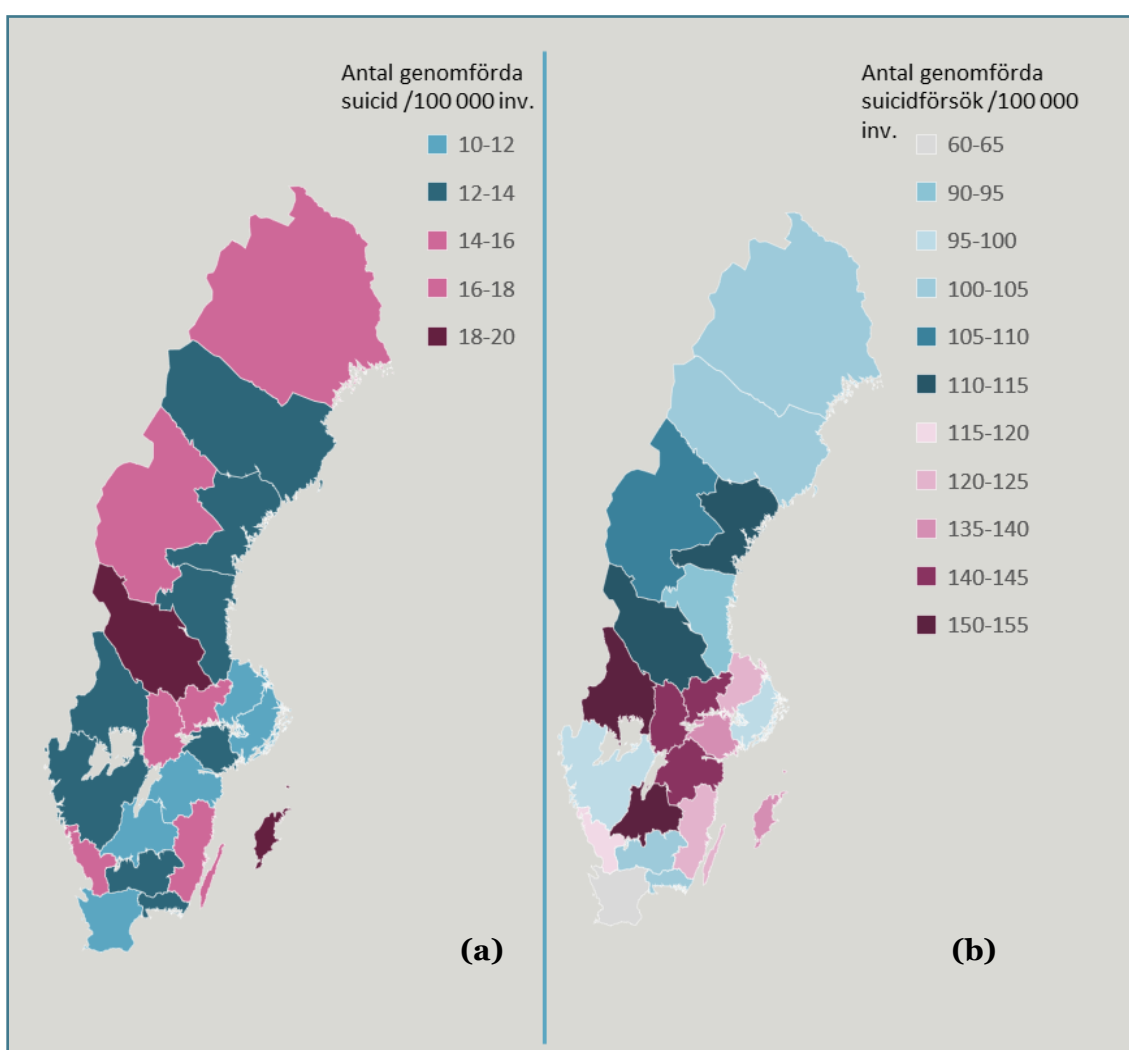
Antalet suicidförsök skiljer sig nästan 2,5 gånger mellan de regioner där det är mest respektive minst vanligt. Värmlands, Jönköpings och Örebro län har 154,9–144,3 suicidförsök per 100 000 invånare, medan Skåne, Gävleborg och Stockholms län har 63,9–95,6 genomförda suicidförsök per 100 000 invånare (Socialstyrelsen, 2019b), se Figur 8. Enligt Folkhälsomyndigheten är det inte helt klarlagt vad dessa skillnader beror på, men socioekonomiska förhållanden och hur suicid utreds och registreras lyfts fram



som tänkbara orsaker (Folkhälsomyndigheten, 2020d).

En studie i USA har observerat ökad dödlighet i suicid på landsbygd jämfört med i storstäder (n=453 577) (Steelesmith DL, 2019). Som bidragande orsaker angavs bland annat att social utslagning och faktorer som

arbetslöshet, låg utbildning och tillgång till dödliga vapen ansågs vara mer vanligt förekommande på landsbygden.



**Figur 8** Antal genomförda suicid och suicidförsök per län

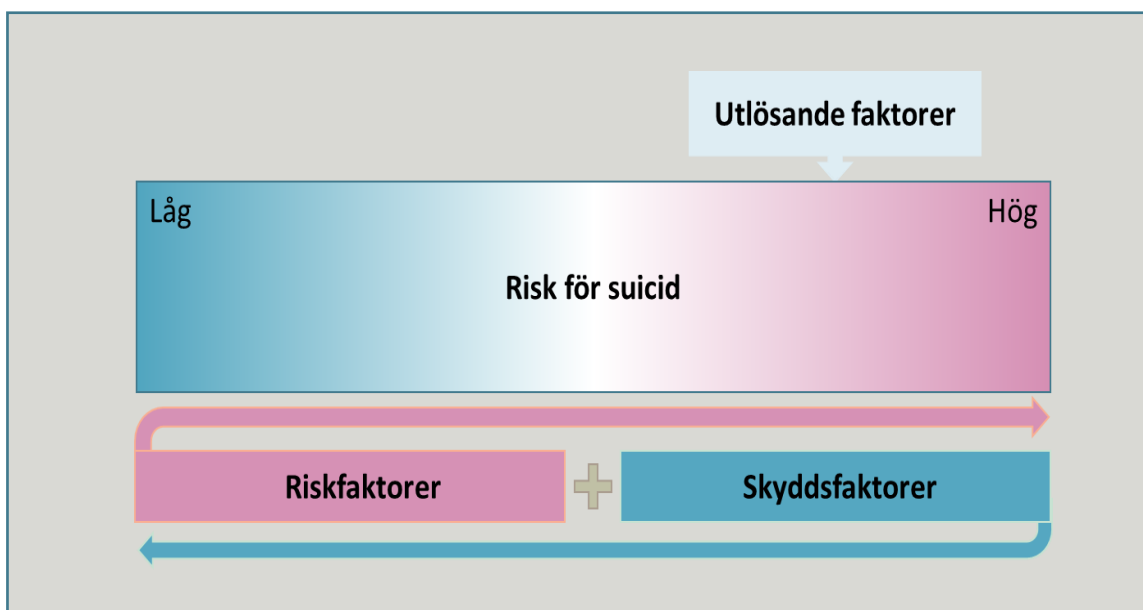
Genomförda suicid per 100 000 invånare per län (a) samt antal genomförda suicidförsök per 100 000 invånare per län (b).  
Källor: Socialstyrelsens dödsorsaksregister samt Socialstyrelsens register för yttre orsaker till skador och förgifningar.

### 3.5 Det finns flera risk- och skyddsfaktorer för suicid och suicidförsök

Det är vanligt att prata om riskfaktorer samt skyddsfaktorer i samband med suicidprevention. *Riskfaktorer* innebär att risken för suicid på gruppnivå är förhöjd i jämförelse med en normalpopulation. *Skyddsfaktorer* är istället faktorer som anses kunna fungera skyddande mot suicid. Riskfaktorer kan ses ur ett livscykel-perspektiv. Figur 9 visar hur risk- och skyddsfaktorer samverkar för att ge en total suicidrisk. Olika riskfaktorer har olika grad av betydelse i olika skeden av livet. Riskfaktorer kan delas upp i individuella och miljöbetingade. I en nyligen publicerad internationell kunskapsöversikt finns en sammanställning av detta (Fazel S, 2020).

För individuella riskfaktorer gäller att genetiska faktorer har betydelse under hela livet. Traumatiska uppväxtförhållanden har däremot störst relevans för suicid under barndomen, adolescensen och den tidiga delen av vuxenlivet. Personlighetsyndrom har störst betydelse under senare delen av adolescensen och under den första delen av vuxenlivet. Substansberoende har betydelse i senare delen av adolescensen, genom vuxet liv till och med den äldre delen av livet. Depressioner har betydelse från tidig adolescens och fram till och med äldre vuxenliv. Fysisk sjukdom har störst relevans i senare delen av vuxet liv och för äldre (Fazel S, 2020).

Avseende miljöbetingade riskfaktorer har bristen på socialt stöd en betydelse under hela livet. Ekonomiska faktorer har störst betydelse i vuxenlivet.



Figur 9. Risk- och skyddsfaktorer samt utlösande faktorer för suicid

Konsekvenser av uppmärksammande av suicid i media är störst under senare delen av adolescensen och under vuxenlivet, men mindre för äldre människor. Betydelsen av tillgång till "metoder" för att ta sitt liv är stor under hela livet, från tidiga år till ålderdomen (Fazel S, 2020). Även socioekonomi påverkar risken för suicid, vilket Folkhälsomyndigheten beskriver i "Utblick Folkhälsa", där ett antal kompositionella och kontextuella faktorer avseende socioekonomi framhålls (Folkhälsomyndigheten, 2018). Dessa är bland annat boendestandard, möjligheter till arbete och social exkludering.

Risk- och skyddsfaktorer är statistiska vilket innebär att de i första hand är användbara för att på gruppnivå bedöma risken för suicid. På individnivå räcker de inte för att bedöma suicidrisken, men de kan ge en indikation om sannolikheten för suicid och kan därigenom utgöra ett stöd för en samlad suicidriskbedömning.

Risk- och skyddsfaktorer räcker inte heller för att ensamt bedöma suicidrisk. En enskild individ kan ha flera riskfaktorer och inga skyddsfaktorer utan att för den skull försöka genomföra suicid och tvärtom. I varje enskilt fall fordras således en individuell sammanvägning av all tillgänglig information för att genomföra en suicidriskbedömning. Det är också viktigt att betona att "gruppen" som

genomför suicid(försök) är mycket heterogen.

Risk- och skyddsfaktorer är i olika utsträckning påverkbara. I flera sammanhang under arbetet har forskare och yrkesgrupper beskrivit hur de i sitt arbete därför strävar efter att försöka stärka skyddsfaktorer (i de fall som de kan påverkas).

Utöver risk- och skyddsfaktorer kan även utlösande händelser/"triggers" bidra till att en individ försöker avsluta sitt liv genom suicid. Exempel på utlösande händelser inkluderar att bli arbetslös, att en relation tar slut eller andra former av ökat utanförskap (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013), men kan också utgöras av till exempel bråk med föräldrar hos barn och yngre tonåringar (Santesson A, 2019).

I Tabell 1 nedan visas en översikt över de risk- och skyddsfaktorer som framkommit som de mest centrala utifrån arbetet med denna gapanalys. Listan är emellertid inte uttömmande. I översikten används följande kategorier: psykiatrisk sjukdom, somatisk sjukdom, tidigare livshändelser, personliga egenskaper, livsstil, sociala förhållanden och samhälle. För många av riskfaktorerna finns könsskillnader avseende förekomst mellan män och kvinnor. Som jämförelse kan nämnas att ingen riskfaktor är lika tydlig för suicid som till exempel sambandet mellan rökning och lungcancer.

Vidare bör nämnas att riskfaktorerna kan ha olika inverkan och att det är utmanande att inbördes rangordna dem,

även om vissa utifrån forskning tycks medföra högre risk.

**Tabell 1** Risk- och skyddsfaktorer för suicid.

En del riskfaktorer kan beroende på situation också ha en utlösande effekt och fungera som "triggers" för suicid. Not: Innehållet är en sammanställning utifrån litteraturstudier och intervjuer.

Kategori	Riskfaktorer	Skyddsfaktorer
Psykiatrisk sjukdom	<p><b>Diagnoser, till exempel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bipolär sjukdom</li> <li>• Emotionellt instabil personlighetsstörning</li> <li>• Depression</li> <li>• Substanssyndrom (skadligt bruk och beroende)</li> <li>• Psykossjukdom</li> </ul> <p><b>Symptom, till exempel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Känsla av hopplöshet</li> <li>• Psychic pain (Psykisk eller mental smärta/ont i själen)</li> <li>• Sömnsvårigheter</li> </ul>	
Somatisk sjukdom	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysisk funktionsnedsättning</li> <li>• Kronisk smärta</li> <li>• Cancer</li> <li>• Neurologiska sjukdomar, till exempel ALS och MS)</li> </ul>	
Tidigare livshändelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Närstående som genomfört suicid</li> <li>• Tidigare suicidförsök</li> <li>• Övergrepp/sexuellt utnyttjande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avslutad skolgång</li> </ul>
Personliga egenskaper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärftlighet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• God kommunikativ förmåga – språk för emotioner</li> <li>• Hjälsökande/Vågar be om hjälp</li> <li>• Goda problemlösningsstrategier</li> <li>• Personlig mognad</li> <li>• Rädsla för kroppslig skada eller smärta</li> </ul>

Tabell 1 forts.

Kategori	Risikfaktorer	Skyddsfaktorer
<i>Livsstil</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Fysisk aktivitet</li> <li>Regelbunden sömn</li> </ul>
<i>Sociala förhållanden</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akut stressreaktion, till exempel skilsmässa</li> <li>Långvarig stress, till exempel mobbning</li> <li>Otrygga uppväxtförhållanden</li> <li>Ensamhet/bristande socialt nätverk</li> <li>Leva i en destruktiv relation</li> <li>Våldsutsatthet/våldsutövade/våldsbevitnande</li> <li>Arbetslöshet/ utanförskap</li> <li>Ekonomiska svårigheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>God kontinuitet mellan vårdens olika delar</li> <li>Uppföljning vid utskrivning</li> <li>Tillgänglighet till vård</li> <li>Goda relationer med familj, vänner och arbetskamrater</li> <li>Leva i en parrelation</li> <li>Tillhöra ett religiöst sammanhang</li> <li>Ordnad ekonomi</li> <li>Ordnat boende/god boendestandard</li> <li>Möjligheter till arbete</li> </ul>
<i>Samhälle</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bristande tillgänglighet och uppföljning i vården</li> <li>Diskriminering</li> <li>Stigma kring suicid</li> <li>Tillgång till dödlig metod</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begränsad tillgång till redskap för suicid</li> <li>Säker arkitektur som minskar risk för suicid (till exempel höga räcken vid broar och intrångsskydd vid perronger)</li> <li>Tillgänglighet till psykiatri</li> </ul>

### 3.6 Exempel på riskgrupper utifrån nuvarande kunskap

Med "riskgrupper" avses i denna rapport grupper för vilka risken för att genomföra suicid och suicidförsök är högre än risken för en normalpopulation.

De riskgrupper som beskrivs nedan framhålls särskilt då de antingen utgör ett stort antal av de individer som genomför suicid eller suicidförsök totalt sett eller

att andelen individer som genomför suicid eller suicidförsök inom respektive riskgrupp är relativt hög. Vi har löpande under arbetets gång stämt av indelningen av riskgrupper med både yrkesgrupps- och forskningsföreträdare.

Det är dock, återigen, viktigt att framhålla att den förhöjda risken gäller på gruppnivå och att respektive grupp givetvis utgörs av

en mycket heterogen sammansättning av individer.

Inom forskningsfältet används dock ofta en indelning i riskgrupper för att kartlägga skillnad i risk för suicid bland individer med olika karakteristika. Det är dock inte tillhörigheten till en riskgrupp per se som leder till att en individ genomför ett suicidförsök, men indelningen kan vara en användbar "proxy" för att kunna genomföra analyser. Flertalet individer i en riskgrupp genomför varken suicidförsök eller fullbordat suicid. Inom vissa riskgrupper kan till exempel den psykiska ohälsan generellt vara sämre som ett resultat av flera olika komponenter varav minoritetsstress eller faktorer i samhället kan utgöra några exempel. Som ett resultat av den försämrade psykiska ohälsan och ett psykiskt lidande kan det för vissa individer inte te sig finnas någon annan utväg än suicid.

Det är också angeläget att påpeka att det inte nödvändigtvis är exempelvis den psykiska sjukdomen som leder till suicid, utan ibland snarare de problem som sjukdomen medför. Till exempel kan viss sjukdom leda till att en individ väljer att isolera sig, där den sociala exkluderingen över tid kan bidra till att individen genomför suicid (Orstadius I, 2014).

Vidare är inte indelningen i riskgrupper heltäckande och suicid förekommer även, som tidigare har nämnts, bland individer som inte tillhör någon av grupperna nedan. Således är det inte möjligt att bedöma suicidrisk endast mot bakgrund

av att en individ tillhör en viss grupp. Vidare finns överlapp mellan olika riskgrupper. Det är vanligt att en individ tillhör flera riskgrupper samtidigt, och ibland finns en särskild sårbarhet just kopplad till detta faktum. Till exempel kan en individ med missbruksproblematik också ha en samtidig depression. Det måste också framhållas att det även inom grupper finns stora skillnader mellan olika individer ifråga om olika riskfaktorer och bakgrund.

I anslutning till suicid framhålls också av både forskare och litteratur att det är en period som föregås av svårt psykiskt lidande.

Följande exempel på riskgrupper beskrivs närmare nedan:

- A. Individer med tidigare suicidförsök
- B. Individer med självskaðebeteende
- C. Individer i efterförloppet till psykiatrisk heldygnsvård
- D. Individer med missbruks- och beroendeproblematik
- E. Individer med psykos- eller bipolär sjukdom
- F. Individer med depression
- G. Ungdomar och unga vuxna med psykisk sjukdom
- H. Efterlevande till individer som genomfört suicid
- I. Äldre män, ofta med svagt socialt nätverk
- J. Individer med svår somatisk sjukdom
- K. Individer inom HBTQ-gruppen
- L. Fler riskgrupper

## **A. Individer med tidigare suicidförsök**

Den största enskilda riskfaktorn för att genomföra suicid är att tidigare ha genomfört ett suicidförsök (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Riskökningen har i en metaanalys angetts till cirka 30–40 gånger förhöjd jämfört med en individ som aldrig har genomfört ett suicidförsök (Harris, 1997). Individer i studien följdes upp som kortast under två års tid och under hela uppföljningstiden noterades denna riskökning. Risken är särskilt förhöjd hos de individer som har genomfört ett tidigare suicidförsök, har en allvarlig psykisk störning och har använt sig av en särskilt våldsamt metod, såsom hängning eller strypning (Runeson B, 2010).

Två tredjedelar av individer i åldersgruppen 15–29 år som genomfört fullbordat suicid har genomfört minst ett suicidförsök tidigare (Runeson B, 1996). Att någon gång ha genomfört ett suicidförsök medför att risken för suicid är förhöjd resten av livet, även om majoriteten i gruppen kommer att avlida av andra orsaker än suicid (Bremberg S, 2015). En finsk studie som har följt en grupp individer som genomfört ett tidigare suicidförsök (n=100, bortfall 2 procent) under 37 års tid fann att 24 procent av de totala antalet dödsfall utgjordes av suicid (Suominen K, 2004).

För individer med tidigare suicidförsök kan en förhöjd risk för fullbordat suicid ses tiden efter utskrivning från psykiatrisk

haldygnsvård. En svensk registerstudie (n=2 083 088) som undersökt förekomsten av suicid inom trettio dagar från utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård fann att dödligheten i suicid var förhöjd (Haglund A, 2019). Högst dödlighet i suicid fanns för individer med schizofreni eller annan form av psykossjukdom följt av bipolär sjukdom och depression. I samband med utskrivningen från psykiatrisk heldygnsvård har risken i en metaanalys visats vara 200 gånger förhöjd de första tre månaderna för patienter som har rapporterat suicidtankar eller suicidalt beteende i samband med heldygnsvård (Chung DT, 2017).

## **B. Individer med självskadebeteende**

Indelningen i självdestruktiva handlingar med avsikt till "självskada" eller suicidavsikt förekommer inte inom diagnoskodsystelet ICD. Följaktligen är det inte möjligt att utifrån diagnoskoder utläsa en individs intention. Rent principiellt föreligger dock i praktiken en skillnad i huruvida en individ genomför skada med avsikt att skada sig själv eller att ta sitt liv. Suicidrisken är emellertid förhöjd vid självskadebeteende. Självskadebeteende har beskrivits öka risken för suicid med 17 gånger jämfört med en normalpopulation (Hawton K, 2006). Risken för död efter självskadehandling är också förhöjd. I en svensk studie (n=2 083 088) observerades en ökad dödlighet i suicid för alla individer som genomfört en självskadehandling före



inläggning i heldygnsvården, men med variationer utifrån vilka övriga psykiatriska diagnoser de hade i samsjuklighet (Haglund A, 2019).

En svensk kohortstudie (n=34 219) som följt individer som genomfört avsiktligt självskadeförsök fann att risken för suicid var förhöjd under hela observationstiden efter självskadeförsöket (3–9 år, medel 5,3 år), men som mest förhöjd de första åren (Runeson B, 2016).

### **C. Individer i efterförloppet till psykiatrisk heldygnsvård**

Vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård är suicidrisken som mest förhöjd under första veckan. En dansk studie har visat att oavsett riskgrupp är risken 102 gånger förhöjd för män och 246 för kvinnor (n=21 169) (Qin P, 2005). Risken var ytterligare förhöjd för individer med förstämningssyndrom.

## **Reflektioner från individer som tidigare genomfört suicidförsök**

Utifrån en strukturerad diskussion om vilka behov som finns när ett suicidförsök händer och när livet fortsätter efter ett genomfört suicidförsök utkristalliserades följande teman:

Det är viktigt med:

*Tillgänglighet – ”Man måste få hjälp när man behöver det”*

När det är akut, behöver det vara möjligt att nå hälso- och sjukvården utan dröjsmål. När jag är akut dålig går det inte att vänta i några dagar eller veckor. Det är viktigt att kunna få kontakt utan att behöva klara av att knappa sig igenom flerstegsval per telefon eller fylla i digitala formulär. När det är akut kan det faktiskt handla om liv eller död.

När det ska ske ett byte av vårdkontakt behöver det gå att få kontakt med den nya mottagningen innan den gamla avbryter kontakten. Till exempel när jag byter från heldygnsvård till öppenvård eller från specialiserad öppenvård till primärvård. Bryts kontakten är det svårt att finna ork och energi att själv ta upp den.

*Bemötande – ”Jag blir inte tagen på allvar när jag söker hjälp”*

Ett professionellt och inkluderande bemötande, där personalen talar med mig och inte om mig på ett språk jag förstår. De har kunskap om suicid och anpassar tonläge och agerande utifrån mitt tillstånd. Jag känner mig inte ifrågasatt eller känner skuld för att jag sökt hjälp. Det är fokus på mig och hur jag mår inte hur poängen faller ut i en skattningsskala för suicidriskbedömning jämfört med mitt senaste besök. Att få en professionell bedömning som inte utgår från att bara bocka av ett antal riskfaktorer är viktigt för att jag ska känna förtroende. Att inte orka eller våga vara med mig där jag är i mina mörka tankar signalerar att det är något som är skamfyllt och svårt och gör att jag tappar hopp och förtroende.

*Delaktighet – ”Många gånger känns det som att vården sker utan att jag har något att säga till om”* Jag är med och planerar min vård, istället för att få besked om vad andra planerat. När jag mår bra gör vi en tydlig plan för vad som ska ske när jag blir dålig nästa gång. Det är viktigt att min familj och mina anhöriga har kunskap om min vård och vad de ska göra när jag mår dåligt. Att själv kunna välja när jag är i behov av inläggning är mycket bra (patientstyrd inläggning).

*Sammanhållen vård och omsorg – ”Man måste själv vara tillräckligt frisk för att kunna informera alla kontakter om vad som gjorts”*

Om jag givit samtycke så delar mina olika kontakter information med varandra, om jag till exempel behöver läggas in akut inom heldygnsvården. SIP (Samordnad Individuell Plan) är bra”. Heldygnsvården är integrerad med öppenvård och övriga insatser, så att det inte blir som ”förvaring”.

*Funktionsförmåga – ”När jag är akut dålig är det svårt att samla tankarna och jag klarar kanske inte sådant som annars är självklart”.*

Känslo- eller tankemässig belastning kan göra det svårt för mig att för stunden fokusera, prioritera och minnas. Detta gör att jag kan behöva till exempel en enkel väg för kontakt, eller hjälp att ordna det som behövs praktiskt kring min vård, ekonomi etcetera.

Källa: Fokusgrupp med individer som tidigare har genomfört suicidförsök i samarbete med SPIV, februari 2020. För beskrivning av genomförande och begränsningar utifrån metoden se Kapitel 2 ”Metod och genomförande”

#### **D. Individer med missbruks- och beroendeproblematik**

Individer med missbruks- och beroendeproblematik har en förhöjd suicidrisk. Som exempel kan nämnas att skadligt bruk av alkohol medför en tiofaldig riskökning för suicid och suicidförsök bland äldre i Sverige (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Som grupp anges också att individer som har vårdats till följd av skadligt bruk av alkohol på sjukhus har en suicidrisk som är cirka 5–10 gånger förhöjd jämfört med normalpopulationen.

Bland individer med skadligt bruk av droger anges att risken att avlida i suicid är 15–16 gånger högre än för normalpopulationen.

I Socialstyrelsens Öppna jämförelser över missbruks- och beroendevård anges att 5 procent av dem som vårdats för alkoholrelaterad diagnos år 2016 har genomfört suicid eller suicidförsök inom ett år från vårdtillfället. För de som vårdats för en narkotikarelaterad diagnos år 2016 är motsvarande siffra 11 procent (Socialstyrelsen, 2019c).

Det är inte bara vid skadligt bruk av olika substanser som suicidrisken är förhöjd, bland annat ses en ökning av suicidrisken med 15 gånger för individer med spelberoende (Karlsson A, 2018).

#### **E. Individer med psykos- eller bipolär sjukdom**

Bland individer med bipolär sjukdom utgör suicid dödsorsak i 10–15 procent av

alla dödsfall (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013).

Svenska Psykiatriska Föreningen anger vidare att bland individer med schizofreni genomför 40 procent av alla patienter ett eller flera suicidförsök någon gång under livet. Bland förstagsångsinsjuknande i psykosjukdom gör 10 procent ett suicidförsök och 1–2 procent genomför ett fullbordat suicid första året efter insjuknandet (Rahm C, 2013).

Prediktionsvärdet, det vill säga förmågan att enbart utifrån en psykiatrisk diagnos, förutsäga suicidala handlingar hos en individ, kan vara låg eftersom tillstånden vanligen varar under lång tid (Beskow J, 2016).

#### **F. Individer med depression**

Majoriteten av alla individer som genomför suicid kan anses lida av en depression (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013), och förekomsten av depression kan vara omkring 50–80 procent (Runeson B, 2013). Andelen som lider av en depression vid suicid ökar med stigande ålder (Skoog I, 2017).

Traditionellt betraktas depression och suicid som tätt sammanbundna med varandra, vilket till exempel ses i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* där det finns ett avsnitt om bedömning av suicidrisk (Socialstyrelsen, 2017). Stöd finns också för att behandling av depression minskar suicidrisken (Zalsman G, 2016).

Depression är dock en folksjukdom och cirka 20 procent av alla invånare i Sverige har fått diagnosen någon gång i livet (Folkhälsomyndigheten, 2019e). Av detta följer att alla individer som är deprimerade *inte* är suicidala (liksom att en suicidal individ inte heller behöver vara deprimerad).

### **G. Ungdomar och unga vuxna med psykisk sjukdom**

Dödsfall bland ungdomar och unga vuxna är ovanligt. Suicid (säkra och osäkra) står dock för en hög andel av dödsfallen i åldersgruppen 15–29 år; 35 procent för pojkar/män och 43 procent för flickor/kvinnor (SCB, 2019a). I den aktuella åldersgruppen är det cirka två gånger vanligare med dödsfall bland män än kvinnor oavsett orsak (Socialstyrelsen, 2019m).

Suicidtalet år 2018 i åldersgruppen 15–29 år var 16,4/100 000 invånare och år för pojkar/män och 9,3/100 000 invånare och år för flickor/kvinnor i åldersgruppen 15–29 år (Socialstyrelsen, 2019a).

Ungdomar och unga vuxna med psykisk sjukdom löper ökad risk för att genomföra suicid. Det ses en förhöjd risk för suicid bland barn- och unga inom olika riskgrupper, exempelvis genom att ha missbruks- och beroendeproblematik, psykos- eller bipolär sjukdom eller depression och för individer med andra psykiska symptom och sjukdomar till exempel självskadebeteende, emotionellt instabil personlighetsstörning (border-

line) och ADHD (Eddy LD, 2019; Gomes AP, 2019; Åkerman S, 2013; Impey M, 2012; Eddy LD, 2019).

Avseende individer med ADHD diskuteras huruvida den ökade risken för suicid förklaras av ADHD eller av annan psykiatrisk samsjuklighet såsom till exempel depression eller skadligt bruk av substanser (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Den förhöjda risken hos individer med ADHD är särskilt förhöjd hos yngre, men den är fortsatt förhöjd under hela livet (Socialstyrelsen, 2019g).

### **H. Efterlevande till individer som genomfört suicid**

Att vara efterlevande till en närstående som har genomfört suicid utgör i sig en riskfaktor att själv genomföra suicid. Risken är större än vid annan plötslig förlust av anhörig för förstagrads-släktingar (make/maka/partner, barn eller syskon) (Hamdan S, 2019). En annan studie visade på en cirka tre gånger högre risk för suicid bland kvarlevande första-gradssläktingar än för en familj som har drabbats av ett naturligt dödsfall (Runeson B, 2003).

Att förlora en närstående (familjemedlem, förstagrads-släkting eller vänner) i suicid har visats leda till förekomst av suicidtankar hos mellan 9–48 procent hos efterlevande enligt en översiktsstudie (Molina N, 2019). Sammanfattningsvis var förekomst av suicidtankar högre vid förlust av närstående i suicid än vid förlust

av närstående i andra dödsorsaker såsom till exempel HIV/AIDS och cancer. En annan metaanalys visade att en våldsam förlust av make/maka/partner i till exempel suicid medför förhöjd risk för att få ett förlängt sorgelöpp (Heeke C, 2019). Suicidtankar hos efterlevande kan kvarstå lång tid efter att en närstående har genomfört suicid. En studie från Nederländerna som undersökt förekomst av suicidtankar hos efterlevande förstegradssläktingar (n=153) fann att 26 procent hade suicidtankar 2,5 månad efter händelsen, men att det vid uppföljning efter 13 månader förekom suicidtankar hos 13 procent (de Groot M, 2013). 10 år efter suicidhändelsen fanns suicidtankar hos 9 procent av efterlevande. Bortfallet vid sista mätpunkten uppgick till 58 procent. En svensk studie fann fördubblad förekomst av depression (18 procent jämfört med 7 procent) bland föräldrar (n=666) som förlorat ett barn i åldern 15–30 år genom suicid jämfört med dem som inte förlorat ett barn (Omerov P, 2013). Skuld känslor rapporterades också bland 70 procent av föräldrarna. Denna bild stärks också i en metaanalys som visat att skuld känslor ofta förekommer i samband med förlust av nära anhörig i suicid (Heeke C, 2019). En annan studie visade också att bland föräldrar (n=569) som förlorat ett barn i suicid hade nästan hälften (46,5 procent) bristande tillit till hälso- och sjukvården, vilket är 2,5 gånger högre än föräldrar i kontrollgruppen (Pettersen R, 2015).

En svensk registerstudie har undersökt samtliga suicid som genomförts mellan år 1990–2011 (n=31 059) med avseende på om de som har genomfört suicid har förlorat en nära anhörig (make/maka/partner, syskon, barn eller förälder) i anslutning till händelsen (Mogensen H, 2016). Man fann störst förhöjd risk för suicid första veckan efter förlusten av en nära anhörig (OR=3,43). Risken var fortsatt förhöjd efter en månad (OR=1,77) och kvarstod förhöjd första halvåret (OR=1,27).

Liknande studier visar att suicidrisken för efterlevande tidigt framförallt gäller dem som förlorat en partner eller ett barn och det är mindre suicidrisk tidigt om det gällt förlusten av ett syskon eller en förälder. Störst är suicidrisken för den som förlorat sin partner och är över 45 års ålder och för mödrar som förlorat ett vuxet barn genom suicid. I det längre förloppet finns dock risk för att ett barn som förlorat förälder i suicid själv dör i suicid, även om andra faktorer bidragit i större utsträckning (särskilt om barnet drabbats i tidiga år, och särskilt om det är modern som dött i suicid) (Pitman A, 2014; Fazel S, 2020).

En kvalitativ studie som gått igenom efterlevande barns reaktion efter att ha förlorat en förälder i suicid visade kvarstående besvär i flera år efter händelsen, också med inslag av självförebåelse (Silvén Hagström A, 2019). Detta stöds också i en studie som undersökt förekomst av depression 21 månader efter förlust av förälder i suicid (n=53) och fann att depression var dubbelt

så vanligt bland barn som förlorat en förälder i suicid jämfört med dem som förlorat en förälder i en plötslig naturlig dödsorsak (Brent D, 2019).

Världshälsoorganisationen beskriver att omkring fem till tio individer är närmast drabbade när en individ avlider genom suicid (WHO, 2008). Som grupp betraktad

kan efterlevande närstående utgöras av barn, föräldrar, syskon eller partner. Till detta kommer en grupp efterlevande bestående av vänner, bekanta, arbetskollegor samt eventuella vittnen. Inkluderas även övriga individer utanför den närmaste kretsen blir antalet drabbade betydligt högre.

## Reflektioner från individer som har förlorat närstående i suicid

Utifrån en strukturerad diskussion om vilka behov som finns när en närstående genomför suicid och när livet fortsätter efter händelsen utkristalliserades följande teman:

Det är viktigt med:

*Behov av akut stöd – ”Jag kände mig helt förlamad och rådvill”*

När jag fick dödsbeskedet var det som att hela världen stannade och det var inte möjligt att ta in någon information. Att jag samtidigt fick en lapp med kontaktuppgifter var ett ställföreträdande hopp som gjorde att jag tog mig igenom natten. Jag uppskattade också att polisen kom hem till mig och berättade vad som hade hänt istället för att ringa. Man vill ha ett stöd i akutskedet, därefter i samband med begravningen och gärna på längre sikt också. Jag tycker själv att barntraumateamet i Norrköping är ett bra exempel på hur man kan stödja efterlevande. Efter en förlust av närstående i suicid är man så chockad att man inte orkar söka hjälp själv – samhället behöver aktivt söka upp de drabbade.

*Ansvarsfördelning – ”Ingen verkar ha ansvar för efterlevande”.*

Direkt efter att det hade skett och jag kom hem och såg platsen där det hade skett kändes det helt övermäktigt att själv vara den som behövde städa upp. ”När man sökte stöd som efterlevande blev jag skickad mellan olika delar inom hälso- och sjukvården. Primärvården hänvisar till specialistpsykiatri och specialistpsykiatri till primärvården. På en del platser är det istället socialtjänsten som har stödgrupper för efterlevande och inte hälso- och sjukvård. Det är som efterlevande svårt att hitta information, på 1177 finns ingenting och det är mest slumpen som gör att man hittar till SPES.

*Brist på tillit – ”Hur ska jag kunna lita på de som inte hjälpte när det gällde?”*

För mig var det inget alternativ att vända mig till socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. De hade ju inte kunnat hjälpa min närstående så varför skulle de kunna hjälpa mig som efterlevande. Jag kommer hela tiden ihåg hur min anhöriga skickades hem när hen sökte hjälp och aldrig blev tagen på allvar. Jag hade helst av allt sett att det fanns en stödfunktion som var så långt bort från psykiatri som möjligt för alla efterlevande.

*Känsla av skuld – ”Det är mitt fel”*

Efter att jag förlorat min närstående i suicid har jag hela tiden haft tankar på vad jag kunde gjort annorlunda för att det aldrig skulle ha skett. Det finns nästan hela tiden skuld känslor efter den här typen av förlust som är svårare än vid andra typer av förluster.

Källa: Fokusgrupp med individer som förlorat närstående i suicid i samarbete med SPES, februari 2020. För beskrivning av genomförande och begränsningar utifrån metoden se Kapitel 2 ”Metod och genomförande”

## **I. Äldre män, ofta med svagt socialt nätverk**

Som framgick i tidigare i kapitlet svarar männen för ungefär två tredjedelar av alla fullbordade suicid. Bland äldre män är dödligheten i suicid särskilt hög. Som exempel är suicidtalet bland män över 85 års ålder 44,6 per 100 000 invånare jämfört med 16,4 för åldersgruppen 15–29 år (Socialstyrelsen, 2019a). Vidare svarar gruppen över 65 år för omkring en fjärdedel av alla suicid bland män. Män över 65 år utgör 19 procent av den manliga befolkningen (SCB, 2019b). Utöver att äldre män har särskilt hög risk för fullbordade suicid har det också visats att män söker vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än kvinnor (n=8 387) (Wallerblad A, 2012).

Individer äldre än 80 år som har begått suicid har i lägre utsträckning än yngre vårdats inom psykiatrisk slutenvård eller träffat en läkare inom den öppna specialiserade psykiatriska vården. Jämfört med yngre personer har äldre som begått suicid istället vårdats inom den somatiska vården i högre utsträckning (Socialstyrelsen, 2020c).

För äldre är det vanligare med förekomst av samtidig depression vid suicid än för yngre och bland män med begränsat socialt nätverk är risken särskilt hög (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Det kan också antas att ett långt liv ökar mängden ackumulerade riskfaktorer för både depression och suicid såsom förlust av närstående, minskad umgängeskrets

och tilltagande somatisk sjukdom. Samsjuklighet mellan psykisk och fysisk hälsa är viktigt att uppmärksamma. Flera studier visar en ökad risk för suicidalt beteende hos äldre vid bland annat fysisk funktionsnedsättning, neurologiska tillstånd, cancersjukdomar, smärttillstånd och ledsjukdomar (Socialstyrelsen, 2020c).

Äldre individer av båda könen har ofta en mer atypisk bild av depression med mer diffusa symptom och dominans av något enstaka av depressionens symptom än de mer klassiska symptomen som till exempel nedstämdhet, minskat intresse och trötthet (Skoog I, 2017). För äldre män kan också särskilt symptom som aggressivitet, hyperaktivitet, irritabilitet och risktagande vara särskilt framträdande (Hansen A, 2013).

Trots att symptomen är något atypiska för depression går det dock att behandla med antidepressiva läkemedel, vilket också leder till minskad förekomst av suicid (Zalsman G, 2016).

## **J. Individer med svår somatisk sjukdom**

Suicidrisken är generellt förhöjd vid svår somatisk sjukdom (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Vid neurologiska sjukdomar såsom ALS, MS, epilepsi och Huntingtons sjukdom är suicidrisken förhöjd (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013).

Efter stroke kan en fördubblad suicidrisk noteras, liksom en förhöjd förekomst av



depression (Eriksson M, 2015). Ju mer omfattande stroke, desto större är risken för att genomföra suicid. Det finns också en ålderskorrelation så att risken för suicid efter stroke är påtagligt högre bland individer under 55 års ålder (fem gånger högre än hos referenspopulation).

Suicidrisken är också förhöjd vid andra somatiska sjukdomar såsom cancer, reumatisk sjukdom och diabetes (Socialstyrelsen, 2019k). Vid till exempel cancer är suicidrisken 12 gånger högre än för referenspopulationen första veckan efter att patienten har fått cancerbeskedet, men risken kvarstår ytterligare förhöjd med 2–3 gånger jämfört med referenspopulationen även över tid (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Suicidrisken har också visats vara cirka två gånger förhöjd för individer med kronisk smärtproblematik (Tang NK, 2006).

I arbetet har flera intervjupersoner även framhållit att individer ibland genomför suicid *inför* ett besked om möjlig allvarlig diagnos (till exempel cancer) ska lämnas. Påståendena har dock inte kunnat styrkas med referenser.

### **K. Individer inom HBTQ-gruppen (Homosexuella, Bisexuella, Trans- och Queerpersoner)**

Bland gruppen HBTQ-personer har en förhöjd suicidrisk rapporterats (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Dessutom beskrivs den psykiska ohälsan vara förhöjd bland individer som ingår i gruppen, vilket i sig är en riskfaktor för suicid.

En metaanalys som har sammanställt resultat från 2,5 miljoner individer har visat på att unga som tillhör gruppen HBTQ gör *fler* suicidförsök än de som inte identifierar sig till den här gruppen med ett oddsratio på 3,71 för homosexuella (di Giacomo E, 2018). Risken för suicidförsök visades vara särskilt förhöjd bland transpersoner (OR =5,87).

En nyligen framtagen kartläggning från Socialstyrelsen angående individer med könsdysfori visade en riskökning av 4,9 för individer med registrerat manligt kön och 13,7 för individer med registrerat kvinnligt kön för att genomföra suicid (Socialstyrelsen, 2020a). Det framhölls också att individer med diagnostiserad könsdysfori som genomfört suicid i mycket hög utsträckning hade andra psykiatriska diagnoser (till exempel substansmissbruk, schizofreni eller personlighetsstörning).

Bland homosexuella som lever i en äktenskapsrelation finns också en ökad dödlighet jämfört med heterosexuella individer (Erlangsen A, 2019). Förekomsten bland homosexuella individer konstaterades i studien vara cirka 2,3 gånger förhöjd jämfört med en normalpopulation. Studien omfattade perioden 1989–2016.

När endast antalet suicid under perioden 2003–2016 undersöktes var suicidökningen istället 1,5 gånger högre än bland referensgruppen. Generellt gäller dock att den psykiska ohälsan är högre bland homosexuella. En tänkbar förklaring som förs fram av Socialstyrelsen är att gruppen

i högre grad utsätts för minoritetsstress som bland annat tar sig uttryck i negativt bemötande och risk för diskriminering (Socialstyrelsen, 2016). Insatser för inkludering av HBTQ-grupper i samhället har också visats minska förekomst av suicidalt beteende (Folkhälsomyndigheten, 2017c).

## L. Fler riskgrupper

Det finns fler riskgrupper med olika grad av kunskap om i vilken utsträckning risken för suicid är förhöjd. Inom ramen för arbetet med denna gapanalys har följande riskgrupper omnämnts: samer, ensamkommande barn och unga, utrikesfödda adopterade, våldsutsatta och överskuldssatta (bland vilka det är fem gånger så vanligt med suicidförsök (Konsumentverket, 2014)).

Vad gäller samer finns inte tydliga studier som ger en samstämmighet avseende den förhöjda suicidrisken, men vid våra intervjuer har denna riskgrupp särskilt lyfts fram. Risken för suicid har i en kohortstudie (n=2 777) beskrivits som 1,4 gånger förhöjd bland gruppen renskötande manliga samer, men fyndet var inte tillräckligt för statistisk signifikans (Hassler S, 2004). En annan studie (n=3 987) har inte hittat någon förhöjd förekomst av suicidförsök bland samiska ungdomar yngre än 16 år (Eckhoff C, 2019). Under perioden 1961–2000 har det inte funnits några skillnader i antalet genomförda suicid bland gruppen samer som helhet och icke-samer i Sverige (Region Norrbotten, 2019). Populationen samer i Sverige uppskattas till omkring

20 000–30 000 invånare (Sametinget, 2016).

För ensamkommande barn och unga kan nämnas att suicidrisken bland gruppen ensamkommande i åldern 10–21 år är 51,2 per 100 000 invånare, jämfört med jämnåriga individer i befolkningen på 5,2 per 100 000 invånare (Hagström A, 2018). Under den aktuella studieperioden motsvarade det 12 dödsfall under ett år för gruppen som helhet.

För barn som blivit adopterade (n=11 320) har en svensk studie funnit en riskökning för suicid (OR=3,6), där man också har justerat för faktorer som socioekonomiska faktorer samt riskfaktorer hos föräldrar (Hjern A, 2002). Suicidrisken var också förhöjd jämfört med andra individer som har invandrarbakgrund. Totala antalet adopterade, utrikesfödda individer uppgick år 2016 till 56 967 individer (SCB, 2018).

Att ha varit utsatt för våld som barn leder till en ökad risk för suicid i vuxen ålder (Merrick MT, 2017). En metaanalys över vuxna individer som är utsatta för våld i en nära relation visat på en förhöjd risk för suicidförsök för kvinnor, men mer forskning behövs avseende suicidförsöksrisk för män (Devries KM, 2013). Risken för suicid är förhöjd avseende våldsbruk och våldsutsatthet i stort. Även för individer som brukar våld finns ibland en förekomst av suicidtankar eller tidigare suicidförsök (Socialstyrelsen, 2018c).

Bland överskuldssatta individer ses också fler suicidtankar och suicidförsök än i en

referenspopulation och suicidförsök är cirka 5 gånger så vanligt (Konsumentverket, 2014).

### 3.7 Datakällor för fakta om riskfaktorer och riskgrupper

Ovan har data kring suicid och suicidförsök presenterats, vilket föranleder ett antal reflektioner avseende tillgången på data.

#### *Dödsorsaksregistret*

För data från Sverige är Socialstyrelsens statistikdatabas **dödsorsaksregistret** en central källa som bland annat utgör underlag till den officiella statistiken om dödsorsaker (Socialstyrelsen, 2019m). Via det publikt tillgängliga dödsorsaksregistret är det möjligt att bland annat ta fram information om antal avlidna samt antal avlidna per 100 000 invånare fördelat efter underliggande dödsorsak enligt ICD-kod, kön, åldersgrupper och region (Socialstyrelsen, 2019a).

Registrets variabelförteckning anger att, utöver vad som är publikt sökbart så innehåller registret uppgifter om klinisk eller rättsmedicinsk obduktion har utförts, om diabetes har bidragit till dödsfallet, dödsplats, om dödsfallet har inträffat i Sverige eller utomlands, folkbokföring (län och kommun) och om operation förelegat fyra veckor innan dödsfallet (Socialstyrelsen, u.d.).

Dödsorsaksregistret innehåller också till viss del information om vilken suicidmetod som har använts, men denna

information är inte publikt tillgänglig. Det är däremot inte möjligt att dra slutsatser om det har varit en suicidal intention bakom en handling eller inte utifrån inrapporterade diagnoskoder till dödsorsaksregistret. Information saknas också om en individs eventuella övriga kontakter med hälso- och sjukvård eller socialtjänsten tiden före suicid.

Data från dödsorsaksregistret kan genom särskilda forskningsprojekt kombineras med information från andra register för att fördjupa förståelsen. Data har i flera studier om suicidrisk extraherats ur dödsorsaksregistret och samkörts med befolkningsregistret och flergenerationsregistret (Mogensen H, 2016; Runeson B, 2003; Hjern A, 2002). Inom detta regeringsuppdrag om suicidprevention och stöd till efterlevande har redan planerats att se över dödsorsaksregistret avseende kvalitetshöjande åtgärder (till exempel undersöka om det finns systematiska skillnader i inrapportering till registret), genomföra fördjupade analyser på data från registret och undersöka dödsorsaksregistrets koppling mot andra register (läkemedelsanvändning, tidigare vård/diagnoser, samsjuklighet, könsskillnader och socialtjänstregistren) (Socialstyrelsen, 2019h).

För socialtjänsten finns begränsad information och tillgång till nationella register, men det kan finnas tillgängligt för vissa insatser enligt LSS och ekonomiskt bistånd. Generellt gäller att det inte är möjligt att ta fram nationell statistik på eventuella kontakter en individ har haft

med socialtjänsten före suicid. Vidare saknas lättillgänglig och sökbar information om på vilka platser dödsfall sker. Dessutom saknas möjlighet att sammanställa registerdata från socialtjänsten på liknande sätt som inom hälso- och sjukvården.

### *Öppna jämförelser, Vården i siffror och Hälsa på lika villkor*

Tyvärr är den publikt tillgängliga informationen från dödsorsaksregistret finns även data i Öppna Jämförelser och Vården i siffror.

**Öppna jämförelser** genomförs landsövergripande för hälso- och sjukvård och socialtjänst av Socialstyrelsen och är riktade till tjänstemän och beslutsfattare i kommuner och regioner samt politiker (Socialstyrelsen, 2019n). Indikatorer i Öppna jämförelser baseras på data i dödsorsaksregistret och patientregistret.

För socialtjänsten finns information om genomförda suicid och suicidförsök bland individer vårdade med antingen en alkohol- eller narkotikadiagnos inom missbruksvården (Socialstyrelsen, 2019c). Däremot finns inga övriga indikatorer inom Öppna jämförelser för socialtjänsten avseende suicid och suicidförsök (Socialstyrelsen, 2019d). För Öppna jämförelser om hälso- och sjukvård redovisas indikatorn suicid i befolkningen som baseras på data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister (Socialstyrelsen, 2019e).

**Vården i siffror** är en sammanställning av ett antal kvalitetsindikatorer och riktat till personer som arbetar med hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och planering och förvaltas av SKR (Vården i siffror, b). Vården i siffror hämtar data över antal suicid från Socialstyrelsens dödsorsaksregister, men redovisar ingen information om antal genomförda suicidförsök i anslutning till ett vårdtillfälle eller vilka kontakter som har föregått ett suicid(försök) (Vården i siffror, SKR, a).

Det finns också ett flertal nationella kvalitetsregister inom det psykiatriska området såsom Nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomspsykiatri (Q-bup), svenskt beroenderegister (SBR), Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom (Bipolär), Nationella kvalitetsregistret för psykosvård (PsykosR), Nationella registret för uppföljning av psykiatrisk vård (Kvalitetsstjärnan) (Nationella kvalitetsregister, 2019).

**Folkhälsomyndigheten** genomför vartannat år en nationell undersökning om hälsa – *Hälsa på lika villkor* som är en enkät som skickas till 40 000 invånare med bland annat frågor om suicidplaner och -försök (Folkhälsomyndigheten, 2020c). Myndigheten bidrar också med att tillgängliggöra information om suicid. Till exempel ger myndigheten årligen ut en lägesrapport om psykisk hälsa och suicidprevention (Folkhälsomyndigheten, 2019g). Vidare tar myndigheten fram kunskap om suicid genom att

sammanställa systematiska litteraturöversikter och administrerar webbplatsen [suicidprevention.se](http://suicidprevention.se) som är en kunskapsportal om suicidprevention.

### **3.8 Vad innebär detta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?**

Nedan följer exempel på vad insikterna om riskfaktorer och riskgrupper innebär för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Exempelen är listade i ordning utifrån strukturen i första delen av kapitlet där också referenserna finns inkluderade.

#### **3.8.1 Kunskap behövs om risk- och skyddsfaktorer samt varningsklockor för ökad suicidrisk**

Det finns omfattande kunskap om risk-, skydds- och utlösande faktorer. Det finns sannolikt mycket att göra genom att sprida och ge stöd för tillämpning av den kunskap om bland annat riskfaktorer och suicidalitet som redan finns.

Generellt behöver alla medarbetare som möter individer i sin yrkesutövning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten grundläggande kunskap om risk- och skyddsfaktorer samt utlösande faktorer för suicid. De behöver också kunskap om könsskillnader avseende både risk- och skyddsfaktorer samt förekomst av suicid och suicidförsök. I mötet med individen kan det vidare till exempel vara angeläget att ha kunskap om vikten av att fråga om

hereditet och/eller erfarenhet av tidigare suicidförsök.

#### **3.8.2 Kunskap behövs gällande möjligheterna att utveckla stödverktyg som bygger på skyddsfaktorer**

Som nämnts ovan är till exempel välfungerande problemlösningstrategier samt verktyg för ”coping” viktiga skyddsfaktorer för att förebygga suicid. Inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten behövs stödverktyg, utifrån vetenskap och beprövad vetenskap, om hur suicid kan förebyggas genom att stärka skyddsfaktorer hos patienter/klienter/brukare.

#### **3.8.3 Kunskap behövs om bemötande av individer med risk för suicid**

De yrkesgrupper som möter individer med förhöjd risk behöver ha kompetens att bemöta dem på ett bra och förtroendeingivande sätt, där bemötandet anpassas utifrån individens behov och där den professionella ska känna trygghet i att tala om dessa frågor. Bemötandet kommer exempelvis sannolikt att behöva se olika ut för en äldre man med atypisk presentation av depression mot en ung kvinna med skadligt bruk av alkohol och ADHD. Kunskap behövs vidare om hur suicidala individer/individer i risk tänker och känner, så att de kan förstås och också känna sig förstådda.

### **3.8.4 Kunskap behövs för att minska de geografiska skillnaderna**

Det behövs mer kunskap kring vad de geografiska skillnaderna beror på. En möjlighet på kort sikt är sannolikt att jämföra arbetssätt och lära från de regioner som har lägst förekomst.

### **3.8.5 Kunskap behövs för att minska suicidförsöken hos både män och kvinnor**

Fler män än kvinnor genomför suicid, men kvinnor genomför fler suicidförsök. Att män använder våldsammare metoder skulle kunna vara en delförklaring till att utgången av en suicidal handling blir att avslutar sitt liv. Kunskap behöver finnas och vara anpassad för att kunna minska suicid(försök) hos såväl män som kvinnor.

### **3.8.6 Kunskap behöver vara anpassad för att svara mot åldersskillnader**

Som tidigare har nämnts finns det vissa åldersskillnader i statistiken, där yngre genomför relativt sett fler suicidförsök medan äldre genomför relativt sett fler fullbordade suicid. Vidare kan till exempel symptom vid depressioner hos äldre ta sig andra uttryck. Det är angeläget med kunskap som möjliggör att förebygga suicid i alla åldrar.

### **3.8.7 Kunskap behövs för att kunna minska den ökade risken i nära anslutning till utskrivning från heldygnsvården inom specialistpsykiatri**

Risken för suicid är förhöjd i nära anslutning till utskrivning från heldygnsvård inom specialistpsykiatri. För att bättre hjälpa de individer som skrivs ut behövs kunskap kring vad, när och hur som kan göras och av vem. Kunskap behöver också spridas till närstående till dessa individer.

### **3.8.8 Kunskap behövs för att minska risken för suicid hos individer som tidigare genomfört suicidförsök och/eller haft självskaðebeteende**

Att ha genomfört ett suicidförsök är den enskilt största riskfaktorn för fullbordat suicid. Risken är som mest förhöjd i anslutning till suicidförsöket och i nära anslutning till utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård, men kvarstår under lång tid. För att kunna minska suicidtalerna bland gruppen som har genomfört tidigare suicidförsök eller har självskaðebeteende genom kunskap behövs insikt om vad, när och hur som kan göras samt av vem. Till exempel skulle möjligheten till akut krisstöd för individer som har genomfört suicidförsök kunna undersökas. Ytterligare en aspekt är att involvera närstående som stödfunktion.

### **3.8.9 Den suicidnära individen behöver kunna få stöd att hantera sin egen suicidrisk**

Som tidigare har framhållits är den enskilt största riskfaktorn för fullbordat suicid att ha genomfört ett tidigare suicidförsök. En suicidal individ behöver ges möjlighet till att få information om vad det innebär att vara suicidal samt stöd kring strategier för att hantera suicidtankar och -impulser. Om möjligt kan också närstående involveras i detta arbete.

### **3.8.10 Innehållet i och tillgänglighet till befintliga datakällor behöver utvecklas**

Förståelse för riskgrupper och uppföljning är centralt för att kunna utveckla kunskap som kan bidra till att stärka arbetet med suicidprevention samt arbetet med att stödja efterlevande. Det är relevant för hälso- och sjukvården, socialtjänsten men också för myndigheter och andra aktörer.

Befintliga datakällor bör utvecklas för att i än större utsträckning kunna användas för kvalitetsuppföljning och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. För dödsorsaksregistret skulle det kunna innebära att tillgängliggöra mer data publikt avseende vilka metoder som har använts samt fördelning över tid på året.

Dödsorsaksregistret skulle också kunna samköras med andra register för uppföljning inom hälso- och sjukvården och

socialtjänsten för att dela eller få information.

En eventuell utveckling behöver samordnas med pågående initiativ inom Öppna jämförelser, Vården i siffror och kvalitetsregister.

### **3.8.11 Kunskap behövs om vilket stöd som behövs till efterlevande och vem som har ansvar för genomförandet**

Det finns kunskap om att efterlevande (särskilt förstagradsläktingar) bland annat har högre risk för ett förlängt sorgelöpp, skuldkänslor, depression och för att själva genomföra suicid i närtid än efterlevande efter andra dödsorsaker.

Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten behöver kunskap om att risken för efterlevande är förhöjd samt kunskap om vad, när och hur som bör göras och av vem för att minska den ökade risken för att minska de negativa konsekvenserna för efterlevande. Vidare behöver kunskap finnas om vem som har ansvaret för att erbjuda stöd till efterlevande i både ett akut skede samt på längre sikt i verksamheten.





**”Man måste få till samverkansmöten för  
suicidnära patienter. Det behövs för att kunna  
hjälpa till.”**

- *Regional suicidpreventionssamordnare*

# **KAPITEL 4**

---

**Kontaktpunkter inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten**

# 4

## KONTAKTPUNKTER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN SAMT SOCIALTJÄNSTEN

*Som ett andra steg i kartläggningen av behovet av kunskap analyserades vilka de främsta kontaktpunkterna är för individer med risk för suicid, samt vilka roller respektive kontaktpunkt har. Kapitlet inleds med en beskrivning av hur vägen till suicid kan se ut, följt av en beskrivning av vanliga kontaktpunkter per riskgrupp. Därefter beskrivs erfarenheter från studier som har genomförts med avseende på kontaktpunkter före suicid. Vidare beskrivs även kontaktpunkter och ansvar för att stödja efterlevande. Kapitlet avslutas med exempel på insikter relevanta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.*

### 4.1 Vägen mot suicid skiljer sig åt och kantas av olika kontaktpunkter

Utvecklingen från suicidtankar och suicidplaner till suicidförsök eller fullbordat suicid kan beskrivas med begreppet ”den suicidala processen” (Beskow J, 1983).

”Vägen” till ett suicidförsök ser olika ut för olika individer, vilket översiktligt illustreras i Figur 10. För somliga individer är det en lång process, där genomförandet

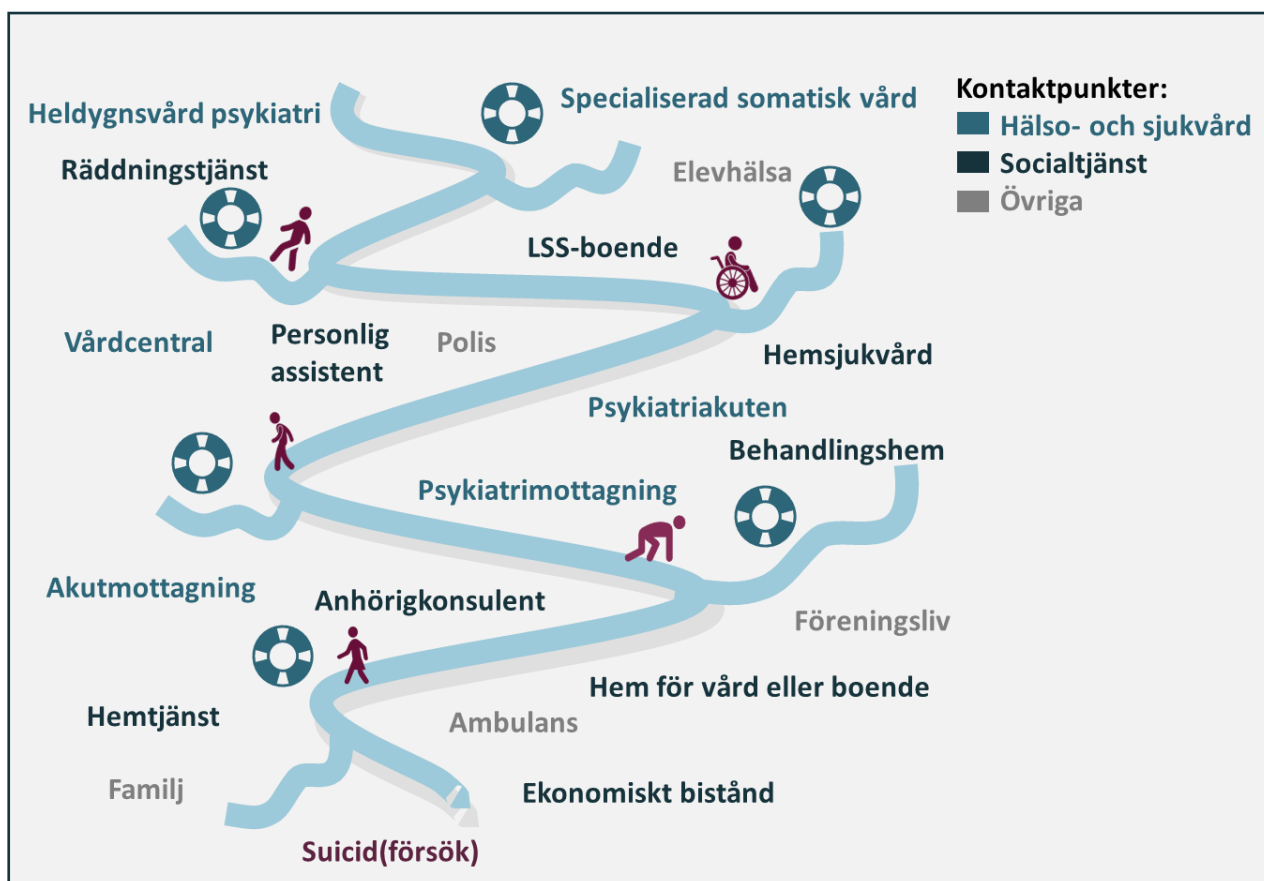
planeras under en längre tid (Stain R, 2017), medan det i andra fall är en impulsiv handling, med eller utan en period av långvariga suicidtankar (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Det anses även finnas vissa skillnader i processen på gruppnivå. Till exempel anses att den suicidala processen i vissa fall kan vara kortare för barn och ungdomar än för vuxna (Karolinska Institutet, 2009).

För att kunna minska antalet individer som avlider genom suicid varje år krävs att omgivningen kan identifiera tecken på risk för suicid, som till exempel olika typer av suicidal kommunikation och bidra till att den som drabbats får hjälp. I Figur 10 nedan illustreras detta genom att det utmed vägen finns möjliga kontaktpunkter i form av olika aktörer inom till exempel hälso- och sjukvård, socialtjänst, som genom ökad kunskap kan bli medvetna om hur de kan stödja individen att ”avbryta vägen mot suicid”. Även om denna gapanalys är inriktad på hälso- och sjukvård samt socialtjänst, har ett par

exempel på övriga kontaktpunkter inkluderats i figuren.

## 4.2 Det är möjligt att avbryta en individs väg mot suicid

I arbetet med denna gapanalys har ett flertal intervjupersoner lyft fram att det länge har funnits en uppfattning bland många att det *inte* är möjligt att förebygga suicid, utan att ”en person som har bestämt sig för suicid kommer att genomföra det”, oavsett insatser från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.



**Figur 10** Illustration av vägen mot suicid(försök)

Vägen varierar och kan brytas, med hjälp av livbojar, i form av kontakter med hälso- och sjukvård, socialtjänst, civilsamhälle och andra aktörer.

Det finns dock stort stöd för att suicid kan förebyggas. Det är i många fall möjligt att förhindra en person från att ta sitt liv (NASP, 2019a). Forskning visar bland annat att det är möjligt att avbryta en suicidal process genom exempelvis insatser i den fysiska miljön eller med rätt vård (Folkhälsomyndigheten, 2017b). NASP anger vidare att det bland gruppen som överlever suicid finns många som är tacksamma för att de överlevde suicidförsöket, och att de senare i livet har återfått en vilja att leva. Forskning rörande individer som försökt ta sitt liv, men som har överlevt, visar även att de in i det sista varit ambivalenta och att de vanligen ville fortsätta att leva (Nyberg U, 2014).

Trots stöd i forskning för att det går att hindra någon från att genomföra suicid finns, som nämndes ovan, en utbredd uppfattning bland allmänheten att det inte går att förhindra suicid, vilket också har visats i en studie där man undersöker hur allmänheten kommenterar suicid i Internetforum (Westerlund M, 2015).

### 4.3 Exempel på suicidförebyggande åtgärder

Det finns flera omfattande sammanställningar över suicidförebyggande insatser. Bland annat kan nämnas en forskningsöversikt av Zalsman med flera som sammanställt möjliga suicidpreventiva strategier (Zalsman G, 2016) samt en svensk sammanställning från NASP om suicidpreventiva insatser på befolkningsnivå (NASP, 2019e).

För att förtydliga hur antalet suicid kan minskas genom att säkerställa adekvat

tillämpning av bästa tillgängliga kunskap inom hälso- och sjukvården, följer här ett antal exempel på insatser, som grundar sig på tillämpning av redan framtagen kunskap. Exempelen är i huvudsak inriktade på hälso- och sjukvården, eftersom det finns avsevärt fler publicerade resultat.

I en forskningsöversikt som sammanställts av Folkhälsomyndigheten (antal inkluderade studier, n=164) beskrivs bland annat följande exempel på metoder för att minska suicid; begränsa tillgången till medel och metoder för suicid, behandla depressioner, och proaktiv uppföljning efter tidigare suicidförsök (Folkhälsomyndigheten, 2017a).

Ett projekt i USA vid sjukvårdsorganisationen Henry Ford Health System i Detroit med mål att nå en nollvision för suicid åstadkom en minskning av suicid-talen med 75 procent (Coffey CE, 2007), genom att tillgången till vård förenklades och att patienten erbjöds nära kontakt med sin klinik vid uppföljning efter suicidförsök (Oaklandy M, 2019). Tillgängligheten förbättrades genom att kunna erbjuda drop in-möten för gruppterapi, tillhandahålla direktkontakt via säker e-post och erbjuda kontakt till öppenvården inom en dag (Coffey CE, 2006). I projektet ingick att bedöma alla patienter som besökte både öppen- och heldygnsvård avseende suicidrisk och att erbjuda de med högst suicidrisk fördjupad psykiatrisk bedömning samma dag som de kontaktade vårdinrättningen (Hampton T, 2010). Modellen *Zero Suicide* i USA framhåller också vikten av att

suicidscreena alla patienter som söker psykiatrisk vård (Labouliere CD, 2018).

Ett nära samarbete mellan specialistpsykiatri och primärvården avseende uppföljning lyfts även fram som en praktisk och effektiv lösning för att minska förekomst av suicidtankar (Zalsman G, 2016).

En modell för att förebygga suicidförsök är *brief intervention and contact* (BIC) som innebär ett informationsmöte i nära anslutning till utskrivning och därefter nio uppföljande kontakter över 18 månaders tid. Det är tätare kontakter i början som efterhand glesas ut. Metoden har utvärderats vetenskapligt och man fann en minskning av antalet dödsfall med 91 procent (0,2 procent jämfört med 2,2 procent i kontrollgruppen; n=1867) (Leischmann A, 2008). Ytterligare ett exempel på att arbeta förebyggande efter tidigare suicidförsök är *Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)* som är en metod bestående av 3–4 sessioner tillsammans med terapeut som genomförs med en veckas mellanrum. Under första sessionen blir patienten inspelad och får beskriva sin egen berättelse fram till suicidförsöket. Vid det andra tillfället går patienten och terapeuten igenom inspelningen från första tillfället och patienten får med sig information om psykoedukation att förbereda till det tredje tillfället då terapeuten tillsammans med patienten bland annat sätter upp långsiktiga mål, individuella varningstecken och strategier att använda för att minska risken för suicidala handlingar. I konceptet ingår också uppföljning med brevkontakt under 24

månader. ASSIP har bland annat utvärderats i en schweizisk randomiserad studie (n=120) som visade en minskning av suicidförekomst med 88 procent i gruppen som erhållit insatser enligt ASSIP (Gysin-Maillart A, 2016).

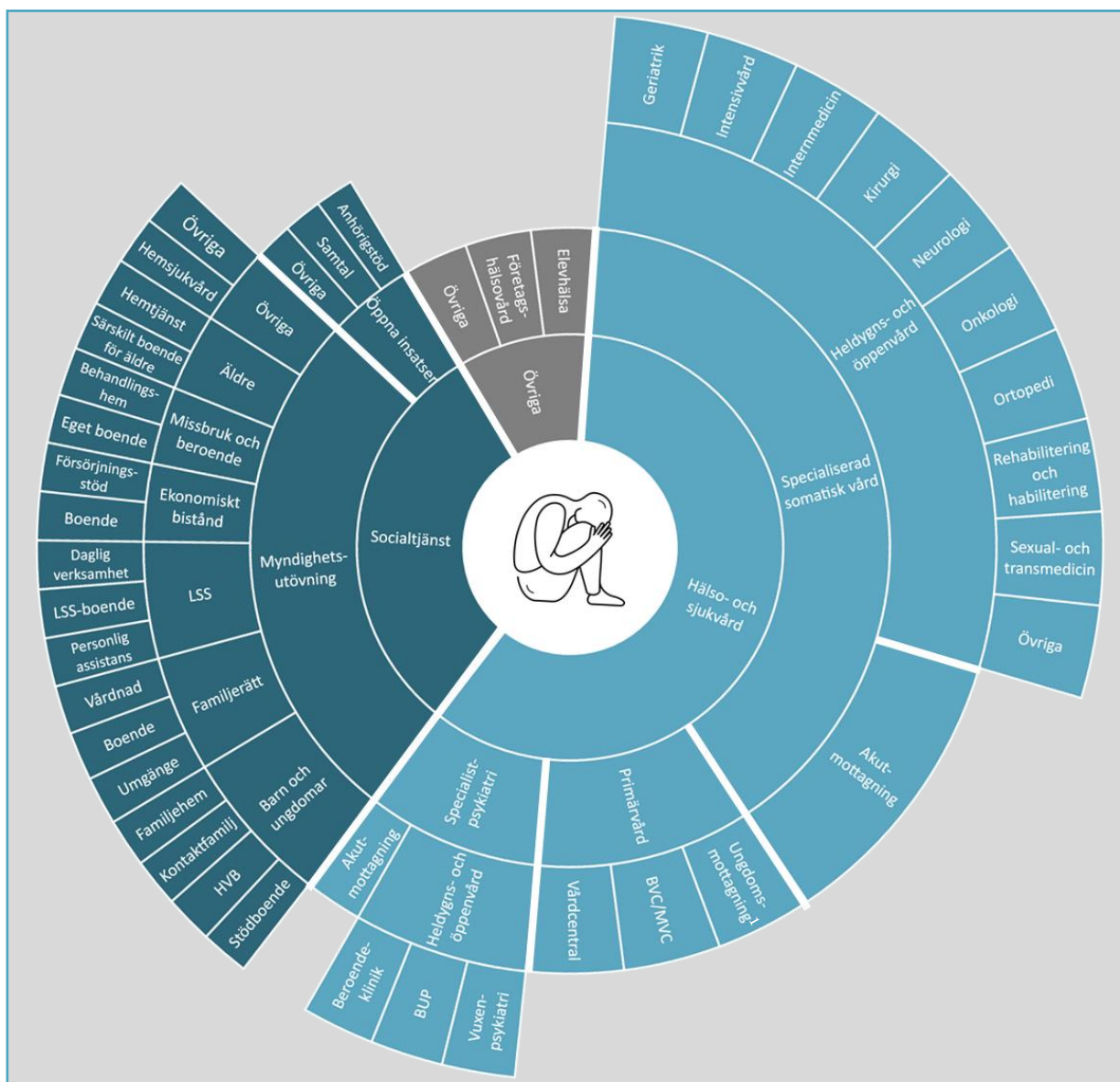
#### 4.4 De vanligaste kontaktpunkterna per riskgrupp

De kontaktpunkter inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, som träffar flest individer med risk för suicid har bedömts ha störst behov av kunskap inom området. I Figur 11 ges en illustrativ bild av relevanta kontaktpunkter som identifierats under arbetet med gapanalysen. För socialtjänsten kan uppdelningen mellan de olika verksamheterna skilja sig mellan olika kommuner. De begränsningar som finns vid resonemang kring riskfaktorer och riskgrupper, beskrivs närmare i delkapitel 3.5–3.6.

Specialistpsykiatrin och primärvården bedöms vara relevanta kontaktpunkter för samtliga riskgrupper, som beskrivs i kapitel 3. Specialistpsykiatrin utifrån hur vanligt det är med psykiska sjukdomar/psykisk ohälsa bland individer med förhöjd risk och sin expertkompetens inom suicidalitet. Primärvården utifrån att den många gånger utgör första kontaktpunkt för hälso- och sjukvård. Det anges i hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och innebär enligt 1 kap. 6 § att *”Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande*

arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”

för tillgängliggörande av kunskap för att minska risken för suicid.



**Figur 11** Möjliga kontaktpunkter inom socialtjänsten (ljusblått), hälso- och sjukvården (mörkblått och övriga (grått) som kan vara särskilt viktiga för individer med förhöjd suicidrisk.

Att socialtjänstens insatser kan ges inom olika lagrum är inte inkluderat i figuren. Under övriga ryms aktörer som inte omfattas av regeringsuppdraget, där denna gapanalys ingår. De kan till exempel utgöras av polis, studenthälsa, Svenska Kyrkan med flera. Not: <sup>1</sup>Ungdomsmottagningen kan vara i både kommunal eller regional regi.

Nedan beskrivs hur en genomgång av riskgrupperna i kapitel 3, resulterar i övriga särskilt relevanta kontaktpunkter

### A. Individer med tidigare suicidförsök

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatri):*

I direkt anslutning till genomförande av suicid är det i första hand akuta insatser som kommer ifråga från till exempel ambulanssjukvård, akutmottagning, intensivvårdsavdelning och medicinsk eller kirurgisk heldygnsvårdavdelning. I detta skede kan också en psykiatrikonsult kopplas in. Generellt gäller också att specialistpsykiatri har en aktiv roll vad gäller fortsatt planering för behandling och uppföljning efter ett suicidförsök.

*Socialtjänsten:*

Inga specifika kontaktpunkter.

*Övriga:*

Räddningstjänst eller polis kan vara de som först möter en individ som är akut suicidal eller precis har genomfört ett suicidförsök.

### **B. Individer med självskadebeteende**

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatri):*

I direkt anslutning till självskada kan akuta insatser från till exempel ambulanssjukvård, akutmottagning, intensivvårdsavdelning och medicinsk eller kirurgisk heldygnsvårdavdelning bli aktuella.

*Socialtjänsten:*

Om självskadan medför funktionsnedsättning eller ingår som del i annan problematik kan det vara aktuellt med kontakter inom socialtjänsten som till

exempel personligt ombud, kontaktfamilj, HVB.

### **C. Individer med missbruks- eller beroendeproblematik**

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatri):*

I samband med "substanspåverkan", som föranleder medicinska insatser, kan behandling och vård inom den somatiska vården vara nödvändig, vilket i första hand avser akutmottagning, medicinsk eller kirurgisk heldygnsvård. Missbruk kan också ta sig uttryck i diverse somatiska tillstånd som till exempel högt blodtryck, och därför kan gruppen söka för andra åkommor till både primärvård och specialiserad somatisk vård.

*Socialtjänsten:*

Behandling kan ske antingen utifrån frivillig kontakt med missbruks- och beroendevård enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller tvångsvård enligt Lag om vård av missbrukare i särskilda fall (LVM). Om en individ har en psykisk funktionsnedsättning kan insatser från socialpsykiatri bli aktuella eller personligt ombud.

Vid ekonomiska svårigheter kan ekonomiskt bistånd och eventuell god man bli aktuellt. Vid behov kan LSS-insatser avseende boende eller boendestöd bli aktuella. Behandlingshem kan också bli aktuellt. För äldre individer i gruppen kan hemtjänst vara en kontaktpunkt.

*Övriga:* Företagshälsovården kan utgöra kontaktpunkt för arbetsföra individer med missbruksproblematik.



#### **D. Individer med psykos- eller bipolär sjukdom**

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatrin):*

För andra åkommor än den psykiatriska behandlingen av psykos- eller bipolär sjukdom kan kontakt ske också med den specialiserade somatiska vården.

*Socialtjänsten:*

Vid ekonomiska svårigheter till följd av sjukdomsbilden kan kontakt ske med ekonomiskt bistånd, personligt ombud eller god man.

Vid funktionsnedsättning kan boende eller insatser enligt LSS bli aktuella. Ett annat alternativ är Hem för vård och boende (HVB). Det kan också bli aktuellt med andra insatser som till exempel personligt ombud om det föreligger en funktionsnedsättning.

#### **E. Individer med depression**

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatrin):*

Merparten av alla vuxna patienter med en depressionsdiagnos har sin behandling och kontaktpunkt inom primärvården (Psykiatristöd, 2019). Vid mer allvarlig depression sköts behandlingen i allmänhet inom specialistpsykiatrin.

*Socialtjänsten:*

Vid ekonomiska svårigheter kan kontakt med ekonomiskt bistånd vara nödvändig för hjälp med ekonomi eller boende.

I vissa fall med svår funktionsnedsättning kan socialpsykiatri vara aktuell.

Vid minderåriga barn och unga som är deprimerade kan kontakt ske med socialtjänstens handläggare vid till exempel orosanmälan från skola om ett barn som tycks må dåligt. En liknande situation inträffar om förälderns depression påverkar barnet negativt och socialtjänsten behöver kopplas in.

*Övriga:*

Företagshälsovården kan utgöra en viktig kontaktpunkt.

#### **F. Ungdomar och unga vuxna med psykisk sjukdom**

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatrin):*

Gruppen kan ha kontakt med samtliga delar inom hälso- och sjukvården vid eventuell somatisk samsjuklighet. Emellertid kan det förmodas att i samband med ett suicidförsök som lett till medicinska och kirurgiska komplikationer kan kontakt ske med akutmottagning.

Generellt vid somatisk samsjuklighet kan gruppen också ha kontakt med akutmottagning eller olika delar av den specialiserade somatiska vården.

Vid behov av samtal med till exempel kurator eller psykolog kan ungdomsmottagningen vara en kontaktpunkt för ungdomar och unga vuxna i tillägg till primärvården. Ungdomsmottagningar är även en relevant kontaktpunkt för ungdomar och unga vuxna i övrigt. Huvudmannaskapet för ungdomsmottagningar kan skilja sig åt. På en del håll är regioner ansvariga, medan det i andra fall är kommuner.

Även Studenthälsan är en relevant kontaktpunkt.

#### *Socialtjänsten:*

Vid svårigheter med boende i antingen den egna familjen eller att ordna boende på egen hand kan placering ske i HVB. Boende enligt LSS som till exempel bostad med särskild service kan också bli aktuellt om individen uppfyller kraven för stöd enligt LSS. Boendestödjare kan också vara en aktuell kontaktpunkt.

En person med betydande funktionsnedsättning kan bli beviljad personlig assistans. Personer med en psykisk funktionsnedsättning kan också få ett personligt ombud.

Som tidigare har nämnts är ungdomsmottagningar/Studenthälsan en relevant kontaktpunkt. Huvudmannskapet för ungdomsmottagningarna kan skilja sig åt.

#### *Övriga:*

Elevhälsan ingår inte inom ramen för gapanalysen, men utgör likväl en viktig kontaktpunkt för elever i grundskola och gymnasium. Studenthälsan kan vara aktuell för de individer som studerar vid högskola eller universitet.

### **G. Äldre män, ofta med svagt socialt nätverk**

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatrin):*

Vid somatisk sjuklighet som också ökar med stigande ålder sker kontakt i första hand med specialiserad somatisk vård, akutmottagning eller geriatrisk vård. Män som grupp betraktad kan också i högre

utsträckning söka för somatiska symptom när det finns underliggande psykiatriska behov eller suicidalitet.

#### *Socialtjänsten:*

När den egna funktionen att klara så kallad "allmän daglig livsföring" (grundläggande aktiviteter som en individ behöver klara av i sin vardag vilket inkluderar att bland annat sköta den personliga hygien, äta och att ta hand om sitt hem) minskar kan äldre få insatser i form av hemtjänst eller särskilt boende för äldre ("äldreboende"). Vid sjukdom kan det i en del fall vara aktuellt med hemsjukvård.

### **H. Individer med svår somatisk sjukdom**

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatrin):*

De kliniker som hanterar de respektive somatiska sjukdomstillstånden utgör här en första kontaktpunkt och kan vara till exempel specialiteter inom neurologi, onkologi, och rehabilitering/habilitering.

Vid behov av livsuppehållande åtgärder är intensivvården en aktuell kontaktpunkt.

#### *Socialtjänsten:*

Vid svår somatisk sjukdom som också medför ett vårdbehov kan hemtjänst eller hemsjukvård vara aktuella kontaktpunkter.

### **I. Individer inom HBTQ-gruppen (Homosexuella, Bisexuella, Trans- och Queerpersoner)**

I allmänhet har den mycket heterogena grupp individer som ingår i HBTQ inga

specificerade kontaktpunkter med hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatrin):*

Vid könsinkongruens och könsdysfori kan kontakt med transmedicin vara aktuellt (ANOVA, 2019).

För unga individer inom HBTQ-gruppen kan ungdomsmottagningar, som tidigare har nämnts, vara en viktig kontaktpunkt.

I övrigt inga specificerade kontaktpunkter med hälso- och sjukvården.

*Socialtjänsten:*

Inga specificerade kontaktpunkter.

## **J. Övriga**

### **Ensamkommande barn och unga**

*Hälso- och sjukvården (utöver primärvården och specialistpsykiatrin):*

På en del håll i landet finns särskilda vårdcentraler med ansvar för nyanlända invånares hälsa.

*Socialtjänsten:*

För att få hjälp med boende finns HVB, stödboende eller familjehem.

De som är minderåriga får en god man utsedd. Det kan i vissa fall också vara aktuellt med ekonomiskt bistånd.

### **Fler riskgrupper**

*Hälso- och sjukvården:*

Inga specificerade kontaktpunkter.

*Socialtjänsten:*

*Utlandsadopterade barn*

Socialtjänsten är inkopplad vad gäller medgivande inför adoptioner. Inför ett medgivande genomförs en obligatorisk föräldrautbildning.

## **4.5 Två kontaktpunkter med närliggande verksamhet**

Som beskrevs ovan ligger egentligen Elevhälsan och Företagshälsovården (liksom ett stort antal andra "övriga" kontaktpunkter utanför detta uppdrag). Då många intressenter särskilt efterfrågat reflektioner avseende Elevhälsan och Företagshälsovården presenteras det dock nedan.

### **4.5.1 Elevhälsan en viktig kontaktpunkt för barn och ungdomar**

Elevhälsan ska finnas tillgänglig på alla skolor upp till gymnasial nivå (Skolverket, 2013). Inom elevhälsan ska det finnas tillgång till bland annat skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. I skollagen (2010:800) anges i 25 §: "Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande."

### **4.5.2 Företagshälsovården en viktig kontaktpunkt för yrkesverksamma**

Företagshälsovårdens uppdrag är att "arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens för att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö,

*organisation, produktivitet och hälsa.”* enligt arbetsmiljölagen (AML, 1977:1160). Den bekostas i förekommande fall av arbetsgivaren och har bland annat tillgång till läkare, sjuksköterskor, beteendevetare, ingenjörer och ergonomer (Arbetsmiljöverket, 2011).

Företagshälsovårdens uppdrag kan bland annat omfatta krisstöd, rehabilitering och stresshantering, men också hälsoundersökningar (Arbetsmiljöverket, 2011).

Det är inte obligatoriskt för arbetsgivaren att erbjuda företagshälsovård till sina anställda, vilket innebär att tillgången till företagshälsovård skiljer sig mellan olika arbetsgivare (Sveriges Företagshälsor, u.d.).

För studenter vid högskolor och universitet erbjuds i varierande utsträckning stöd i form av studenthälsan.

Företagshälsovården kan vara relevant för att identifiera suicidala tecken och psykisk ohälsa liksom att identifiera andra riskfaktorer för suicid skadligt bruk av substanser våldsutsatthet.

#### **4.6 Begränsad kunskap om faktiska kontaktpunkter, kontaktorsaker och behandling före suicid(försök)**

Ovan presenterades en analys av vilka kontaktpunkter som kan antas vara särskilt relevanta för individer med risk för suicid, där primärvården och specialistpsykiatri lyftes fram.

Kunskapen om vilka kontakter som en individ de facto har haft inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten före suicid samt fördjupad kunskap om individens eventuella diagnoser, kontaktorsaker och behandlingar före suicid är i praktiken dock mycket begränsad, särskilt för socialtjänsten. Det saknas också kunskap om vilka kontakter efterlevande har med hälso- och sjukvården samt socialtjänsten efter den anhöriges suicid.

Den data som finns allmänt tillgänglig, omfattar i första hand kontakter med hälso- och sjukvården utifrån analys av registrerade vårdbesök och för delar av den aktuella populationen under en viss period.

Den kunskap som finns indikerar att flera har kontakt relativt nära inpå sitt suicid, vilket skulle kunna innebära en möjlighet att genom stärkt kunskap identifiera och hjälpa fler, och därigenom minska risken för suicid. Tre exempel på källor till kunskap beskrivs nedan:

*En genomgång av de 228 lex Maria-anmälningar avseende suicid som finns tillgängliga i Nitha Kunskapsbank för perioden 2006–2018. Detta motsvarar ungefär 8 procent av de fall som anmäls enligt lex Maria under samma tidsperiod.*

Bland de 228 fallen hade 66 procent av individerna haft kontakt med specialistpsykiatri, 5 procent med specialiserad somatisk vård, 5 procent med primärvård och för resterande 24 procent saknades uppgift (Folkhälsomyndigheten, 2019c). Av de som haft kontakt inom hälso- och sjukvården hade merparten (cirka 85

procent) haft kontakt inom 30 dagar innan de genomförde suicid och resterande längre tid innan genomfört suicid. För 60 procent av de individer som genomfört suicid skedde den senaste vårdkontakten inom en vecka och i 20 procent av det totala antalet fall genomfördes suicid samma dag som den senaste vårdkontakten. För färre än fem av fallen var den senaste registrerade vårdkontakten mer än 270 dagar före suicid. Det anges inte vilken yrkesgrupp de varit i kontakt med eller kontaktorsak.

Avseende diagnoser i samband med senaste vårdkontakt anger samma studie från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen att den vanligaste diagnosen bland dem som genomfört suicid var förstämningssyndrom (depression eller bipolär sjukdom) som svarade för cirka 55 procent (Folkhälsomyndigheten, 2019c). Cirka 70 procent av alla individer i rapporten hade en pågående farmakologisk behandling, men i 45 procent av fallen angavs inte med vilken typ av läkemedel.

*I en svensk studie som har undersökt samtliga anmälningar av suicid till IVO år 2015 (n=436), vilket motsvarar ungefär en tredjedel av alla suicid det året, visades att 85 procent av alla patienter där man utrett orsaken till suicid hade en psykiatrisk diagnos och 80 procent hade pågående medicinering med psykotropa<sup>1</sup> läkemedel (Roos af Hjelmsäter E, 2019). I denna studie hade 67 procent haft kontakt med specialiserad psykiatrisk vård tre*

*månader före suicid. 22 procent hade haft kontakt med primärvården och 8 procent med specialiserad somatisk vård. En annan svensk studie har undersökt ett urval av lex Maria-anmälningar för 2015 för individer i åldern 15–44 år (n=80) (Folkhälsomyndigheten, 2020g). Där konstaterades att nästan hälften av alla som genomfört suicid haft kontakt med hälso- och sjukvården sista veckorna före suicid fördelat på specialistpsykiatri (30 procent), specialiserad somatisk vård (11 procent) och primärvård (23 procent). Av dem som ingick i gruppen hade 31 procent gjort ett tidigare suicidförsök.*

*I en lokal sammanställning i Region Kalmar län över antal suicid genomförda år 2012 fann man att av antalet totala genomförda suicid (n=51) hade 92 procent varit i kontakt med hälso- och sjukvård före suicid (Lindqvist M, 2020). Bland dem var fördelningen i stort lika delar mellan specialistpsykiatri, specialiserad somatisk vård och primärvård. Mer än tre fjärdedelar (78 procent) hade haft kontakt med hälso- och sjukvård inom 3 månader före suicid (Region Kalmar län, 2018).*

---

<sup>1</sup> Samlingsnamn för läkemedel som används inom psykiatri såsom antidepressiva läkemedel, läkemedel vid psykos och sömngivande läkemedel.

## 4.7 Inom varje kontaktpunkt finns flera yrkeskategorier som kan behöva kunskap

Individer kan inom varje kontaktpunkt komma i kontakt med flera olika yrkeskategorier, med en bredd av utbildningsbakgrunder. Bara inom hälso- och sjukvården verkar ett tjugotal olika legitimerade yrkesgrupper (SOU, 2017) och fler yrkesgrupper finns.

Till exempel kan nämnas att en kontakt med vårdcentralen kan innebära kontakt med fler än tio yrkesgrupper, se Figur 12.

Utöver kontakt med yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, kan kontakt även ske med yrkesgrupper som inte arbetar patientnära som till exempel sekreterare och receptionister.



**Figur 12** Möjliga professionskontakter vid besök på vårdcentral.

AT-läkare – läkare under allmäntjänstgöring; ST-läkare – läkare under specialisttjänstgöring

Inom socialtjänsten finns också flera olika yrkesgrupper och funktioner som alla kan tänkas ha kontakt med individer i risk. Möjliga yrkesgrupper inom socialtjänsten illustreras i Figur 13.

Till exempel kan kontakter inom socialtjänsten utöver kontakt med socialsekreterare även omfatta kontakter med kurator eller psykolog. Inom till exempel äldreomsorg finns också kontakter med vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor. Vidare kan individer med missbruks- eller beroendeproblematik exempelvis ha kontakt med behandlingsassistenter, för att nämna några exempel.

## 4.8 Olika kontaktpunkter har olika roller i det suicidpreventiva arbetet

Ovan har olika kontaktpunkter samt yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten diskuterats, men vilka roller har de och vad ska de göra? Beroende på rollen kommer behovet av kunskap att variera.

För att minska risken för suicid hos individer som kommer i kontakt med hälso- och sjukvård eller socialtjänst kan, något förenklat, en indelning göras i fem huvudsakliga "roller". Dessa är att identifiera, hänvisa, bedöma, behandla samt följa upp individer med risk för suicid.

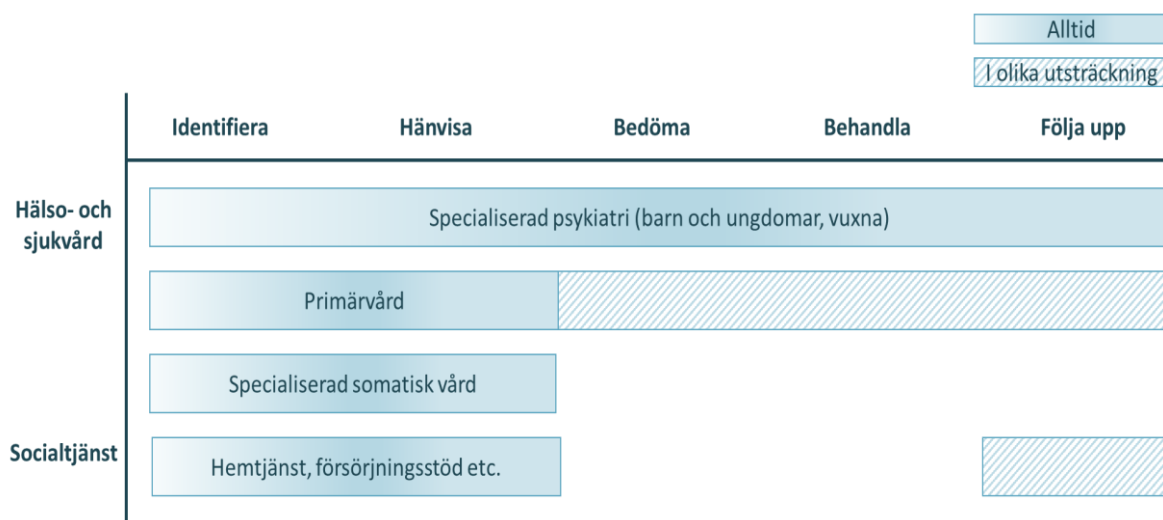


**Figur 13** Möjliga professionskontakter inom socialtjänstens verksamhet.

En översikt över rollfördelningen inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten presenteras i Figur 14. Rollfördelningen utgår från vad som framkommit i genomförda intervjuer samt utifrån dokumentstudier av till exempel vårdöverenskommelser och handlingsplaner (Västra Götalandsregionen, 2019; Region Örebro län, 2018). Det föreligger dock lokala skillnader, som bland annat kan exemplifieras av att ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistpsykiatri i olika regioner skiljer sig åt (Uppdrag Psykisk Hälsa, a). Övergripande har det i arbetet dock funnits samsyn bland intervjurespondenter och intressenter kring rollfördelningen såsom den beskrivs i figuren.

yrkeskategorier där kunskapsbehoven kommer att skilja sig något åt, där till exempel skötare inom psykiatrisk vård inte har samma roll eller ansvar som specialistläkare.

Att kunna *identifiera* att det föreligger en risk för suicid innebär att ha kunskap som gör att man vid mötet med en patient/brukare/klient kan identifiera tecken på en förhöjd risk och ställa frågor för att bekräfta eller avfärda sin misstanke. Om misstanken kvarstår, så är nästa steg att hänvisa individen för en bedömning av risken. För vissa verksamheter och yrkesgrupper är ansvaret begränsat till att kunna identifiera och hänvisa, medan andra också ska kunna bedöma risken för suicid.



**Figur 14** Fem olika roller för suicidpreventivt arbete

Fem kategorier som beskriver arbetet med att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppdrag förebygga och förhindra suicid(försök). Den blåmarkerade färgmarkeringen "Alltid" innebär att kontaktpunkten ska uppvisa förtrogenhet och ha goda färdigheter i att genomföra det momentet och att det ingår i deras ordinarie arbetsuppgifter. Den streckade färgmarkeringen "I olika utsträckning" innebär att arbetsuppgiften kan ingå i uppdraget för kontaktpunkten och att det ibland kan bli aktuellt med vissa insatser där, men att uppgiften i huvudsak ska skötas av andra kontaktpunkter.

Den övergripande rollfördelningen har gjorts på övergripande verksamhetsnivå. Inom respektive verksamhet finns sedan, som tidigare har nämnts, olika

Att *hänvisa* är aktuellt som ett nästa steg för de individer där en risk identifierats. Beroende på situation kan detta innebära allt från att föreslå individen att söka hjälp,



stötta med kontaktuppgifter till hälso- och sjukvården, följa med besök för bedömning, eller att ringa 112 för akut hjälp etcetera. Samtliga åtgärder behöver ske i linje med hur information får delas utan att bryta sekretessen. En grundförutsättning för att kunna hänvisa är att ha tydliga lokala rutiner för vem man hänvisar till och kontaktuppgifterna dit för alla dagar i veckan och alla tider på dygnet.

För att både kunna identifiera och hänvisa krävs kunskap om hur man bemöter någon i risk, på ett sätt som skapar förtroende, tillit och möjlighet till ett fördjupat samtal. Det behövs vidare kunskap kring hur man hanterar sin egen oro och osäkerhet under mötet och efteråt.

Att kunna *bedöma* risken för suicid, innebär att ha kunskap som gör att man vid mötet med en patient kan avgöra om det föreligger en förhöjd risk för suicid och avgöra hur allvarlig den är, för att utifrån detta fatta beslut om fortsatt stöd, utredning, *behandling och uppföljning*.

För alla stegen från att identifiera till att följa upp behöver det finnas en lokal rutin, för vem man som medarbetare kan vända sig till för att få stöd kring handläggningen av den specifika situationen.

Nedan lämnas en fördjupad beskrivning av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens arbete med att förebygga suicid utifrån sina ”roller”.

## 4.9 Hälso- och sjukvårdens arbete med att identifiera, hänvisa, bedöma, behandla och följa upp

Hälso- och sjukvårdens roll omfattar samtliga fem kategorier, men det finns skillnader mellan olika specialiteter.

*Specialistpsykiatrin* ska kunna identifiera, bedöma, behandla samt följa upp suicidalitet. Då *primärvården* ansvarar för lätt till måttlig psykisk ohälsa är primärvårdens uppdrag i första hand att identifiera, hänvisa och i förekommande fall att följa upp. Den *specialiserade somatiska vården* behandlar i första hand inte psykiatriska åkommor och ska istället huvudsakligen kunna identifiera och hänvisa individer med risk för suicid.

*Exempel på utmaningar som lyfts fram avseende arbetet med att förebygga suicid inom hälso- och sjukvården:*

En studie av genomförda suicid år 2015 som anmälts enligt lex Maria (n=436) har bland annat visat att det i totalt 55 procent av de anmälda fallen fanns brister i vården. Bland fallen med avvikelser fanns i 64 procent bristfällig dokumentation av suicidrisk (i 25 procent av fallen saknades dokumentation helt och i 39 procent av fallen var den bristfällig eller icke-existerande) (Roos af Hjelmsäter E, 2019).

En slutsats som har dragits vid genomgång av händelseanalyser efter suicid är att suicidriskbedömningar inte alltid har genomförts vid senaste vårdkontakten. (Socialstyrelsen, 2007; Roos af Hjelmsäter E, 2019). Detta avser besök till både specialistpsykiatri och övrig hälso- och

sjukvård. Som tidigare har nämnts är tillgänglighet och bemötande viktiga komponenter för att suicid ska kunna förebyggas genom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Generellt inom hälso- och sjukvård finns indikationer på bristande tillgänglighet. Till exempel uppfylldes vårdgarantins krav om besök inom 90 dagar till specialistpsykiatri år 2019 för 90 procent av alla besök (Vården i siffror, 2020). Tillgängligheten för besök inom 30 dagar inom BUP var år 2019 69 procent. Emellertid anger dessa indikatorer inte tillgängligheten i det akuta skedet inom första dygnet, vilket är ett relevant mått för en akutsuicidal individ, men de ger en indikation på tillgängligheten för en individ som remitterats till specialistpsykiatri avseende psykiatrisk problematik. Vården använder sig dock av prioriteringssystem för att möjliggöra bättre tillgänglighet för de fall som behöver vård och behandling mer omgående.

I den fokusgrupp som genomförts inom ramen för arbetet med individer som tidigare själva genomfört suicidförsök, framhölls att de upplevde att bemötandet ofta varit bristfälligt i kontakterna med hälso- och sjukvården. I första hand ansåg de att tillgängligheten till primärvård samt specialistpsykiatri var särskilt viktig i det akuta skedet då dessa utgjorde främsta kontaktpunkter att söka sig till. Vid suicidala skov upplevde de att tillgängligheten blev försämrad till vården eftersom de under detta sinnestillstånd hade ökade svårigheter att använda flervalston på telefon eller boka en tid via Internet, vilket är vanliga sätt att boka tid till olika mottagningar.

De verksamheter som använder sig av drop-in-system för tidsbokning tyckte gruppen som deltog vid fokusgruppen också hade låg tillgänglighet i det akuta skedet. Det framkom också en bild av att patienter i gruppen som hade genomfört suicidförsök ibland upplevde att deras problematik inte alltid tagits på allvar och bland annat upplevde de att deras beskrivningar av sitt mående bagatelliserats.

### **Specialistpsykiatrins arbete från att identifiera till att följa upp individer med risk för suicid**

Specialistpsykiatrien genomför i allmänhet samtliga steg som anges i Figur 14 som innebär att de kan identifiera, bedöma, behandla och följa upp.

*Exempel på utmaningar som lyfts fram avseende arbetet med att förebygga suicid inom specialistpsykiatrien:*

Bilden vid intervjuer är att specialistpsykiatrien generellt har god kunskap inom alla områden avseende suicidpreventivt arbete (även om kunskaperna och följsamheten till fastställda arbetssätt varierar i praktiken).

Företrädare från specialistpsykiatrien liksom företrädare för anhörigorganisationer har vid intervjuer i detta arbete pekat på att övergången från heldygns- till öppenvård brister i enskilda fall. Denna bild av specialistpsykiatrien delas också av företrädare för socialtjänsten som beskriver hur deras klienter ibland "faller mellan stolarna".

Avseende uppföljning upplevs det även i vissa fall råda oklarheter i roller och

ansvar, till exempel huruvida det är primärvården eller specialistpsykiatrin som är ansvariga för att följa upp en individ som har genomfört ett suicidförsök. Det brister inte bara vad gäller kunskap om att uppföljning ska genomföras, utan även vem som ska genomföra det, enligt intervjupersoner.

I genomförda intervjuer har det också framkommit en bild av att det inom specialistpsykiatrin finns varierande förkunskaper avseende suicidprevention. Det gäller (av naturliga skäl) både mellan yrkesgrupper som sjuksköterskor, skötare och läkare, men också inom respektive yrkeskategori. Som exempel finns bland läkare alltifrån överläkare inom psykiatri liksom nyexaminerade underläkare utan en specialistutbildning, vilket medför skillnader i erfarenhet och kunskap.

Det tycks i många situationer behövas kunskap om hur övergången kan göras från psykiatrisk heldygnsvård till andra vårdformer och var ansvaret ligger för att trygga dessa övergångar.

*Exempel på identifierade insatser/arbeten inom psykiatrin:*

Det finns exempel på ändamålsenlig uppsökande verksamhet, som kan identifiera, hänvisa och i vissa fall behandla på plats. Region Stockholm har en mobil enhet - Psykiatrisk Akut Mobilitet (PAM) som är bemannad av medarbetare med psykiatrisk expertis. PAM kan under vissa tider på dygnet rycka ut till individer med psykisk ohälsa och erbjuda prehospitalt stöd. Larmoperatören på SOS Alarm gör en bedömning om det är ett fall som handlar om akut psykisk ohälsa och

kan då välja att skicka ut PAM för att erbjuda psykiatrisk hjälp prehospitalt. (AISAB, 2015). En utvärdering av verksamheten har visat att polis och räddningstjänst upplever att de har blivit avlastade i sitt arbete och patienter anser sig bli bättre bemötta utifrån sitt psykiska mående av PAM jämfört med tidigare (Bouveng O, 2017). De upplever att PAM-medarbetare har bättre kompetens att möta individer i kris. Vidare kan en tredjedel av all krisintervention ges på plats vilket medför att patienten inte behöver föras till sjukhus. Psykiatriambulans finns förutom i Stockholm också i bland annat Göteborg och Malmö (Dagens Medicin, 2019).

### **Primärvårdens arbete med att identifiera och hänvisa individer med risk för suicid**

Primärvårdens huvudsakliga uppdrag innebär att de i första hand ska identifiera och hänvisa individer med risk för suicid. I vissa fall kan det också bli aktuellt att bedöma, behandla och följa upp. Det kan till exempel vara för en individ med lätt depression som gradvis blir försämrad där behandlande läkare behöver bedöma suicidrisk. Inom primärvården behövs således mer fördjupad kunskap än inom exempelvis socialtjänsten, men givetvis förväntas de inte genomföra samma uppgifter som inom specialistpsykiatrin.

*Exempel på utmaningar som lyfts fram:*

I genomförda intervjuer lyfts framförallt praktiska hinder, såsom tidsbrist, för det suicidpreventiva arbetet i primärvården. Bland läkare inom primärvården upplevs det bland annat finnas utmaningar för att genomföra psykiskt anamnestagande. Det

kan leda till att suicidnära patienter inte identifieras, vilket också medför att de inte heller kan hänvisas till rätt instans för vidare bedömning och behandling.

Företrädare för primärvården och från forskningsfältet har också lyft fram att det är ett problem med patienter som söker för andra somatiska symptom när deras grundproblem är psykisk ohälsa. Man har således ingen möjlighet att identifiera den psykiska ohälsan och inse värdet av att bedöma suicidrisken före besöket. Detta ställer utmaningar på personalen i primärvården att vara extra lyhörda för signaler på psykisk ohälsa och fånga upp minsta tecken till suicidal kommunikation.

Vid en del vårdcentraler ses inte heller utbildning och kompetenshöjande insatser inom suicidprevention som en prioriterad uppgift, enligt intervjupersoner i detta arbete. Detta då man prioriterar den begränsade möjligheten till vidareutbildning som finns till att i första hand fokusera på folksjukdomar som drabbar ett större antal individer.

### **Den specialiserade somatiska vårdens arbete med att identifiera och hänvisa individer med risk för suicid**

Den specialiserade somatiska vården ska i första hand kunna identifiera och hänvisa individer med risk för suicid. I vissa fall kan också bedömning vara aktuellt inom den specialiserade somatiska vården, till exempel att göra en första bedömning av suicidrisk inför beslutet att eventuellt remittera en patient till specialistpsykiatri.

### *Exempel på utmaningar som lyfts fram:*

I intervjuer har det bland annat framkommit att det finns begränsad kunskap bland personal inom den somatiska vården om tecken på suicidalitet och lämpligt agerande/bemötande av suicidala individer/ individer som visar tecken på att vara i risk.

Inom i första hand den somatiska akutmottagningen har det vid intervjuer med företrädare från olika yrkesgrupper framkommit en bild av att det finns utmaningar gällande att arbeta med suicidprevention. Som exempel anges svårigheter att få tid över till utbildning från rutinarbetet och att det är svårt att utbilda hela personalstyrkan vid ett och samma tillfälle.

Flera intervjupersoner har i arbetet framhållit ett behov av stärkt kunskap om suicid inom den specialiserade somatiska vården. Bland annat har intervjupersoner lyft att en del professioner inte känner till kopplingen till vissa risksituationer, som när en allvarlig diagnos ges, eller vid ändringar i läkemedelsbehandlingar som kan ge negativa biverkningar på den psykiska hälsan, vilket anses medföra att riskbedömningar ibland inte genomförs eller att adekvat uppföljning uteblir. En annan utmaning har beskrivits vara att medarbetare inom den specialiserade somatiska vården ibland behandlar psykisk ohälsa utan att ha tillräcklig kunskap och utan vidare hänvisning till specialistpsykiatrisk kompetens.

## 4.10 Socialtjänstens arbete med att identifiera och hänvisa

Socialtjänstens medarbetares roll inom suicidprevention i mötet med brukare/klienter är främst att identifiera och hänvisa. Socialtjänsten kan också i olika utsträckning inkludera uppföljning efter suicidförsök, till exempel för riskgruppen med missbruks- och beroendeproblematik efter utskrivning från den psykiatriska heldygnsvården. Denna uppföljning kan antingen ske frivilligt eller inom ramen för LVM.

Identifieringen består, enligt genomförda intervjuer, i första hand av att medarbetare i mötet med en brukare/klient förnimmer att det skulle kunna föreligga suicidalitet alternativt att de kommunicerar sin suicidalitet genom att explicit säga att de tänker "ta livet av sig". På en del håll, som vid vissa enheter inom till exempel Stockholms stad, finns rutiner för att screena individer för suicidalitet där exempelvis riskanalyser kan genomföras för samtliga brukare inom en verksamhet (Stockholms stad, u.d.).

I varierande utsträckning tycks lokala rutiner för hur medarbetare ska agera inom en viss verksamhet när en individ uttrycker suicidalitet och hur den personen ska få stöttning och hänvisning för att komma rätt inom hälso- och sjukvården för att erhålla hjälp finnas. För att hänvisa individer med risk för suicid finns varierande arbetsmetoder inom olika socialtjänstverksamheter, där vissa verksamheter inom socialtjänsten har utvecklat särskilda rutiner/arbetsätt i varierande omfattning.

*Exempel på utmaningar som lyfts fram:*

Avseende socialtjänstens arbete med att identifiera och hänvisa har flertalet intervjurespondenter framhållit att det finns förbättringsområden. En viktig poäng är just att arbetet till stor del tycks skilja sig mellan olika kommuner, men också inom en och samma socialtjänstverksamhet.

I genomförda intervjuer har det bland annat framkommit att medarbetare inom socialtjänsten ibland upplever att det är utmanande att hjälpa enskilda individer att få kontakt med hälso- och sjukvården. Det upplevs vara svårt att få tid inom primärvården med kort varsel och när socialtjänsten hänvisar klienter till specialistpsykiatri finns ibland en uppfattning bland socialtjänstens personal att specialistpsykiatri tolkar deras bild av klienters eventuella suicidalitet på ett annat sätt, där de inte känner att de fullt ut förstår specialistpsykiatriens bedömning, och istället fortsatt behöver känna oro över brukarens/klientens hälsotillstånd.

Vidare framför intervjuade medarbetare inom socialtjänsten inom ramen för detta arbete att det finns svårigheter att få behandling för psykiatrisk samsjuklighet för individer med pågående substansmissbruk. Medarbetare inom socialtjänsten har också uttryckt en önskan om möjlighet till psykiatrisk konsultation om hur de ska agera när de möter individer med risk för suicid. Det har också framkommit en oklarhet om individer som tidigare har genomfört suicidförsök ska hänvisas till primärvården eller specialistpsykiatri.

”

### **Reflektioner från fokusgrupp med företrädare från ekonomiskt bistånd.**

**Kompetens** – *”Det ser olika ut för olika handläggare och på olika ställen.”*

Kompetensnivån avseende suicidalitet skiljer sig mellan olika handläggare. Det finns generellt inga tillgängliga handfasta verktyg för att bedöma suicidalitet. Det är också stor variation avseende vilka enheter och förvaltningar som har fått utbildning i suicidprevention. I första hand använder vi kommunens intranät för att hämta information.

**Bristande informationsöverföring** – *”Vi får inte den information vi behöver.”*

Vid övergångar från hälso- och sjukvården till socialtjänsten får vi handläggare inte alltid tillräcklig information om patientens historia. Det finns liknande problem med informationsöverföring också mellan socialtjänstens verksamheter, men för mindre kommuner där medarbetare i större utsträckning har personliga relationer fungerar det bättre.

**Kontakt med hälso- och sjukvården** – *”Vi behöver veta vem man kan kontakta för att få hjälp.”*

I första hand arbetar vi enligt upparbetade rutiner med att kontakta antingen hälsocentral, specialistpsykiatri eller andra former av stöd som mobila team bemannade av psykiatriskt kompetent personal. Vi har egentligen inget fast nummer som vi ska ringa när vi behöver hjälp.

**Svårt att avgöra allvarlighetsgraden** – *”Ropar klienten varg eller är det på riktigt?”*

Många gånger händer det att klienter som inte får den typen av försörjningsstöd som de önskar säger att de tänker ta sitt liv. Ibland är det svårt att veta om det är genuint, vad ska vi göra då? Det skulle ha underlättat med stöd i befintliga samtalsmallar och för lokala rutiner, utifrån nationell kunskap. En del enheter har nolltolerans mot alla former av anspelningar på suicid, vilket innebär att de tar kontakt med polis eller specialistpsykiatri varje gång det förekommer.

Källa: Fokusgrupper med medarbetare inom ekonomiskt bistånd i Haparanda kommun och Stockholms stad. För beskrivning av genomförande se Kapitel 2 ”Metod och genomförande”

”

”

### **Reflektioner från fokusgrupp med hemtjänst**

**Kompetens** – *”Vi vet inte vad man ska göra när någon säger att hen ska ta livet av sig”*

Vi upplever en osäkerhet kring vad det gäller att vara vaksam på, vad som är tecken på risk. När det händer att vårdtagare hotar med att ”ta sitt liv” är det svårt att veta hur man ska agera ”rätt” i den situationen. Vi har generellt inte mycket vidareutbildning inom hemtjänsten och suicidprevention har jag inte fått någon särskild utbildning inom. Är det inget man själv klarar av rådfrågar jag i första hand en kollega.

**Bristande informationsöverföring** – *”Det hade ibland varit enklare om vi visste mer om vårdtagarna, men vi gör bara punktinsatser och vet inte vad de varit med om eller hur de mår”*

Vi i hemtjänsten får i allmänhet ingen information om en patients samsjuklighet från hälso- och sjukvården. Många gånger får vi gissa oss till en patients sjukdomsbild genom att titta på medicinlistan och slå upp i Fass.

**Efterfrågade kunskapsstöd** – *”I nuläget saknas många rutiner inom hemtjänsten”*

Det hade varit önskvärt med någon form av rutin för hur man ska agera när en vårdtagare är suicidal. Hur kan jag bekräfta min misstanke? Hur hänvisar jag? Vad gör jag om vårdtagaren inte vill ha hjälp? Vi skulle vilja ha en webbutbildning med information om suicid eftersom många kan delta och det är lättare att låta nya medarbetare gå den i samband med anställningens början.

Källa: Fokusgrupp med medarbetare inom hemtjänsten i Haparanda kommun. För beskrivning av genomförande se Kapitel 2 ”Metod och genomförande”

”

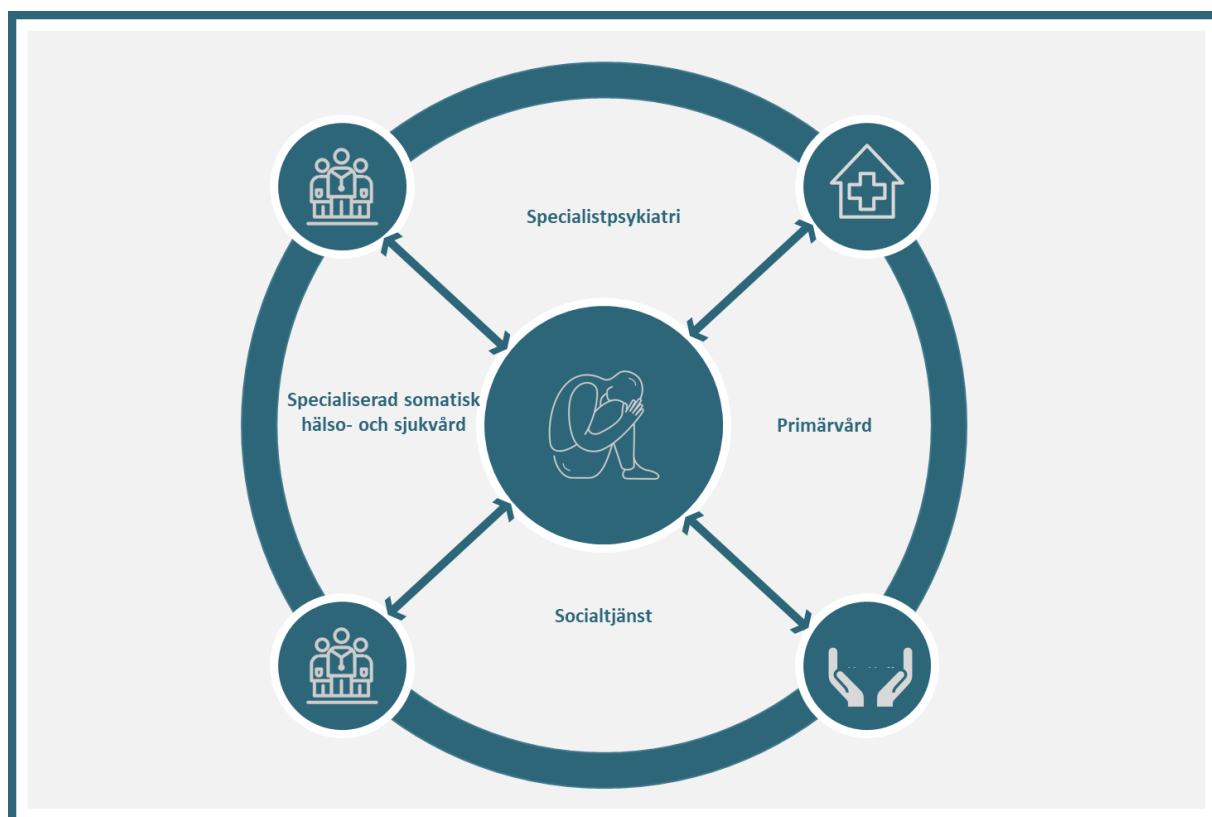
## 4.11 Ofta flera samtidigt kontaktpunkter och flera vårdövergångar

Ovan nämndes exempel på utmaningar inom respektive verksamhet. Det uppstår emellertid också ofta utmaningar när ansvaret för en individ delas eller förs över mellan de inblandade verksamheterna.

För en suicidal individ finns ofta flera så kallade "övergångar" inom och mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Där ställs krav på samverkan och informationsöverföring utifrån patientens behov. Samtycke krävs i regel för att informationsöverföring ska kunna genomföras mellan hälso- och sjukvård och vice versa. Mellan huvudmännen

råder i normalfallet sekretess. Föreligger en nödsituation kan sekretessen brytas liksom i de flesta fall om en individ samtycker till att uppgifter lämnas mellan verksamheter (Socialstyrelsen, 2012). Vidare finns ett antal tillfällen när en verksamhet är skyldig att enligt lag lämna uppgiften vidare till annan myndighet som vid till exempel smittskyddsanmälan av anmälningspliktig sjukdom eller vid misstanke om att barn far illa. Dessa utgör dock undantagsfall och i allmänhet är hälso- och sjukvården samt socialtjänsten hänvisade till att inhämta samtycke för att kunna dela information med varandra om en patient eller brukare.

Det finns beröringspunkter mellan specialistpsykiatri, primärvård, specia-



**Figur 15** Illustration över samverkan mellan olika aktörer kring en individ

Figuren visar hur specialiserad hälso- och sjukvård, specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst samverkar kring en patient och med varandra samt deras huvudsakliga roller.



liserad somatisk vård och socialtjänst och många gånger finns samtidiga kontaktpunkter mellan olika verksamheter, vilket illustreras i Figur 15.

IVO har i sin rapport "Vad har IVO sett 2019?" sammanställt vad myndigheten anser är de viktigaste iakttagelserna och slutsatserna gällande vård och omsorg för verksamhetsåret (Inspektionen för Vård och Omsorg, 2020b). I rapporten framhålls vårdövergångar särskilt, där samordning mellan primärvård och övrig specialistsjukvård är ett vanligt problem.

IVO:s slutsatser grundas på en innehållsanalys av avslutade ärenden som är inkomna som lex Maria-anmälningar, klagomål och egeninitierade tillsyner för specialistpsykiatri under perioden 1 januari till 3 oktober 2019. I första hand noterades brister gällande samordning (15 av 109 klagomål, 37 av 161 lex Maria-anmälningar och 4 av 85 egeninitierade ärenden). IVO beskriver i rapporten "Vad har IVO sett?" att synpunkter som inkommer till deras upplysningstjänst ger en bild av att samordningen mellan specialistpsykiatri, primärvård, habilitering, socialtjänst och skola inte alltid upplevs fungera. En handlingsplan från SKR har också uppmärksammat att det finns gränsdragningsproblem avseende ansvar mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst för vården av individer med missbruks- och beroendeproblematik (SKR, 2018).

Det har i arbetet med gapanalysen också framkommit betydande utmaningar i informationsöverföringen både inom, och mellan, *hälso- och sjukvård samt socialtjänst*. Varken medarbetare i hälso-

och sjukvården eller socialtjänsten har o flera fall inte tillräcklig tillgång till information om tidigare och pågående insatser inom varandras verksamheter. Detta medför att respektive verksamhet inte har kännedom om den andra partens pågående insatser. Liknande utmaningar har också identifierats vid informationsöverföring till verksamheter utanför hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bland annat finns svårigheter för elevhälsan att föra vidare information till socialtjänsten. Man försöker lösa detta praktiskt genom antingen samtycke från elev eller vårdnadshavare alternativt orosanmälan i tillämpliga fall. Ett annat exempel är brister i informationsöverföring mellan olika delar av socialtjänsten om en ungdom exempelvis är aktuell för insatser inom ramen för individ- och familjeomsorgen och sedan blir placerad på ett HVB. Intervjurespondenter har betonat att det härigenom uppstår oklarheter avseende till exempel långsiktiga mål med behandling för gruppen av barn och unga som erhåller stöd och behandling inom antingen HVB eller SIS.

Avseende samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst beskrivs i lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) en intention om att öka samarbetet mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Till exempel framgår i 4 kap. 1 § att om "patienten efter utskrivning [från heldygnsvård] behöver insatser från både landsting och kommun, ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras". I lagen anges också i 3 kap. 2 § särskilt att

den slutna vården ska ”överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård”. Det anges också i Socialstyrelsens författningssamling att såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst ska samverka såväl inom den egna verksamheten, med varandra samt med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer (Socialstyrelsen, 2011). I Socialstyrelsens *Lägesrapport för individ- och familjeomsorgen 2020* beskrivs bland annat att den delade ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst upplevs ge en stor administrativ börda och upplevs vara otydlig av professionen. En viktig utgångspunkt för en förbättrad samverkan är ett individanpassat förhållningssätt i mötet med patienter och brukare och en förståelse för de speciella behov som denna målgrupp har, skriver Socialstyrelsen.

Inom hälso- och sjukvården har yrkesgruppsföreträdare framhållit utmaningar gällande övergångar vid bland annat barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. Som tidigare har beskrivits behövs också generellt samverkan mellan heldygnsvård och öppenvård. En del i en sådan samverkan skulle kunna vara att individen och heldygnsvården träffar och har kontinuerlig kontakt med öppenvården. Detta skulle kunna vara relevant för vissa delar av socialtjänstens verksamhet också.

Ett sätt att hänvisa patienter vidare till andra enheter är att skicka remisser. Remissmotagaren får då reda på planen för den fortsatta behandlingen av

patienten. Det har också framkommit en frustration bland medarbetare att planerad uppföljning inte blir genomförd till följd av bristande samverkan mellan vårdens enheter. Vidare händer det också att remisser hänvisas mellan olika enheter eller att mottagande enhet önskar kompletterande information, vilket kan leda till fördröjningar för insatt behandling.

Som ett exempel på en variant där man försöker trygga övergångar ska ett pilotprojekt med telefonuppföljning efter suicidförsök genomföras i Region Stockholm (Suicidpreventionssamordnare Region Stockholm, 2020). Individer som har vårdats inom specialistpsykiatrisk heldygnsvård följs upp via telefon efter utskrivning.

I intervjuer och fokusgrupper med medarbetare från socialtjänsten har utmaningar avseende hur information förs vidare inom socialtjänsten förts fram. Den generella bilden är att ett upparbetat system för informationsöverföring mellan olika enheter inom socialtjänsten, likt det som finns inom hälso- och sjukvården genom remisser, saknas.

Vidare har det framhållits att det finns svårigheter när individer byter kommun eftersom socialtjänster inte har etablerade system för att kunna ta del av information från tidigare kommuner. Den fria förvaltningsorganisationen i kommuner gör att ansvarsområden för insatser till individer kan fördelas på flertalet olika förvaltningar samt att dessa kan skifta över tid. Till exempel kan en individ som tidigare har tillhört socialtjänstens verksamhet hamna under andra

förvaltningar som äldreomsorg för att erhålla hemtjänst i takt med tilltagande ålder. Under genomförda fokusgrupper har personal inom hemtjänsten betonat att de inte anser sig få tillräcklig medicinsk bakgrundsinformation om sina vårdtagare. Det kan också förekomma samtidiga insatser från andra verksamheter inom socialtjänsten som inte hemtjänsten informeras om. Den sammanfattade bilden är att enstaka delar av socialtjänsten får svårt att skapa sig en helhetsbild av en vårdtagare.

#### **4.12 Lärdomar från genomgång av händelseanalyser och lex Maria-ärenden inom hälso- och sjukvården av patienter som genomfört suicid**

Genom att studera händelser inom hälso- och sjukvården i anslutning till suicid är det möjligt att kartlägga inom vilka områden som vården eventuellt har brustit. I genomgångar finns ett antal gemensamma områden där det tenderar att finns förbättringsmöjligheter, vilka beskrivs mer utförligt i följande avsnitt.

Socialstyrelsen genomförde en analys av samtliga lex Maria-ärenden som var inkomna år 2006 och där beslut fattats till och med 31 mars 2007 (n=153) (Socialstyrelsen, 2007). Totalt hade 367 anmälda ärenden inkommit för år 2016, men beslut var inte fattade vid tiden för rapportens genomförande. Merparten av anmälningarna (68 procent) kom från specialistpsykiatri. 14,4 procent var från primärvården och 10,4 procent från specialiserad somatisk vård. Resterande

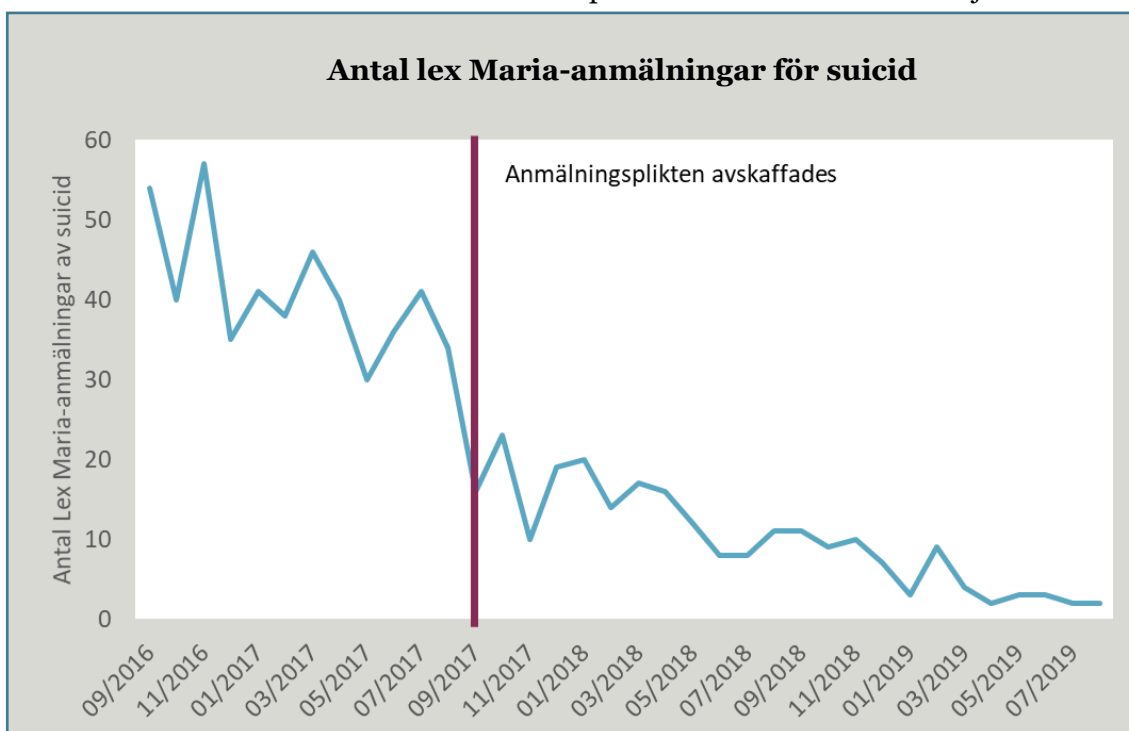
anmälningar kom från kommunal sjukvård (3,9 procent), privat verksamhet (1,3 procent) och annat (2 procent) Huvudsakliga resultat var att systembrister identifierades och att rutiner saknades för bland annat suicidriskbedömningar, dokumentation, samverkan, informationsöverföring, kontinuitet och kompetens. Som förslag på att åtgärda dessa brister föreslogs kunskapsutveckling och implementering av rutiner.

En undersökning 2019 genomförd av Folkhälsomyndigheten omfattade ett urval av 228 händelseanalyser av lex Maria-anmälningar (inklusive 13 procent av händelseanalyser som inte utgjordes av lex Maria-anmälningar) avseende suicid för perioden 2006–2018 som fanns tillgängliga i Nitha kunskapsbank. Nitha är ett nationellt IT-stöd för att genomföra händelseanalyser där patienter haft kontakt med hälso- och sjukvården (Folkhälsomyndigheten, 2019c). Merparten av händelseanalyserna rör fall från 2014–2015 (cirka 60 procent) och 39 procent av fallen kommer från Västra Götalandsregionen. Huvudsakliga resultat var brister inom följande områden: rutiner/procedurer (50 procent), kommunikation (20 procent), organisation (18 procent), utbildning/kompetens (10 procent) och teknik/utrustning (2 procent). Huvudsakliga brister inom respektive område var bristande följsamhet till aktuella rutiner (49 procent), bristande kommunikation vid övergång från en vårdgivare till en annan (41 procent), otillräcklig tillgång till personal (30 procent), bristande kunskap om psykiatriska tecken och symptom hos patienten (28 procent) och informations-

system (47 procent). Som förslag på att åtgärda dessa brister föreslogs utökad kunskap och tydligare riktlinjer för uppföljningar inom vården, arbete med individuella vård- och behandlingsplaner, hur suicidriskbedömningar bör genomföras, dokumenteras och följas upp samt hur samverkan inom vården och mellan andra aktörer bör ske.

I en svensk studie har samtliga fall av suicid som anmälts enligt lex Maria år 2015 (n=436) analyserats (Roos af Hjelmäter E, 2019). Patienterna sista kontakter med hälso- och sjukvården fördelade sig på specialistpsykiatri (67 procent), primärvård (22 procent) och specialiserad somatisk vård (8 procent). Studien har i huvudsak sammanställt vad huvudmännen ansett vara de viktigaste

orsakerna till att suiciden kunde genomföras. Huvudsakligen noterades brister i behandling och suicidriskbedömning liksom bristande informationsöverföring mellan olika kliniker. I 20 procent av fallen fanns brister i suicidriskbedömningen och i 19 procent noterades brister i behandlingen. Informationsöverföringen mellan olika enheter uppvisade brister i 17 procent av fallen och inom samma verksamhet i 14 procent av fallen. En liknande bild har observerats i en studie av Folkhälsomyndigheten som undersökt delar av materialet i studien av Roos af Hjelmäter et al. omfattande individer i åldern 14–44 år (Folkhälsomyndigheten, 2020g). Man fann att i endast 14 procent av fallen inom specialistpsykiatri och 4 procent inom primärvården hade en förhöjd suicidrisk



**Figur 16** Antal lex Maria-anmälningar av suicid till Inspektionen för vård och omsorg under perioden september 2016 – augusti 2019.

Den vinröda vertikala linjen markerar när den obligatoriska anmälningssplikten för alla suicid som inträffat inom fyra veckor efter senaste kontakt med hälso- och sjukvård avskaffades. Källa: Inspektionen för Vård och Omsorg

noterats vid senaste besöket före genomfört suicid.

### **4.13 Antalet lex Maria-anmälningar har minskat efter avskaffad anmälningsplikt**

Lex Maria innebär en anmälningskyldighet för vårdgivaren att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO (Inspektionen för vård och omsorg, u.d.). Fram till den 1 september 2017 gällde anmälningskyldighet för samtliga suicid som inträffade inom fyra veckor efter senaste kontakt med vården. Därefter slopades kravet och endast de suicid som räknas som en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälas (Inspektionen för vård och omsorg, 2018). Mellan perioden september 2018 till september 2019 och motsvarande period under 2016 till 2017 minskade antalet anmälningar med 87 procent på årsbasis (från 492 till 65 ärenden). Figur 16 visar antalet anmälningar till IVO per månad under perioden september 2016 till augusti 2019 (Inspektionen för vård och omsorg, 2020a). Det pågår en diskussion om vilka konsekvenser det minskande antalet lex Maria-anmälningar har för det systematiska lärandet för att minska risken för suicid.

Det är dock viktigt att påpeka att vårdgivare fortfarande kan genomföra händelseanalyser i sina verksamheter även om anmälningarna till IVO har minskat, och att minskningen i antalet anmälda

ärenden inte behöver innebära att genomförandet av händelseanalyser har upphört.

### **4.14 Kontaktpunkter och ansvar för efterlevande**

Enligt beskrivning i kapitel 3 är analysen av behovet av kunskap kring efterlevande i denna rapport avgränsad till efterlevande i egenskap av nära anhöriga, det vill säga förstagrads släktingar omfattande make/maka/partner, barn eller syskon. För den här gruppen finns stöd i forskning för en förhöjd suicidrisk (Hamdan S, 2019).

Efterlevandes kontaktpunkter kan se olika ut. Generellt finns endast ett fåtal exempel runt om i Sverige där det finns ett organiserat efterlevandestöd. Det finns i regel kontaktpunkter både i samband med dödsfallet av den närstående samt på längre sikt.

Resonemang kring möjliga kontaktpunkter beskrivs nedan.

#### **Kontaktpunkter på kort sikt**

I Figur 17 nedan framgår en översikt kring möjliga kontakter som en närstående kan ha i samband med suicid. Tre möjliga ”typscenarier” för hur den avlidne påträffas samt vilka kontaktpunkter respektive scenario medför illustreras i bilden: att den avlidne upphittas i hemmet, utanför hemmet eller avlider på sjukhus. Som kan ses i figuren finns ofta vissa direkta kontakter med hälso- och sjukvården (även om detta varierar från fall till fall samt utifrån den närståendes relation till den avlidne), men i stor utsträckning även med övriga aktörer

utanför hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. I samtliga fall ankommer det på läkare att konstatera dödsfallet (HSLF-FS 2015:15). Om en patient som genomfört suicid har avlidit på sjukhus har vissa kliniker rutiner att kontakta efterlevande och erbjuda stöd, alternativt ge råd om vart efterlevande kan vända sig för att få stöd.

Även Polismyndigheten är delaktig i att informera anhöriga om dödsfallet. En rutin inom polisen är att så långt som möjligt försöka lämna dödsbeskedet personligen (Forsemalm P, 2019).

psykiatrisk eller somatisk akutmottagning vid dödsfallet.

## Kontaktpunkter på längre sikt

För stöd på längre sikt kan också kontaktpunkter se olika ut och bland annat omfatta primärvård eller specialistpsykiatri liksom kontakter med socialtjänsten. Det kan förmodas att primärvården blir första instans inom hälso- och sjukvården att möta efterlevande som behöver stöd eftersom den utgör första linjens psykiatri.

	Individ avlider genom suicid		
	Individ upphittas avlidne av närstående i hemmet	Individ upphittas avlidne av andra utanför hemmet	Individ avlider på sjukhus/kropp förs in på sjukhus
Information om dödsfall till närstående:	Närstående upptäcker dödsfallet	Polis kontaktar närstående (oftast i form av personligt besök)	Polis/sjukhus kontaktar närstående
Övriga kontakter för närstående i samband med dödsfallet:	Ev. begravningsbyrå, polis	Ev. begravningsbyrå, räddningstjänst	Ev. sjukhuskyrka, sista vårdenhet (t.ex. psykiatri), begravningsbyrå
Konstaterande av dödsfall:	Jourläkare	Jourläkare alt. läkare på sjukhus, rättsläkare, polis <sup>1</sup>	Läkare på sjukhus
Transport av avlidne:	Ambulans/begravningsentreprenör	Ambulans/begravningsentreprenör	Ambulans/begravningsentreprenör

**Figur 17** Exempel på möjliga kontaktpunkter utifrån ett antal typscenarier för efterlevande i akutskedet

Som efterlevande kan man ha kontakt med olika externa aktörer i samband med fullbordat suicid. Not: <sup>1</sup>Att utfärdade dödsbevis är en läkaruppgift. Vid tillstånd med säkra dödstecken (likfläckar, likstelhet, förruttelse eller uppenbart dödliga skador) kan däremot polis eller ambulanspersonal konstatera att en individ är avlidne på plats och transportera antingen direkt till bårhus eller akutmottagning där en läkare slutligen konstaterar dödsfallet.

Vidare kan övriga aktörer såsom räddningstjänst samt begravningsbyrå också utgöra kontaktpunkter för efterlevande. Kontakter med socialtjänst kan även finnas i den utsträckning den avlidne eller den efterlevande hade/har insatser från socialtjänsten eller kontakt på annat sätt. En efterlevande kan även välja att själv söka till exempelvis

Vid behov av stöd efter det akuta skedet erbjuder ett fåtal kommuner gruppsamtal i form av anhöriggrupper.

## Ansvar för att stödja efterlevande

Vad gäller roll- och ansvarsfördelning har det i arbetet inte varit uppenbart vad som gäller för att stödja efterlevande vuxna, varken på kort eller lång sikt. Vad gäller

barn anges i hälso- och sjukvårdslagen ett ansvar att beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Regioner och kommuner förefaller ha tolkat ansvaret för uppföljning av och stöd till efterlevande vuxna individer olika, där det i vissa delar av landet tolkas som en kommunal uppgift och i andra delar som en uppgift för den regionala hälso- och sjukvården. Som exempel har 29 procent av Sveriges kommuner i en enkät från Folkhälsomyndigheten angett att de har en policy för akut krisomhändertagande av anhöriga (svarsfrekvens: 74 procent) (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

Utifrån information från jurister vid Socialstyrelsen har följande framkommit:

och sjukvårdslagen en bestämmelse om att barns behov av information, råd och stöd ska beaktas bland annat om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider. Det finns ingen motsvarande bestämmelse om stöd till vuxna i en sådan situation. Generellt gäller emellertid att hälso- och sjukvård har ett ansvar för att ge god vård och förebygga ohälsa samt att prioritera sina insatser utifrån att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Avseende socialtjänstens verksamhet anges i socialtjänstlagen att socialnämnden har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialnämnden kan till

### Internationella exempel på stöd till efterlevande

I Tyskland finns en organisation för efterlevande till suicid – Angehörige um Suizid (AGUS). Organisationen tillhandahåller stöd till efterlevande i form av bland annat telefonrådgivning, kontaktförmedling mellan efterlevande, stödgruppsverksamhet, broschyrer samt postermaterial (AGUS e.V., 2019). Deras verksamhet ska ses som ett komplement till medicinsk eller terapeutisk behandling. AGUS finansieras dels via medlemsavgifter (AGUS e.V., 2020b), men också från bland annat försäkringskassor i Tyskland (AGUS e.V., 2020a).

I Norge finns en ideell organisation som stöttar efterlevande till suicid - Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE). Organisationen erbjuder stöd till efterlevande i form av bland annat samtalsgrupper och broschyrer och är representerat i varje region (fylke) i Norge (LEVE, 2020b). Organisationen får drifts- och aktivitetsfinansiering från bland annat Helsedirektoratet (motsvarande Socialstyrelsen) och från ett antal stiftelser (LEVE, 2020a).

Ansvaret för stöd till efterlevande är inte uttryckligen reglerat i författningarna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För hälso- och sjukvården finns det i hälso-

exempel erbjuda förebyggande, rådgivande och informerande insatser till efterlevande. Det finns inga bestämmelser i socialtjänstlagen som uttryckligen

reglerar socialnämndens ansvar att ge stöd åt efterlevande, men efterlevande omfattas av socialnämndens ansvar att ge det stöd och hjälp som enskilda behöver. Att socialnämnden har det yttersta ansvaret innebär en skyldighet för socialnämnden att tillfälligt erbjuda stöd till dess ansvarig huvudman [till exempel hälso- och sjukvården] tar över.

I socialtjänstlagen framgår vidare att alla som får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa bör anmäla det till socialnämnden (14 kap. 1 c § SoL) samt att anställda på vissa myndigheter och i vissa verksamheter som berör barn och unga (skola, hälso- och sjukvård och tandvård till exempel) är skyldiga att genast anmäla om de i sitt arbete misstänker att ett barn far illa. Vid eventuell misstanke om att efterlevande barn far illa kan det därmed bli aktuellt med orosanmälan.

Sammanfattningsvis är ansvaret för stöd till efterlevande vuxna individer inte uttryckligen reglerat i författning, såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten har dock ett visst ansvar.

### Tillgång på stöd i praktiken

Det finns betydande skillnader mellan den typ av efterlevandestöd som erbjuds runtom i landet, både vad gäller innehåll och huvudman. Den övergripande bilden är att det stöd som ges är begränsat, även om undantag finns. Det förefaller finnas relativt betydande skillnader gällande vilken möjlighet som efterlevande har att få stöd, beroende på var de bor.

Inom socialtjänsten erbjuds exempelvis stöd i form av samtalsgrupper till

efterlevande i Gävle och Karlstad (Gävle kommun, 2020; Karlstad kommun, 2020). Vidare kan nämnas att i Jönköpings kommun får efterlevande stöd i det akuta skedet och erbjuds slussning till vidare stöd inom sjukhusvården (Isfall E, 2019). Initialt erbjuder kommunen det akuta krisstödet och därefter slussas individen vidare till i första hand specialistpsykiatri för vidare stöd. Detta kombineras med en uppföljande kontakt från kommunen så att det inte finns någon risk att individen till följd av organisatoriska strukturer försvinner ur systemet.

Region Gotland arbetar systematiskt för att kontakta efterlevande genom att kommunen/regionen aktivt kontaktar efterlevande och erbjuder stöd i form av ett baspaket med ett minimiantal av besök och telefonsamtal. Som efterlevande avses i Region Gotlands modell en partner, förälder, barn eller annan person som är närstående (Region Gotland, 2018). Region Östergötland har ett barntraumateam för att ta hand om efterlevande barn och ungdomar upp till och med 18 års ålder i Finspångs, Norrköpings, Söderköpings och Valdemarsviks kommuner. Det ska ge stöd efter alla former av trauman. Traumateamet startades upp som en reaktion på Rambodalsolyckan då ett tiotal ungdomar förolyckades i en trafikolycka. Stöd erbjuds så länge det behövs till efterlevande barn och unga med i första hand samtalsterapi (Bergh Johannesson K, 2014).

Det finns en ideell organisation, Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES), som bland



annat erbjuder samtalsgrupper i stora delar av landet. Detta kan jämföras med till exempel Tyskland som har en liknande organisation, men som finansieras bland annat av offentliga sjukförsäkringar. Där finns en riksövergripande organisation som aktivt arbetar med efterlevande genom att bland annat ta fram stödmaterial, ge information om var det går att få ytterligare hjälp och genomföra samtalsgrupper<sup>2</sup>.

#### **4.15 Kontaktpunkter för närstående till en individ med risk för suicid**

Det finns inga särskilda kontaktpunkter för närstående, utan det är i första hand deras anhöriga med risk för suicid som har kontakter med hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Om närstående själva behöver söka hjälp är de i första hand hänvisade till primärvården. I viss utsträckning kan till exempel anhöriggrupper inom socialtjänsten användas.

I detta arbete har involverade närstående beskrivit att de många gånger upplever att de saknar tillräckliga kunskaper avseende bemötande av anhöriga med risk för suicid och bristande kunskap om varnings-signaler. Flera som förlorat sina anhöriga genom suicid har framhållit att de gärna hade önskat stöd medan deras anhöriga fortfarande levde, i första hand i form av delaktighet i vården av sin närstående och ökad kunskap kring vad det innebär att ha risk för att genomföra suicid. Många beskriver hur de efteråt bär på

skuld känslor, för att de inte förstått risken och gjort mer för att hjälpa sin anhörige.

Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten, som tidigare nämnts, sammanställt och analyserat vårdgivares händelseanalyser av fullbordade suicid. 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 (Socialstyrelsen, 2020d).

I Sverige har en metod med trestegssamtal inom 48 timmar erbjudits till närstående till individer som har genomfört ett suicidförsök vid högländsjukhuset i Eksjö som har utvärderats avseende deltagarnas upplevelser (Ferm M, 2020). Samtalet fokuserar på hur det var dagen före suicidförsöket, samma dag som suicidförsöket och dagen efter. Närstående beskriver att de känner sig lugnare efter samtalet och hälso- och sjukvårdspersonal har uppfattat att de kan ta del av närståendes kunskap för att erbjuda bland annat bättre preventivt arbete i det enskilda fallet.

#### **4.16 Vad innebär detta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?**

Nedan följer exempel på vad insikterna om kontaktpunkter, roller och arbetet i praktiken innebär för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Exempelen är listade i

---

<sup>2</sup> Se faktabeskrivning om internationella exempel på stöd till efterlevande och organisationen Angerhörige um Suizid – AGUS e.V. URL: <https://www.agus-selbsthilfe.de/>.

ordning utifrån strukturen i första delen av kapitlet (4.1–4.15) där också referenserna finns inkluderade.

#### **4.16.1 Kunskap behövs inom ett stort antal kontaktpunkter**

I gapanalysen har konstaterats att det finns ett stort antal kontaktpunkter inom vilka kunskap behövs; inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt även inom övriga verksamheter (till exempel elevhälsan och företagshälsovården). Behov av kunskap finns därmed betydligt bredare än inom specialistpsykiatri (vilket traditionellt varit den kontaktpunkt inom vilken kunskap funnits). Detta är viktigt att understryka då många som genomför suicid *inte* kommer att ha haft kontakt inom specialistpsykiatri före suicid.

#### **4.16.2 Kunskap inom några kontaktpunkter är särskilt angeläget**

Utifrån analysen kan konstateras att det sannolikt är *särskilt* angeläget med kunskap inom ett antal kontaktpunkter, både utifrån kontaktpunkternas roll och ansvar, samt även utifrån att det är relativt sannolikt att medarbetare inom dessa kontaktpunkter kommer att möta individer med förhöjd risk för suicid. *Primärvården* samt *specialistpsykiatri* är sannolika kontaktpunkter för flertalet individer med risk för suicid.

Inom den *specialiserade somatiska vården* bedöms det vara särskilt viktigt med kunskap inom akutmedicin, geriatrik, intensivvård, internmedicin, kirurgi, neurologi och onkologi.

Inom *socialtjänsten* bedöms det finnas särskilt stort behov av kunskap inom ekonomiskt bistånd, hemtjänst, missbruks- och beroendeverksamhet samt inom utredningsverksamhet av barn och unga. Vidare är olika boendeformer också relevanta kontaktpunkter som till exempel familjehem, LSS-boende, HVB, familjerätt, behandlingshem med flera.

Ovanstående slutsatser har i brist på faktisk kunskap härletts utifrån de sannolika behoven hos de olika riskgrupperna.

#### **4.16.3 Det behövs kompletterande kunskap om kontaktpunkter samt vård eller insatser före suicid**

I dagsläget är kunskapen begränsad om individers kontaktpunkter före suicid, frekvens för besök, typ av kontakt, personalkategori vid besök, ev. psykisk status, samtalskontakter, anhörigkontakter etcetera främst inom socialtjänsten men också hälso- och sjukvården.

Genom att ta fram kunskap om kontakter före suicid, sökorsak och vilka behandlingar som har genomförts kan det bli möjligt att analysera inom vilka kontaktpunkter det finns brister samt risker och fördelar med olika behandlingsregimer vid suicidalitet.

#### **4.16.4 Fem huvudsakliga roller i det individnära arbetet**

I mötet med patienten/brukaren har fem huvudsakliga roller avseende suicidprevention konstaterats: identifiering,

hänvisning, bedömning, behandling och uppföljning.

För alla verksamheter inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten finns behov av kunskap att kunna identifiera och hänvisa individer. För att kunna identifiera och hänvisa krävs kunskap om såväl psykiskt lidande och suicidalitet som kunskap om vad som ska göras i ett eventuellt nästa steg. Vidare krävs, som tidigare har nämnts, kunskaper avseende bemötande, kommunikation och organisation.

Därutöver varierar rollerna och följaktligen även kunskapsbehoven utifrån respektive roll. De olika aktörerna behöver kunskap om sin egen och andras ansvar.

#### **4.16.5 För olika kontaktpunkter behövs anpassad kunskap för olika yrkesgrupper**

Den stora mängden yrkeskategorier som förekommer inom både hälso- och sjukvård samt socialtjänst (samt *inom* kontaktpunkterna) medför att det finns varierande kunskapsbehov och bakgrundkunskap. Kunskapen behöver anpassas för att tillgodose detta. En möjlig väg framåt är att se över kunskapskraven för grundutbildning för olika yrkesgrupper kring möjligheter att inkludera suicidprevention.

#### **4.16.6 Medarbetarna behöver känna trygghet i att fråga samt att ta emot svaret**

Det finns behov av kunskap så att varje medarbetare som möter människor i kris eller med ett svårt psykiskt lidande ska

våga fråga, att veta hur svaret ska tas emot samt att kunna uppleva trygghet och uppleva en tillfredsställande arbetsmiljö, trots vetskapen om att en person patient/klient mår dåligt. Vidare behöver också medarbetare kunskap och färdighet i att veta hur de ska agera när de tar emot budskapet att en individ vill ta sitt liv.

Det bör dock påpekas att det ofta kan upplevas vara psykiskt ansträngande att stödja och hjälpa individer med risk för suicid. Personer som ger stöd är många gånger rädda för att de ska hållas "ansvariga" om patienten/klienten genomför suicid, enligt intervjupersoner. Till exempel berättar intervjuade handläggare som arbetar med ekonomiskt bistånd inom Stockholms stad att det skapar stor oro hos dem när patienten/klienten berättar att hen vill dö. I vissa verksamheter, såsom inom specialistpsykiatri, finns rutiner för hur personalen ska tas om hand efter att en patient har genomfört suicidförsök eller suicid.

Den allmänna bilden utifrån arbetet av gapanalysen är att stödet till medarbetare inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst också behöver stärkas, till exempel genom ökade möjligheter till konsultationer i samband med handläggning av individer med risk för suicid samt stöd för bearbetning i de fall individer genomfört suicidförsök eller suicid.

#### **4.16.7 De respektive aktörerna behöver kunskap om sina olika roller**

Det är viktigt med kunskap hos varje aktör om både vad som faller inom det egna

ansvaret samt kunskap om vad andra aktörer har för roller och ansvar. Det kan finnas behov av förtydliganden och kommunikation så att berörda aktörer får ökad kunskap om roll och ansvar.

#### **4.16.8 Inom specialistpsykiatri**

##### **behövs breda kunskaper bland samtliga medarbetare**

Det är viktigt att säkerställa att de många medarbetare inom specialistpsykiatri, såsom kuratorer, läkare, psykologer, sjuksköterskor, och skötare alla har breda grundläggande kunskaper inom området.

Den stora spridningen av medarbetare gör att det behövs en bred basutbildning som erbjuds alla medarbetare inom suicidprevention.

#### **4.16.9 Specialistpsykiatri behöver fördjupad kunskap att identifiera, bedöma, behandla och följa upp**

Inom specialistpsykiatri behövs kunskap inom alla områden, från identifiering till uppföljning. Bland annat behövs kunskap om hur uppföljning efter suicidförsök ska organiseras och inom vilka tidsfönster den ska genomföras samt av vem, gärna i form av lokala rutiner baserade på evidens och beprövad erfarenhet. Ett alternativ för att genomföra uppföljning skulle vara att undersöka möjligheten för ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för individer som har genomfört suicidförsök.

#### **4.16.10 Primärvården behöver**

##### **framförallt kunskap för att identifiera och hänvisa – men också kunskap om bedömning, behandling och uppföljning**

Inom primärvården krävs i första hand kunskap för att identifiera och hänvisa. I tillägg behövs även viss fördjupad kunskap eftersom primärvården i enskilda patientfall kan bli ansvarig för att bedöma och behandla individer med risk för suicid.

För primärvården är det angeläget med möjlighet att komplettera med relevant kunskap, till exempel konsultation från specialistpsykiatri. Primärvården behöver också kunskap om när den egna verksamhetens ansvar övergår till specialistpsykiatri.

#### **4.16.11 Inom den specialiserade somatiska vården behövs kunskap för att identifiera och hänvisa**

Inom den specialiserade somatiska vården, liksom inom socialtjänsten samt primärvården, behövs också adekvat kunskap för att identifiera och hänvisa individer.

Detta kan omfatta att uppmärksamma symptom såsom ångest, depression, akut stress, smärta och sömnstörningar samt andra somatiska riskfaktorer vid suicid.

Avvägning ska göras för när bedömning behövs av specialist i psykiatri eller när individens psykiska ohälsa kan skötas inom ramen för den egna verksamheten.

#### **4.16.12 Socialtjänsten behöver kunskap för att identifiera och hänvisa**

Inom socialtjänsten finns behov av att kunna identifiera tecken på psykisk ohälsa och känna till vad man bör göra vid mötet med en klient/brukare som uppvisar tecken på förhöjd suicidrisk. I detta ingår bland annat att ha grundläggande kunskap om vanliga risk- och skyddsfaktorer för suicid.

Vidare behöver socialtjänstens medarbetare veta när de ska hänvisa individer vidare till hälso- och sjukvård. Det är viktigt att understryka att socialtjänstens roll vad gäller identifiering *inte* innebär bedömning av suicidrisk. Det behöver finnas möjlighet för medarbetare inom socialtjänsten att konsultera till exempel psykiatrisk expertis vid behov, samt kunskap om kontaktvägarna till sådant stöd.

#### **4.16.13 Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver kunskap som säkerställer trygga övergångar inom och mellan verksamheter**

Medarbetare behöver kunskap om hur trygga övergångar ska genomföras, både vid övergångar mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt mellan socialtjänsten och andra aktörer. Det behövs kunskap om (inom ramen för rådande lagstiftning) vad en ändamålsenlig övergång innebär (utifrån de olika riskgruppernas behov), till exempel vad som behöver göras, när

uppföljning ska ske, hur samverkan på bästa sätt genomförs etcetera.

#### **4.16.14 Särskild kunskap behövs om vårdövergångar mellan psykiatrisk heldygnsvård och öppenvård**

I tillägg till ovan kan nämnas att det också behövs särskild kunskap om vårdövergångar mellan psykiatrisk heldygns- och öppenvård. Eftersom risken för suicid är som högst i samband med utskrivning från heldygnsvård behöver heldygnsvården bland annat kunskap om planering av uppföljning i samverkan med öppenvården i god tid före utskrivning, för att kunna säkerställa en ändamålsenlig uppföljning.

Psykiatrisk heldygnsvård är ofta separerad från öppenvården genom att den utförs i andra lokaler och med andra medarbetare. Att verksamheterna inte är tätt sammanflätade med varandra kan bland annat medföra att olika vårdplaner upprättas för samma patient. För en god vård är det angeläget med kunskap om samverkan mellan heldygns- och öppenvård. Vidare är det fördelaktigt med kunskap så att verksamheten inom heldygns- och öppenvård kan integreras så att patienten upplever en sammanhängande vårdkedja. Till exempel kan samtalskontakter från öppenvården ta en aktiv kontakt med patienten också under pågående heldygnsvård, eller att medarbetare från öppenvården besöker patienten inom heldygnsvården för att kunna bygga förtroende och tillit inför överlämning.

Öppenvården har andra förutsättningar än heldygnsvården och inte samma

möjligheter att kontinuerligt observera patienter. Inom öppenvården behöver medarbetare kunskap om vad de konkret ska göra med individer som har en känd ökad suicidrisk, men som inte är tillräckligt akut för heldygnsvård inom psykiatri. Det behövs kunskap om hur uppföljningen bör utformas för att de facto minska risken.

#### **4.16.15 Elevhälsan och företagshälsovården behöver kunskap för att säkerställa samverkan med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst**

Som tidigare har konstaterats finns hälso- och sjukvårdspersonal även inom elevhälsan och företagshälsovården. Deras primära uppdrag är att identifiera och hänvisa individer med risk för suicid. Suicidala individer bör i första hand inte behandlas inom dessa verksamheter, utan ska vid risk för suicid bedömas inom specialistpsykiatri, vilket således också ställer krav på trygga övergångar. Vidare kan det också bli aktuellt med insatser från socialtjänsten om till exempel barn far illa eller det finns ett samtidigt pågående missbruk. Därmed är det angeläget att det inom elevhälsan och företagshälsovården finns ändamålsenlig kunskap för att kunna säkerställa god samverkan med övrig hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

#### **4.16.16 Det behövs kunskap om när och hur SIP:ar ska genomföras**

SIP:ar är ett viktigt, lagstiftat, verktyg för att säkerställa samverkan mellan verksamheter. Det krävs kunskap bland medarbetare om när och hur samverkans-

aktiviteter som till exempel SIP ska genomföras. Det behöver finnas kunskap om i vilken mån SIP genomförs och säkerställa att alla som har behov får en SIP.

#### **4.16.17 Särskild kunskap behövs för att säkerställa trygga övergångar mellan blåljusverksamhet och hälso- och sjukvård**

I samband med ett suicidförsök kan medarbetare från blåljusverksamhet (polis, räddningstjänst och ambulanssjukvård) möta individer med risk för suicid. Medarbetare inom dessa verksamheter behöver kunskap om bemötande av individer med akut risk för suicid samt om hur överlämning till andra delar inom vården (i första hand specialistpsykiatri och somatisk akutmottagning) kan genomföras med säkerställd informationsöverföring.

Det är bland annat viktigt att medarbetarna inom dessa verksamheter har kunskap om att individer med akut risk för suicid inte får lämnas utan uppsyn samt att det inte får bli ”gap” i överlämningen av individen, så individen lämnas utan tillsyn innan en professionell bedömning av suicidrisken har kunnat genomföras.

Det är även viktigt att ändamålsenlig kunskap finns för adekvat bemötande och/eller stöd av närstående samt efterlevande.

#### **4.16.18 Det behövs kunskap om behovet av tillgänglighet i ett akut skede**

Vid kontaktpunkter inom vilka individer med akut risk för suicid söker hjälp, såsom till exempel specialistpsykiatri och primärvård, behöver det finnas kunskap om vikten av tillgänglighet, behoven av skyndsam och korrekt handläggning (inklusive bemötandet i det akuta skedet) samt kunskap om hur verksamheten kan organiseras för att säkerställa fullgod tillgänglighet.

#### **4.16.19 Det behövs kunskap om hur det akuta krisstödet för efterlevande efter suicid bör utformas**

I ett akut skede vid förlust av en närstående kan efterlevande behöva stödjas. Det behövs kunskap om hur det akuta krisstödet för efterlevande bör utformas samt var ansvaret finns för att stödja efterlevande. Avseende barn anges ett särskilt ansvar i hälso- och sjukvårdslagen, men liknande skrivningar för vuxna återfinns inte i lagtexter för hälso- och sjukvård eller socialtjänst. På liknande sätt som stöd till efterlevande kan också stöd till närstående till en individ som har genomfört suicidförsök vara aktuellt.

Vidare är också kunskapen begränsad vad gäller lämpliga metoder för att stödja efterlevande på längre sikt. Eventuellt finns behov av att se över lämpliga metoder för att utveckla stöd för efterlevande även i detta skede.

#### **4.16.20 Behov av kunskap om arbetssätt som säkerställer systematiskt lärande utifrån alla genomförda suicid(försök)**

Som beskrevs i avsnitt 4.12 har händelseanalyser av lex Maria-anmälda suicid mellan åren 2006 och 2018 identifierat att det finns betydande förbättringsområden, där huvudsakliga identifierade förbättringsområden rör bristande följsamhet till rutiner, avsaknad av rutiner samt brister vid vårdövergångar och informationsöverföring. Dock konstateras i (Roos af Hjelmsäter E, 2019) att de vidtagna åtgärderna inom hälso- och sjukvården efter suicid inte i fullgod utsträckning svarar mot identifierade brister i händelseanalyserna.

Detta styrks vidare av det faktum att identifierade utvecklingsområden i stort har varit desamma över tid, där insikter från händelseanalyser inte fullt ut tycks omsättas i förbättring. Det finns behov av kunskap om hur man genomför händelseanalyser och omvandlar insikterna till konkret förbättring i praktiken, samt behov av att stärka kunskapen om vikten av att lärdomar från händelseanalyser blir tillvaratagna och implementeras i verksamheten på ett systematiskt sätt.

Även socialtjänsten skulle inom ramen för SOSFS (2009:9) ledningssystem för kvalitet kunna utveckla rutiner för att utveckla och genomföra ett systematiskt arbete utifrån händelseanalyser vid suicidförsök.

#### 4.16.21 Kunskap behövs om involvering av närstående


Kunskap behövs om hur närstående till individer med risk för suicid kan vara delaktiga. Närstående kan med fördel göras delaktiga i vården av individer med risk för suicid, till exempel genom att vara delaktiga i framtagandet av behandlingsplaner och stöttning av den suicidnära individen. Medarbetare inom hälso- och sjukvården behöver kunskap om vikten av *att* involvera närstående samt kunskap om *hur* de ska göra det.

Vidare behövs kunskap/information riktad till de närstående som medarbetare

kan hänvisa till, till exempel tryckt information till närstående om vad det innebär att leva nära en individ med risk för suicid och vad de kan göra. Kunskap behöver tillgängliggöras till såväl närstående som till allmänheten.

Överlag kan nämnas att intervjupersoner har beskrivit att brett riktad information till allmänheten också kan fungera som ett bra stöd. Ett sätt att nå till exempel skolungdomar brett, som har lyfts av intervjupersoner, vore att inkludera ett moment om psykisk ohälsa och suicid i läroplanen för exempelvis ämnet idrott och hälsa.





**”Det finns egentligen ganska mycket kunskap  
framtagen. Problemet är att tillgängliggöra och  
sprida den på ett bra sätt ut i verksamheten.”**

*- Medarbetare inom hälso- och sjukvården*

# **KAPITEL 5**

---

**Förekomst och tillämpning av  
kunskapsstöd**

# 5

## FÖREKOMST OCH TILLÄMPNING AV KUNSKAPSTÖD

*I kapitel 3–4 analyserades vilken kunskap som behövs inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån riskgrupper, kontaktpunkter samt roll- och ansvarsfördelning. Med utgångspunkt i dessa slutsatser analyseras i detta kapitel vilken kunskap som i dagsläget finns tillgänglig för att stödja hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och stödja efterlevande. Kartläggningen omfattar tillgänglig kunskap nationellt, exempelvis från myndigheter och nationella kunskapsstyrningsinitiativ, samt regionalt/lokalt, exempelvis från regioner och kommuner för berörda yrkesgrupper inom dessa verksamheter. Kapitlet inleds med en beskrivning i form av en kartläggning av tillgängliga kunskapsstöd för att stödja hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete samt övergripande slutsatser från kartläggningen. Därefter följer en redovisning av identifierade, tillgängliga kunskapsstöd uppdelat på specialistpsykiatri, primärvård, specialiserad somatisk vård och socialtjänst. Vidare beskrivs även insikter vad gäller tillgänglighet, spridning och användning av kunskapsstöden. Kapitlet avslutas med exempel på insikter relevanta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.*

### **5.1 Kunskap för medarbetare inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst**

För att förstå vilken kunskap som finns tillgänglig inom hälso- och sjukvården

respektive socialtjänsten har en kartläggning av kunskapsstöd genomförts. Den omfattar kunskapsstöd för att förebygga suicid samt för att stödja efterlevande. Kartläggning har omfattat

kartläggning av kunskapsstöd på såväl nationell samt regional nivå.

I arbetet med kartläggningen av nationellt tillgängliga kunskapsstöd undersöktes tillgängliga material på myndigheters och yrkesgruppsförbunds hemsidor. Dessutom tillfrågades, för ytterligare kvalitetssäkring, företrädare från myndigheten/organisationen om ytterligare material.

Regionala kunskapsstöd har eftersökts i form av genomgångar av samtliga regioners hemsidor och i förekommande fall deras databaser för kunskapsstöd. De suicidpreventionssamordnare som har intervjuats, liksom övriga regionföreträdare, har också erbjudits möjlighet att komplettera med kunskapsstöd.

Kunskapsstöd för kommunalt ändamål har i första hand samlats in löpande under arbetets gång i samband med intervjuer och fokusgrupper. I en del handlingsplaner och forskningsstudier hänvisas också till kommunala styrdokument som vi har valt att inkludera i gapanalysen.

De identifierade kunskapsstöden omfattar följande kategorier:

- *Nationella vårdprogram och riktlinjer* – avser nationella riktlinjer samt övriga vårdprogram och riktlinjer utgivna på ”nationell nivå”, som till exempel kliniska riktlinjer från Svenska Psykiatriska Föreningen och vård- och insatsprogram från nationella systemet för kunskapsstyrning. Nationella riktlinjer från

Socialstyrelsen har inkluderats trots att de i första hand är riktade till beslutsfattare eftersom de ofta används i det kliniska arbetet.

- *Lokala vårdprogram och riktlinjer* – avser vårdprogram, riktlinjer och rutiner som har utarbetats på regional/lokal nivå riktade i första hand till individnära yrkesgrupp. Detta kan vara antingen regionalt eller kommunalt framtaget, men det kan också vara att ett enskilt sjukhus eller klinik har tagit fram ett material.
- *Utbildning* – avser olika former av utbildning och kan bland annat omfatta föreläsningar, webb-utbildningar, skriftligt material med mera.
- *Metodstöd* – avser material som kan användas för att tillämpa kunskap i det dagliga arbetet. Det kan till exempel utgöras av stöd för suicidriskbedömning, en checklista inför utskrivning eller skattnings-skalar.

Utöver ovan beskrivna kunskapsstöd finns även ett stort antal ytterligare kunskapsstöd såsom forskningsöversikter som har identifierats under kartläggningen. Dessa har inte inkluderats i sammanställningen då de i första hand inte riktar sig till de individnära medarbetarna.

Nedan beskrivs kortfattat några övergripande slutsatser gällande förekomsten av kunskapsstöd per de olika kategorierna.

### *Nationella vårdprogram, riktlinjer inklusive vård och insatsprogram*

- På nationell nivå finns nationella riktlinjer för psykiatriska sjukdomar som depression och ångest, vilka tar upp suicidriskbedömningar. De är dock i första hand riktade till beslutsfattare, men tycks i viss utsträckning även användas av medarbetare inom såväl hälso- och sjukvård samt socialtjänst.
- På nationell nivå finns också vård- och insatsprogram för medarbetare inom specialistpsykiatri, primärvården, socialtjänsten och skola för till exempel schizofreni. Svenska Psykiatriska Föreningen har givit ut egna kliniska riktlinjer för suicidnära patienter (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Även Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri har tagit fram riktlinjer för depression som innehåller avsnitt om suicidalitet. Yrkesgruppsförbund såsom Riksföreningen för Skolsköterskor, Sveriges Psykologförbund och Sveriges Skolkuratorers förening har inte tagit fram några riktlinjer på området.
- Nationella riktlinjer för somatisk sjukdom (till exempel nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer-vård och nationella riktlinjer för multipel skleros och Parkinsons sjukdom) omfattar inte information om suicid.

### *Lokala vårdprogram och riktlinjer*

- Framtagna lokala riktlinjer och metodstöd finns i första hand för specialistpsykiatri.
- Specifikt för primärvården finns inte särskilt många lokala riktlinjer och metodstöd, utan det har framkommit att man i första hand utgår från riktlinjer för specialistpsykiatri.

### *Utbildning*

- Ett flertal suicidpreventiva utbildningar finns av olika längd; kortare digitala utbildningar om cirka 1–2 timmar alternativt föreläsningsserier omfattande ett antal dagar upp till en vecka finns i både digital och fysisk form.
- Av utbildningarna är en del fritt tillgängliga, medan andra som till exempel instruktörsutbildningen till MHFA är förenade med en avgift, fast därefter kan instruktören utbilda övriga medarbetare kostnadsfritt inom sin sektor (NASP, 2019b).

### *Metodstöd*

- Ett antal metodstöd har identifierats. De utgörs i första hand av suicidriskbedömningsinstrument avsedda för hälso- och sjukvård och är då främst framtagna för specialistpsykiatri. De är i huvudsak riktade till läkare och psykologer. Dessa utgörs främst av skattningsskalor.

Det finns i relativt begränsad utsträckning metodstöd för socialtjänsten.

## 5.2 Fördjupad beskrivning av utbildningar i suicidprevention

En tydlig slutsats från kartläggningen som övergripande beskrivits ovan, är att utbildningar är ett vanligt förekommande kunskapsstöd i såväl regioner som kommuner.

Många gånger tycks huvudmännen använda färdiga utbildningar, men det finns också exempel på utbildningar som är framtagna i egen regi. Till exempel har Jönköpings kommun tagit fram en utbildning i suicidprevention med utgångspunkt i nationellt tillgängligt material, men anpassat den för sin verksamhet (Livräddande utbildning för psykisk hälsa) (Jönköpings kommun, u.d.). Det finns också exempel på regioner och kommuner som använder olika typer av e-utbildningar som till exempel Suicid-Prevention i Svensk Sjukvård (SPiSS) som är utvecklad av Region Skåne (Region Skåne, 2018).

Tillgängliga utbildningar kan vara i fysisk eller digital form. Många av de företrädare från regioner och kommuner som har intervjuats inom ramen för kartläggningen har tillgång till både fysiska och digitala utbildningar. Det tycks vara vanligast att ha båda former, men att prioritera till exempel de som har mer intensiv kontakt med individer till att genomföra en fysisk utbildning, medan en kortare digital utbildning i vissa fall ges till alla medarbetare.

Det är viktigt att påpeka att utbildningar i en verksamhet ofta behöver upprepas på grund av bland annat personalomsättning, förändrat kunskapsläge samt att medarbetarna behöver repetera sina kunskaper. Ett återkommande inslag i genomförda intervjuer är att tidsbrist i verksamheten gör att det är svårt att genomföra bredare utbildningsinsatser. Vidare har intervjupersoner tryckt på att utbildningar behöver ske kontinuerligt, till exempel genom att det finns en plan för hur kompetensen ska finnas även över tid. I genomförda intervjuer har flera intervjupersoner framhållit att en utmaning i dagsläget är att utbildningar ofta genomförs som en ”engångssatsning”.

Upplägget varierar också mellan utbildningar från att antingen vara i form av mer traditionella katedrala föreläsningar till att innebära högre grad av interaktivitet från deltagaren. Digitala utbildningar kan vara i form av inspelade föreläsningar med stödmaterial till att vara mer modulbaserade där användaren själv kan sätta samman ett lämpligt utbildningspaket med både filmer, föreläsningar och diskussionsunderlag som i till exempel Socialstyrelsens modulutbildning *Det vi inte ser*.

Det kan vara värt att påpeka att utbildningarna delvis har olika målgrupper och lärandemål, samt därmed fyller olika syften, och att utbildningarna inte nödvändigtvis kan jämföras rakt av. Korta, intensiva och faktsäckade utbildningar skiljer sig

från längre utbildningar med fokus på fördjupade kunskaper och praktisk övning. Målet med de kortare utbildningarna är i första hand att få en orienterande bild inom suicidområdet, medan längre och mer interaktiva utbildningar i första hand syftar till att ge deltagarna verktyg att möta suicidala individer/individer med risk för suicid.

Mental Health First Aid (MHFA) är en spridd utbildning som är anpassad till Sverige av NASP vid Karolinska Institutet (NASP, 2019d). Utbildningen har fått stor spridning och många regioner och kommuner utbildar egna instruktörer. MHFA erbjöds 2019 på läkarprogrammet vid medicinska fakulteten i Lund och det långsiktiga målet är att erbjuda kursen på samtliga utbildningsprogram (Lunds Universitet, 2019). Vetlanda kommun har också beslutat att utbilda samtliga anställda inom MHFA (Höglandets räddningstjänstförbund, 2020). NASP har också en kortare utbildning i

suicidprevention – Aktion Livräddning med syfte att sprida kunskap om psykisk ohälsa och suicid (NASP, 2020b).

Psyk-e bas suicid är ett utbildningsprogram om totalt 40 timmar med ett antal föreläsningar, fallbeskrivningar och diskussionsfrågor (Psyk-E bas, 2020).

På Youtube finns ett antal filmer från NASP som ingår i utbildningsserien "Att tala om självmord är ett skydd för livet". Bland annat ingår moment om risk- och skyddsfaktorer, akut omhändertagande av självmordsnära individer och vad man ska tänka på vid avdelningsvård av suicidala individer (NASP, 2016). Vidare finns också en bok som kan användas i form av studiecirkel för suicidpreventivt arbete (Ringskog Vagnhammar, 2017).

Tabell 2 visar en sammanställning av identifierade utbildningar inom suicidprevention.

**Tabell 2** Översikt över vanligt förekommande utbildningar som kan användas inom hälso- och sjukvård och socialtjänst avseende suicidprevention. \*Av utbildningar i tabellen har MHFA vetenskaplig evidens, medan övriga inte har utvärderats.

Utbildning*	Avsändare/ organisation	Fritt till- gänglig	Digital	Tid	Målgrupp
<i>Suicid- prevention i svensk sjukvård (SPiSS)</i>	Region Skåne	X	X	1–2 h	Medarbetare i hälso- och sjukvård och andra verksamheter
<i>Aktion livräddning</i>	Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention			1 d	Medarbetare som kommer i kontakt med suicidnära och sårbara människor
<i>Mental Health First Aid (MHFA)</i>	Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention			12–14 h	Ingen specifik, utan brett riktad
<i>Våga fråga</i>	Suicide Zero			2 h	Ingen specifik, utan brett riktad
<i>Deplyftet</i>	Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri			5 d	Behandlare inom barn- och ungdomspsykiatri
<i>Det vi inte ser</i>	Socialstyrelsen	X	X	-	Medarbetare i hälso- och sjukvården som möter individer med psykisk ohälsa
<i>Psykisk livräddning</i>	Suicidprevention i Väst			3–8 h	Finns inriktningar mot till exempel hälso- och sjukvård och kommun
<i>Akut omhänder- tagande av suicidal person (AOSP)</i>	Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention			5–8 h	I första hand medarbetare inom blåljusorganisationer
<i>Akut omhänder- tagande av suicidal person – Allmänheten (AOSP-A)</i>	Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention			8 h	Medarbetare i andra organisationer än ”blåljusorganisationer” och allmänhet
<i>Psyk-E bas suicid</i>	Region Stockholm och Karolinska Institutet		X	40 h	Bred målgrupp inom kommuner, regioner, privat och ideell sektor
<i>Att tala om självmod är ett skydd för livet</i>	Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention	X		1,5 h	Medarbetare som möter människor i kris, t.ex. socialtjänst, skola, primärvård etc.



### 5.3 Bedömningsinstrument för suicidrisk

Det finns ett antal bedömningsinstrument för suicid avsedda att användas inom olika verksamheter. En del är riktade i första hand till specialistpsykiatri som till exempel SAD PERSONS scale och Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Andra kan användas inom somatisk akutsjukvård för screening som till exempel Manchester Self Harm Rule (MSHR) eller Södersjukhuset Self-Harm Rule (SoS-4).

En annan grupp instrument som används inom primärvården innehåller i första hand frågor som handlar om depression och livslust såsom till exempel Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).

En genomgång av SBU genomförd år 2015 visade att det i nuläget saknas vetenskapligt stöd för att något skattningsinstrument har tillräcklig tillförlitlighet för att kunna användas för att förutsäga framtida suicid (SBU, 2015). Vad gäller SAD PERSONS scale anges dessutom att en majoritet av de personer som senare genomför en suicidhandling inte identifieras. Det lyfts dock i rapporten fram att för till exempel instrumentet C-SSRS fanns inte tillräckligt med studier för att kunna bedöma tillförlitligheten och för MADRS fanns inga studier som hade utvärderat suicidfrågan vid tiden för rapportens publicering och mer forskning efterlystes.

### 5.4 Förkunskap om suicidprevention varierar mellan olika yrkeskategorier

Medarbetare inom såväl hälso- och sjukvården samt socialtjänsten har olika förkunskaper. En generell bild är att kunskapen om suicidprevention från grundutbildningen är begränsad.

Vad gäller personal inom hälso- och sjukvården är det i första hand läkare som har inslag av suicidprevention i sin grundutbildning. För läkare består dessa moment i allmänhet av ett fåtal föreläsningar eller gruppdiskussioner. Psykologutbildningen har inget moment i grundutbildningen avseende suicidprevention, men under psykologtjänstgöringen (PTP) efter examen kan en del individer ha placering i verksamheter där de lär sig om suicidprevention. Sjuksköterskor som specialiserar sig inom psykiatri får kunskap om suicidprevention, men det ingår inte i alla grundutbildningar runtom i landet. Vad gäller övriga utbildningar inom hälso- och sjukvårdsyrken liksom för yrken inom socialtjänsten som socionomer, kuratorer med flera finns inga tydliga kunskapskrav eller moment inom suicidprevention.

Verksamheten ställer inte heller i allmänhet krav på att medarbetare som anställs ska ha kunskap om suicidprevention. Generellt gäller också att inom vissa verksamheter anställs också medarbetare utan formell grundutbildning och i vissa fall ställs inte heller de kraven. Så är fallet inom HVB och hemtjänst där det många gånger kan vara svårt att hitta personal med rätt utbildning. Vad gäller

exempelvis HVB anges i regel inte heller några krav på medarbetares lägsta kompetensnivå.

## 5.5 Kartläggning av kunskapsstöd för hälso- och sjukvården

I detta avsnitt beskrivs tillgången på kunskapsstöd för specialistpsykiatri, primärvård, specialiserad somatisk vård och socialtjänst.

Respektive avsnitt är indelat i underavsnitten ”nationellt” samt ”regionalt/lokalt”, där vi i det förstnämnda avsnittet beskriver kunskapsstöd utgivna av nationella aktörer såsom myndigheter och yrkesgruppsförbund, medan vi därefter beskriver kunskapsstöd från regioner och kommuner. Först beskrivs generell tillgång till kunskap och kunskapsstöd för respektive aktör och därefter per riskgrupp i tillämpliga fall.

### 5.5.1 Kunskapsstöd för specialistpsykiatri

Merparten av identifierade kunskapsstöd inom ramen för detta arbete har varit riktade till specialistpsykiatri. Det finns regionala och lokala vårdprogram för bland annat vård och stöd till individer med suicidproblematik. För majoriteten av Sveriges regioner har vi identifierat den här typen av kunskapsstöd. Innehållet i dessa kunskapsstöd är överlag detsamma.

#### Kunskap och kunskapsstöd på nationell nivå

##### a. Generellt

Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer finns tillgängliga på nationell nivå för utredning och vård av suicidnära patienter som i första hand är riktade till specialistpsykiatri. Dessa kliniska riktlinjer innehåller omfattande information om bakgrund till suicid, risk- och skyddsfaktorer samt möjliga åtgärder.

Nationellt finns ett flertal utbildningar tillgängliga. Dessa är inte framtagna speciellt för specialistpsykiatriens medarbetare, utan riktade till en bredare målgrupp. Det är främst MHFA, Psyk-E bas suicid och SPiSS som används, enligt intervjupersoner.

##### b. Per riskgrupp

#### *Individer med psykos- eller bipolär sjukdom*

I nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd finns måttligt innehåll om suicid i relation till dessa tillstånd (Socialstyrelsen, 2018b). Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för schizofreni beskriver mer omfattande om suicid vid tillståndet (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009). Kliniska riktlinjer utgivna av Svenska Psykiatriska Föreningen för bipolär sjukdom innehåller måttlig mängd information inom området suicid (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2014).

I vård- och insatsprogrammet ”Schizofreni och liknande tillstånd” finns också information om suicid (Nationella vård- och insatsprogram, 2019a).

Det pågår diskussioner om att ta fram vård- och insatsprogram för ätstörningar

och suicidprevention, men ett sådant arbete har ännu inte inletts. Möjligheten av ett standardiserat vårdförlopp för individer som har genomfört ett suicidförsök har också lyfts.

#### *Individer med depression*

På nationell nivå finns nationella riktlinjer för ångest och depression som beskriver suicidalitet. Dessa nationella riktlinjer är i första hand avsedda för beslutsfattare, men mer än 50 procent av läkare anger att de använder dessa som ett kunskapsstöd för sitt arbete (SOU, 2017).

Ett material med nationell spridning som är framtaget av Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri är ”Deplyftet”. Det är i första hand ett material angående depression, men kan också ses som ett slags metodstöd för suicidalitet eftersom det omfattar stöd om hur en konsultation kring suicidalitet och depression ska genomföras adekvat (SFBUP, u.d.).

Vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom kommer att lanseras under våren 2020 (Uppdrag Psykisk Hälsa, 2020).

#### *Ungdomar och unga vuxna med psykisk sjukdom*

För självskadebeteende finns ett vård- och insatsprogram framtaget som innehåller information om suicid (Nationella vård- och insatsprogram, 2019b).

#### *Äldre män, ofta med svagt socialt nätverk*

För äldre finns kliniska riktlinjer utgivna av Svenska Psykiatriska Föreningen (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013).

Riktlinjerna är dock riktade generellt till gruppen äldre och inte specifikt till män.

#### *Övriga riskgrupper*

Inga särskilda kunskapsstöd avseende suicidprevention för den specialiserade psykiatrin identifierade för övriga riskgrupper.

Vård- och insatsprogram kommer även att lanseras för ADHD samt Missbruk och beroende i närtid ([www.vardochinsats.se](http://www.vardochinsats.se)).

### **Kunskap och kunskapsstöd på regional/lokal nivå**

#### ***a. Generellt***

Samtliga regioner har någon form av lokala riktlinjer eller vårdprogram för hur individer med suicidrisk ska hanteras. Till exempel är en generell rutin vid psykiatriska kliniker att genomföra en suicidriskbedömning vid varje läkar-kontakt. Vidare finns metodstöd som till exempel suicidstegen, vilken är en spridd metod för att klassificera var en individ befinner sig på ett kontinuum från nedstämdhet till konkreta suicidplaner. Som exempel kan Region Hallands struktur för suicidriskbedömning nämnas som innebär att använda suicidstegen samt sammanställningar av risk- och skyddsfaktorer för suicid för att få en helhetsbild om suicidrisken (Region Halland, 2019).

Utöver detta finns flertalet skattnings-skalor för suicidrisk som ibland har integrerats i lokala metodstöd som till exempel SAD PERSONS scale. I nuläget saknas evidens för samtliga skattnings-instrument (SBU, 2015). I tillägg till dessa skalor och instrument finns också på

många håll checklistor eller motsvarande uppställning där risk- och skyddsfaktorer för suicid har sammanställts som utgör ett stöd för i första hand läkare att bedöma suicidrisk. Det finns även lokala stöd framtagna som kan handla om till exempel semistrukturerade eller strukturerade intervjuer att använda vid telefonrådgivning för att bland annat bedöma suicidrisken.

Vidare finns på en del psykiatrienheter lokalt framtagna metodstöd över omhändertagande av medarbetare i samband med att suicid har skett på avdelningen.

#### **b. Per riskgrupp**

##### *Individer som tidigare har genomfört ett suicidförsök*

Som stöd för uppföljning efter ett genomfört suicidförsök finns i regel lokala riktlinjer och rutiner som beskriver hur och när en patient ska följas upp efter utskrivning. De kan innehålla information om när återbesök ska ske och till vilken enhet samt vad som ska erbjudas vid de olika återbesöken.

##### *Individer med missbruks- och beroendeproblematik*

Det finns generellt framtagna kunskapsstöd i form av lokala riktlinjer avsedda för handläggning av individer med missbruks- eller beroendeproblematik.

##### *Individer med psykos- eller bipolär sjukdom*

För den här gruppen individer finns lokala kunskapsstöd i form av riktlinjer för bipolär sjukdom och schizofreni.

##### *Individer med depression*

Det finns lokala riktlinjer för vård och behandling av depression i samtliga Sveriges regioner.

##### *Övriga riskgrupper*

Inga särskilda kunskapsstöd avseende suicidprevention för den specialiserade psykiatrin har identifierats för övriga riskgrupper.

### **5.5.2 Kunskapsstöd för primärvården**

För primärvården finns kunskapsstöd framtagna i första hand på regional/ lokal nivå. Det finns också en del exempel på material som ursprungligen tagits fram inom en region, men som har fått spridning till andra regioner. Till viss del finns även material inom regioner som i första hand är framtaget inom den specialistpsykiatrin, men vars innehåll såsom till exempel instruktioner för suicidriskbedömning också kan användas inom primärvården. I nuläget finns, som tidigare har nämnts, inga skattningsinstrument för suicidrisk som har tillräcklig evidens för att kunna användas med säkerhet i det kliniska arbetet (SBU, 2015).

Det är stor skillnad på hur vårdcentraler utbildar sina medarbetare inom suicidprevention och hur de följer upp med repeterande insatser. Det finns också varierande struktur för att utbilda nyanställda. För primärvården har vi kunnat identifiera rutiner, handlingsplaner, handlägningsöverenskommelser eller motsvarande som anger vilken typ av psykisk ohälsa som ska handläggas inom

primärvården respektive inom specialistpsykiatri.

## **Kunskap och kunskapsstöd på nationell nivå**

### **a. Generellt**

Ett exempel på särskilda riktlinjer specifikt för handläggning av suicidnära patienter på nationell nivå har identifierats i form av Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för suicidnära patienter (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013). Målgruppen är i första hand specialister i psykiatri, men innehållet i riktlinjerna kan också användas inom primärvården.

Användning av nationellt tillgängliga utbildningar som till exempel MHFA, Psykisk livräddning, SPiSS med flera tycks skilja sig åt mellan olika primärvårdsenheter där en del har regelbunden utbildning, medan det saknas i andra verksamheter. Som exempel på en region som regelbundet genomför utbildningar inom primärvården kan Västra Götalandsregionen nämnas. Där utbildas regelbundet medarbetare vid vårdcentraler i Psykisk Livräddning som ger grundläggande kunskap om bland annat riskfaktorer för suicid och bemötande av en suicidal med risk för suicid (Suicidprevention i Väst, b; Törnberg E-M, 2019).

1177 Vårdguiden är i första hand riktad till patienter för egenvård, men kan också användas av medarbetare inom hälso- och sjukvård för att få en orienterande bild om vissa tillstånd. Materialet är dock inte huvudsakligen framtaget för att utgöra kliniskt beslutsstöd för vårdgivare.

### **b. Per riskgrupp**

#### *Individer med depression*

På nationell nivå finns bland annat nationella riktlinjer för depression och ångest som är riktade till hälso- och sjukvården generellt. Det finns också kliniska riktlinjer för behandling av depression som också innehåller avsnitt om suicid, till exempel från Svenska Psykiatriska Föreningen.

#### *Övriga riskgrupper*

Inga särskilda kunskapsstöd avseende suicidprevention för primärvården har identifierats för övriga riskgrupper.

## **Kunskap och kunskapsstöd på regional/lokal nivå**

### **a. Generellt**

På lokal nivå finns riktlinjer framtagna för suicidnära patienter. Det finns också exempel där omhändertagande av suicidala individer har infogats i riktlinjer för depression. Inom till exempel Region Stockholm finns riktlinjer för omhändertagande av suicidnära patienter riktade till primärvården (Ejeby K., 2019).

Lokala riktlinjer från Region Stockholms portal viss.nu tycks också ha fått spridning till i första hand andra primärvårdsenheter utanför regionen (SOU, 2017). Det gäller likaledes att kunskapsstöd för specialistpsykiatri också är publikt tillgängliga, vilket gör att de kan användas inom primärvården för att genomföra suicidriskbedömningar. Det är dock skillnad på olika typer av bedömningar och de behöver göras anpassat efter situation.

### **b. Per riskgrupp**

#### *Övriga riskgrupper*

Inga särskilda kunskapsstöd avseende suicidprevention för primärvården är identifierade för övriga riskgrupper.

### **5.5.3 Kunskapsstöd för den specialiserade somatiska vården**

Under arbetets gång har ett begränsat antal kunskapsstöd identifierats specifikt för den specialiserade somatiska vården. I såväl nationella som lokala vårdprogram och riktlinjer för somatiska sjukdomar finns begränsad eller ingen information om förhöjd suicidrisk vid olika tillstånd. För kunskapsstöd inom suicidprevention får den specialiserade somatiska vården i första hand använda material framtaget för specialistpsykiatri.

Utbildning speciellt framtagen för specialiserad somatisk vård har inte identifierats. Däremot finns en generell utbildning i form av SPiSS (som beskrivits ovan), som är framtagen för alla medarbetare inom hälso- och sjukvård.

Inga metodstöd för medarbetare inom somatisk vård med innehåll att identifiera och hänvisa individer med risk för suicid har identifierats.

### **Kunskap och kunskapsstöd på nationell nivå**

#### **a. Generellt**

Nationella riktlinjer för behandling av somatiska sjukdomar som multipel skleros (MS) och olika cancerformer har i all-

mänhet begränsat till obefintligt innehåll om suicid.

Den specialiserade somatiska vården ska i första hand identifiera och hänvisa. Nationellt tillgängliga kunskapsstöd för detta är bland annat de utbildningar som har beskrivits för specialistpsykiatri och primärvården. Det finns också nationella riktlinjer för ångest och depression som beskriver handläggning av suicidnära patienter. Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för utredning och vård av suicidnära patienter kan också utgöra ett stöd för specialiserad somatisk vård.

### **b. Per riskgrupp**

Inga särskilda kunskapsstöd avseende suicidprevention för den specialiserade somatiska vården identifierade för riskgrupper.

### **Kunskap och kunskapsstöd på regional/lokal nivå**

#### **a. Generellt**

Regionala och lokala vårdprogram och riktlinjer för somatiska sjukdomar tar i allmänhet inte upp suicidrisk.

Medarbetare inom specialiserad somatisk vård hänvisade till dokument framtagna för i första hand specialistpsykiatri för att få kunskap om hur suicidnära patienter ska handläggas, vilket är en liknande situation som för primärvården. Ytterligare ett sätt för att hantera kunskapsbrister för att handlägga suicidnära patienter är att konsultera psykiatrijour eller psykiatrikonsult. Att konsultera andra specialiteter utanför sin egen är ett

etablerat arbetssätt bland läkare vid handläggning av patienter utanför ens egen specialitet.

#### **b. Per riskgrupp**

Inga särskilda kunskapsstöd avseende suicidprevention för den specialiserade somatiska vården identifierade för riskgrupper.

## **5.6 Kartläggning av kunskapsstöd för socialtjänsten**

Inom socialtjänsten finns ett stort antal metodstöd för de olika delarna av verksamheten, som i olika utsträckning i dagsläget omfattar suicidprevention. Under arbetet med gapanalysen har det inte framkommit huruvida det finns en överblick över de samlade metodstöden eller i vilken mån relevanta delar innehåller kunskapsstöd för suicidprevention i det individnära arbetet.

#### *Stöd för systematiska arbetssätt*

I nuläget finns inom socialtjänsten bland annat kunskapsstöd för handläggning av och unga (barns behov i centrum – BBIC) samt övriga individer (individens behov i centrum – IBIC). BBIC är ett arbetssätt som syftar till att ge en struktur för handläggning, genomförande och uppföljning för socialtjänsten i mötet med barn och unga (Socialstyrelsen, 2019i). IBIC är ett liknande arbetssätt som kan användas för alla personer oavsett ålder och som behöver insatser utifrån socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (Socialstyrelsen, 2019j).

#### *Stöd för skattningsskalor*

Det finns också skattningsskalor för att fråga om våld i nära relationer (FREDA) samt bedömningsmetod för kartläggning av biståndsmottagares behov (FIA – Förutsättningar Inför Arbete).

Såväl bedömningsinstrument som skattningsskalor är i nuläget etablerade kunskapsstöd inom socialtjänsten och intervjupersoner har framhållit att det eventuellt skulle vara möjligt att införa ett avsnitt om suicidalitet i dem som kan användas i samband med utredningar.

### **Kunskap och kunskapsstöd för suicidprevention till socialtjänsten på nationell nivå**

#### **a. Generellt**

På nationell nivå har vi inte identifierat några kunskapsstöd gällande suicidprevention riktade specifikt till medarbetare inom socialtjänsten för det individnära arbetet.

Däremot använder socialtjänsten till viss del andra nationellt tillgängliga kunskapsstöd i arbetet med suicidprevention. Under gapanalysen framkom framförallt användning av utbildningar, stöd för genomförande av händelseanalyser, 1177.se (som är utvecklad för invånarna) och fass.se med läkemedelsinformation.

MHFA, Psyk-E bas suicid och SPiSS är exempel på nationellt tillgängliga utbildningar, som används, även om de inte är särskilt anpassade för socialtjänstens medarbetare eller verksamhet. På en del håll utbildas också

medarbetare inom Psykisk Livräddning Kommun (PLR Kommun) som är en utbildning i grunder om suicidologi riktad till bland annat socialtjänstens medarbetare (Suicidprevention i Väst, a).

Folkhälsomyndigheten och Socialtjänsten har utvecklat stöd för att genomföra händelseanalyser efter suicid i kommuner (Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, 2016). Materialet vänder sig dock i första hand till kommunala tjänstemän i beslutsfattande ställning och syftet är att händelseanalyser ska genomföras för att lyfta fram områden i verksamheten som behöver utvecklas, snarare än att vara riktad mot medarbetare inom socialtjänsten. Det saknas för närvarande kunskap om i vilken omfattning det görs händelseanalyser inom socialtjänsten efter suicid som genomförts av individer med aktuell kontakt.

### **b. Per riskgrupp**

#### *Individer med missbruks- och beroendeproblematik*

Från nationellt håll finns *Dokumentationssystem inom missbrukarvården* (Socialstyrelsen, 2018a) och *Addiction severity index* (Socialstyrelsen, 2019f) som båda är en form av intervju- och bedömningsmetoder för klienter inom i första hand missbruksvården. De innehåller båda ett avsnitt med ett urval av frågor om suicid och fungerar således som metodstöd för suicidscreening som används av socialtjänstens personal inom missbruk och beroende. I dessa manualer finns dock

ingen hänvisning för hur ett positivt svar ska handläggas vidare.

### *Övriga riskgrupper*

Inga särskilda kunskapsstöd avseende suicidprevention för socialtjänsten identifierade för övriga riskgrupper.

## **Kunskap och kunskapsstöd till socialtjänsten för suicidprevention på regional/lokal nivå**

### **a. Generellt**

På lokal nivå förefaller det finnas stor variation i mängden tillgängliga kunskapsstöd för socialtjänstens medarbetare. Tillgången till kunskapsstöd varierar också inom socialtjänstens verksamheter inom en kommun.

Bilden som förmedlas vid kontakt med kommuner har varit relativt samstämmig i arbetet – lokala riktlinjer saknas till stor del. Dock har till exempel åtta av tio socialtjänster i Stockholms stad rapporterat att de har handlingsplaner för att följa upp psykisk ohälsa, där suicidförsök och suicid ingår (Hagström A, 2018). I övrigt har enskilda verksamheter såsom till exempel hemtjänst i förekommande fall har tagit fram lokala metodstöd i form av till exempel telefonlistor för kontakter när en individ befaras ha risk för att genomföra suicid, vilket har framkommit i intervjuer under projektets gång.

### **b. Per riskgrupp**

#### *Individer som tidigare har genomfört ett suicidförsök*



Lokala kunskapsstöd finns som fångar upp individer som har genomfört tidigare suicidförsök. I till exempel Stockholms stad finns i en del stadsdelsnämnder handlingsplaner som används för att följa upp psykisk ohälsa som är inriktade mot tidigare suicidförsök (Hagström A, 2018).

#### *Individer med missbruks- och beroendeproblematik*

Lokala kunskapsstöd förekommer inom vissa enheter där individer med missbruks- och beroendeproblematik får behandling. En boende- och behandlingsenhet inom Stockholms stad har som exempel rutiner för att fråga klienter/brukare om risk för suicid (Stockholms stad, u.d.).

#### *Övriga riskgrupper*

Inga särskilda kunskapsstöd avseende suicidprevention har identifierats för övriga riskgrupper.

## **5.7 Begränsat med kunskapsstöd för att stödja efterlevande**

I arbetet har inte något specifikt metodstöd för omhändertagande av efterlevande identifierats, utan det handlar i första hand om material med generellt innehåll om hur sorgprocessen och krisreaktioner ser ut och ska behandlas. Däremot omnämns i en del vårdprogram för specialistpsykiatri att anhöriga ska kontaktas skyndsamt och att information bör ges om Riksföreningen för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES).

Omkring en tredjedel av Sveriges kommuner har i en enkät från Folkhälsomyndigheten år 2019 uppgett att de har någon form av rutin för akut krisomhändertagande av efterlevande till suicid. Det framgår inte av enkäten närmare kring hur eventuella kunskapsstöd är utformade (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

För en efterlevande som själv tar initiativ till att söka information om stöd efter att en närstående avlidit genom suicid finns begränsat med tillgänglig information. Till exempel finns information på 1177 Vårdguiden om suicidtankar, hur man ska stötta en person som har suicidtankar och en hänvisning till SPES, men ingen tydlig information riktad till gruppen som är efterlevande. Av de 21 regionerna är det endast Region Kalmar län som vi har identifierat som har publikt tillgänglig information framtagen till den som har mist en närstående i suicid (Region Kalmar, 2019). Bland kommunerna är det flera som har information om krisstöd, men få om suicid på sina hemsidor. En liknande bild finns avseende stödet till närstående till en individ med risk för suicid där vi i princip inte har hittat några tillgängliga kunskapsstöd för medarbetare inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Nationellt kompetenscentrum för anhöriga (NKA) tillhandahåller utbildningen "Våga fråga" som är en webbutbildning till den som möter barn som är anhöriga. Utbildningen tar upp barns behov av information, råd och stöd i samband med att en förälder blir sjuk, allvarligt skadad eller avlider (Nationellt kompetenscentrum anhöriga, 2019). Socialstyrelsen har också gett ut

information i samarbete med NKA med fakta om barn som anhöriga (Socialstyrelsen, b).

På regional och lokal nivå har ett fåtal kunskapsstöd identifierats. Inom Region Gotland finns till exempel lokala riktlinjer för hur olika verksamheter ska arbeta med efterlevandestöd (Region Gotland, 2018). Liknande riktlinjer har identifierats i Jönköpings kommun. För efterlevandestöd finns också lokalt metodstöd i Gävle kommun för hur anhöriggrupper organiseras. En generell information om hur anhöriggrupper ska organiseras har översatts av NASP till svenska med material från WHO som utgångspunkt (NASP, 2011).

## 5.8 Tillämpning av befintliga kunskapsstöd kan förbättras

Utifrån ovan kartläggning kan konstateras att det finns relativt mycket kunskap samt många kunskapsstöd inom området. Däremot kan tillämpningen av befintliga kunskapsstöd uppvisa förbättringspotential.

Bland annat kan nämnas att en nyligen publicerad studie har visat att det saknades genomförd suicidriskbedömning i cirka en tredjedel av vårdkontakter som föregick ett suicid (Roos af Hjelmsäter E, 2019). Vidare rapporterade samma studie att det i cirka 20 procent av totala antalet fall fanns brister i rutiner föregående suicid och att dessa brister främst utgjordes av bristande följsamhet till befintliga rutiner.

Som konstaterades ovan har vi identifierat publikt tillgängliga vårdprogram för suicid

i nästan samtliga regioner. Vidare har genomgång av händelseanalyser i samband med suicid såväl år 2007 som 2019 visat på brister i implementering av och följsamhet till redan framtagna rutiner som en orsak bakom genomförda suicid (Socialstyrelsen, 2007; Folkhälsomyndigheten, 2019c).

Det framhålls också i en av statens offentliga utredningar (SOU 2017:48) att det generellt finns ett stort antal kunskapsstöd för hälso- och sjukvården samt att dessa kunskapsstöd många gånger överlappar och i vissa fall motsäger varandra (SOU, 2017). Vidare anges att kunskapsstöd många gånger får ett blygsamt genomslag.

I genomförda intervjuer har bland annat framhållits att utmaningar för att tillämpa tillgänglig kunskap i praktiken omfattar att kunskapsstöden i förekommande fall uppfattas vara daterade/inaktuella, att de anses vara omständliga samt att de inte upplevs vara relevanta/verksamhetsanpassade. Till exempel har suicidpreventionssamordnare för vissa regioner och kommunala företrädare i detta arbete lyft fram att det finns en del material för suicidnära patienter som i första hand är anpassat för hälso- och sjukvården och därmed inte enkelt kan användas av medarbetare inom socialtjänsten.

För att ta del av kunskapsstöd har intervjurespondenter i chefsposition i huvudsak angett att de använder sig av tips från kollegor, men också regionala nätverk för informationsutbyten. Nyhetsbrev är också en informationskälla till nya kunskapsstöd och utbildningar enligt en del chefer.

Utifrån ovan tycks därmed tillämpningen av befintliga kunskapsstöd vara förenad med flera utmaningar.

## 5.9 Behov av att förvalta och sprida tillgängliga kunskapsstöd

Att tillgängliggöra kunskap är första steget för att verksamheten ska kunna använda den, men dessutom behöver den spridas till de som har behov av den. Spridning av

gapanalysen har vi noterat att många av de identifierade kunskapsstöden, såsom utbildningar, inte är spridda i verksamheterna, vilket bland annat har framkommit vid fokusgrupper med socialtjänsten där till exempel en majoritet av deltagarna inte hade erbjudits någon form av utbildning inom suicidprevention.

Vidare kan nämnas att det i arbetet har framgått att många av de identifierade kunskapsstöden, såsom utbildningar, inte är spridda i verksamheterna, vilket bland

### Faktaruta - vilka kunskapsstöd används?

I SOU 2017:45 (*Kunskapsbaserad och jämlik vård Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*) undersöks bland annat vilka kunskapsstöd som används i vårdens kliniska vardag, där bland annat en enkät skickats till Vårdförbundet, Läkarförbundet samt Svenska Läkaresällskapet.

I en enkät från Läkarförbundet (n=700, svarsfrekvens 37 procent) till läkare inom olika specialiteter uppgav mer än 90 procent av de svarande att de använde diskussion med kollegor som sitt främsta kunskapsstöd. Riktlinjer framtagna i verksamheten var det näst viktigaste kunskapsstödet och 65 procent angav att de använde dessa regelbundet. Omkring hälften av läkarna använde Socialstyrelsens nationella riktlinjer som kunskapsstöd i sitt kliniska arbete.

Professionsutövare i primärvården har i en studie av SKR baserad på intervjuer angett att regionernas kunskapsstöd, kommersiella kunskapsstöd (t.ex. Internetmedicin.se) och Läkartidningen är de tre viktigaste kunskapsstöden de använder i sin yrkesutövning. En undersökning i Västra Götalandsregionen visade att Region Stockholms beslutsstöd (viss.nu) också var en frekvent använd hemsida för informationsinhämtning vid sidan av bland annat internetmedicin.se, det lokala intranätet och FASS. Det framkom också att kliniskt verksamma i primärvården ansåg att regionernas stöd inte alla gånger var anpassade efter primärvårdens typ av patienter.

Också bland Vårdförbundets medlemmar genomfördes en undersökning (n=1500, svarsfrekvens 27 procent) och bland dem var diskussion med kollegor ett vanligt sätt för kunskapsstöd i arbetet, men också lokala riktlinjer framtagna i den verksamhet där man arbetar och lokala vårdprogram.

Källa: (SOU, 2017).

tillgängliga kunskapsstöd är ett område som skulle kunna utvecklas. I arbetet med

annat har framkommit på fokusgrupper med socialtjänsten där en majoritet av

deltagarna inte hade erbjudits någon form av utbildning inom suicidprevention.

I genomförda intervjuer har bland annat framhållits att utmaningar för att tillämpa tillgänglig kunskap i praktiken omfattar att kunskapsstöden i förekommande fall uppfattas vara daterade/inaktuella, att de anses vara omständliga samt att de inte upplevs vara relevanta/verksamhetsanpassade.

Vidare finns ett identifierat problemområde i att kunskapsstöd tillgängliggörs men inte sprids till medarbetare inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet. Till exempel har suicidpreventionssamordnare för vissa regioner och kommunala företrädare i detta arbete lyft fram att det finns en del material för suicidnära patienter som i första hand är anpassat för hälso- och sjukvården och därmed inte enkelt kan användas av medarbetare inom socialtjänsten.

För att ta del av kunskapsstöd har intervjurespondenter i chefsposition i huvudsak angett att de använder sig av tips från kollegor, men också regionala nätverk för informationsutbyten. Nyhetsbrev är också en informationskälla till nya kunskapsstöd och utbildningar enligt en del chefer.

Generellt finns ett också behov av att kunskapsstöd som har tillgängliggjorts behöver förvaltas så att de innehåller relevant och aktuellt information. Det har framkommit vid genomförda intervjuer att det till exempel kan finnas ett lokalt intranät som inte uppdateras kontinuerligt vilket gör att informationen där inte

överensstämmer med nationella kunskapsstöd.

## **5.10 Flera olika nationella plattformar samlar kunskapsstöd**

I nuläget finns ett flertal publikt tillgängliga plattformar som tillhandahåller kunskapsstöd för suicidpreventivt arbete. Innehållet på plattformarna förefaller i begränsad utsträckning vara koordinerat.

I första hand riktar sig dessa ”plattformar” (från både offentliga och privata aktörer) till medarbetare inom hälso- och sjukvården, men det finns också kunskapsplattformar riktade till medarbetare inom socialtjänsten som till exempel kunskapsguiden.se. Se Tabell 3 för en översikt. Nationella kunskapsstöd tillhandahålls i första hand av nationella organisationer.

Socialstyrelsen har en egen utbildningsportal och en portal med samlat stöd för patientsäkerhet. Vidare finns Kunskapsguiden.se som är riktad till medarbetare inom hälsa, vård och omsorg. Socialstyrelsen ansvarar för innehållet. Företrädare för verksamheten framhåller dock i intervjuer att kunskapsguiden i första hand används bland medarbetare inom socialtjänsten och har begränsad spridning inom hälso- och sjukvård.

Bland mer generella plattformar finns Vårdhandboken som är riktad till medarbetare inom vård och omsorg och innehåller i första hand information av mer praktisk omvårdnadskaraktär. Den inne-

håller flertalet varierande kunskapsstöd riktade till i första hand vårdande personal inom både kommun och region.

Nationella vård- och insatsprogram har en nationell kunskapsplattform ([vardochinsats.se](http://vardochinsats.se)) för psykiska sjukdomstillstånd som för tillfället är under utveckling och därför ännu inte är komplett. De hittills publicerade kunskapsstöden för schizofreni och liknande tillstånd och självskadebeteende innehåller information om suicid vid dessa diagnoser (NPO Psykisk hälsa, 2019a; NPO Psykisk hälsa, 2019b).

SKR har en del tillgängligt material på sin hemsida om psykisk ohälsa och suicid. Till exempel finns ett kunskapsstöd om hur fysisk miljö kan anpassas för att minska suicidförekomsten (SKR, 2019). SKR driver också Uppdrag Psykisk Hälsa (UPH) vars webbplats samlar flera kunskapsstöd som kan vara relevanta i det suicidpreventiva arbetet, bland annat hur en SIP kan genomföras. I tillägg finns också Folkhälsomyndighetens webbsida, [suicidprevention.se](http://suicidprevention.se), som innehåller kunskap om suicid och suicidprevention, men som inte i första hand är riktad till medarbetare inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Folkhälsomyndigheten, u.d.).

Kliniska beslutsstöd tillhandahålls också via Internetmedicin, Praktisk medicin och Medibas, där de två förstnämnda är fritt tillgängliga och finansieras via annonsintäkter. Dessa drivs dock inte av offentliga huvudmän. För övriga yrkesgrupper inom vården utgör också Vårdhandboken en resurs för kunskapsinhämtning. Ytterligare ett exempel på en offentlig kunskapsplattform är [viss.nu](http://viss.nu) som

drivs av Region Stockholm och tillhandahåller kunskapsstöd som är anpassade till i första hand primärvården. [Viss.nu](http://viss.nu) används också utanför Region Stockholm (SOU, 2017).

Innehållet vad gäller i första hand kliniska beslutsstöd på [viss.nu](http://viss.nu), Internetmedicin, Praktisk Medicin med flera är till stor del snarlikt. Det är liknande information som presenteras avseende till exempel risk- och skyddsfaktorer för suicid samt förslag på hur suicidrisken ska bedömas.

**Tabell 3** Sammanställning av ett antal kunskapsplattformar för hälso- och sjukvård och socialtjänst. I tabellen ingår inte SKR:s webbsidor, regionala kunskapsstöd med bred spridning som till exempel viss.nu eller kunskapsstöd som finansieras av annonsintäkter eller som kräver en avgift för användning.

Plattform	Målgrupp	Innehåll	Ansvarig
<i>Samlat stöd för patientsäkerhet</i>	Medarbetare inom hälso- och sjukvård	Skriftlig info, poddar om att förebygga vårdskador, risker, säkerhetskultur och vad man ska göra vid vårdskada.	Socialstyrelsen i samarbete med Läkemedelsverket, Patientnämnden Region Stockholm, Region Stockholm, Vårdföretagarna Almega, eHälsomyndigheten, Sveriges kommuner och regioner, LÖF, Svenska Läkaresällskapet, Inspektionen för vård och omsorg, Svensk sjuksköterskeförening och Folkhälsomyndigheten
<i>Socialstyrelsens utbildningsportal</i>	Medarbetare inom vård och omsorg	Kurser och utbildningar i olika former (webbutbildning, filmer, moduler, texter, frågor mm).	Socialstyrelsen
<i>Kunskapsguiden.se</i>	Medarbetare inom hälsa, vård och omsorg	Filmer, utbildningar, kunskapsstöd inom evidensbaserad praktik, psykisk ohälsa, äldre, missbruk och beroende, barn och unga, funktionshinder, ekonomiskt bistånd samt våld.	Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Forte, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Sverige kommuner och regioner, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
<i>Vårdhandboken</i>	Medarbetare inom vård och omsorg	Främst text, men också enstaka kunskapstester. Inriktning främst mot praktiska uppgifter som att kontrollera puls, desinficera, sätta en kateter.	Inera (Sveriges Kommuner och Regioner)
<i>Vård- och insatsprogram</i>	Medarbetare inom specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola	Vård- och insatsprogram (VIP), kliniska riktlinjer för diagnos, utredning och behandling av psykiatriska tillstånd.	Nationellt programområde för psykisk hälsa (dvs. nationellt system för kunskapsstyrning)

Styrkan hos den här typen av plattformar ligger i att de samlar behandlingsöversikter för ett flera olika tillstånd och därför har en bred användning inom bland medarbetarna. Vidare är respektive behandlingsöversikt uppbyggd enligt likartad struktur vilket förenklar för läsaren. Det är däremot inte möjligt för den enskilde behandlaren att värdera innehållet i dessa kunskapsöversikter och de kan ibland ha vissa skillnader vad gäller medicinskt innehåll, men också avvika från lokala rutiner och överenskommelser då de är framtagna för den nationella nivån. Dessutom är det inte tydligt alla gånger vem som är avsändaren bakom innehållet.

Regionerna arbetar med att modernisera journalsystemen. Framtidens vårdinformationssystem kommer också att skapa nya möjligheter att sprida och tillämpa kunskapsstöd.

### **5.11 Flera nya kunskapsstöd är på väg**

I nuläget har vi vidare identifierat ett flertal nya kunskapsstöd som är under framtagande med inriktning mot suicidprevention eller som har avsnitt om suicid. Till exempel kan nämnas att Svenska Psykiatriska Föreningen i nuläget håller på att ta fram en ny upplaga av kliniska riktlinjer för suicidnära individer (Nyberg U, 2019). De nya riktlinjerna förväntas färdigställas under 2020.

Vidare genomförs för tillfället en remissrunda för ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för schizofreni – förstagsångsinsjuknande. Den preli-

minära versionen innehåller stödinformation för suicidriskbedömning i samband med schizofreni (Sveriges Regioner i Samverkan, 2020). I tillägg har styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning beslutat om framtagande för bland annat ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för självskadebeteende (Dagens Medicin, 2020).

Det pågår också ett arbete med att ta fram nya vård- och insatsprogram inom ramen för Nationellt Programområde (NPO) Psykisk Hälsa. Vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom lanserades i mars 2020 (Uppdrag Psykisk Hälsa, b). Vård- och insatsprogram för ADHD samt Missbruk och beroende är också under framtagande under 2020. Om och i så fall i vilken omfattning de tar upp suicidämnet är inte klarlagt i nuläget (Uppdrag Psykisk Hälsa, c).

### **5.12 Kunskapsstöd som efterfrågas av verksamheterna**

Vid genomförda intervjuer inom ramen för detta arbete har medarbetare i hälso- och sjukvården och socialtjänsten särskilt framhållit önskemål om utbildningar som är möjliga att integrera i verksamheten och som inte är för tidskrävande. Flera intervjupersoner har till exempel påpekat att utbildningar såsom Psyk-E-bas suicid är alltför tidskrävande för att medarbetare i större utsträckning ska kunna genomgå utbildningen i sin helhet och har efterfrågat mer tidseffektiva utbildningar.

De anser att sin nuvarande arbetsbelastning inte gör det möjligt att specifikt avsätta flera dagar specifikt för utbildning inom suicidprevention, även om de anser att det är ett viktigt område att ha kunskap inom. Den höga arbetsbelastningen medför också begränsad möjlighet att ta till sig av innehållet i kunskapsstöd och integrera vidareutbildning och fördjupning i den dagliga verksamheten.

Olika verksamheter har varierande behov av kunskap och i genomförda intervjuer har det funnits önskemål om modulutbildningar som kan anpassas utifrån de målgrupper som en viss verksamhet möter. Den här typen av modulutbildningar efterfrågas i kombination med diskussionsunderlag som gör att det blir möjligt att reflektera kring innehållet i arbetsgruppen, till exempel under en APT. Vidare har det också framförts att rollspel kan vara en användbar metod för att befästa och tillämpa kunskap om suicidprevention. Stöd/utbildning som inkluderar fallbeskrivningar, diskussionsunderlag för till exempel ATP, rollspel och upprepning är användbart för att kunna säkerställa att personalen har färdigheter att tillämpa kunskapen.

En del verksamhetsföreträdare från i första hand den somatiska hälso- och sjukvården har i intervjuer också uttryckt önskemål om lättillgängliga och evidensbaserade kunskapsstöd i form av instrument som kan användas för att identifiera en förhöjd suicidrisk.

Avseende uppföljning av utbildningar har huvudmän som har intervjuats under arbetets gång även framhållit att det vore

önskvärt med stöd att kunna följa vilka medarbetare som genomfört utbildningar.

## **5.13 Vad innebär detta för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten?**

Nedan följer exempel på vad insikterna om förekomst och tillämpning av kunskapsstöd innebär för behovet av kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Exempelen är listade i ordning utifrån strukturen i första delen av kapitlet, där också referenser finns inkluderade.

### **5.13.1 Färdiga kunskapsstöd för bred spridning har identifierats i begränsad utsträckning**

Som har beskrivits ovan finns i dagsläget ett stort antal stöd. Utifrån gapanalysen har dock inte konkreta, anpassade metodstöd för nationell spridning identifierats, utifrån de behov som har identifierats under gapanalysen. Det pågår ett antal lovande utvecklingsarbeten runt om i landet, men i kontakter inom ramen för gapanalysen beskrevs att det ännu inte hunnit komma tillräckligt med resultat, varför det kan vara angeläget att framöver följa upp resultatet av dessa satsningar.



### **5.13.2 Det finns behov av ett nationellt kunskapsstöd som samlar bästa tillgängliga kunskap**

Som har beskrivits ovan finns i dagsläget ett stort antal regionala/lokala vårdprogram/riktlinjer runtom i regioner och kommuner, men inget samlat nationellt stöd som ”samlar bästa tillgängliga kunskap” motsvarande den information som till exempel finns samlad i nationella riktlinjer eller vård- och insatsprogram, och som kan ge stöd för prioriteringar och beslut för ledning, styrning och övriga medarbetare.

Samtidigt har många i arbetet efterfrågat ett nationellt framtaget kunskapsstöd, som kan fungera som vägledning och underlag för regionala och lokala kunskapsstöd (samt användas direkt i det individnära arbetet).

Det finns behov av kunskap om olika aktörers och professioners roller och ansvar inom suicidprevention.

Ett tänkbart alternativ skulle vara att undersöka möjligheten att tillgängliggöra kunskapen i samarbete med det nationella systemet för kunskapsspridning. Till exempel skulle ett så kallat vård- och insatsprogram (VIP) vara ett möjligt alternativ. Andra alternativ är att utforma ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för suicid.

Generellt finns dock, som har konstaterats ovan, ofta utmaningar avseende spridning av och tillämpning av kunskapsstöd. Eventuella nya kunskapsstöd behöver därmed aktivt spridas.

### **5.13.3 Det finns behov av verksamhetsanpassade kunskapsstöd**

Olika verksamheter har varierande typer av möten med individer och igenkänningsfaktorn kan vara viktig för en god inläring, där kunskapsstöden behöver verksamhetsanpassas utifrån behov och förutsättningar. I princip samtliga intervjuade har samstämmigt uttryckt önskemål om att gå utbildning inom suicidprevention. För att möjliggöra för så många som möjligt att genomföra utbildningar är det en fördel om de är möjliga att integrera i befintliga delar av arbetsrutinerna som till exempel handledning eller APT.

### **5.13.4 Specialistpsykiatri har behov av kunskapsstöd för att säkerställa kunskap bland alla medarbetare**

Utifrån gapanalysen kan konstateras att det finns utrymme att utveckla ytterligare kunskapsstöd för specialistpsykiatri.

Inom specialistpsykiatri bedöms bland annat finnas behov av kunskapsstöd i form av utbildning utifrån medarbetarnas respektive kunskapsbehov. Inom verksamheten finns många olika yrkesgrupper som har varierande utbildningsbakgrund och kunskap om suicidalitet.

Nationella mallar för riktlinjer, som kan anpassas utifrån lokala förutsättningar, avseende suicidpreventivt arbete, och bedömning inklusive uppföljning skulle kunna vara ett användbart stöd.

### **5.13.5 Primärvården har behov av metodstöd för initial handläggning av individer med risk för suicid**

Utifrån gapanalysen kan konstateras att det finns utrymme att utveckla ytterligare kunskapsstöd för primärvården.

Primärvården har ofta en pressad arbetssituation, och det finns behov av lättillgängliga kunskapsstöd att använda i patientmötet. Det behövs information om vad som är viktigt att tänka på i bemötandet av, och kontakten med, suicidala individer.

Enkla metodstöd i fickformat avseende handläggning av suicidala individer kan vara en framkomlig väg för att främja kunskapstillämpning.

Det finns behov av verksamhetsanpassade, gratis utbildningsmaterial utifrån olika aktörers och yrkesgruppers roller och ansvar.

### **5.13.6 Den specialiserade somatiska vården har behov av metodstöd för initial handläggning av individer med risk för suicid**

Utifrån gapanalysen kan konstateras att det finns utrymme att utveckla ytterligare kunskapsstöd för den specialiserade somatiska vården.

Den specialiserade somatiska vården behöver i första hand kunskapsstöd i lättillgängligt format om hur individer med risk för suicidalitet kan identifieras och var de ska hänvisas vid förhöjd suicidrisk. Dessa kunskapsstöd kan med

fördel vara integrerade i vårdinformationssystemet så att behandlande personal görs uppmärksam på när en patient tillhör en riskgrupp och aktivt kan vidta ytterligare efterforskningar.

Liksom för primärvården skulle ett metodstöd i fickformat avseende handläggning av suicidala individer kunna vara användbart.

### **5.13.7 Socialtjänsten har särskilt behov av breda utbildningar och metodstöd**

Utifrån gapanalysen kan konstateras att det finns utrymme att utveckla ytterligare kunskapsstöd för medarbetare i socialtjänsten.

För socialtjänsten finns behov av breda utbildningar som medför att deltagarna får praktiska, verksamhetsanpassade kunskaper vad gäller att identifiera och hänvisa individer. Vidare behövs metodstöd och mallar för hur individer med risk för suicid kan identifieras samt hänvisas. Den varierande utbildningsbakgrunden bland socialtjänstens medarbetare bör tas i beaktande där det till exempel inom hemtjänsten finns en större andel av personal utan formell utbildning.

Socialtjänsten har sannolikt behov av webbaserade utbildningar i modulform (för att möjliggöra bredare utbildningsinsatser av medarbetare inom socialtjänsten) samt utveckling av lättillgängliga metodstöd inklusive mallar för riktlinjer och rutiner. Det innefattar till exempel förslag på vilka lokala telefonnummer och

funktioner som behövs för att hänvisa eller kontakt psykiatrisk expertis.

Vidare finns eventuellt potential att utveckla befintliga metodstöd inom socialtjänsten, såsom BBIC och IBIC, med frågor om psykisk ohälsa/suicid.

### **5.13.8 Det finns behov av att förbättra tillämpning och spridning av kunskap**

I gapanalysen har förbättringsmöjligheter avseende spridning och tillämpning av kunskap identifierats.

I många fall är det inte i första hand bristande kunskap, utan en brist av spridning och tillämpning av redan känd kunskap, som är en utmaning inom detta område. Det är, vilket delvis har berörts i de föregående avsnitten, angeläget med utvecklade och anpassade kunskapsstöd för att medarbetare inom socialtjänst samt hälso- och sjukvård i större utsträckning ska kunna tillämpa redan existerande kunskap.

### **5.13.9 Det finns behov av samordning av nationella kunskapsstöd och kanaler för spridning**

Som tidigare har konstaterats finns relativt många kunskapsstöd avseende suicidprevention spridda genom flera olika nationella kanaler.

En framkomlig väg för att öka spridningen av dessa kunskapsstöd är att samla och tillgängliggöra stöden på *en* nationell plattform, alternativt samordna tillgängliga nationella plattformar så att de

korslänkar till varandra och ständigt är aktuella. Detta kan bidra till att frigöra resurser regionalt och säkerställa ett effektivt arbete.

### **5.13.10 Kunskapsstöd bör om möjligt integreras i befintliga strukturer**

För att stödja medarbetare i sitt arbete med att förebygga suicid är det angeläget att kunskapsstöd integreras i befintliga strukturer för kunskapspridning.

I arbetet med gapanalysen har det framkommit att medarbetare inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i första hand söker kunskap på respektive intranät, och att det där ofta saknas information om de nationella kunskapsplattformarna. Detta medför att information på exempelvis Kunskapsguiden.se och det samlade stödet för patientsäkerhet ([patientsakerhet.socialstyrelsen.se](http://patientsakerhet.socialstyrelsen.se)) inte når ut till medarbetare i verksamheten. Det är angeläget att koordinera och säkerställa spridning av information från de nationella kunskapsplattformarna till berörda verksamheter, där informationen på nationell nivå når ut.

Det skulle kunna lösas genom att lokala intranät utformas så att de i så långt som möjligt hänvisar till de nationella kunskapsstöden via länkar och att respektive verksamhet i möjligaste mån inte lägger upp information lokalt.

### **5.13.11 Kunskapsstöd behövs för att stödja efterlevande efter suicid samt närstående till individer med risk för suicid**

Kunskapsstöd behöver sannolikt tas fram för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten för att stödja efterlevande som har förlorat närstående i suicid samt närstående till suicidala individer/individer i risk för suicid då detta i allt väsentligt saknas i dagsläget.

Det kan eventuellt finnas behov av att ta fram tryckt information som överlämnas till efterlevande vid dödsbeskedet (se mer i avsnitt 5.7). Bland annat har efterlevande, liksom yrkesgrupper inom i första hand räddningstjänst och övriga blåljusorganisationer, efterlyst kortfattad praktisk information om vart efterlevande kan vända sig för att söka hjälp.

Innan framtagande av ytterligare kunskapsstöd kan det finnas anledning att genomföra ytterligare utredning av efterlevandes stödbehov.

### **5.13.12 Det finns behov av kunskapsstöd för att kunna stödja individer med risk för suicid, efterlevande samt närstående**


Som tidigare har nämnts är det ett viktigt stöd för personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst att kunna hänvisa individer i risk, efterlevande samt närstående till ytterligare information; att utöver mötet med individen även kunna dela något mer såsom broschyrer eller länkar till hemsidor. Detta kan bidra till ökad trygghet för såväl medarbetaren som för individen.

### **5.13.13 Det saknas kunskap inom flera områden**

Under arbetet med kartläggningen har det också framkommit att det saknas kunskap inom ett antal områden.

Det finns bland annat bristande kunskap om hur uppföljning efter tidigare suicidförsök ska genomföras på effektivast och säkrast sätt samt när risken för suicid är som mest förhöjd efter ett suicidförsök.

Avseende suicidriskbedömning saknas kunskap om hur detta kan genomföras på ett evidensbaserat och effektivt sätt. Vidare saknas kunskap för hur krisstödet till efterlevande bör utformas liksom behovet av stöd på längre sikt.



**”Att jag fick en broschyr med ett nummer att ringa för att få hjälp gav mig ett hopp som gjorde att jag tog mig igenom natten efter att min närstående hade tagit livet av sig.”**

*- Deltagare vid fokusgrupp med efterlevande*



# **REFERENSER**

# REFERENSER

- AGUS e.V., 2019. *Angebote*. [Online]  
Available at: <https://www.agus-selbsthilfe.de/wir-bieten-an/>  
[Accessed 18 12 2019].
- AGUS e.V., 2020a. *Krankenkassen - AGUS e.V.* [Online]  
Available at: <https://www.agus-selbsthilfe.de/servicemenu/partner/krankenkassen/>  
[Accessed 28 01 2020].
- AGUS e.V., 2020b. *Mitgliedschaft - AGUS e.V.* [Online]  
Available at: <https://www.agus-selbsthilfe.de/ueber-uns/der-verein/mitgliedschaft/>  
[Accessed 28 01 220].
- AISAB, 2015. *PAM, Psykiatrisk akutmobilitet*. [Online]  
Available at: <https://www.aisab.nu/om-oss/nyheter/pam.-psykiatrisk-akut-mobilitet/>  
[Accessed 04 02 2020].
- Åkerman S, B. C. B. E. H. H. E. L., 2013. Ökad dödlighet hos unga kvinnor med personlighetsstörning. *Läkartidningen*, 110(32-33).
- ANOVA, 2019. *ANOVA - Andrologi, Sexualmedicin, Transmedicin*. [Online]  
Available at: <http://www.anova.se/TM1.htm>  
[Accessed 29 02 2020].
- Arbetsmiljöverket, 2011. *Företagshälsovården behövs för jobbet*, Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Åsberg M, 2019. *Vem är självmordsnära och varför - Översikt över självmordsforskningen*, s.l.: Psyk-E Bas Suicid.
- Bergh Johannesson K, B. K. A. F. N. D. Ä.-L. T. R. M., 2014. *Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping*, s.l.: Nka Barn som Anhöriga, Linnéuniversitetet.
- Beskow J, 1983. Longitudinal and transactional perspectives on suicidal behaviour. Experiences of suicide prevention in Sweden.. *Psychiatria Fennica*, Volume Suppl, pp. 55-64.
- Beskow J, 2019. Det behövs nya tankesätt för att hjälpa suicidala personer. *Dagens Medicin*.
- Beskow J, A. A.-L. L. E. S. K. T. C., 2013. Trafikverket första myndigheten med suicidpreventivt program. *Läkartidningen*, Issue 17-18/2003.
- Beskow J, N. U., 2016. Suicidpreventionen kan bli evidensbaserad och effektiv. *Läkartidningen*, 113(12-13).
- Bouveng O, B. F. A. C. A., 2017. First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study. *International journal of mental health*, 46(2), pp. 65-73.
- Bremberg S, B. J. Å. M. N. U., 2015. *Forskning i korthet #6: Problemet självmord*, Stockholm: Forte.



- Brent D, M. N. D. M. W. M., 2019. The Incidence and Course of Depression in Bereaved Youth 21 Months After the Loss of a Parent to Suicide, Accident, or Sudden Natural Death. *Am J Psychiatry*, 176(9), pp. 786-794.
- Chung DT, R. C. H.-P. D. S. S. S. C. L. M., 2017. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis.. *JAMA Psychiatry*, Volume doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044. , pp. 694-702.
- Coffey CE, 2006. Pursuing Perfect Depression Care. *Psychiatr Serv*, 57(10), pp. 1524-1526.
- Coffey CE, 2007. Building a system of perfect depression care in behavioral health. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 33(4), pp. 193-199.
- Dagens Medicin, 2019. Mycket att göra för landets psykiatriambulanser. *Dagens Medicin*, 27 12.
- Dagens Medicin, 2020. Sömnapné med bland 15 nya vårdförlopp. *Dagens Medicin*, Volume 20200220.
- de Groot M, K. B., 2013. Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study.. *BMJ*, Volume 347:f5519.
- Devries KM, M. J. B. L. C. J. F. G. P. M. A. J. W. C., 2013. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*, Volume doi: 10.1371/journal.pmed.1001439.
- di Giacomo E, K. M. C. F. A. F. C. M., 2018. Estimating the risk of attempted suicide among sexual minority youths. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, Volume 273.
- Eckhoff C, S. M. K. S., 2019. Adolescent self-harm and suicidal behavior and young adult outcomes in indigenous. *Eur Child Adolesc Psychiatry*., Volume doi: 10.1007/s00787-019-01406-5. .
- Eddy LD, E. H. B. R. L. J., 2019. Prevalence and predictors of suicidal ideation, plan, and attempts, in first-year college students with ADHD. *J Am Coll Health*, pp. 1-7.
- Ejebj K., 2019. *Suicidnära patienter, Viss - medicinskt och administrativt stöd för primärvården*. [Online]  
Available at: <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Psykisk-halsa/Suicidnara-patienter/>  
[Accessed 04 02 2020].
- Eriksson M, A. K., 2015. Fördubblad risk för suicid efter stroke. *Läkartidningen* , 112(20-21).
- Erlangsen A, D. S. H. A. B. C. N. M. A. G., 2019. Suicide among persons who entered same-sex and opposite-sex marriage in Denmark and Sweden, 1989-2016: a binational, register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*, Volume 0, pp. 1-6.
- Fazel S, R. B., 2020. Suicide. *N Engl J Med*, 382(3), pp. 266-274.
- Ferm M, L. A. H. A., 2020. *Improving second victims support - Evaluation of three-stage conversations. The microsystem festival (Poster Introduction)*. Jönköping: s.n.

- Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, 2016. *Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser - Ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet*, s.l.: Folkhälsomyndigheten/Socialstyrelsen.
- Folkhälsomyndigheten, 2017a. *Flera insatser kan förebygga självmord, Utblick Folkhälsa Maj 2017*, s.l.: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, 2017b. *Suicidprevention 2017 - en lägesrapport om det nationella arbetet med att förebygga självmord*, s.l.: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, 2017c. *Metoder för att främja en god hälsa bland hbtq-personer - Resultat från en kartläggande litteraturoversikt*, s.l.: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, 2018. *Suicid förekommer oftare i socioekonomiskt utsatta områden*. s.l.:Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, 2019a. *Statistik om suicid*. [Online]  
Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>  
[Accessed 04 11 2019].
- Folkhälsomyndigheten, 2019b. *Metoder för suicid 2013-2017*. [Online]  
Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/metoder-for-suicid/>  
[Accessed 15 11 2019].
- Folkhälsomyndigheten, 2019c. *Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården - En sammanställning och analys av händelser i Nitha Kunskapsbank*, Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, 2019d. *Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention*, s.l.: s.n.
- Folkhälsomyndigheten, 2019e. *Statistik psykisk hälsa - Folkhälsomyndigheten*. [Online]  
Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>  
[Accessed 29 01 2020].
- Folkhälsomyndigheten, 2019f. *Dödlighet i suicid (självmord) - Folkhälsomyndigheten*. [Online]  
Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/suicid-sjalvmord/>  
[Accessed 30 01 2020].
- Folkhälsomyndigheten, 2019g. *Psykisk hälsa och suicidprevention - Lägesrapport 2019*, s.l.: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, 2020a. *Folkhälsomyndighetens enkät till kommuner om suicidprevention*. s.l.:s.n.
- Folkhälsomyndigheten, 2020b. *Det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser 2019 - Nulägesbild och en jämförelse med 2015*, s.l.: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, 2020c. *Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor? Solna*: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, 2020d. *Regionala skillnader*. [Online]  
Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om->

[suicid/regionala-skillnader/](#)  
[Accessed 23 03 2020].

Folkhälsomyndigheten, 2020e. *Intressentgrupp*. [Online]  
Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/nationell-samordning/intressentgrupp/>  
[Accessed 25 03 2020].

Folkhälsomyndigheten, 2020f. *Myndighetssamverkansgrupp*. [Online]  
Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/nationell-samordning/myndighetenssamverkansgrupp/>  
[Accessed 25 03 2020].

Folkhälsomyndigheten, 2020g. *Vilken sjukvård har unga och unga vuxna som tagit sitt liv fått?*, s.l.: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten, n.d. *För dig som arbetar med att förebygga självmord*. [Online]  
Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/>  
[Accessed 02 04 2020].

Forsemalm P, 2019. *Poliskommissarie* [Interview] (12 12 2019).

Gävle kommun, 2020. *Stöd till dig som är i sorg eller kris - Gävle kommun*. [Online]  
Available at: <https://www.gavle.se/service-och-information/omsorg-och-stod/stod-for-dig-som-tar-hand-om-nagon-narstaende/aanhoriggrupper-finns-for-dig-som-tar-hand-om-nagon-narstaende/aktuella-anhoriggrupper/stod-till-dig-som-ar-i-sorg-eller-kris/>  
[Accessed 28 01 2020].

Gomes AP, S. A. K. C. R. L. G. H., 2019. Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. *Rev Saude Publica*, 53(96).

Gysin-Maillart A, S. S. S. L. M. M. M. K., 2016. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, Volume  
DOI:10.1371/journal.pmed.1001968.

Haglund A, L. H. L. H. L. P. R. B., 2019. Suicide immediately after discharge: from psychiatric inpatient care: A cohort study of nearly 2.9 million discharges. *J Clin Psychiatry*, 80(2).

Hagström A, H. A.-C. M.-R. E., 2018. *Kartläggning av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga*, Stockholm: Karolinska Institutet.

Hamdan S, B. N. L. N. L. S. B. D., 2019. The Effect of Sudden Death Bereavement on the Risk for Suicide. *Crisis*, pp. 1-11.

Hampton T, 2010. Depression Care Effort Brings Dramatic Drop in Large HMO Population's Suicide Rate. *JAMA*, 303(19), pp. 1903-1905.

Hansen A, 2013. Depression hos män med ny skattningsskala. *Läkartidningen*, 110(42).

Harris, E. B. B., 1997. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), pp. 205-228.

Hassler S, S. P. J. R. G. H. D. L., 2004. Fatal accidents and suicide among reindeer-herding Sami in Sweden.. *Int J Circumpolar Health*, 63(Suppl 2), pp. 384-388.

- Hawton K, H. L. Z. D., 2006. Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med*, 36(3), pp. 397-405.
- Heeke C, K. C. N. H. K. C., 2019. A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Eur J Psychotraumatol*, 10(1).
- Hjern A, L. F. V. B., 2002. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study.. *Lancet*, 360(9331), pp. 443-448.
- Höglandets räddningstjänstförbund, 2020. *Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA)*. [Online] Available at: <https://www.raddningstjansten.com/sidor/hem--fritid/folkhalsa/psykisk-halsa/forsta-hjalpen-till-psykisk-halsa-mhfa.html> [Accessed 16 03 2020].
- Impey M, H. R., 2012. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 125(2).
- Inspektionen för vård och omsorg, 2018. *Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017*, Avdelning Syd: IVO.
- Inspektionen för vård och omsorg, 2020a. *Data till rapporten "Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017"*, s.l.: Genererat av SAS ('Local', X64\_10PRO) den 21 februari 2020 12:52:57 em, IVO.
- Inspektionen för Vård och Omsorg, 2020b. *Vad har IVO sett 2019? - Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*, s.l.: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg, n.d. *Anmäl vårdskada - Lex Maria*. [Online] Available at: <https://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/anmala-och-rapportera-som-yrkesverksam/anmal-vardskada---lex-maria/> [Accessed 20 02 2020].
- Isfall E, 2019. *Räddningstjänstens arbete med efterlevandestöd i Jönköpings kommun* [Interview] (29 11 2019).
- Jönköpings kommun, n.d. *Våga fråga, våga hjälpa - Räddningstjänsten föreläser och utbildar i psykisk ohälsa*, s.l.: Jönköpings kommun.
- Karlsson A, H. A., 2018. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), pp. 1091-1099.
- Karlstad kommun, 2020. *Lina Helgerud, Verksamhetsstrateg socialtjänsten* [Interview] (09 03 2020).
- Karolinska Institutet, 2009. Det vet vi om självmord bland unga. *Medicinsk vetenskap*, Issue 4.
- Konsumentverket, 2014. *Överskuldssättning och ohälsa - En studie av hur långvarig överskuldssättning kan påverka den psykiska och fysiska hälsan (2014:16)*, s.l.: Konsumentverket.
- Labouliere CD, V. P. K. A. B. G. G. K. R. M. K. J. F. M. S. B., 2018. "Zero Suicide" – A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23(1), pp. 22-30.

Leischmann A, B. J. W. D. D. L. D. B. J. B. N. D. D. P. M. V. L. V. A. S. L. T. H., 2008. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*, 86(9), pp. 703-9.

LEVE, 2020a. *Støttespillere - LEVE*. [Online]

Available at: <https://leve.no/stottespillere/>

[Accessed 28 01 2020].

LEVE, 2020b. *Få hjelp - LEVE*. [Online]

Available at: <https://leve.no/fa-hjelp-nar-livet-er-vanskelig/>

[Accessed 28 01 2020].

Lindqvist M, 2020. *Intervju med Region Kalmar läns suicidpreventionsordnare om kontakter före suicid i undersökning år 2012* [Interview] (06 02 2020).

Löf, n.d. *Söker Suicidprevention - Löf*. [Online]

Available at: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-suicidprevention/>

[Accessed 14 02 2020].

Lunds Universitet, 2019. *"Första hjälpen till psykisk hälsa" utbildning hölls för första gången*. [Online]

Available at: [https://www.med.lu.se/nyheter/190319\\_psykisk\\_halsa](https://www.med.lu.se/nyheter/190319_psykisk_halsa)

[Accessed 09 03 2020].

Merrick MT, P. K. F. D. A. T. G. E. G.-K. A., 2017. Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse Negl*, Volume doi: 10.1016/j.chiabu., pp. 10-19.

Mogensen H, M. J. H. H. M.-R. E., 2016. Death of a close relative and the risk of suicide in Sweden - A large scale register-based case-crossover study. *PLOS ONE*, Volume DOI:10.1371.

Molina N, V. M. R. M. O. D. G. J. D. H. P. H., 2019. Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review.. *Behav Sci*, 9(5).

NASP, 2011. *Att Förebygga Själv mord: Att starta stödgrupper för efterlevande*, Stockholm: KFA.

NASP, 2016. *Att tala om självmord är ett skydd för livet*. [Online]

Available at:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLVNW2d8gkhwiSFAj3M7S96U7g65To4F1k>

[Accessed 31 03 2020].

NASP, 2019a. *Fakta om självmord*. [Online]

Available at: <https://ki.se/nasp/fakta-om-sjalvmord>

[Accessed 05 11 2019].

NASP, 2019b. *MHFA - Första hjälpen till psykisk hälsa*. [Online]

Available at: <https://ki.se/nasp/mhfa-forsta-hjalpen-till-psykisk-halsa>

[Accessed 10 01 2020].

NASP, 2019c. *Själv mord i Sverige*. [Online]

Available at: <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>

[Accessed 15 01 2020].

NASP, 2019d. *MHFA - Första hjälpen till psykisk hälsa*. [Online]  
Available at: <https://ki.se/nasp/mhfa-forsta-hjalpen-till-psykisk-halsa>  
[Accessed 04 02 2020].

NASP, 2020a. [Online]  
Available at: <https://ki.se/nasp/nasp-som-internationell-samarbetspartner>  
[Accessed 30 03 2020].

NASP, 2020b. *Aktion livräddning: Utbildning i självmordsprevention*. [Online]  
Available at: <https://ki.se/nasp/aktion-livraddning-utbildning-i-sjalvmordsprevention>  
[Accessed 30 03 2020].

Nationella kvalitetsregister, 2019. *Uppföljning av psykiatrisk vård - Nationella kvalitetsregister*. [Online]  
Available at:  
<http://kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/uppfoljningavpsykiatriskvard.2391.html>  
[Accessed 03 02 2020].

Nationella vård- och insatsprogram, 2019a. *Nationella vård- och insatsprogram - Schizofreni och liknande tillstånd*. [Online]  
Available at: <https://www.vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/>  
[Accessed 07 02 2020].

Nationella vård- och insatsprogram, 2019b. *Nationella vård- och insatsprogram - Självskadebeteende*. [Online]  
Available at: <https://www.vardochinsats.se/sjaelvskadebeteende/>  
[Accessed 07 02 2020].

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, 2019. *Webbutbildningen våga fråga*. [Online]  
Available at: <https://www.anhoriga.se/anhorigomraden/barn-som-anhoriga/utbildning-och-dokumentation/webbutbildning/>  
[Accessed 03 04 2020].

NHS Education for Scotland, 2019. *MENTAL HEALTH IMPROVEMENT & SUICIDE PREVENTION FRAMEWORK*. [Online]  
Available at: [https://nesvleprdstore.blob.core.windows.net/nesndpvlecmsprdblob/76337f31-15a6-4704-acae-3e461376150f\\_NESD1003%20Mental%20Health%20%20Suicide%20Prevention%20Framework%20final.pdf?sv=2018-03-28&sr=b&sig=mca45ywuEXUo8coWr7lp%2Bmm4dio3T21Q8AmO72gM46M%3D&st=2](https://nesvleprdstore.blob.core.windows.net/nesndpvlecmsprdblob/76337f31-15a6-4704-acae-3e461376150f_NESD1003%20Mental%20Health%20%20Suicide%20Prevention%20Framework%20final.pdf?sv=2018-03-28&sr=b&sig=mca45ywuEXUo8coWr7lp%2Bmm4dio3T21Q8AmO72gM46M%3D&st=2)  
[Accessed 02 03 2020].

Nordentoft M, E. A., 2019. Suicide—turning the tide. *Science*, 365(6455), p. 725.

NPO Psykisk hälsa, 2019a. *Nationella vård- och insatsprogram schizofreni och liknande tillstånd*. [Online]  
Available at: <https://www.vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/>  
[Accessed 24 02 2020].

NPO Psykisk hälsa, 2019b. *Nationella vård- och insatsprogram Självskadebeteende*. [Online]  
Available at: <https://www.vardochinsats.se/sjaelvskadebeteende/>  
[Accessed 24 02 2020].

Nyberg U, 2014. *Konsten att rädda liv - om att förebygga självmord*. s.l.:Natur & Kultur.

- Nyberg U, 2019. *Överläkare, med dr* [Interview] (31 10 2019).
- Oaklandy M, 2019. Suicide is preventable. Hospitals and doctors are finally catching up. *TIME*, Volume November 04.
- Omerov P, S. G. N. T. R. B. N. U., 2013. Psychological morbidity among suicide-bereaved and non-bereaved parents: a nationwide population survey.. *BMJ Open*, Volume doi: 10.1136/bmjopen-2013-003108..
- Orstadius I, 2014. Suicid är en olycka. *SocialPolitik*, 19 Oktober.
- Pettersen R, O. P. S. G. T. D. D. A. N. T. N. U., 2015. Lack of Trust in the Health-Care System After Losing a Child to Suicide. *Crisis*, Volume doi: 10.1027/0227-5910/a000312, pp. 161-172.
- Pitman A, O. D. K. M. E. A., 2014. Effects of suicide bereavement of mental health and suicide risk.. *Lancet Psychiatry*, pp. 86-94.
- Psyk-E bas, 2020. *Psyk-E bas suicid*. [Online]  
Available at: <http://psyk-e.se/psyk-e-suicid/>  
[Accessed 10 03 2020].
- Psykiatristöd, 2019. *Vård och remiss - Psykiatristöd*. [Online]  
Available at: [https://psykiatristod.se/regionala-var-d-program/depression/var-d-och-remiss](https://psykiatristod.se/regionala-vardprogram/depression/var-d-och-remiss)  
[Accessed 29 01 2020].
- Qin P, N. M., 2005. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers.. *Arch Gen Psychiatry*., 62(4), pp. 427-432.
- Rahm C, 2013. ABC om akut psykos. *Läkartidningen*, 110(17-18).
- Regeringskansliet, 2018. *Stärkt arbete med kunskap att bemöta psykisk ohälsa i primärvården*. [Online]  
Available at: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/03/starkt-arbete-med-kunskap-att-bemota-psykisk-ohalsa-i-primarvarden/>  
[Accessed 24 02 2020].
- Regeringskansliet, 2019. *Ökad satsning på suicidprevention*. [Online]  
Available at: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/03/okad-satsning-pa-suicidprevention/>  
[Accessed 18 02 2020].
- Region Gotland, 2018. *Suicidalitet - arbete inom olika verksamheter, på Gotland*, s.l.: Region Gotland.
- Region Gotland, 2018. *Suicidalitet – arbete inom olika verksamheter, på Gotland*, s.l.: s.n.
- Region Halland, 2019. *Suicidriskbedömning och suicidprevention*. s.l.: Region Halland.
- Region Kalmar län, 2018. *Grupp 51 - Landstinge i Kalmar län, Lillemor Elfström Broling*, s.l.: Region Kalmar län.
- Region Kalmar län, n.d. *SVF Suicidprevention*. [Online]  
Available at: [https://www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag\\_samverkan/svf-suicidprevention/](https://www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/svf-suicidprevention/)  
[Accessed 16 03 2020].

- Region Kalmar, 2019. *Till dig som har mist en närstående i suicid*. [Online]  
Available at: <https://www.ltkalmar.se/Documents/Samarbetsportalen/Uppdrag%20och%20samverkan/suicidprevention/Broschyr%20till%20efterlevande%202019.pdf>  
[Accessed 28 01 2020].
- Region Norrbotten, 2019. *Kort information om samers hälsa v 4.0*, s.l.: Region Norrbotten.
- Region Örebro län, 2018. *Vårdprogram för suicidnära patienter*, s.l.: Region Örebro län.
- Region Skåne, 2018. *SPiSS Suicidprevention i Svensk sjukvård - Region Skåne*. [Online]  
Available at: <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/utbildningar/webb/spiss---suicidprevention-i-svensk-sjukvard/>  
[Accessed 10 02 2020].
- Region Skåne, 2019. *Handbok för omhändertagande av dödsfall utanför vårdinrättning i Skåne*. [Online]  
Available at: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/dodsfallshantering/handbok-dodsfall-utanfor-vardinrattning.pdf>  
[Accessed 27 01 2020].
- Region Stockholm, 2020, *Strategi för suicidprevention*, <https://vardgivarguiden.se/globalassets/utveckling/corona/strategi-for-suicidprevention-region-stockholm-2020.pdf>, [Accessed 14 04 2020].
- Riksrevisionen, 2020. *Statens suicidpreventiva arbete*. [Online]  
Available at: <https://www.riksrevisionen.se/nu-granskas/inledda-granskningar/statens-suicidpreventiva-arbete.html>  
[Accessed 28 02 2020].
- Ringskog Vagnhammar, S., 2017. *Första hjälpen vid självmordsrisk*. s.l.: Studentlitteratur.
- Roos af Hjelmsäter E, R. A. A. G. B. W. Å., 2019. Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ Open*, Issue 9.
- Runeson B, Å. M., 2003. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry*, 160(8), pp. 1525-1526.
- Runeson B, B. J. W. M., 1996. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand.*, 93(1), pp. 35-42.
- Runeson B, H. A., 2013. Affektiva syndrom är dödliga - självmordsrisken är hög. *Läkartidningen*, 110(9-10), pp. 478-479.
- Runeson B, H. A. L. P. T. D., 2016. Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. *J Clin Psychiatry*, 77(2), pp. 240-246.
- Runeson B, T. D. D. M. L. P. L. N., 2010. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*, Volume 341.
- Sametinget, 2016. *Kunskapssammanställning om samers psykosociala ohälsa*, Giron/Kiruna: Sametinget.



- Santesson A, 2019. *Suicidriskbedömning, barn och unga*. [Online]  
Available at: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=8213>  
[Accessed 22 01 2020].
- SBU, 2015. *Instrument för bedömning av suicidrisk - En systematisk litteraturöversikt, s.l.: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*.
- SCB, 2018. *Allt fler adopterar styvbarn*. [Online]  
Available at: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/allt-fler-adopterar-styvbarn/>  
[Accessed 21 02 2020].
- SCB, 2019a. *Livslängd och dödsorsaker*. [Online]  
Available at: <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstalldhet/jamstalld-halsa/livslangd-och-dodsorsaker/#121915>  
[Accessed 23 01 2020].
- SCB, 2019b. *Befolkning män SCB, s.l.: (SCB) Statistiskservice, SCB*.
- SFBUP, n.d. *Vad innehåller deplyftet*. [Online]  
Available at: <http://www.sfbup.se/vad-innehaller-deplyftet/>  
[Accessed 04 02 2020].
- Silvén Hagström A, 2019. Why did he choose to die?": A meaning-searching approach to parental suicide bereavement in youth. *Death Stud*, 43(2), pp. 113-121.
- Skolverket, 2013. *Elevhälsa*. [Online]  
Available at: <https://www.skolverket.se/getFile?file=2477>  
[Accessed 25 02 2020].
- Skoog I, W. M. S. R. B. G., 2017. *Ångest och depression hos äldre*, Stockholm: Forte.
- SKR, 2016. *Kommungruppsindelning 2017 Omarbetning av Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning, s.l.: Advant Produktionsbyrå*.
- SKR, 2018. *Handlingsplan mot missbruk och beroende. Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år*, Stockholm: SKR.
- SKR, 2019. *Förebygga suicid i fysisk miljö - Ett inspirationsmaterial för kommunernas arbete, s.l.: Sveriges kommuner och landsting*.
- SKR, 2020. *Meddelande från styrelsen Överenskommelse mellan staten och Sverige Kommuner och Regioner om psykisk hälsa 2020 (20/00003)*. Stockholm: s.n.
- Socialdepartementet, 2017. *Uppdrag om stärkt stöd till barn som anhöriga, S2017/01014/FS , s.l.: Socialdepartementet*.
- Socialstyrelsen, 2007. *Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria, s.l.: Socialstyrelsen*.
- Socialstyrelsen, 2011. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2011:9), s.l.: Socialstyrelsen*.
- Socialstyrelsen, 2012. *Sekretess- och tysthetspliktsgränser i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården, s.l.: Socialstyrelsen*.
- Socialstyrelsen, 2016. *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap, s.l.: Socialstyrelsen*.

Socialstyrelsen, 2017. *Vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning*, s.l.: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2018a. *DOK (Dokumentationssystem inom missbrukarvården)*. [Online] Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/dok-dokumentationssystem-inom-missbrukarvarden/> [Accessed 04 02 2020].

Socialstyrelsen, 2018b. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*, s.l.: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2018c. *Dödsfallsutredningar 2016-2017*, s.l.: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2019a. *Dödsorsaksregistret*. [Online] Available at: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_dor/resultat.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/resultat.aspx) [Accessed 04 11 2019].

Socialstyrelsen, 2019b. *Statistikdatabas för yttre orsaker till skador och förgiftningar*. [Online] Available at: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ska/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ska/val.aspx) [Accessed 04 11 2019].

Socialstyrelsen, 2019c. *Öppna jämförelser 2019 Missbruks- och beroendevården - Registerdata*, s.l.: s.n.

Socialstyrelsen, 2019d. *Indikatorer - öppna jämförelser 2019*, s.l.: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2019. *Dödsorsaksregistret*. [Online] Available at: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_dor/resultat.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/resultat.aspx) [Accessed 04 11 2019].

Socialstyrelsen, 2019e. *Öppna jämförelser 2019 En god vård? - Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*, s.l.: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2019f. *Addiction severity index*. [Online] Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/missbruk-och-beroende/asi-intervjun/> [Accessed 04 02 2020].

Socialstyrelsen, 2019g. *Konsekvenser för vuxna med diagnosen ADHD*, s.l.: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2019h. *Delrapportering – Att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och ge stöd till efterlevande; Dnr 14433/2019*, s.l.: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2019i. *Barns behov i centrum (BBIC)*. [Online] Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barns-behov-i-centrum/> [Accessed 04 03 2020].

Socialstyrelsen, 2019j. *Individens behov i centrum (IBIC)*. [Online] Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/individens-behov-i-centrum/> [Accessed 04 03 2020].

Socialstyrelsen, 2019k. *Suicid*. [Online] Available at: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/vardskadeomraden/suicid> [Accessed 20 12 2019].

- Socialstyrelsen, 2019l. *Bortfall och kvalitet om patientregistret*. [Online]  
Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/bortfall-och-kvalitet/>  
[Accessed 15 01 2020].
- Socialstyrelsen, 2019m. *Dödsorsaksregistret - Socialstyrelsen*. [Online]  
Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/dodsorsaksregistret/>  
[Accessed 23 01 2020].
- Socialstyrelsen, 2019n. *Om öppna jämförelse - Socialstyrelsen*. [Online]  
Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/om-oppna-jamforelser/>  
[Accessed 23 01 2020].
- Socialstyrelsen, 2020a. *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori - Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid*, s.l.: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2020b. *Socialstyrelsens utbildning - Materialbank - Det vi inte ser*. [Online]  
Available at:  
<https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/117/Materialbank-Detviintesar>  
[Accessed 24 02 2020].
- Socialstyrelsen, 2020c. *Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2020*, s.l.: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2020d. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård - Lägesrapport 2020*, s.l.: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, b. *Barn som anhöriga - lagstiftning och organisation i Sverige*.  
s.l.: Socialstyrelsen och NKA.
- Socialstyrelsen, n.d. *register-dodsorsaksregistret-variabelförteckning (1)*, s.l.: Socialstyrelsen.
- SOU, 2017. *Kunskapsbaserad och jämlik vård Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*, Stockholm: SOU 2017:48.
- Stain R, W. D., 2017. Aktiv uppföljning efter suicidförsök har preventiv effekt. *Läkartidningen*, Volume 114.
- Steelesmith DL, F. C. C. J. B. J. W. K. R. E., 2019. Contextual Factors Associated With County-Level Suicide Rates in the United States, 1999 to 2016. *JAMA Netw Open*, 2(9).
- Stockholms stad, n.d. *Risikanalyser Socialförvaltningen Boende- och behandlingsenheten Stödboendet Bandhagshemmet*. Stockholm: s.n.
- Suicidprevention i Väst, a. *PLR Kommun - Suicidprevention*. [Online]  
Available at: <https://suicidprev.com/utbildning/plr-kommun/>  
[Accessed 04 02 2020].
- Suicidprevention i Väst, b. *PLR Hälso- och sjukvård*. [Online]  
Available at: <https://suicidprev.com/utbildning/psykisk-livraddning-profession/>  
[Accessed 04 02 2020].
- Suicidpreventionssamordnare Region Stockholm, 2020. *Skriftlig kommunikation med suicidpreventionssamordnare i Region Stockholm* [Interview] (02 2020).

- Sundheds og ældreministeriet, 2017. *Hjemmebesøg skal forebygge selvmord efter udskrivelse*. [Online]  
Available at: <https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2017/Juni/Hjemmebesoeg-skal-forebygge-selvord-efter-udskrivelse.aspx>  
[Accessed 18 12 2019].
- Suominen K, I. E. S. J. H. J. A. K. L. J., 2004. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 161(3), pp. 562-563.
- Svenska Livräddningssällskapet, 2019. *Preliminär årsrapport för omkomna vid drunkningsolyckor 2018*, s.l.: Svenska Livräddningssällskapet.
- Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009. *Schizofreni kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, Stockholm: Gothia Förlag.
- Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013. *Äldrepsykiatri - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013. *Suicidnära patienter - kliniska riktlinjer för utredning och vård*. s.l.:s.n.
- Svenska Psykiatriska Föreningen, 2014. *Bipolär sjukdom - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Sveriges Företagshälsor, n.d. *Varför företagsvård? - Sveriges Företagshälsor*. [Online]  
Available at: <https://www.foretagshalsor.se/foretagshalsovard/varfor-foretagshalsovard>  
[Accessed 03 03 2020].
- Sveriges Regioner i Samverkan, 2020. *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp - Schizofreni - förstagångsinsjuknande*, s.l.: Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård.
- Tang NK, C. C., 2006. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*, 36(5), pp. 575-586.
- Tillväxtverket, 2014. *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygdspolitik*, Stockholm: Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser.
- Törnberg E-M, 2019. *Verksamhetschef, Suicidprevention i Väst* [Interview] (13 11 2019).
- Transportstyrelsen, 2018. *Officiell statistik för vägtrafikolyckor - Transportstyrelsen*. [Online]  
Available at: <https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/statistik/Olycksstatistik/officiell-statistik-polisrapporterad/>  
[Accessed 20 01 2020].
- Transportstyrelsen, 2019. *Nationel statistik årsvis - Dödade personer i polisrapporterade vägtrafikolyckor fördelade efter månad. 1970-*. s.l.:Transportstyrelsen.
- Tsirigotis K, G. W. T. M., 2001. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*, 17(8), pp. PH65-70.
- Uppdrag Psykisk Hälsa, 2020. *Lanseringskonferens för nationellt vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom*. [Online]  
Available at: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kalender/lanseringskonferens-for-nationellt-vard-och-insatsprogram-for-depression-och-angestsyndrom/>  
[Accessed 04 03 2020].

Uppdrag Psykisk Hälsa, a. *Vuxenpsykiatri - Uppdrag Psykisk Hälsa*. [Online]  
Available at: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/samarbete-mellan-primarvard-och-psykiatri/vuxenpsykiatri/>  
[Accessed 30 01 2020].

Uppdrag Psykisk Hälsa, b. *Lanseringskonferens för nationellt vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom*. [Online]  
Available at: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kalender/lanseringskonferens-for-nationellt-vard-och-insatsprogram-for-depression-och-angestsyndrom/>  
[Accessed 07 02 2020].

Uppdrag Psykisk Hälsa, c. *Nationella arbetsgrupper - Uppdrag Psykisk Hälsa*. [Online]  
Available at: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/programarbete-och-arbetsgrupper/>  
[Accessed 07 02 2020].

Uppdrag Psykisk Hälsa, n.d. *Lanseringskonferens för nationellt vård- och insatsprogram för depression och ångestsyndrom*. [Online]  
Available at: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kalender/lanseringskonferens-for-nationellt-vard-och-insatsprogram-for-depression-och-angestsyndrom/>  
[Accessed 07 02 2020].

Uppdrag Psykisk Hälsa, n.d. *Nationella arbetsgrupper - Uppdrag Psykisk Hälsa*. [Online]  
Available at: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/programarbete-och-arbetsgrupper/>  
[Accessed 07 02 2020].

Vården i siffror, SKR, a. *Självord i befolkningen*. [Online]  
Available at: <https://vardenisiffror.se/indikator?datefrom=2015-01-01&metadatameasure=ddb8f73-1119-499e-ace8-5a52bf7e43e3&relatedmeasuresbyentry=keyword&relatedmeasuresbyid=dodlighet-i-befolkningen&units=06&units=19&units=09&units=01&units=21&units=13&units=03&units=2>  
[Accessed 24 01 2020].

Vården i siffror, 2020. *Väntetider och tillgänglighet*. [Online]  
Available at: <https://vardenisiffror.se/dashboard?relatedmeasuresbyentry=keyword&relatedmeasuresbyid=va-ntetider-och-tillganglighet&units=se>  
[Accessed 13 02 2020].

Vården i siffror, b. *Om Vården i siffror*. [Online]  
Available at: <https://vardenisiffror.se/about?open=vad-finns&open=finansiering-och-forvaltning>  
[Accessed 24 01 2020].

Västra Götalandsregionen, 2019. *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)*. [Online]  
Available at: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/8368/Ansvarsf%C3%B6rdelning%20och%20konsultationer%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20och%20specialistpsykiatri.pdf?a=false&guest=true>  
[Accessed 30 01 2020].

Wallerblad A, M. J. F. Y., 2012. Care-Seeking Pattern among Persons with Depression and Anxiety: A Population-Based Study in Sweden. *Int J Family Med*, Volume 2012, p. 9.

Westerlund M, H. G. W. D., 2015. Case study of posts before and after a suicide on a Swedish internet forum. *Br J Psychiatry*, 207(6), pp. 476-482.

Westrin Å, 2019. *Journalgranskningar efter suicid 2015 - Powerpointpresentation*, Lund: s.n.

WHO, 2008. *Preventing Suicide How to Start a Survivors' Group*, Geneva: WHO Document Production Services.

Zalsman G, H. K. W. D. v. H. K. A. E. S. M. C. V. H. C. B. R. B. J. P. G. K. J. S. P. L. C. J. C. D. H. U. Z. J., 2016. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), pp. 646-659.



# **BILAGOR**

---



# BILAGOR

## Bilaga 1. Definitioner av begrepp

### *Efterlevande*

Efterlevande avser i rapporten de individer som är närmast anhöriga eller närstående till någon som har suiciderat. Hit räknas nära anhöriga såsom barn, föräldrar, make/maka/partner samt nära vänner eller grannar.

### *Efterlevandestöd*

Med begreppet "efterlevandestöd" avser vi i rapporten det stöd som kan erbjudas till efterlevande närstående eller annan individ som har berörts av ett suicid.

### *Hälso- och sjukvård*

Med hälso- och sjukvård avser vi första hand den typ av hälso- och sjukvård som bedrivs inom regioners regi. Det är främst primärvård, specialiserad somatisk vård och specialistpsykiatri som har ingått. Inom primärvården är det i första hand vårdcentralens verksamhet med distriktsläkare och psykosociala team som är främsta fokus för arbetet. Specialiserad somatisk vård har vi delat in i dels akutverksamhet samt övrig sjukhusvård. Inom specialistpsykiatri ryms såväl barn- som vuxenpsykiatri, öppen- och heldygnsvård samt akutverksamhet.

### *Hälso- och sjukvård respektive socialtjänst*

I rapporten skriver vi återkommande om hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Det bör påpekas att vi i regel avser landsting/region när vi skriver om hälso- och sjukvård, samt kommun när

vi beskriver socialtjänsten. Dock utförs i dagsläget mycket hälso- och sjukvård även inom kommunen. Till exempel är det vanligt att hemsjukvård utförs inom kommunen. Dessutom bedriver också elevhälsan verksamhet som hör till hälso- och sjukvård, även om vi har hanterat det inom ramen för i första hand kommunal verksamhet i rapporten.

När vi använder begreppet "aktörer" i rapporten åsyftas de aktörer som ingår inom ramen för uppdraget, det vill säga hälso- och sjukvård och socialtjänst.

### *Kontaktpunkter*

I rapporten använder vi oss av begreppet "kontaktpunkter". Med kontaktpunkter avses den kontakt som en enskild individ har antingen med hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Det kan vara antingen en fysisk kontakt i form av ett mottagningsbesök eller särskilt boendeform men också en distanskontakt via till exempel telefon eller andra digitala lösningar.

### *Kunskapsstöd*

En vanlig definition av kunskapsstöd är en typ av sammanställning av kunskap med syfte att användas för att underlätta utförandet av ett arbete. Det kan finnas i olika medier såsom till exempel tryckta riktlinjer, handlingsplaner eller webbutbildning med mera. Vi har använt en bred definition av kunskapsstöd i arbetet och inkluderat all form av material som syftar till att öka kunskap om eller vara en hjälp i arbetet

med suicidprevention och efterlevandestöd för medarbetare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

### *Nationella systemet för kunskapsstyrning*

Det nationella systemet för kunskapsstyrning syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att uppnå en god vård som är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Nationella systemet för kunskapsstyrning infördes år 2018. I systemet finns 24 nationella programområden (NPO) samt ett nationellt primärvårdsråd där ansvaret är fördelat på Sveriges regioner med olika ansvarsområden såsom till exempel barn och ungdomars hälsa, endokrina sjukdomar, psykisk hälsa och ögonsjukdomar. NPO Psykisk hälsa är särskilt relevant för denna gapanalys. Vid sidan av NPO finns också nationella samverkansgrupper (NSG) som arbetar ämnesövergripande med funktion att samordna arbetet mellan regioner. NSG finns inom områden som läkemedel och medicintekniska produkter, nationella kvalitetsregister och patientsäkerhet. En huvudtanke med kunskapsstyrningen är att ta fram kunskapsstöd för hälso- och sjukvården. Bland annat är *Nationella vård- och insatsprogram (VIP)* under uppbyggnad där resultaten från arbetet i NPO respektive NSG kan presenteras i form av kunskapsstöd med rekommendationer som är gemensamma för alla regioner.

### *Osäkra suicid*

Med osäkra suicid avses en självdestruktiv handling där avsikten har varit oklar. ICD-koder: Y10-Y34.

### *Riskgrupper*

Riskgrupper avser i rapporten grupper där antingen de som suiciderar utgör ett stort antal av totala antalet suicid eller där en relativt sett hög andel i en viss grupp suiciderar relativt gruppens storlek. Vidare har vi prioriterat vissa riskgrupper där kunskapsnivån och rutiner för omhändertagande i nuläget är förhållandevis låg som till exempel efterlevande.

### *Suicid*

I rapporten har vi genomgående använt det värdeneutrala begreppet suicid istället för självmord eftersom benämningen självmord kan ge association till att handlingen skulle vara brottslig och riskerar att vidmakthålla tabu kring ämnet.

### *Suicidprevention*

Med begreppet ”suicidprevention” avser vi i rapporten kunskapsbehov för att minska antalet suicid. Vi har i första hand fokuserat på kunskapsbehov för att minska suicidförekomst bland individer med risk att genomföra suicid. Preventivt arbete kan också bedrivas mot en subgrupp individer där det är högre risk för att utveckla suicidalitet (selektiv prevention), vilket till viss del också ingår i rapporten liksom suicidprevention i ett bredare perspektiv riktad mot befolkningen i allmänhet (universell prevention).

### *Säkra suicid*

Med säkra suicid avses en avsiktligt självdestruktiv handling där avsikten varit att ta sitt liv. De klassificeras enligt ICD-koder: X60-X84.

### *Socialtjänst*

Socialtjänst alternativt socialförvaltning är den vanligaste benämningen på den tjänstemannaorganisation på kommunal nivå som arbetar utifrån socialtjänstlagen (SoL), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Eftersom Sveriges kommuner i enlighet med kommunallagen till viss del själva kan besluta om organisationen av nämnder/förvaltningar kan indelningen skilja mellan kommuner, liksom också nomenklaturen på förvaltning och tillhörande nämnd. I typfallet har kommuner organiserat socialtjänsten i två enheter – en myndighetsfunktion och en utförarfunktion.

Myndighetsutövning genomförs av socialsekreterare och rör beslut utifrån gällande lagstiftning, som till exempel beviljande av behandling på HVB-inrättning eller beslut om försörjningsstöd. Utförarverksamheten handhar det praktiska verkställandet av socialtjänstens insatser som kan handla om till exempel att driva behandlingshem, organisera familjehem med mera. För en enskild individ är kontakten med myndighetssidan ofta över ett längre tidsspann, men med kortare möten och också möten via till exempel telefonkontakt. På utförarsidan kännetecknas möten av ett kortare tidsintervall, men med mer frekvent och intensiv kontakt som vid till exempel genomförandet av en insats på behandlingshem. I tillägg har också en del kommuner upphandlat driften av till exempel LSS-boenden och HVB-inrättningar till privata aktörer.

## Bilaga 2. Förteckning över intervjupersoner

**Tabell 4** Sammanställning av intervjurespondenter inklusive roll inom deras respektive organisation.

Organisation	Roll/titel
Barnombudsmannen	Utredare
Barntraumateamet	Psykolog
Deplyftet	Projektledare
Folkhälsomyndigheten	Nationell samordnare för suicidprevention
Forskning	Professor emeritus i psykiatri
Forskning	Professor emeritus i psykiatri
Föreningen Sveriges Socialchefer	Samordnare
Gävle kommun	Strateg
Hässleholms kommun	Processledare tre förvaltningar
IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg)	Tillsynsläkare
Jönköpings kommun	Chef Olycksförebyggande avdelningen
Karlstads kommun	Kommunstrateg
Karolinska Institutet	Professor i psykiatri
Karolinska Institutet	Överläkare i psykiatri
Karolinska Institutet	Professor i försäkringsmedicin
Karolinska Institutet	Professor i socialt arbete
Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag)	Chief Medical Officer
Malmö stad	Utvecklingssamordnare

MIND	Verksamhetsansvarig
Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor	Senioranalytiker
NASP (Nationellt centrum för Suicidforskning och Prevention)	Verksamhetschef
Nationella Samverkansgruppen för patientsäkerhet	Ordförande
Norra Stockholms Psykiatri	Verksamhetschef
Norrköpings kommun	Behandlingsassistent
NSPHiG (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg)	Ordförande/företrädare
Nätverket för kommunernas krisberedskap	Nätverksansvarig
Polismyndigheten	Poliskommissarie
Region Gotland	Suicidpreventionssamordnare
Region Halland	Suicidpreventionssamordnare
Region Jämtland Härjedalen	Suicidpreventionssamordnare
Region Kalmar län	Suicidpreventionssamordnare
Region Skåne	Suicidpreventionssamordnare
Region Sörmland	Suicidpreventionssamordnare
Region Värmland	Suicidpreventionssamordnare
Region Örebro län	Suicidpreventionssamordnare
Region Östergötland	Suicidpreventionssamordnare
Riksföreningen för Skolsköterskor	Ordförande

RSMH (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa)	Förbundsordförande
Sjöbo kommun	Folkhälsstrateg
SKR (Sverige Kommuner och Regioner)	Handläggare
Socialstyrelsen	Medicinskt sakkunnig psykiatri
Socialstyrelsen	Utredare socialtjänstens barn- och ungdomsvård
Socialstyrelsen	Biträdande enhetschef nationella riktlinjer
Socialstyrelsen	Enhetschef vägledningseenheten
Socialstyrelsen	Utredare dödsfallsutredningar
Socialstyrelsen	Utredare barn och unga i institutionsvård
Socialstyrelsen	Utredare äldre frågor
SPES Jönköping (Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd)	Vice Ordförande
SPiV (Suicidprevention i Väst)	Verksamhetschef
Stockholms stad	Utredare
Suicide Zero	Verksamhetsansvarig
Svenska Distriktsläkarföreningen	Ansvarig för nätverket psykisk ohälsa
Svenska Förening för Akutsjukvård	Ordförande
Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri	Ordförande
Sveriges Psykologförbund	Professionsstrateg
Sveriges Skolkuratorers Förening	Ordförande

Södertälje kommun	Utredare
Tingsryd kommun	Lokal processamordnare
Umeå universitet	Professor i psykiatri
Växjö kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska



### Bilaga 3. Bildgalleri med pressklipp, perioden november 2019-mars 2020

Under arbetet med gapanalysen har en sporadisk nyhetsbevakning av i första hand dagspressens rapportering av suicid genomförts. Följande huvudteman och artiklar har observerats:

#### Brister i tillgänglighet och vårdkedjan

Brister i tillgänglighet och vårdkedjan lyfts fram som ett problem i flera artiklar. Det kan vara att det antingen är svårt att få kontakt med specialistvård eller att olika vårdövergångar inte fungerar optimalt. Nedan visas fem artiklar där det har varit brister i vårdkedjan:

**Reportage i Göteborgs-Posten om svårigheten att kunna hjälpa en suicidal tonårsflicka**  
15 december 2019



**Reportage i Göteborgs-Posten om en suicidal kvinna som sökt till psykiatriakuten upprepade gånger, utan att få hjälp**  
8 januari 2020



#### Inslag i SVT om brister i tillgänglighet för stöd hos BUP 15 januari 2020



**Artikel i Nya Wermlands-Tidningen om brister i kontinuitet i kontakt med suicidal individ**  
28 januari 2020

Nyheter | 3

VÅRD. Lex Maria-anmälan

# Patient tog sitt liv när hjälpen byttes av

**Ambulansen lämnade över till läkare och polis. Men på de 20 minuter det tog innan en patrull kom fram hann patienten ta sitt liv. Nu har händelsen anmälts enligt lex Maria.**

När ambulanspersonalen lämnat bostaden anlände räddningstjänsten. De informerades direkt om att patienten inte ville ha någon hjälp. I samma veva lämnade en anhörig till den självmordsbenägne patienten platsen. Då är patienten helt ensam i sitt hem.

Ambulanspersonalen var kvar utanför och kontaktade en helikopterläkare. Han bedömde att en distriktsläkare skulle kontakta sig för ordnande ett intyg om tvångsvård. Ambulansen lämnade sedan platsen och fick information om att polis var på väg och väntades vara på plats om

20 minuter. Ambulanspersonalen avslutade ärendet och lämnade över till distriktsläkare och polis. Men när polisen kom till platsen hade patienten begått självmord.

Under måndagen tog Inspektionen för vård och omsorg (IVO) emot en Lex Maria-anmälan från Region Värmland om händelsen som klassas som en allvarlig vårdskada.

**Frida Flodkvist**

**DAGEN FÖR NÄRINGSLIVET MASSA • MOTEN • FORELÄSNINGAR**  
**FÖRETAGSSALONGEN Elite Stadshotellet Karlstad**  
**Torsdag 30/1 2020 kl. 11-16**  
foretagssalongen.se

**Artikel i Aftonbladet om en yngre man som begick suicid under permission från slutenvården**  
17 februari 2020

AFTONBLADET

Börja veckohandla på Mat.se och få mer tid för livet!

400% rabatt  
Börja handla

**Tim fick permission från psyket – tog sitt liv samma natt**  
Kördes hem till tom lägenhet eller första eckochockbehandling

en Gustaf Törnqvist

JÄNKÖNING. "Patienten har vid dagens samtal självmoordstankar, men inga tydliga planer."  
Den rötningen gjorde läkaret i Tim Blomqvists journal en fridagspermision. De beviljade honom också permission över helgen. Samma natt tog 27-åringen sitt liv.

"Om de inte hade lagt in honom så hade det här aldrig hänt, säger mamma Pamela.

Psykisk vård  
Psykisk ohälsa  
Vård & omsorg  
Jönköping  
Ekspert  
Sjukvård  
Allt vänta

**REKORD**  
1. Nya nyheter  
2. Fem sjukvårdare på sjukhus  
3. Nya nyheter  
4. Anrika Strömblad  
5. Sjukvårdare som arbetar med patienter  
6. Det är mest sjukvårdare som arbetar med patienter  
7. Det är mest sjukvårdare som arbetar med patienter  
8. Det är mest sjukvårdare som arbetar med patienter  
9. Det är mest sjukvårdare som arbetar med patienter  
10. Det är mest sjukvårdare som arbetar med patienter

**Organisation**

Ett antal artiklar under arbetet med gapanalysen belyser frågan med att det finns brister i organisation eller föreslår förbättringar av organisationen. Nedan följer fem artiklar inom temat organisation:

**Notis i Göteborgs-Posten (GP) om att hjälplinjen för psykisk ohälsa läggs ner**  
27 november 2019

**Hjälplinje för psykisk ohälsa läggs ner**  
Vård: Nationella hjälplinjen, som gett samtalstöd sedan 2002, läggs ned vid årsskiftet, rapporterar Ekot. De som svarar är i första hand psykologer. Verksamheten finansieras av landets regioner och sköts av Sveriges Kommuner och Landstings bolag Inera. Enligt avdelningschefen Tomas Lithner har tjänsten nu prioriterats ned av regionerna som vill integrera den med sitt ordinarie vårdutbud. Ingen av storstadsregionerna planerar någon ny tjänst som ersättning för hjälplinjen. (TT)

**Artikel i Sydsvenskan om att införa ambulansverksamhet för individer som drabbas av akut psykisk ohälsa**  
27 november 2019

Nyheter

**Ambulans för akut psykiatri ska hjälpa fler**

**Flera skänningar**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har utreder en vårdskada som uppstått i samband med en akut psykiatri ambulans i Västra Götalandsregionen. IVO har utreder en vårdskada som uppstått i samband med en akut psykiatri ambulans i Västra Götalandsregionen. IVO har utreder en vårdskada som uppstått i samband med en akut psykiatri ambulans i Västra Götalandsregionen.

**Artikel i Svenska Dagbladet om att en stor del av polisens arbete ägnas åt självmordslarm**  
27 december 2019

Sverige Nyheter

**Självmordslarm sysselsätter polisen**

Antal polisärenden som gäller självmordslarm: 5 200 (2017), 10 000 (2018), 10 270 (2019)

Polisen i Västra Götalandsregionen har fått en ökad arbetsbelastning på grund av ett stort antal självmordslarm. Enligt en rapport från Sveriges Kommuner och Landstings bolag Inera har antalet självmordslarm ökat från 5 200 i 2017 till 10 270 i 2019. Detta innebär att polisen i Västra Götalandsregionen har fått en ökad arbetsbelastning på grund av ett stort antal självmordslarm.

# Debattartikel från Sverigedemokraterna om att införa en psykiatriambulans i Vestmanlands läns tidning

30 januari 2020

22 VLT torsdag 30 januari 2020

## Den psykiska ohälsan måste tas på större allvar

### Sverigedemokraterna: Inför en psykiatriambulans i Västmanland

Allt fler svenskar drabbas av psykisk ohälsa och behovet av bättre omvårdning är stort. Det är långa köer till psykiatri, och de som är i behov av en akut omvårdning måste ofta ta av polisen i stället för psykiatripersonal.

Allt patienter med psykisk ohälsa måste tas på större allvar. Det är Sverigedemokraterna som vill införa en psykiatriambulans i Västmanland. Redan 2019 en av Landstinget Östergötens Västmanland skulle införa en psykiatriambulans även i Västmanland.

Mellan år 2017 och 2018, med till exempel psykiatriambulans i Västmanland, har det varit stort behov av psykiatriambulans. I region Stockholm var först i landet att införa en psykiatriambulans 2017, där uppdraget handlar om personer som blivit akut psykiskt sjuka och där man beror på sjukhusvård eller övervakning.

Psykiatriambulans har även införts i Region Skåne. I båda fallen har resultaten varit mycket goda.

I Skåne finns ryker psykiatriambulans i genomgått cirka sex gånger per timme till psykiatri, och de som är i behov av en akut omvårdning måste ofta ta av polisen i stället för psykiatripersonal.

I Östergötens Västmanland skulle införa en psykiatriambulans även i Västmanland. Redan 2019 en av Landstinget Östergötens Västmanland skulle införa en psykiatriambulans även i Västmanland.



Inför en psykiatriambulans i Västmanland är våra ett bättre omvårdande. Den psykiska ohälsan måste tas på större allvar. Därför kommer vi att förslå en psykiatriambulans i Västmanland.

Det är Sverigedemokraterna som vill införa en psykiatriambulans i Västmanland. Redan 2019 en av Landstinget Östergötens Västmanland skulle införa en psykiatriambulans även i Västmanland.

# Artikel i Dagens Nyheter om att nationella hjälplinjen för psykisk ohälsa läggs ned 9 december 2019

## "De lägger ned en fungerande stödlinje på lösa grunder"

Kritiken mot beslutet att lägga ned den nationella hjälplinjen för psykisk ohälsa fortsätter. Anki Lundberg, ordförande för en rad intresseorganisationer menar att det kommer att få stora följder för människor som står psykiskt dåligt.

Den nationella hjälplinjen för psykisk ohälsa läggs ned 9 december 2019. Beslutet har väckt stor kritik i media och bland människor som står psykiskt dåligt. Anki Lundberg, ordförande för en rad intresseorganisationer, menar att beslutet kommer att få stora följder för människor som står psykiskt dåligt.

Den nationella hjälplinjen för psykisk ohälsa har varit en viktig stödlinje för många människor som står psykiskt dåligt. Beslutet att lägga ned linjen är ett stort misslyckande för regeringen.

Den nationella hjälplinjen för psykisk ohälsa har varit en viktig stödlinje för många människor som står psykiskt dåligt. Beslutet att lägga ned linjen är ett stort misslyckande för regeringen.

## Samhällsdebatt och bemötande

En del artiklar tar upp hur man kan prata om suicid och har också en opinionsbildande agenda. Följande fem artiklar är ett urval:

## Ledare i Dagens Nyheter angående utredning (SOU 2019:32) om att förbjuda att uppmana andra till suicid

25 oktober 2019

Psykisk ohälsa.

### Ord har betydelse för den suicidala



**Lisa Magnusson**  
Ledarskribent

Ibland händer det att alla är överens om något, från höger till vänster. Som när regeringens utredare föreslagit att det ska bli förbjudet att uppmana andra att ta livet av sig. Alla höll med. Bra idé!

"Vi välkomnar det", sade Moderaterna till Ekot (2/9). "Det är tyvärr helt nödvändigt", tyckte Liberalerna i. "Vi tycker att det är bra att man är tydlig", hälsade Fredrik Lundh Sammel (S), ordförande i justitiekommittén, å den rödgröna regeringens vägnar.

Sverigedemokraterna biföll och tillade att "handlingen resulterar i att en medmänniska mister livet". Vänsterpartiet sade att en kriminalisering är "rimlig". "Det är häpnadsväckande att det inte redan är kriminellt", uttryckte Kristdemokraterna.

**Ja, det är egentligen bara ett problem med den här lagen:** att den i praktiken inte lär efterlevas.

Det finns två fall som rönt väldigt uppmärksamhet, och som förslaget kan antas vila på.

Dels den tonårspojke i USA som dog efter att hans flickvän drivit på för att han skulle följaktligen de självmordsplaner han pratat så länge om. Dels den unge man i Sverige som hetsades att hänga sig av folk på ett diskussion i båda fallen var den sensuella på plats. Tonårspojken hade framför allt kontakt via mobiltelefon, den i Sverige var inne på Facebook och saknar polisen i dagligt läge kompetens, kan man kritiskt säga till den lagstiftningen. Det är utom uteslutningsmöjligheter som utgår från ett utredningsarbete som inte har någon hetsat till självmord.

**Vad de båda fallen har gemensamt är att de båda inblandade riktigt tycks ha förstått kerna. För dem verkar det konstigt lek, något abstrakt suicid ofta även för den**

## Artikel i Svenska Dagbladet där det nämns att Facebook under 2018 raderade 2,5 miljoner inlägg som uppmuntrade till eller skildrade självmord eller självskadebeteenden

14 november 2019

### Facebook: Vi jobbar hårt med innehållet

Den sociala mediejätten Facebook säger sig ha blockerat totalt 3,2 miljarder falska konton mellan april och september i år.

Det är mer än dubbelt så många som under samma period i fjol, enligt det amerikanska företaget.

TT

Dessutom raderades 2,5 miljoner inlägg som uppmuntrade till eller skildrade självmord eller självskadebeteenden. Omkring 4,4 miljoner inlägg som hade med markotikoförslutning att göra har också tagits bort, enligt Facebook.

Sociala medier har mött en växande våg av kritik runt om i världen för att inte ta tillräckligt ansvar för sitt innehåll.

Facebooks planer på att kryptera sin meddelandeförstärkning fick FBI-befälhavare Christopher Wray att i oktober befråda om förändringen kan omvandla plattformen till en dröm för pedofiler och barnpornografer.

Enligt företaget togs 11,6 miljoner inlägg med nakna barn och sexuella övergrepp bort från Facebook mellan april och september i år, liksom 754 000 från den Facebookägda bildappen Instagram.

**Debattartikel i Dagens Medicin om sorgmottagningen i Stockholm**

27 november 2019



**Debattartikel i Svenska Dagbladet om att revidera den nationella strategin för att få ned självmordstalen (i vilken regeringsuppdraget omnämns)**

4 december 2019



**Artikel i Sydsvenskan om en känsllogala för att förändra attityder och fördomar kring psykisk ohälsa**

11 december 2019



**Övrigt**

I mediebevakningen har det också hittats ett antal övriga artiklar om till exempel forskning och opinionsbildning. Följande tre artiklar är ett urval:

**Debattartikel i Expressen för ökade statliga satsningar för folkbildning, telefonjourer, chattstöd, samtalsgrupper och anhörigstöd**

10 oktober 2019



**Den omdebatterade serien Landet Lyckopiller på SVT gör fördjupning om suicid i avsnitt 2/4**

27 november 2019



**Artikel i Dagens Nyheter om forskning kring sambandet mellan beroendesjukdom och suicid**

17 februari 2020



## Efterlevande

Det uppskattas att omkring 10 000–15 000 individer årligen blir efterlevande när någon i deras närhet genomför suicid. I medierapporteringen berättar ibland efterlevande om sina erfarenheter. Följande fem artiklar är exempel på artiklar som tar upp efterlevandeperspektivet:

**Artikel i Aftonbladet om hur 20-åring genomfört suicid efter beslut om minskat antal assistanstimmar**

14 november 2019



**F.d. social- och socialförsäkringsministern Annika Strandhäll i SVT (Skavlan) om sin sambos suicid**  
6 februari 2020



**Artikel i Uppsala Nya Tidning (UNT) om efterlevande som anser att vården varit**

**otillräcklig**  
10 november 2019



**Artikel i Hudiksvalls tidning om en mamma som anmäler vården efter att dottern**

**genomfört suicid**  
1 februari 2020



**Artikel i Uppsala Nya Tidning (UNT) om en kvinna som förlorat sin make i suicid för fem år sedan**  
12 februari 2020



## Bilaga 4. Möjliga referenser för vidare läsning

- Stain R, Wasserman D. Mäns självmordsnärlighet och ovilja att söka hjälp. *Läkartidningen*. 2019 Oct 16;116.
- Stain R, Wasserman D. Kognitiv psykoterapi och antidepressiva - Kombination som minskar risken för återfall. *Läkartidningen*. 2019 Jan 10;116.
- Stain R, Wasserman D. Självmordsrisken är ökad hos närstående till självmordsoffer - Störst risk vid förlust av partner eller barn, visar svensk studie. *Läkartidningen*. 2018 Feb 20;115.
- Stain R, Wasserman D. Aktiv uppföljning efter suicidförsök har preventiv effekt. *Läkartidningen*. 2017 Jun 2;114.
- Stain R, Hadlaczky G, Wasserman D. Antalet självmord kan minskas – evidens finns. *Läkartidningen*. 2017 Apr 21;114.
- Stain R, Wasserman D. Fördomar om psykisk sjukdom hindrar många att söka hjälp, Europeiska psykiaterföreningen arbetar för att stärka tilliten till psykiatrin. *Läkartidningen*. 2014 Sep 3-9;111(36):1422-3.
- Wasserman D, Stain R, Carli V. Fördjupat kunskapsunderlag för att förhindra självmord. Europeiska psykiatriska föreningen ger evidensbaserad vägledning. *Läkartidningen*. 2013 Feb 6-12;110(6):268-9.
- Stain R, Hadlaczky G, Carli V, Titelman D, Wasserman D. Vårt århundrades största utmaning för hälsovårdande myndigheter. *Neuropsykiatriska sjukdomar*. *Läkartidningen*. 2011 Dec 7-13;108(49):2548-9.
- Vagnhammar SR, Wasserman D. Skattningsskalor mindre del i helhetsbedömning. *Läkartidningen*. 2010 May 12-25;107(19-20):1323-4.
- Wasserman D, Beskow J, Jakobsson L, Spångberg B, Falkenroth A, Hägglöf B, Svärd KO, Almkvist H, Rutz W, Rydelius PA, Franzén M. Nollvisionen ger viktiga signaler. Slutreplik om prevention av suicid. *Läkartidningen*. 2009 Jul 22-Aug 4;106(30-31):1916.
- Wasserman D, Beskow J, Jacobsson L, Spångberg B, Falkenroth A, Hägglöf B, Svärd KO, Almkvist H, Rutz W, Rydelius PA, Franzén M. Nollvisionen för självmord bryter tabubeläggningen. *Läkartidningen*. 2009 May 20-Jun 2;106(21-22):1492-3.
- Westerlund M, Wasserman D. Tips om självmord lätt att hitta på nätet. *Läkartidningen*. 2008 Oct 1-7;105(40):2758-9.
- Wasserman D. Att förebygga självmord hos unga – ett försummat område. *Läkartidningen*. 2002 Jun 13;99(24):2740-1.
- Wasserman D. Självmord – ett försummat folkhälsoproblem. *Läkartidningen*. 1998 Dec 2;95(49):5593-7.
- Runeson B (red).; 2015. SBU-rapport nr 242.
- Runeson B. Intervjuinstrument ger ingen säker bedömning av suicidrisk. Vetenskapligt stöd saknas enligt SBU-rapport. *Läkartidningen* 2015;112:DRTZ.
- Runeson B. Suicidriskbedömning. [Internetmedicin.se](http://Internetmedicin.se), uppdaterad 2019-04-06.

Runeson B, Salander Renberg E, Westrin Å, Waern M. Den suicidnära patienten. Studentlitteratur 2012. ISBN 978-91-44-07285-2.

Runeson B (Red). Suicidnära patienter. Kliniska riktlinjer för utredning och vård. Svensk psykiatri. Nr 12 (89 sid).Spf och Gothia fortbildning 2013. ISBN 978-91-7205-906-1.

Fazel S, Runeson B. Suicide The New England Journal of Psychiatry. 2020 01 16;382(3):266-274 PubMed ID: 31940700.

Runeson B. Suicidalt beteende. I Psykiatri, (Red Herlofson J m fl). Studentlitteratur 2016: kap 37:709-724 ISBN 978-91-44-09497-7.

### **Risk- och skyddsfaktorer**

Wolk-Wasserman D. Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. Acta Psychiatrica Scandinavica 1986; 73:481-499.

Wolk-Wasserman D. Attempted suicide - the patient's family, social network and therapy. Doctoral dissertation. Stockholm: Graphic Systems, ISBN 91-7900-118-1. 1986:1-220.

Cullberg J, Wasserman D, Stefansson C-G. Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow up in a suburban catchment area. Acta Psychiatrica Scandinavica 1988; 77:598-603.

Wasserman D. Research on the suicidal process. Journal of Social Medicine. 1990; 8:398-405.

Hultén A, Wasserman D. Lack of continuity - a problem in the care of young suicides. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998; 97(5):326-333.

Fredrikson S, Cheng Q, Jiang GX, Wasserman D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. Neuroepidemiology. 2003 Mar-Apr;22(2):146-52

Bertolote JM, De Leo D, Fleischmann, A, Wasserman D. Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. Crisis. 2004; 25(4):147-155.

Wasserman D, Terenius L, Wasserman J, Sokolowski M. The 2009 Nobel conference on the role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. Molecular Psychiatry 2010;15(1):12-17.

Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Kramarz E, Wasserman C, Sarchiapone M, Hoven CW, Brunner R, Kaess M. The Association between Pathological Internet Use and Comorbid Psychopathology: A Systematic Review. Psychopathology. 2013;46(1):1-13.

Wasserman D. Physical activity improves mental health. *Acta Paediatr.* 2019 Jun;108(6):984-985. doi: 10.1111/apa.14772.

Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G, Hoven CW, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Kaess M, Keeley H, Keresztény A, Kahn JP, Postuvan V, Mars U, Saiz PA, Varnik P, Sisask M, Wasserman D. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Medicine.* 2014 Feb;15(2):248-54.

Hadlaczky G, Hökby S, Mkrтчian A, Wasserman D, Balazs J, Machin N, Sarchiapone M, Sisask M, Carli C. Decision-Making in Suicidal Behavior: The Protective Role of Loss Aversion. *Front. Psychiatry.* April 2018 9:116, doi: 103389/fpsy.2018.00116

Hokby, S., et al., Are Mental Health Effects of Internet Use Attributable to the Web-Based Content or Perceived Consequences of Usage? A Longitudinal Study of European Adolescents. *JMIR Ment Health*, 2016. 3(3): p. e31.

Kiritani M, Hadlaczky G, Carli V, Wasserman C, Hoven CW, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Kahn JP, Keeley H, Postuvan V, Saiz P, Värnik A, Wasserman D. Reading books and watching films as protective factors against suicidal ideation. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2015, 12, 15937–15942.

McMahon EM, Corcoran P, Keeley H, Clarke M, Coughlan H, Wasserman D, Hoven CW, Carli V, Sarchiapone M, Healy C, Cannon M. Risk and protective factors for psychotic experiences in adolescence: a population-based study. *Psychol Med.* 2020 Feb 6:1-9.

## **Utbildning och prevention**

Ramberg I-L, Wasserman D. Benefits of Implementing an Academic Training of Trainers Program to Promote Knowledge and Clarity in Work with Psychiatric Suicidal Patients. *Archives of Suicide Research* 2004; 8:331-343.

Ramberg I-L, Wasserman D. Suicide-preventive activities in psychiatric care: evaluation of an educational programme in suicide prevention. *Nordic Journal Psychiatry*; 2004; 58(5):389-394.

Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, Carli V. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention; European Psychiatric Association. *European Psychiatry.* 2012 Feb;27(2):129-41. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.

Fleischmann A, Carli V, De Leo D, Hadlaczky G, Howlader S, Vijaykumar L, Wasserman D, Saxena S. Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs. *Global Mental Health* 2016, 3:e5.



Wasserman D. Lancet psychiatry letter; Psychosocial interventions to prevent repeated self-harm, Lancet Psychiatry, 2016.

Wasserman D. Difficulties in preventing suicidal behaviours in spite of existing evidence-based preventive methods – An overview. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2019; 1: 7-12.

