



Folkhälsomyndigheten

Linnéuniversitetet 

Proaktivt efterlevandestöd vid suicid

Utvärdering av läns gemensam rutin i Region Kalmar län



Denna titel kan laddas ner från:

www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material

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

© Folkhälsomyndigheten, 2026.

Artikelnummer: 26058.

Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid. I uppdraget ska vi följa utvecklingen inom området, bidra med kunskap som kan stödja samhällets arbete samt ta fram kunskap om hur individer själva kan främja sin psykiska hälsa. Denna rapport ingår som en del i detta uppdrag.

Rapporten presenterar resultat från en utvärdering av en läns gemensam rutin för proaktivt efterlevandestöd vid suicid i Region Kalmar län. Syftet är att beskriva hur det proaktiva arbetssättet upplevs och fungerar med fokus på efterlevande och yrkesverksamma.

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare och tjänstepersoner som arbetar med suicidprevention på nationell, regional och lokal nivå.

Utvärderingen som ligger till grund för rapporten har genomförts som ett samverkansprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Linnéuniversitetet. Från Linnéuniversitetet har Hanna Tuvevesson, universitetslektor och docent i vårdvetenskap och forskningsassistent Annelie Evysdotter medverkat. Även Cecilia Fagerström, forskningschef i Region Kalmar län och professor i vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet, har medverkat. Från Region Kalmar län har Cecilia Gamme, folkhälsoutvecklare deltagit och från Kommunförbundet Kalmar län Daniel Abrahamsson, utvecklingsledare. Från Folkhälsomyndigheten har utredare från enheten för psykisk hälsa och suicidprevention medverkat, med Johanna Ahnquist som ansvarig enhetschef.

Folkhälsomyndigheten, juni 2026

Lennie Lindberg

Avdelningschef, Avdelningen för livsvillkor och psykisk hälsa

Innehåll

Proaktivt efterlevandestöd vid suicid	1
Om publikationen	3
Innehåll.....	4
Sammanfattning.....	6
Om utvärderingen	6
Summary.....	7
Bakgrund.....	9
Efterlevande – en riskgrupp för ohälsa och suicid	9
Efterlevandes behov av stöd efter suicid.....	10
Postvention är centralt i suicidprevention.....	10
Rutin för proaktivt efterlevandestöd i Region Kalmar län	11
Initiering av efterlevandestöd för vuxna.....	13
Rollen som efterlevandelots.....	13
Syfte	15
Metod.....	16
Urval och rekrytering	16
Datainsamling	17
Dataanalys.....	17
Etiska överväganden.....	18
Resultat.....	19
Att inte lämna någon ensam – betydelsen av uppsökande stöd.....	19
Att bidra med fotfäste i den initiala turbulensen	20
Upptäckt, larm och dödsbud – en kritisk första punkt i rutinen.....	20
Vilsenhet och behov av struktur – polisens bemötande och information om rutinen ..	21
Från förväntan till förtroende: orientering och respons i mötet med efterlevandelotsen. 23	
Efterlevandes förväntningar, väntan och egen initiativkraft.....	23
Navigering i en okänd och otydlig situation	24
Efterlevandelotsens bemötande, uppföljning och kompetens	26
Relationell och existentiell förankring – professionella och kompletterande stödresurser	27

Allians, kompetens och personkemi – avgörande för en verksam samtalsbehandling.	28
Existentiellt och erfarenhetsbaserat kompletterande stöd	28
Att hantera det ofattbara – strategier och påverkan hos efterlevande och yrkesverksamma	29
Mellan egna strategier, informellt och professionellt stöd.....	29
Att bära mötet – emotionell påverkan och behov av stöd för yrkesverksamma	30
Förbättringsförslag – för ett mer sammanhållet och förutsägbart efterlevandestöd	31
Diskussion	32
Polisens roll i efterlevandestöd.....	32
Vägen till hjälp och efterlevandelots	32
Efterlevandelotsens roll och behov av eget stöd	33
Individanpassning och behov av upprepade kontakter	34
Kompetens och lämplighet som framgångsfaktor	35
Betydelsen av kompletterande stöd.....	35
Metoddiskussion.....	35
Slutsats	36
Referenser.....	38
Bilaga 1: Intervjuguide polis och efterlevandelots.....	41
Bilaga 2: Intervjuguide efterlevande.....	42

Sammanfattning

Denna rapport redovisar resultaten från en utvärdering av en länsgemensam rutin för ett proaktivt efterlevandestöd vid suicid, som funnits i Region Kalmar län sedan juli 2022. Rutinen omfattar samverkan mellan polis, efterlevandelotsar på hälsocentraler samt kompletterande stödinsatser som samtalsbehandling och stöd från civilsamhälle och kyrka.

Utvärderingen visar att en rutin för proaktivt efterlevandestöd vid suicid är en värdefull insats som gynnar både efterlevande, poliser och efterlevandelotsar. De centrala slutsatserna är följande:

- Rutinen möjliggör en tidig kontakt med efterlevande och stärker samverkan mellan olika aktörer så som polis, primärvård och civilsamhälle, vilket kan förebygga ohälsa hos efterlevande.
- Rutinen har en tydlig struktur som underlättar arbetet för polis och efterlevandelotsar, vilket bidrar till professionalism och återhämtning.
- Ett efterlevandestöd bör vara uppsökande, individanpassat och upprepat, eftersom efterlevande ofta har svårt att initiera kontakt och ta till sig information i det akuta skedet.
- Ett professionellt och empatiskt bemötande från polis och vårdpersonal är avgörande för efterlevandes upplevelser av stöd och förtroende och kan inte ersättas av rutiner; ett bredare värderingsarbete behövs kontinuerligt för yrkesverksamma som möter efterlevande för att motverka stigma kring suicid.
- Om rutinen inte följs riskerar efterlevande att själva behöva koordinera sitt stöd och kan då möta ett bristfälligt eller stigmatiserande bemötande från vårdpersonal.
- Suicidspecifik utbildning, kontinuerlig handledning och tid för reflektion är avgörande för att efterlevandelotsar och behandlare ska ha rätt kompetens.
- Val av samtalsbehandling som rekommenderas eller hänvisas till av hälsocentralen via efterlevandelots bör göras omsorgsfullt, helst av professioner med särskild kompetens inom suicid och sorg.
- Kompletterande stödformer, såsom erfarenhetsbaserade grupper och existentiellt stöd, är viktiga delar av ett helhetsorienterat efterlevandestöd.

Utvärderingen indikerar också några viktiga utvecklingsområden, där kompetensutveckling och förbättrade förutsättningar för handledning och reflektion för yrkesverksamma framhålls som centrala för att ytterligare stärka efterlevandestödet vid suicid.

Om utvärderingen

Den här rapporten bygger på en kvalitativ utvärdering baserad på 26 intervjuer med poliser, efterlevandelotsar och efterlevande vid suicid.

Summary

This report presents the results of an evaluation of a county-wide routine for proactive bereavement support after suicide that has been in place in Kalmar County since July 2022. The routine involves collaboration between the police, bereavement support coordinators at health centres, and complementary support measures such as counselling and support from civil society and the church.

The evaluation shows that a routine for proactive bereavement support after suicide is a valuable intervention that benefits bereaved individuals, police officers, and bereavement support coordinators alike. The key conclusions are as follows:

- The routine enables early contact with the bereaved and strengthens collaboration among different actors, such as the police, primary care, and civil society, and this can prevent ill health among the bereaved.
- The routine has a clear structure that facilitates the work of the police and bereavement support coordinators, thus contributing to professionalism and recovery.
- Bereavement support should be outreach-based, individualized, and repeated because bereaved individuals often struggle to initiate contact and to absorb information during the acute phase of their grief.
- Professional and empathetic treatment from police and healthcare staff is crucial for the bereaveds' experience of support and trust, and this cannot be replaced by routines. Continuous value-based work is needed to support professionals who encounter the bereaved in order to counteract the stigma surrounding suicide.
- If the routine is not followed, the bereaved might have to coordinate their own support and thus might experience inadequate or stigmatizing treatment from healthcare staff.
- Suicide-specific training, continuous supervision, and time for reflection are essential to ensure that bereavement support coordinators and counsellors have the necessary skills.
- The selection of counselling methods recommended or referred to by health centres through bereavement support coordinators should be made carefully, preferably by professionals with specific expertise in suicide and grief.
- Complementary forms of support, such as experience-based groups and existential support, are important components of a holistic bereavement support system.

This evaluation also highlights some important areas for development, emphasizing that competence development and improved conditions for supervision and reflection among professionals are central to strengthening bereavement support after suicide.

This report is based on a qualitative evaluation of 26 interviews with police officers, bereavement support coordinators, and bereaved individuals after suicide.

Bakgrund

Suicid är ett omfattande folkhälsoproblem som inte enbart påverkar den avlidna personen, utan även får långtgående konsekvenser för efterlevande och samhället i stort. Forskning visar att efterlevande löper ökad risk för social isolering, psykisk ohälsa och suicidalitet (dvs. suicidtankar, suicidplaner, suicidförsök, fullbordade suicid). Behovet av ett strukturerat och proaktivt stöd till efterlevande är väl dokumenterat. Trots det saknas en nationell samordnad struktur för efterlevandestöd i Sverige, vilket innebär att insatserna är fragmenterade och ofta beroende av lokala initiativ. Internationella erfarenheter pekar på att postvention, ett uppsökande och individanpassat stöd till efterlevande, är en central del av det suicidpreventiva arbetet och kan bidra till minskad ohälsa och snabbare vårdkontakt. Mot denna bakgrund har Kalmar län utvecklat en länsgemensam rutin för proaktivt efterlevandestöd vid suicid, som vi utvärderar i den här rapporten.

I Sverige avled 1 230 personer till följd av säkert fastställda suicid under 2024, varav 859 var män och 371 var kvinnor. Därtill registrerades ytterligare 223 dödsfall där avsikten var oklar men misstänkt suicid (1). Suicid fortsätter att vara ett allvarligt folkhälsoproblem både nationellt och globalt. Suicid innebär inte bara ett tragiskt och oåterkalleligt avslut på en persons liv, utan markerar ofta början på stora påfrestningar och djup sorg för de efterlevande. Forskning indikerar att i genomsnitt fem personer inom den närmaste familjen och i genomsnitt 20 vänner, kollegor och klasskamrater påverkas av en närståendes suicid (2). Händelsen kan beröra upp till 135 personer i den närmaste sociala omgivningen (3). Forskning visar vidare att en av fem personer kommer att exponeras för suicid under sin livstid (4).

Efterlevande – en riskgrupp för ohälsa och suicid

Efterlevande personer har en ökad risk för både fysisk och psykisk ohälsa (5–8), liksom en förhöjd risk för suicidförsök och suicid (9–12). Efterlevande mödrar rapporterar symptom på depression efter ett barns suicid (13). Även nära vänner löper ökad risk för suicidalt beteende efter förlust av en vän i suicid (14). Forskning har dessutom visat att suicidkluster, där flera suicid inträffar tidsmässigt eller i geografisk närhet eller där personer är kopplade, kan uppstå om efterlevande inte får adekvat stöd (15).

Sorgen som följer av suicid skiljer sig från sorgen vid andra plötsliga dödsfall, framför allt i förekomsten av skuld, skam och ilska (16–18). Det stigma och tabu kring suicid som förekommer i samhället kan medföra att personer i den efterlevandes omgivning distanserar sig, antingen av rädsla för att säga fel eller för att inte påminna om förlusten (16, 17, 19). Det leder ofta till att personer som förlorat någon i suicid får mer bristfälligt socialt stöd än andra efterlevande (20). Under de tidiga månaderna efter förlusten är risken för psykisk ohälsa samt suicidalitet särskilt hög bland de efterlevande, vilket understryker vikten av tidig, uppsökande kontakt och stödinsatser från professionella (21, 22).

Efterlevandes behov av stöd efter suicid

Efterlevande har framhållit ett tydligt behov av långsiktigt, proaktivt stöd efter en närståendes suicid (23, 24). Trots detta saknar Sveriges regioner och kommuner ett samordnat och systematiskt stöd för den här gruppen, vilket skapar en betydande vård- och omsorgslucka. Att efterlevande önskar bli aktivt kontaktade av vården framgår i en svensk avhandling från 2014, där 96 procent av föräldrar som förlorat ett barn i suicid uppgav att de önskade att vården tagit initiativ till kontakt efter dödsfallet (25). Detta understryker vikten av ett strukturerat och uppsökande arbetssätt.

Forskning visar vidare att stödbehovet är individuellt och förändras över tid (13, 26). Initialt kan behovet handla om akut krisstöd och hjälp att hantera praktiska frågor, medan det senare kan omfatta psykologiskt stöd, hjälp att bearbeta sorg och förebygga psykisk ohälsa. Utöver fysiska och psykiska vårdbehov kan efterlevande även behöva stöd av praktisk karaktär, liksom hjälp att orientera sig bland information och hitta relevanta hjälpinstanser (26).

Postvention är centralt i suicidprevention

För att möta de komplexa behov som kan uppstå hos efterlevande finns flera former av stöd som kan ha olika innehåll och benämnas på olika sätt.

Postvention

I den internationella litteraturen benämns stöd till efterlevande ofta som *postvention*, ett begrepp som alltmer håller på att etableras även inom det suicidpreventiva fältet i Sverige (27). Begreppet postvention beskrivs som insatser som utvecklas med och för efterlevande vid suicid för att främja återhämtning och förebygga negativa konsekvenser såsom suicidalitet (28). En postvention kan vara både *passiv* och *proaktiv*, och beskrivs även som *tidig* eller *fördröjd* postvention beroende på vilken tidpunkt stödet initieras (29, 30).

Traditionellt sett har stödet ofta utformats som en passiv postvention, vilket innebär att de efterlevande själva behöver söka upp stöd som erbjuds via exempelvis broschyrer, webbsidor, hjälplinjer och stödgrupper. Det har dock framkommit i internationell forskning att många efterlevande har upplevt svårigheter och hinder med det passiva tillvägagångssättet och fått ett kraftigt fördröjt eller uteblivet stöd. Därför har proaktiva och uppsökande postventioner utvecklats internationellt under de senaste åren där efterlevande aktivt kontaktas i anslutning till dödsbudet (30, 31).

Postvention utgör en central del av det suicidpreventiva arbetet, eftersom tidig och aktiv kontakt med efterlevande kan minska risken för psykisk ohälsa och suicidrelaterade konsekvenser. Att snabbt fångas upp och erbjudas stöd genom en funktion eller organisation som initierar kontakten har visat sig leda till bättre utfall, såsom färre sjukskrivningsdagar och vårdbesök, snabbare identifiering av

vårdbehov och lägre suicidrisk jämfört med passivt stöd där efterlevande endast får information och uppmanas att själva ta kontakt vid behov. Efterlevande som får proaktivt stöd deltar också i högre utsträckning i samtals- och stödgrupper. Kontakterna bör vara uppsökande, regelbundna och individanpassade (31, 32, 33, 34).

Särskilt utvecklade modeller för aktivt uppsökande stöd, såsom LOSS (Local Outreach to Survivors of Suicide) visar att tiden, mellan dödsfallet och till att efterlevande får stöd, kan reduceras kraftigt med uppsökande stöd (från i genomsnitt cirka 4,5 år till endast 39–48 dagar). LOSS-modellen består bland annat av aktiva center med professionella och frivilliga efterlevande med särskild utbildning som tillsammans erbjuder uppsökande stöd till efterlevande vid suicid (31, 35, 36).

Ett annat exempel på proaktiv postvention är det franska programmet Alinèa, där psykologer och sjuksköterskor samarbetar med insatspersonal inom prehospital vård, polis och räddningstjänst (37). Insatspersonalen informerar efterlevande om stödet och samlar in kontaktuppgifter. Inom 15 dagar kontaktas den efterlevande av en psykolog eller sjuksköterska för ett första samtal. Därefter ges behovsanpassat stöd kompletterat med uppföljande samtal efter två och sex månader (37).

I det förstärkta suicidpreventiva arbetet i Sverige är utvecklat stöd till efterlevande ett prioriterat område. Den nationella strategin Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention fastslår att efterlevandestöd ska ingå i den nationella handlingsplanen för att stärka det suicidpreventiva arbetet (38). Strategin betonar också att regioner och kommuner behöver utveckla strukturerade arbetssätt för efterlevandestöd.

Rutin för proaktivt efterlevandestöd i Region Kalmar län

Behovet av ett länsövergripande, uppsökande efterlevandestöd vid suicid har tydligt framkommit i svensk kontext. Forskning visar att efterlevande ofta behöver professionellt stöd. Ändå söker många inte hjälp själva, bland annat på grund av psykisk belastning, energibrist, stigma, bristande information eller låg tillit till vården (25, 31, 39). Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har tagit fram kunskapsstödet Stöd till efterlevande vid suicid – Samlad kunskap för yrkesverksamma (27). Rapporten belyser vikten av stöd till efterlevande som en central del i det suicidpreventiva arbetet. Den fungerar som ett praktiskt underlag för att utveckla länsövergripande arbetssätt och innehåller exempel från Region Kalmar län.

Region Kalmar läns handlingsprogram för suicidprevention (2020–2022) innehöll ett uttryckligt uppdrag att ta fram en rutin för proaktivt efterlevandestöd vid suicid i länet, som tar hänsyn till både barns och vuxnas behov. Under drygt ett års tid arbetade en tvärprofessionell projektgrupp med att ta fram rutinen, där ingick även efterlevande med egen erfarenhet. Syftet var att skapa det stöd efterlevande själva hade saknat vid sin förlust. Rutinen beskriver nya arbetssätt, målgruppens rätt till

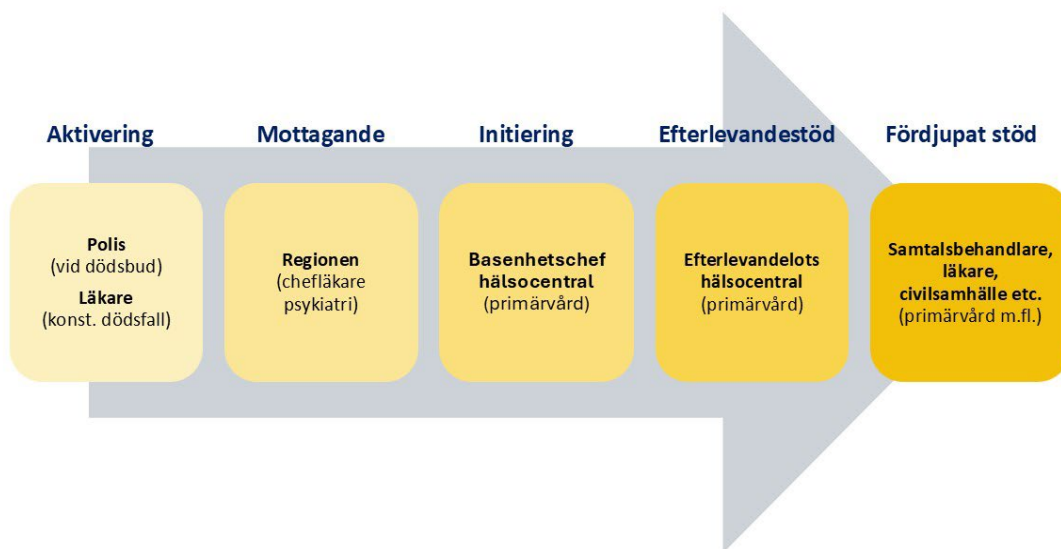
stöd, samt roller och ansvar för involverade aktörer. En stödmanual med uppdragsbeskrivning för efterlevandelotsar togs fram med separata delar för vuxna respektive minderåriga. Efter intern och extern förankring implementerades rutinen i hela Kalmar län i juli 2022. Rutinen omfattar även oklara dödsfall där suicidavsikt inte kan uteslutas.

Figur 1 beskriver den framtagna rutinen som används i Kalmar län för efterlevandestöd vid suicid. Rutinen omfattar fem steg:

1. **Aktivering** – polis eller läkare informerar efterlevande, inhämtar samtycke och överrapporterar ärendet till mottagaren i regionen.
2. **Mottagande** – regionens ansvariga tar emot polisens information och kontaktar berörda hälsocentraler och/eller förskola/skola samt initierar internutredningar.
3. **Initiering** – basenhetschef på hälsocentralen utser en lämplig medarbetare som får i uppdrag att agera efterlevandelots.
4. **Efterlevandestöd** – efterlevandelotsen ger stöd, vägledning och dokumenterar i särskild mall i journalen samt vid behov lotsar vidare.
5. **Fördjupat stöd** – vid behov vägleder efterlevandelotsen till fördjupat stöd genom exempelvis samtalsbehandling, stödgrupper eller insatser från civilsamhället.

Den här rutinen syftar till att säkerställa ett strukturerat och samordnat stöd till efterlevande.

Bild 1. Illustration över flöde och aktörer som berörs av rutinen som används i Kalmar län för efterlevandestöd vid suicid.



Källa: Region Kalmar län

Initiering av efterlevandestöd för vuxna

Arbets sättet innebär att den polis som lämnar ett dödsbud till efterlevande bosatta i Kalmar län ska informera om länets rutin och erbjuda stöd via de efterlevandes hälsocentral. De efterlevande identifieras via folkbokföringsregistret och det är polisen som gör en bedömning om vem som ska kontaktas som ”närmast anhörig”. Vanligen lämnas dödsbudet till en anhörig som sedan får ansvar att informera övriga efterlevande, men även här behöver polisen göra en bedömning av hur många efterlevande som behöver få dödsbudet. Polisen inhämtar också samtycke från den efterlevande till att bli kontaktad av en efterlevandelots, liksom uppgifter om vilken hälsocentral eller privat husläkarmottagning som den efterlevande är listad på. Polisen återkopplar därefter till hälsocentralen via ett digitalt, krypterat rapporteringsformulär. Den läkare som konstaterar dödsfallet har också ansvar för att informera efterlevande, inhämta samtycke och återkoppla till regionen när efterlevande är närvarande vid konstaterandet. Regionen kan därmed i vissa fall få information från både polis och läkare.

Om de efterlevande initialt avböjer stöd ska polisens dödsfallsutredare erbjuda stödet på nytt vid senare kontakt och samtidigt efterfråga om de efterlevande har fått information och erbjudande om stöd. I enlighet med rutinen ansvarar basenhetschefen på den aktuella hälsocentralen eller husläkarmottagningen för att utse en lämplig efterlevandelots. Uppdraget som lots är enbart stödjande, inte psykologiskt eller medicinskt behandlande. Uppdraget är inte knutet till någon specifik profession, utan ges till den medarbetare som bedöms lämplig utifrån uppdragets krav till exempel kurator, läkare, psykolog, sjuksköterska eller specialistsjuksköterska.

Dödsfallsutredare

En dödsfallsutredare (benämns även som dödsfallshandläggare) är en polis som utreder dödsfall där omständigheterna är oklara eller där yttre påverkan inte kan uteslutas. Uppdraget innebär att samverka med Rättsmedicinalverket och informera efterlevande om hur processen går till vid utredningen och om obduktionsresultat.

Rollen som efterlevandelots

Primärt handlar uppdraget som efterlevandelots om att lyssna, stötta och vid behov hänvisa till insatser inom hälso- och sjukvården, kommunen eller civilsamhället för fördjupat stöd.

Enligt rutinen ska lotsens första kontakt med den efterlevande ske första vardagen efter att den efterlevande gett samtycke. Lotsen ska ta kontakt genom ett telefonsamtal där lotsen beskriver rutinen och klargör uppdragets omfattning, inklusive vad lotsen kan och inte kan göra. Samtalet ska ge utrymme för den efterlevande att berätta om händelsen samt att tillsammans med lotsen identifiera behov av stöd. Lotsen ska inventera om det finns barn och andra närstående som

har behov av stöd och initiera rutinen för dem om det inte redan har skett. Rutinen omfattar inte enbart biologiska anhöriga, utan inkluderar även andra närstående som väsentligt påverkas av dödsfallet. Dessa personer kan identifieras i efterlevandelotsens första samtal eller av polisen i samband med dödsbudet.

Rekommenderade uppföljningsintervall efter det första telefonsamtalet är: efter en vecka samt vid en, tre, sex och tolv månader, men stödet är individ- och behovsanpassat och kan innehålla både fler och färre samtal. Om behovet kvarstår efter ett år ska stödet fortsätta, eller den efterlevande remitteras till andra stödinsatser. Efterlevandelotsens kontakter med de efterlevande ska dokumenteras i journalsystemet i en särskild mall för efterlevandestöd, för att möjliggöra uppföljning och utvärdering.

Efterlevandelotsen kan vid behov hänvisa till eller erbjuda ett utökat eller fördjupat stöd. Ett fördjupat stöd kan till exempel innebära remiss för läkarkontakt, samtalsbehandling eller hänvisning till stöd via civilsamhället såsom kyrka och ideella föreningars stödgrupper.

Efterlevandelotsar har en stödmanual med uppdragsbeskrivning som är särskilt framtagen för uppdraget. Stödmanualen innehåller bland annat:

- riktlinjer för hur samtalen ska utföras (till exempel struktur med samtalstidpunkter och stödjande förhållningssätt)
- ämnesområden för samtal (till exempel vårdbehov, minderåriga, nätverk, stödresurser)
- kontaktuppgifter till samhälleliga stödresurser
- dokumentationsrutiner.

Det är inte obligatoriskt att ha en formell utbildning inom kris och sorg vid suicid, men efterlevandelotsar uppmuntras ta del av kortare filmer och utbildningar på regionens vårdgivarwebb. De kan genomföra en halvdagsutbildning (samma som för akutens anhörigstödjare) med innehåll om kristeori, sorgereaktioner och förhållningssätt. Dessa utbildningsinslag ligger i linje med nationella kunskapsstödens rekommendationer om systematiska, kunskapsbaserade arbetssätt för efterlevandestöd (27).

Om efterlevandelotsen efter samtal med den efterlevande behöver eget stöd, ska hen kontakta sin chef. Primärt hänvisas lotsen till interna resurser (till exempel Psykisk hälsa primärvård). Om internt stöd inte är möjligt, ska verksamhetschefen kontakta regionens företagshälsovård för hänvisning till upphandlad handledare.

Rutinen för efterlevandestöd i Region Kalmar län inbegriper även stöd till minderåriga, och förskolor och skolor. Stödet till efterlevande barn, från förskoleålder upp till 18 år, är organiserat på liknande sätt som för vuxna. I den här utvärderingen ligger fokuset dock på den del av rutinen som omfattar efterlevande som är 18 år eller äldre, samt på rutinen för berörda aktörer (polisens roll, efterlevandelotsens roll inom primärvården och ingående nyckelaktörer för utökat eller fördjupat stöd).

Syfte

Det övergripande syftet med utvärderingen var att beskriva hur ett nytt proaktivt arbetssätt med rutin för stöd till efterlevande efter suicid i Region Kalmar län upplevs och fungerar, med fokus på efterlevande, polis och efterlevandelotsar.

Metod

Den här rapporten bygger på utvärdering med kvalitativa intervjudata som beskriver upplevelser av Region Kalmar läns rutin för proaktivt efterlevandestöd vid suicid. Utvärderingen fokuserade på polisens roll, efterlevandelotsens roll inom primärvården och efterlevande (18 år eller äldre) som förlorat en närstående i suicid och som har mött dessa professioner.

Forskare Hanna Tuvevsson vid Linnéuniversitetet har ansvarat för utvärderingen på uppdrag av Folkhälsomyndigheten och i samarbete med Region Kalmar län och kommunförbundet Kalmar län.

Urval och rekrytering

För att fånga flera perspektiv på rutinen tillfrågades poliser, läkare, vårdpersonal som varit efterlevandelotsar samt efterlevande om att delta i en intervju.

Inklusionskriterium för samtliga deltagare var att ha erfarenhet av den proaktiva rutinen för efterlevandestöd i Region Kalmar län som funnits sedan juli 2022. Trots rekryteringsförsök deltog inga läkare i utvärderingen. Rekryteringen av poliser och efterlevandelotsar genomfördes under hösten 2024 och våren 2025, medan rekryteringen av efterlevande skedde under hösten 2025. För polis och efterlevandelotsar krävdes att de hade använt rutinen i sina roller som polis respektive efterlevandelots. De efterlevande skulle ha förlorat en närstående genom suicid efter att rutinen infördes (juli 2022) och därigenom ha erfarenhet av rutinen. För de efterlevande ingick även en minimiålder på 18 år som inklusionskriterium.

Information om utvärderingen spreds på flera sätt och rekryteringsstrategin varierade beroende på vilka deltagare som tillfrågades:

- **Polisen** fick information och frågan om att delta i utvärderingen via e-post eller telefonsamtal från forskningsassistent. Det var polisens kontaktperson som sammanställde kontaktuppgifter till de poliser som använt rutinen i samband med ett dödsfall genom suicid eller misstänkt suicid.
- **Efterlevandelotsar** identifierades via kontaktpersoner i Region Kalmar län och även dessa fick information om utvärderingen och förfrågan om att delta via e-post eller telefonsamtal från forskningsassistent.
- **Efterlevande** rekryterades via annonser på sociala medier och regionens webbplats. Annonserna publicerades i lokala Facebookgrupper för olika orter i Region Kalmar, delades vidare av andra användare och spreds även via LinkedIn. Information spreds även via en lokal SPES-förening (Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandestöd) och den lokala sjukhuskyrkan som båda anordnar gruppträffar för efterlevande. Slutligen skickades även information ut via post från regionen till efterlevande som haft kontakt med en efterlevandelots på en hälsocentral. Intresserade efterlevande kontaktade sedan den ansvariga forskaren för utvärderingen för mer information och bokning av intervju.

För samtliga presumtiva deltagare tillämpades ett rekryteringsförfarande där de själva fick kontakta forskningsassistent eller ansvarig forskare vid Linnéuniversitetet vid intresse eller frågor.

Samtliga personer som uppfyllde inklusionskriterierna och gav sitt informerade samtycke inkluderades i utvärderingen.

Sammanlagt deltog 26 personer i utvärderingen: 10 poliser, 11 efterlevandelotsar och 5 efterlevande. Bland poliserna och efterlevandelotsarna fanns en viss variation i erfarenhet av rutinen: några deltagare hade tillämpat den vid flera tillfällen, medan andra endast hade använt den vid ett tillfälle. De efterlevandes relation till den avlidne var: förälder, särbo och före detta partner. Poliserna och efterlevandelotsarna representerade olika geografiska områden inom Kalmar län och lotsarna kom från flera olika hälsocentraler. Även de efterlevande representerade olika geografiska områden inom länet, vilket ytterligare breddade variationen i erfarenheter.

Datainsamling

Enskilda kvalitativa intervjuer med öppna frågor genomfördes med samtliga deltagare. Forskarna skapade tre intervjuguider med öppna frågor specifikt för de olika deltagarnas roller i relation till rutinen (se bilaga 1 och 2). Vid intervjuerna användes en följsam hållning och öppna frågor med följdfrågor användes i syfte att förstå och fördjupa deltagarnas berättelser. Intervjun föregicks av en stunds samtal som innehöll muntlig information om utvärderingen och intervjun samt möjlighet att ställa frågor. Intervjuerna genomfördes av två personer, en forskningsassistent genomförde intervjuerna med poliser och efterlevandelotsar, och den ansvarige forskaren genomförde intervjuerna med de efterlevande.

Deltagarna fick själva välja plats och tillvägagångssätt för intervjuerna: telefon, digitalt möte med video eller fysiskt möte. Samtliga intervjuer spelades in på en extern ljudinspelningsenhet och transkriberades sedan ordagrant till text. Intervjuerna varade i genomsnitt: 17 minuter för poliser (10–28 min), 41 minuter för efterlevandelotsar (21–60 min), och 75 minuter för efterlevande (55–95 min).

Dataanalys

Transkriberade data analyserades av ansvarig forskare med en reflexiv tematisk analys, vilket innebar att forskaren kontinuerligt reflekterade över sin egen roll, förståelse och hur dessa kunde påverka tolkningen (40–42). Analysarbetet följde en iterativ process i flera steg:

1. **Bekantskap med materialet.** Forskaren läste igenom samtliga transkriberade intervjuer flera gånger för att skapa en djup förståelse för innehåll och kontext, samtidigt som initiala tankar och reflektioner noterades.
2. **Generering av initiala koder.** Forskaren genomförde en öppen kodning för samtliga transkriberade intervjuer (efterlevande, efterlevandelotsar och polis).

Kodningen syftade till att fånga meningsbärande textdelar som beskrev deltagarnas upplevelser av den aktuella rutinen.

3. **Identifiering av preliminära områden.** Efter den initiala kodningen grupperade forskaren koderna i preliminära områden (mönster) som visade potentiella relationer och återkommande innebörder i materialet. Detta steg innebar en första strukturering och en begynnande tematisering.
4. **Utveckling och granskning av teman.** De preliminära områdena utvecklades till mer sammanhållna teman som beskrev deltagarnas upplevelser av rutinen. Forskaren granskade och jämförde temana med det ursprungliga materialet för att säkerställa att de var förankrade i data och fångade komplexiteten i berättelserna. Arbetsgruppen deltog med återkoppling på sub-teman och teman, vilket bidrog till att förfina och förankra den tematiska strukturen.
5. **Tematisk rapportering.** Slutligen formulerade forskaren gemensamma teman som inte bara representerade återkommande mönster, utan också bidrog till en djupare förståelse av hur rutinen upplevdes utifrån olika perspektiv. Forskaren valde ut citat för att exemplifiera olika teman. I detta steg deltog arbetsgruppen genom att ge synpunkter på den skriftliga framställningen, vilket stärkte tydligheten i den slutliga rapporteringen.

Etiska överväganden

Utvärderingen är godkänd av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2024-00555-01; Dnr 2025-04148-02) och föregicks av etiska överväganden före och under genomförandet. Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om studien, vad deltagandet innebar, vilka rättigheter de har, inklusive möjligheten att avbryta deltagandet, samt hur data och personuppgifter hanteras, förvaras och används. Etiska överväganden gjordes avseende de efterlevandes sorgesituation och tidpunkt för intervju bestämdes utifrån deras önskemål. Samtliga deltagare erbjöds möjlighet till paus och tid för återhämtning under intervjun.

Resultat

Resultatet bygger på intervjuer om upplevelser från efterlevande, poliser och efterlevandelotsar, och beskriver olika delar av rutinen. Resultatet har organiserats i sex teman och nio sub-teman (tabell 1) och redovisas tema för tema.

Tabell 1: Översikt av resultatets teman och sub-teman.

Teman	Sub-teman
Att inte lämna någon ensam – betydelsen av uppsökande stöd	(Inga sub-teman)
Att bidra med fotfäste i den initiala turbulensen	Upptäckt, larm och dödsbud – en kritisk första punkt i rutinen; Vilsenhet och behov av struktur – polisens bemötande och information om rutinen
Från förväntan till förtroende: orientering och respons i mötet med efterlevandelotsen	Förväntan, väntan och egen initiativkraft; Navigering i en okänd och otidlig situation; Lotsens bemötande, uppföljning och kompetens
Relationell och existentiell förankring – professionella och kompletterande stödresurser	Allians, kompetens och personkemi – avgörande för en verksam samtalsbehandling; Existentiellt och erfarenhetsbaserat kompletterande stöd
Att hantera det ofattbara – strategier och påverkan hos efterlevande och yrkesverksamma	Mellan egna strategier, informellt och professionellt stöd; Att bära mötet – emotionell påverkan och behov av stöd för yrkesverksamma
Förbättringsförslag – för ett mer sammanhållet och förutsägbart efterlevandestöd	(Inga sub-teman)

Att inte lämna någon ensam – betydelsen av uppsökande stöd

Analysen visar att polis och efterlevandelotsar upplevde rutinen för proaktivt efterlevandestöd som avgörande för att förbättra stödet till efterlevande. Att vården tog initiativ till kontakt skapade trygghet och minskade risken att efterlevande lämnades ensamma i en akut kris. Upplevelsen var att rutinen bidrog till struktur, samverkan och förutsägbarhet, vilket stärker både stödet till efterlevande och de yrkesverksammas känsla av professionalitet i mötet.

”Jag tycker att nyttan i det här är ju att vi uppmärksammar att det finns stöd efteråt också, att det finns professionella, [...] någon som man kan prata med om det efteråt, och det skapar en betydelse för vad som kommer och händer här efteråt, det glöms..... man glöms inte bort.” (Polis nr 1)

”Det är en väldigt viktig funktion vi har, att vi finns där och erbjuder vårt stöd i en svår situation [...] Jag personligen tycker inte att man kan lägga över ansvaret på dom anhöriga att ta olika kontakter, utan jag tycker att utifrån mitt perspektiv så är det vårdens skyldighet att finnas där i dom här svåra situationerna. (Efterlevandelots nr 1)

Efterlevande beskrev att de sällan hade orkat söka hjälp själva, vilket gjorde det uppsökande stödet centralt för att fånga upp behov som annars riskerade att förbli osynliga.

”Ja, men det är väl jättebra, för [...] när det händer, du orkar ju inte [...] Nej, jag tycker det är jättebra, det är en förbaskat bra förmån vi har alltså i det här landet, att det funkar så liksom”. (Efterlevande nr 1)

Samtidigt visade analysen att rutinen ännu inte var implementerad fullt ut, att det fanns en viss variation i hur väl stödet nådde fram till de efterlevande. Men när rutinen användes som det var tänkt blev den uppsökande principen en bärande komponent. Den skapade en känsla av omsorg, minskad ensamhet och gav möjlighet till tidig upptäckt av psykisk ohälsa. Upplevelserna var att rutinen gjorde skillnad.

”Nej, men det är så klart att den här rutinen gör ju att kontakten etableras [...] Vi har ju inte haft alls någonting sådant, så det är så klart att det är en förbättring i att det finns en uppföljning”. (Efterlevandelots nr 8)

”Det är så svår upplevelse, så ingen klarar det själv. Man måste få den hjälpen”. (Efterlevande nr 4)

Att bidra med fotfäste i den initiala turbulensen

Analysen visar att den inledande fasen i samband med att de efterlevande fick dödsbudet präglades av stark desorientering och behov av struktur. Det här temat belyser hur polisens bemötande och informationsgivning om rutinen för efterlevandestöd fungerade som ett första ankare i en kaotisk situation. Genom att kombinera professionell närvaro med att förmedla att det finns en rutin för efterlevandestöd, erbjöds de efterlevande trygghet och hopp om fortsatt kontinuitet i vården, även om behov och mottaglighet hos efterlevande varierade i det akuta skedet.

Upptäckt, larm och dödsbud – en kritisk första punkt i rutinen

Det första mötet med polisen utgjorde en kritisk punkt i den proaktiva rutinen för efterlevandestöd, eftersom det var här grunden lades för hur och när information om rutinen kunde förmedlas.

Oavsett om den avlidna haft långvarig psykisk ohälsa med tidigare suicidförsök eller om dödsfallet kom helt oväntat, utgjorde händelsen en chockartad situation för de efterlevande. För de efterlevande som själva upptäckt den avlidna, blev mötet med ambulans eller räddningstjänst intensivt och känslomässigt laddat. Räddningstjänstens insats är inte en del av rutinen, men att de stannade kvar tills nästa aktör tog över upplevdes som betydelsefullt. När det var polisen som kom med dödsbud till de efterlevandes hem var upplevelsen också starkt omvälvande. Kontakten kom ofta plötsligt, ibland via telefon för att boka hembesök och ibland direkt i hemmet. Polisens insatsutrustning kan i dessa situationer förstärka upplevelsen av dramatik och påverka hur mötet uppfattas av de efterlevande.

”Det var två män. Det jag reflekterade över efteråt var att de hade full mundering. Skyddsväst, vapen, allt [...] Vilket jag tyckte var lite...Lite konstigt.” (Efterlevande nr 3)

I vissa fall blev väntan på polisens besök en omtumlande erfarenhet. En efterlevande som fått veta att en annan efterlevande hade fått besök av polisen skapade en förväntan om att själv också få ett personligt dödsbud. När detta uteblev uppstod frågor och otillfredsställelse, ibland kombinerat med skuld över att en annan efterlevande uppmanats att lämna beskedet till övriga eftersom polisen informerat om att endast ett dödsbud lämnas.

Platsen för första mötet hade betydelse: att till exempel mötas utomhus på en privat plats för att skydda minderåriga i hemmet upplevdes som en lättnad för efterlevande och gav möjlighet till ett mer avskilt samtal. Dödsbudet förmedlades med saklighet och utan försköning, vilket upplevdes som tröstande och professionellt, även om innehållet var chockerande. Upplevelsen var starkt känslomässig, med skrik, chock och känslor av överklighet som centrala inslag.

”Jag tror inte jag skrek. Men det var liksom, jag bara, nej nej nej, det kan inte.[...] Det var liksom så stark känsla att det kan inte vara sant.”
(Efterlevande nr 4)

Poliserna beskrev första mötet och överlämnandet av dödsbudet som en chockartad upplevelse för de efterlevande. Det fanns en tydlig empatisk förståelse för hur svårt detta ögonblick är. När den efterlevande själv hittat den avlidna lyftes som särskilt traumatiskt och något som förstärkte den akuta krisen. Reaktionerna vid dödsbudet varierade, men poliserna upplevde att chocken initialt var intensiv hos de efterlevande. De tolkade de efterlevandes reaktioner som ett uttryck för att det var svårt att bearbeta det som sades. Dessa tolkningar påverkade hur information om rutinen och förfrågan om samtycke till kontakt från vården genomfördes. Polisens bedömning och hantering av efterlevandes mottaglighet innebär därför en kritisk punkt i rutinen för proaktivt efterlevandestöd. Bedömningen var att polisen bör avvakta med rutinen en stund, tills den akuta chocken har lagt sig och mottagligheten för information är större.

”På något sätt gäller det och välja vid rätt tillfälle, för att när man väl är i en sorg så känns det så...Ja, man får avvakta lite och sen säga det vid rätt tillfälle där och då [...] Det handlar först och främst om att dom ska förstå vad vi säger, och när man befinner sig i en sådan sinnesstämning där man är jätteledsen och alltså det är tusen tankar och jättesvårt och ta in informationen.” (Polis nr 1)

Vilsenhet och behov av struktur – polisens bemötande och information om rutinen

Efterlevandes berättelser visar att polisens sätt att ge information om rutinen för efterlevandestöd ofta upplevdes som respektfullt, proffsigt och lågmält. Polisen beskrevs som saklig, tydlig och observant på de efterlevandes mående, vilket skapade trygghet och förtroende. Empatiska uttryck som kroppskontakt, rätt tonläge och blickar förstärkte känslan av omtanke.

” Man blir ju helt väck liksom, eller jag blev det i alla fall [...] (polisen) lägger ju en hand på axeln liksom och verkligen håller fast [...] försöka hålla personen lugn då, försöka prata väldigt lugnt och sakta. Han kunde ju ha sagt vad som helst, bara det var rätt tonläge så att säga.” (Efterlevande nr 1)

Poliser beskrev hur deras kännedom om rutinen bidrog till att de kunde ge ett mer medmänskligt bemötande. De beskrev uppdraget som en av yrkets mest krävande uppgifter, men samtidigt det mest centrala. Initialt förekom ofta många frågor hos de efterlevande, främst av praktisk karaktär. Skuld, självföreläsa och chock var framträdande. Polisen upplevde att de efterlevandes behov varierade, vissa ville prata om minnen och bearbeta känslor, medan andra sökte snabba och konkreta besked. Med stöd i rutinen kunde de agera professionellt, ge full uppmärksamhet, låta mötet ta den tid som behövdes och säkerställa att den efterlevande inte lämnades ensam.

”Då är det ju viktigt att vi gör vårt bästa för att vara där och närvarande och professionella [...] Man har själv varit känslomässig och fällt några tårar tillsammans med dom anhöriga. Ibland har man fått hålla tillbaka och låta den anhöriga vara arg och förbannad på allt och alla.” (Polis nr 9)

Polisen kunde sällan besvara alla frågor om händelsen eller medicinska aspekter, men upplevde att erbjudandet om stöd togs emot positivt och att det var ovanligt att någon tackade nej. Rutinen att fråga vilken hälsocentral den efterlevande tillhör och informera om att vården kommer att ta kontakt följande vardag, beskrevs som en trygg struktur som gav arbetet en mer medmänsklig och professionell karaktär och minskade känslan av att enbart lämna ett dödsbud.

” Men här vet du ju det. Att det kommer och fångas upp och då känns det skönt att man kan lämna där sen med lite bättre samvete. För förut så hade vi inte det och då kändes det ju nästan som att lämna dom lite vind för våg.” (Polis nr 6)

För polisen var rutinen för efterlevandestöd ett efterlängtat stöd i mötet med de efterlevande som bidrog till en känsla av ökad kompetens, lyhördhet och professionalism.

”Jag känner mig mer professionell i min yrkesroll när jag meddelar sånt och tar uppgifter. För att ibland...så har det känts som att man...man bara är liksom tyst. Man vill inte säga något olämpligt heller [...] Men det känns som att man har något mer och prata om när det kommer till det här (med) efterlevandestöd”. (Polis nr 1)

De efterlevande upplevde polisens närvaro i hemmet som stödjande, särskilt när de stannade tills de inte behövdes mer och följde upp som utlovat. Men upplevelserna hos de efterlevande varierade också, vissa efterlevande uttryckte önskemål om mer aktiv vägledning och struktur, såsom att polisen skulle ta kommando och ge praktisk vägledning. Andra upplevde polisens närvaro som en hjälp, men ibland kändes besöket för långdraget och avvaktande. Informationen om rutinen för efterlevandestöd och frågan om hälsocentral upplevdes som betydelsefull av de efterlevande. Minnesbilderna av första mötet med polisen var dock ofta vaga i det akuta skedet, vilket gjorde att detaljer ibland gick förlorade trots polisens försök att förmedla dem. De efterlevande uppskattade att informationen upprepades vid senare tillfällen.

”Men där och då så är man lite som i en dimma. Sen kommer söndagen. Och mycket riktigt så återkopplar den manliga polisen som var ute hos oss. [...] Jag

meddelar att jag vill väldigt gärna få hjälp av vården. För att nu börjar det. Jag börjar inse. Min kropp framförallt börjar inse. Och det här kommer jag inte kunna hantera på ett bra sätt utan professionell hjälp. Så har han bekräftat: "Då tar vi kontakt med din hälsocentral". (Efterlevande nr 5)

Polisen lämnade skriftlig information i form av broschyrer och visitkort, vilket upplevdes olika av de efterlevande. För vissa blev materialet en viktig resurs som gav praktiska råd, bekräftade känslor och ledde till kontakt med stödorganisationer och kyrkan. Andra beskrev att de i chockens första skede inte var mottagliga, att de inte klarade av att själva göra det som broschyren uppmuntrade till och den upplevdes som envägskommunikation.

"Men broschyren blev ju då naturligtvis så att: "Här varsågod, här finns det information och här kan du ringa de här numren ifall du behöver hjälp". Ja. Men det bygger ju på att jag gör det också. Eller hur?" (Efterlevande nr 2)

Polisen upplevde att införandet av en ny rutin för proaktivt efterlevandestöd präglades av en inledande fas med vissa praktiska och kognitiva utmaningar, såsom svårigheter att komma ihåg att ställa frågor kring samtycke. Men med upprepad användning skedde en successiv internalisering och efter ett tag upplevdes rutinen som enkel, tidsbesparande och stödjande vid hög arbetsbelastning. Påminnelser via metodstöd, kollegialt samarbete och digitala hjälpmedel underlättade implementeringen och minskade risken för att glömma moment.

"Ja, jag tycker att den (digitalt formulär) är lätthanterlig [...] Den är ju väldigt enkel och hanterlig [...] Det går snabbt och göra det, och jag tror det är det viktiga, att det går snabbt. Det är det viktigaste, att man får iväg den." (Polis nr 4)

Från förväntan till förtroende: orientering och respons i mötet med efterlevandelotsen

Analysen visar att i övergången mellan polisens möte och vårdens ansvar via efterlevandelots, präglades de efterlevandes tillvaro av starka känslomässiga reaktioner och ett akut behov av hjälp och trygghet. I denna situation möttes flera efterlevande av ett komplext vårdssystem där förväntningar om snabb kontakt ibland kolliderade med organisatoriska begränsningar när rutinen inte användes som planerat. Vägen till stöd blev därför ibland en process av orientering, där väntan och egen initiativkraft blandades med upplevelser av osäkerhet kring ansvar och kompetens. Samtidigt hade bemötandet från efterlevandelotsen i den första kontakten en avgörande betydelse: när efterlevandelotsen agerade proaktivt, tydligt och empatiskt kunde relationen till efterlevandelotsen fungera som en stabiliserande faktor och skapa förutsättningar för fortsatt stöd.

Efterlevandes förväntningar, väntan och egen initiativkraft

Analysen visar att de efterlevande upplevde starka, emotionella och somatiska reaktioner i det första skedet, vilket förstärkte behovet av snabb och tydlig kontakt med vården. De förväntade sig att hälsocentralen eller efterlevandelotsen skulle ringa efterföljande vardag, men i flera fall uteblev eller fördröjdes kontakten, vilket

skapade stress och frustration. I analysen framkom att rutinen i vissa fall brast på olika nivåer, ibland missade poliserna moment och ibland följde hälsocentralen inte rutinen. När rutinen brast behövde såväl efterlevandelotsar som efterlevande ta egna initiativ till kontakt.

Efterlevandelotsarna bekräftade att tidpunkten för den första kontakten var avgörande för hur stödet upplevdes. En fördröjning på två till tre dagar upplevdes som lång och riskerade att skapa frustration hos den efterlevande, särskilt när behovet av stöd var akut. Samtidigt framkom att vissa efterlevandelotsar upplevde att de trängde sig på och de såg därför ett värde i att låta den första chocken lägga sig innan de tog kontakt, även om de då inte följde rutinen så som det är tänkt.

” Jag tycker ju att det är lite tidigt och ringa någon som har blivit av med sin anhörig dagen efter. [...] Man känner att man tränger sig på lite, känner jag”.
(Efterlevandelots nr 3)

När stödet inte kom som utlovat tvingades efterlevande själva ta initiativ genom att kontakta vården eller i vissa fall byta hälsocentral för att få hjälp. Denna egeninsats upplevdes som tung och krävande i ett tillstånd av desorientering och stark affekt. De efterlevande upplevde att vissa hälsocentraler saknade förståelse för den akuta situation som de befann sig i och det kunde dröja många dagar och åtskilliga egna initiativ till kontakt.

”Och sen gick tisdagen. Och sen kom onsdagen. Och jag känner att det här går inte. Jag kunde inte sova. Kunde inte äta. Funkade inte som människa. Alltså tog mig knappt ur sängen. Så jag ringde vårdcentralen igen och bad ännu en gång om att - går det att skynda på? [...] Så kommer torsdagen. [...] Så ringer jag igen och bara jag gråter ut min frustration och säger att jag måste ha hjälp nu. Och då får jag förslaget att: ”Ja men om du tycker det är jobbigt då kan du ju ringa oss i växel och prata lite”. Och då börjar jag ge upp och känna att okej det blir inte mer.” (Efterlevande nr 5)

Navigering i en okänd och otydlig situation

Analysen visar att efterlevandelotsarnas arbete ofta inleddes i en komplex situation, men att tydliga instruktioner och en strukturerad arbetsgång gav ett viktigt stöd, särskilt i början. En väl utformad rutin och stödmanual bidrog till att skapa trygghet, minska stress och underlätta ett konsekvent bemötande av efterlevande. Ibland upplevdes rutinens instruktioner vara för omfattande och svåra att tolka, men det upplevdes ändå att den tydlighet som rutinen har, i att navigera uppdraget, hjälpte efterlevandelotsarna och gav en stabil grund i mötet med efterlevande.

”Den (stödmanualen) (är) i många fall supertydlig. Alltså väldigt konkret - du ska göra så, du ska göra så, och så ska du göra så, i ganska mycket detalj, så att man inte behöver liksom... det är bara och köra.” (Efterlevandelots nr 11)

För efterlevandelotsarna var rutinen ofta ett välkommet och efterlängtad inslag på hälsocentralerna. Rutinen bidrog till tydliga instruktioner i arbetet med efterlevandestöd och med hjälp att fokusera på de efterlevande i en omtumlande arbetssituation.

”Och då är det ju en trygghet att ha den här rutinen att stödja sig mot [...] När jag blir lite ställd liksom så där, att hur var det nu igen, eller hur ska jag tänka?”
(Efterlevandelots nr 1)

Även om uppdragsbeskrivningen för lotsarnas arbete med efterlevandestöd upplevdes som tydlig fanns det ibland aspekter som upplevdes som oklara på hälsocentralen. Det kunde gälla vem som ska ta rollen som lots, när uppdraget ska initieras och vilka gränser som gäller mellan olika professioner. Efterlevandelotsarna upplevde att detta skapade tolkningsutrymme och risk för att ansvar skulle falla mellan stolarna. Osäkerheten förstärktes av att rutinen är ny och att suicid i många fall är en sällanhändelse för hälsocentralerna. Hur rollen som efterlevandelots upplevs varierade. För en del kändes rollen naturlig och trygg, medan den för andra kändes obekvämt och otrygg.

”Även om man är vårdpersonal så är man ju inte...man är inte sin yrkesroll, [...] Man har bara tänkt att vi som vårdpersonal vi kan ta det [...] Man har mer: ”Här lös det här problemet och gör typ vad du vill, bara du löser det”. Alltså tyvärr.” (Efterlevandelots nr 7)

”Jag tänkte ju aldrig att jag tog (mig) vatten över huvudet, utan det kändes tryggt och bra för mig också och kunna samtala om det här och kunna samtala om dom här svåra sakerna.” (Efterlevandelots nr 5)

Även om lotsens uppdrag förutsätter samordning och hänvisning vidare i organisationen, framkom i analysen att otydligheter kring roller och ansvar ibland försvårade detta arbete. I situationer där professionerna saknade samsyn om uppdragets ramar, eller där ansvarsfördelningen var oklar, riskerade lotsens insatser att bli både tidskrävande och svårmanövrerade. Detta kunde i sin tur påverka möjligheten att erbjuda efterlevande ett samlat och koordinerat stöd.

”När jag skickar remiss för samtalskontakt så blev det direkt: ”Ja, fast det kanske inte är vårt bord, eller vems bord är det?” Och läkaren var mer så här: ”Ja, men ska vi verkligen sjukskriva på det här, eller varför?” Alltså så här att det blev att ingen visste sina roller och då blev det svårt och arbeta, det blev så tungrott liksom.” (Efterlevandelots nr 7)

Samtidigt framkom upplevelser av välfungerande interna samarbeten, som bidrog till trygghet i rollen och stolthet över att skyndsamt kunna lotsa vidare till andra kollegor som kunde möta upp den efterlevandes behov.

För de efterlevande var den somatiska och emotionella belastningen påtaglig, men deras situation präglades också av frågor som de inte kände var lämpliga att diskutera med familj och vänner. Det handlade bland annat om den egna hälsan och oro för andra familjemedlemmars sorgereaktioner. Professionellt stöd från hälsocentralen blev därför centralt.

Perioden efter dödsbudet präglades ofta av ett sökande efter förklaringar för de efterlevande, varför händelsen hade inträffat och hur primärvården och den psykiatriska vården hade fungerat för den avlidna, innan dödsfallet. Upplevelser av brister i tidigare vård förstärkte skuld känslorna hos de efterlevande. I den situationen kunde rutinen erbjuda stöd genom att hjälpa till att strukturera upp

frågor, sortera känslor och hantera ny information som framkom. Andra kontakter upplevdes också som värdefulla i de efterlevandes strävan att förstå vad som hänt till exempel polisens dödsfallsutredare och personalen på begravningsbyrån.

”Dödsfallshandläggaren. Och hon har ju varit ovärderlig alltså. Det är ju helt fantastiskt. Hon bara bry sig om och så. [...] Jag uppskattade det jättemycket.”
(Efterlevande nr 4)

Efterlevandelotsens bemötande, uppföljning och kompetens

Några lotsar uttryckte att de initialt upplevde rollen som obekvämt och begränsad till att bara följa upp den efterlevande men många upplevde den också som naturlig och meningsfull. De uppskattade att få vara medmänniska och hjälpa en person som befann sig i en omvälvande och utsatt livssituation.

” Det är ju att vara medmänniska helt enkelt, som är så viktigt, och kunna lyssna, och inte döma någon för det dom säger [...] Alla har rätt och uttrycka alla sina känslor i ett sånt här fall.” (Efterlevandelots nr 5)

När den första kontakten etablerades snabbt och med tydlighet upplevde den efterlevande trygghet. När lotsen lyckades förmedla sin roll, lyssna och normalisera känslomässiga reaktioner, och samtidigt ge praktisk information, upplevdes stödet som betydelsefullt. I dessa fall fungerade kontakten som en stabiliserande faktor och minskade den efterlevandes känsla av att vara utlämnad. Lotsarna betonade att ett tidigt, proaktivt och empatiskt bemötande inte enbart uppfyllde ett praktiskt behov, utan även bidrog till att etablera en relation som möjliggjorde fortsatt stöd och individanpassning.

Efterlevandelotsarna upplevde att bemötandet i den första kontakten behöver ha fokus på att skapa en relation och att lyssna på den efterlevande. Samtalen behöver präglas av öppna frågor, lugnt tempo och anpassning till den efterlevandes aktuella kognitiva och emotionella förmåga. Flexibilitet beskrivs som central, att kontakten kan ske på olika sätt telefon eller fysiskt möte. Omfattning och frekvens i kontakter ska i hög grad styras av den efterlevandes preferenser. Ett kort uppföljningssamtal för att repetera information och ompröva behov användes ibland av efterlevandelotsarna. Syftet med lotsens kontakter är att skapa trygghet, tydlighet och delaktighet utan att överväldiga och det ska kombineras med konkret information om möjliga stödinsatser samt vägledning vidare i systemet.

” Så det är lite utifrån var den personen befinner sig just nu [...] Jag vill försöka vara ganska flexibel och försöka möta deras...det är ju mest känslorna jag försöker möta upp då liksom...Eller lyssna och bekräfta.” (Efterlevandelots nr 7)

Bemötandet från vårdpersonal varierade dock för de efterlevande. Vissa mötte förståelse och omedelbar hjälp av efterlevandelotsen, medan andra själva fick söka kontakt när rutinen inte följdes. De senare kunde då uppleva bristande medmänsklighet, administrativ tröghet och okänsliga kommentarer, särskilt kring frågor om sjukskrivning. När vårdkontakten väl etableras upplevdes den som betydelsefull. De efterlevande upplevde att lotsen bidrog med omtanke och känslan av att vara ihågkommen.

”Jag tror också att vårdcentralen de var väl måna och de ville försäkra sig om att vi hade någon att prata med om man säger så.” (Efterlevandelots nr 4)

Efterlevandelotsarna beskrev också aspekter som försvårade för dem att kunna ge ett bra bemötande. Lotsarna upplevde till exempel att det blev svårare att bedöma behov och identifiera tecken på ohälsa när de saknade icke-verbala signaler i telefonsamtalet. Akuta krisreaktioner och traumatiska berättelser ställer höga krav på efterlevandelotsarnas emotionella hållning och specifika kompetens. En del lotsar upplevde otillräcklighet för att de kände sig oförberedda och saknade tillräcklig kompetens. Även de efterlevande beskrev varierande upplevelser av lotsarnas kompetens och lämplighet.

För efterlevandelotsarna upplevdes det formella avslutet på kontakten med de efterlevande som en naturlig del. De kände sig trygga med att de efterlevande skulle återuppta kontakten om nya behov uppstod. Den känslan delades av en del efterlevande, medan andra önskade att lotsen skulle ta initiativ till ny kontakt igen längre fram. Flera beskrev ett fortsatt behov av stöd och att få prata om den avlidna, när de upplevde att omgivningen förväntade sig att de skulle gå vidare.

”Utan de (hälsocentralen) kanske bara räknar med att behöver ni oss så vet ni var vi finns och sådär. Men det är väl någonting, att de kan höra av sig igen när det har gått en tid. För att då har man kanske fått lite mer ordning på sina tankar och då kan man bli påmind igen om att ja, just det den hjälpen finns också. Då hade de kanske kunnat höra av sig igen.” (Efterlevande nr 4)

Efterlevandelotsarna berättade att kontinuerliga bedömningar av de efterlevandes mående och behov var centralt. Behoven och reaktionerna var varierande. En del efterlevande hade befintliga stödfunktioner etablerade, medan andra hade behov av ett långvarigt stöd från lotsen. Dessutom kunde situationen och måendet förändras, därför upplevdes uppföljningen som ett viktigt verktyg för att fånga upp förändringar.

”Men har jag varit med om att det har gått kanske ett halvår och det barkar helt åt fel håll. Då slår jag på stora trumman och bokar läkartid och det blir psykolog och det blir hela det här kanske med och remitteras vidare till psykiatri, det har också varit så. Men då är jag ju där fort och snappar upp det.” (Efterlevandelots nr 6)

Relationell och existentiell förankring – professionella och kompletterande stödresurser

Rutinen för efterlevandestöd hänvisar även till fördjupade och kompletterande stödinsatser som kan möta sorgens komplexitet. Dessa insatser spänner över professionella samtalskontakter, där allians, kompetens och personkemi är avgörande, samt kompletterande resurser som erbjuder existentiell och erfarenhetsbaserad gemenskap. Tillsammans skapar de ett mångfacetterat stöd som förenar strukturerad hjälp med mänsklig närvaro och mening.

Allians, kompetens och personkemi – avgörande för en verksam samtalsbehandling

När de efterlevande hänvisades till fördjupat stöd i form av samtalsbehandling påverkades kvaliteten på denna av flera aspekter: kontinuitet, professionell kompetens och praktisk tillgänglighet. Flera efterlevande hade ingen pågående samtalskontakt och behövde etablera en helt ny relation, vilket var krävande i ett tillstånd av stark affekt och desorientering. För dessa personer var vårdens förmåga att snabbt erbjuda en kompetent kontakt avgörande. För andra efterlevande fanns redan en etablerad kontakt med samtalsbehandlare, vilket upplevdes som en stor fördel. Denna kontinuitet minskade den kognitiva belastningen av att behöva återberätta händelseförloppet och skapade en känsla av trygghet.

”Jag går dit på tisdagen och får träffa den här psykologen. [...] Och hon har varit avgörande. Så helt otrolig i sin yrkesroll. Både i sättet att lyssna, ta in och hantera. Och hjälpa mig med både tankar, hjälpa mig kring (det) praktiska.”
(Efterlevande nr 1)

En god vårdrelation i form av en allians och personkemi framstår som centrala för upplevelsen av samtalsbehandlingens kvalitet. Efterlevande betonade ett behov av inkännande och professionellt bemötande. De möten som de hade med samtalsbehandlare som upplevdes som oerfarna eller metodmässigt osäkra blev inte stödjande. Särskilt i den akuta sorgefasen uppfattades generiska behandlingsupplägg som otillräckliga och flera efterlevande efterfrågade specialistkompetens i sorg och suicid. Samtalsbehandlaren ålder, erfarenhet och metodmatchning påverkade den efterlevandes förtroende för den – kemi och kompetens utgjorde tillsammans villkor för ett verksamt samtalsstöd.

”Jag var inte riktigt nöjd med den KBT-personen. Tre besök gjorde jag hos honom. Men sen tyckte jag nej...[...]Så han ville nog gå snabbare framåt. [...] Det kanske inte riktigt var passande. Han var inte riktigt nischad för akut sorg och depression.” (Efterlevande nr 3)

Hur väl vårdkedjan fungerade varierade markant mellan olika hälsocentraler när det gällde tillgänglighet och koordination. Några efterlevande upplevde att de fick ta ett oproportionerligt ansvar själva på grund av att en sammanhållen vård och eftervård saknades. Upplevelsen handlade bland annat om begränsningar i antal samtalsessioner och otydlighet kring vem som skulle ta vid. Samtalsbehandlingens innehåll upplevdes som mest verksamt när samtalsbehandlaren lyssnade aktivt, normaliserade den efterlevandes reaktioner och förde dialog om handfasta råd. De efterlevandes behov av samtalsstöd fluktuerade över tid, vissa behövde långvarigt stöd och andra avslutade när de byggt upp ett eget nätverk.

Existentiellt och erfarenhetsbaserat kompletterande stöd

Rutinen hänvisar även till existentiellt och erfarenhetsbaserat stöd från kyrkan och ideella organisationer som SPES för efterlevande som har behov av det. Dessa organisationer spelar en central roll i hanteringen av sorg efter ett dödsfall i suicid. Utvärderingen visar att kyrkan upplevdes som en trygg och professionell resurs av efterlevande, där präster och diakoner erbjöd inkännande samtal och visade

medmänsklighet oberoende av medlemskap. Initiativ från kyrkan, såsom hembesök och uppföljande samtal, upplevdes som betydelsefulla och gav en känsla av att bli sedd och bekräftad. Dessa möten skapade utrymme för existentiella reflektioner och personliga samtal, vilket bidrog till att normalisera efterlevandes känslor av skörhet och skuld.

”Och de (kyrkan) har ju varit ett otroligt bra stöd. De fattar ju liksom. Vi är ju inte religiösa på något sätt, men de förstår hur man jobbar med sånt. Så de har ju varit ett otroligt stöd.” (Efterlevande nr 3)

SPES-grupper erbjöd ett annat slags stöd enligt de intervjuade, en gemenskap med andra efterlevande som möjliggjorde öppenhet kring svåra frågor och gav hopp genom andras erfarenheter. Möten med personer som kommit längre i sorgeprocessen skapade framtidstro och minskade känslan av ensamhet. Samtidigt framkom önskemål från efterlevande om tätare möten och större variation i deltagargrupperna, exempelvis fler män.

”Jag framstår inte som en idiot när jag försöker förklara det jag känner liksom. [...] Och det var vissa saker jag kunde inte prata med ”partnern” då om det heller. Så att...ja, så det var skönt och gå dit och prata liksom.” (Efterlevande nr 1)

Att hantera det ofattbara – strategier och påverkan hos efterlevande och yrkesverksamma

Upplevelsen av ett dödfall i suicid skapar konsekvenser som sträcker sig långt bortom den akuta händelsen och berör både efterlevande och yrkesverksamma. Efterlevande beskrev en kamp för att återta kontroll och mening genom egna strategier och informella nätverk. De beskrev också hur deras egna strategier formades av om rutinen för efterlevandestöd aktiverades, och hur och när aktiveringen skedde. De yrkesverksamma beskrev hur de ibland brottades med emotionell belastning och behov av stöd för att hantera en komplex och känslomässigt laddad arbetsuppgift. När rutinen följdes skapades förutsättningar för efterlevandes återhämtning och yrkesverksammas hållbarhet i yrket. När rutinen brast riskerade ansvaret att förskjutas i högre grad till enskilda individer.

Mellan egna strategier, informellt och professionellt stöd

Efterlevandes berättelser visar att hanteringen av sorgen efter ett suicid präglas av starka känslor och behov av att skapa struktur. Många beskrev ett stort behov av att prata för att undvika att känslorna ”blir en tickande bomb” och handlingsorientering framstår som en central strategi, som exempelvis genom att ta tag i praktiska uppgifter. Informella nätverk, familj, vänner och ibland kollegor, utgjorde ett viktigt grundstöd för många efterlevande, både praktiskt och emotionellt. Samtidigt ville flera skona sina närstående och uppskattade därför den professionella hjälpen som erbjöds via rutinen.

”Jag vet att alla ställer upp. Jag har inte behövt vara ensam alls. Och det har nog bidragit rätt mycket till att orka ta tag i de här delarna också. Men självklart har det gått upp och ner. Man känner sig som en börda också. Man är lite bror

duktig. Man undviker... Jag ville fokusera på att få professionell hjälp för att de runtomkring skulle slippa." (Efterlevande nr 5)

Lotsfunktionen och det utökade samtalsstödet beskrevs av de efterlevande som centrala när de behövde ventilera känslor av skuld, kaos och ambivalens utanför det informella nätverket. För vissa ersatte detta ett bristande informellt stöd och för andra kompletterade det den hjälp de redan hade. Efterlevande använde olika strategier för att hantera känslor och utmaningar i livssituationen, såsom fysisk aktivitet, kreativitet eller att söka förklaringar och förståelse. Dessa strategier blev särskilt viktiga i väntan på att professionellt stöd etablerades.

Att bära mötet – emotionell påverkan och behov av stöd för yrkesverksamma

Polisens och efterlevandelotsarnas upplevelser visar att mötet med efterlevande vid suicid var en av de mest emotionellt krävande uppgifterna i deras yrkesroll. Att lämna dödsbud eller hantera svåra möten kunde skapa en emotionell börda och ibland en känsla av otillräcklighet, särskilt när frågor uppstod som de själva inte kunde besvara.

"Tbland när man ja, men är lite nedstämd så kan man ju tänka på dom ärendena och det är ju saker som man aldrig kommer och glömma bort." (Polis nr 9)

Rutinen för efterlevandestöd upplevdes därför som en viktig struktur som skapade trygghet och professionalism. Möjligheten att hänvisa vidare till vården och andra aktörer gav polisen en känsla av lättnad och gjorde det möjligt att "lämna över" ansvaret, vilket minskade den psykologiska bördan och stärkte upplevelsen av att ha gjort något meningsfullt.

"Jag har tänkt mycket på att jag tycker det är skönt för min egen skull, att man lämnar stöd till dom och vart dom kan vända sig eller...ja, så att man vet att dom liksom inte är ensamma i det." (Polis nr 2)

Samtidigt framkom i analysen att dessa möten väckte starka känslor som ibland följde med långt efteråt, särskilt vid tragiska omständigheter eller när barn var inblandade. De yrkesverksammas egna erfarenheter av sorg och suicid förstärkte reaktionerna, men bidrog också till ökad förståelse. För många var samtal med kollegor ett centralt sätt att bearbeta upplevelserna, medan formella stödstrukturer ibland upplevdes som otillräckliga eller svåråtkomliga. En del lotsar beskrev en utsatthet i sin roll eftersom de ofta arbetade ensamma med tunga berättelser, och önskade mer kollegial reflektion för att hantera den emotionella belastningen.

"Det väcker väldigt mycket hos en själv liksom, som man är...som kanske man...jag var nog inte beredd på att jag skulle känna så mycket efteråt." (Efterlevandelots nr 8)

Förbättringsförslag – för ett mer sammanhållet och förutsägbart efterlevandestöd

Efterlevande, poliser och efterlevandelotsar upplevde att rutinen för efterlevandestöd var värdefull när den fungerade som avsett. Kritik eller ogynnsamma upplevelser handlade främst om situationer när rutinen inte hade använts eller följts. Utvecklingsområden som framkom i analysen handlade om tydlighet, kompetensutveckling, kontinuitet och samverkan mellan verksamheter i hela stödprocessen.

Efterlevande efterfrågade en mer sammanhållen vårdkedja med förutsägbarhet och kontinuitet, för att slippa upprepa sin berättelse för olika aktörer. De önskade att lotsen skulle ringa vid den tidpunkt som polisen utlovat vid dödsbudet och helst så skyndsamt som möjligt för att skapa förutsägbarhet och trygghet. Efterlevande efterfrågade specialistkompetens inom sorg och suicid för att det fördjupade stödet i form av samtalsbehandling skulle bli relevant. De upplevde också att praktiskt stöd i form av checklistor och tydlig vägledning var värdefullt. Flera önskade att efterlevandelotsen skulle ha ringt upp en gång till, eftersom det var svårt för dem att ta in informationen vid första kontakten.

Efter att stödet formellt hade avslutats var det några efterlevande som skulle vilja bli kontaktade igen eftersom uppmaningen om att själva söka kontakt vid behov kan glömmas bort.

”Kanske är något som skulle vara värdefullt [...] att man kan bli påmind igen [...] för det kanske inte alla som som ja, men ens kommer ihåg och minns att [...] jag fick ringa igen.” (Efterlevande nr 4)

Poliser betonade att de ville få återkoppling från vården för att få bekräftelse på att efterlevande hade fått kontakt och stöd. De ville också ha mer kunskap om vad efterlevandestödet innebär för att kunna svara på frågor och lämna över med trygghet. Ett annat förslag från poliser var att fråga efter fler anhöriga vid dödsbud, eftersom nuvarande rutin riskerar att missa personer utanför den närmast registrerade. Det uttrycktes också förväntningar på att stödet till efterlevande kan bli bättre med mer nationell spridning och samverkan nationellt.

”Ja, men den är ju jätteviktig så klart, och jag tror det här efterlevandestödet... ju mer det blir nationellt och kanske blir större, så kommer det bara bli bättre och bättre, och... ja, jag skulle säga att det är väldigt viktigt.” (Polis nr 9)

Efterlevandelotsar upplevde behov av tydligare rollbeskrivningar för olika personal på hälsocentralen, mer utbildning i akut kris och sorg, samt fortbildning för att kunna bedöma behov. De upplevde att ytterligare tydlighet behövs för att motverka olika tolkningar inom hälsocentralen till exempelvis hälsocentralens ansvar när efterlevande bor i andra regioner. En del lotsar efterfrågade kollegialt stöd och handledning efter svåra samtal samt stöd från chefer. Analysen visade också på behov av ökad användning av rutinen och samverkan mellan professioner och regioner, så att ingen efterlevande faller mellan stolarna.

Diskussion

Ett centralt resultat från denna utvärdering är att en etablerad rutin för uppsökande efterlevandestöd vid suicid upplevs som värdefull av såväl efterlevande som poliser och efterlevandelotsar. Det ligger i linje med internationell forskning som betonar vikten av uppsökande och regelbundna kontakter för att minska psykisk ohälsa och suicidrisk hos efterlevande (32, 33). Erfarenheter från andra modeller, såsom LOSS-team, visar dessutom att ett aktivt och proaktivt stöd kraftigt reducerar tiden till att erhålla hjälp och är associerat med lägre risk för psykisk ohälsa och suicidala utfall (30, 34, 36). Det tyder på att en rutin för proaktivt efterlevandestöd är en viktig och effektiv insats i det suicidpreventiva arbetet (27), både för de efterlevande och de yrkesverksamma.

Polisens roll i efterlevandestöd

Resultaten visar att efterlevande satte stort värde på polisens bemötande. Poliserna upplevdes som professionella, närvarande och empatiska, vilket bidrog till en känsla av trygghet i en utsatt situation. Detta är betydelsefullt eftersom forskningen visar att polisens agerande vid dödsbud får långvariga konsekvenser för efterlevandes psykiska hälsa, där bristande stöd och känslomässig distans kan öka risken för posttraumatisk stress och undvikandebeteenden (43). Även andra internationella studier framhåller att tidiga och strukturerade insatser från första linjens aktörer, såsom polisen, är avgörande för att minska risken för långvarig ohälsa och fördröjd hjälpsökning (44). En annan studie beskriver hur efterlevande upplevt poliser som dömande och utan empati (45) vilket är en kontrast till den här utvärderingen. En möjlig förklaring till dessa skillnader kan vara att poliserna i föreliggande utvärdering varit bättre förberedda tack vare rutinen vilket kan ha påverkat de efterlevandes upplevelser.

Samtidigt är det viktigt att beakta att arbetet med suicidärenden kan innebära en emotionell belastning för poliser. En tidigare studie visar att upprepade möten med suicid kan leda till kumulativ stress, trauma och i vissa fall suicidtankar hos poliserna själva, vilket understryker behovet av suicidspecifik förberedelse och organisatoriskt stöd (46). Den här utvärderingen visar att poliserna upplevde att rutinen minskade känslor av dåligt samvete, oro och osäkerhet gentemot de efterlevande, vilket i sin tur bidrog till att reducera den emotionella bördan i arbetet. En välfungerande rutin för efterlevandestöd kan därför inte bara förbättra stödet till efterlevande, utan även bidra till att minska den psykologiska belastningen på poliser genom att skapa tydliga strukturer och förutsägbarhet i arbetet.

Vägen till hjälp och efterlevandelots

Den här utvärderingen visar att vägen till efterlevandelots i vissa fall präglades av utmaningar där efterlevande själva tvingades koordinera sitt stöd eftersom rutinen inte efterföljdes. Syftet med rutinen är att stödet ska vara uppsökande men

resultaten visar att efterlevandestödet på vissa hälsocentraler inte är implementerat fullt ut. Utvärderingen undersökte inte varför rutinen ibland inte följdes, men tänkbara förklaringar kan vara personalbrist, sjukfrånvaro, semestertider och hög arbetsbelastning som i annan forskning beskrivits som återkommande och välkända hinder som ofta försvårar eller fördröjer en implementering i vården (47). I dessa fall påverkades de efterlevandes möjlighet till stöd. Resultaten visar att bristfälligt bemötande från vården skapade en extra belastning för de efterlevande, vilket också kunde medföra ett motstånd till att söka hjälp. Detta tyder på att ett professionellt, empatiskt och respektfullt bemötande är avgörande för efterlevandes möjlighet till återhämtning, och att brister i bemötandet inte kan kompenseras av rutiner.

Resultaten från utvärderingen visar vidare att en del efterlevande behövde söka hjälp på egen hand när rutinen inte hade fungerat optimalt och att kontakten med vården ibland var både utmanande och kränkande. Tidigare studier har visat liknande resultat, där efterlevande upplevt osäkerhet kring var stöd finns att tillgå och beskrivit primärvården som otillgänglig och bristande i kompetens (48, 49). Brister i strukturer och överlämningar vid suicidförlust har också framkommit i tidigare forskning (39). Det här visar på vilken betydelse en fullt implementerad och fungerande rutin har och belyser samtidigt behovet av att säkerställa konsekvent tillämpning oberoende av organisatoriska förutsättningar för polis och hälsocentraler.

Utvärderingens resultat visar också att behovet av snabb, uppsökande och professionell hjälp är kritiskt i och med de svåra somatiska, emotionella och existentiella symtom som kan drabba de efterlevande. Det resultatet har stöd i tidigare forskning där efterlevande upplevt sin fysiska och psykiska hälsa som ett hinder till att söka hjälp på egen hand (45). I en tidigare studie rapporterade 95 procent av de efterlevande att de hade behov av professionellt stöd, men att endast 44 procent fick det (50). I en annan studie hade omkring 35 procent av efterlevande sökt vård hos läkare på vårdcentral under första 1–2 månaderna efter dödsbudet, en siffra som ökade till 53 procent efter två år (51). Detta tyder på att efterlevandes behov av proaktivt stöd både är akut och långvarigt och att detta med fördel kan erbjudas av primärvården med stöd i en etablerad och väl fungerande rutin. I den här utvärderingen framkom att efterlevandelotsen kan fånga upp signaler på ohälsa hos den efterlevande längre fram, vilket belyser rutinens betydelse för det preventiva arbetet.

Efterlevandelotsens roll och behov av eget stöd

Resultaten från utvärderingen visar att efterlevandelotsens roll upplevdes som viktig och värdefull av både efterlevande och poliser. Lotsarna beskrev att uppdraget blev enklare med erfarenhet, och vissa kände sig initialt otillräckligt kunniga och osäkra i mötet med efterlevande. En del upplevde också att arbetet var emotionellt påfrestande och att det saknades strukturer för reflektion och eget stöd. Detta är i linje med internationell forskning som visar att professionella som har ansvar för att ge psykosocialt stöd efter suicid ofta konfronteras med starka känslor

hos efterlevande och att brist på utbildning och organisatoriskt stöd kan förstärka känslan av otillräcklighet (44, 52, 53). Flera studier rekommenderar därför att organisationer erbjuder suicidspecifik utbildning, handledning och kollegialt stöd för att minska risken för sekundär belastning och säkerställa kvaliteten i insatsen (31, 46). Ett mer strukturerat stöd och avsatt tid för kompetensutveckling för efterlevandelotsar skulle kunna bidra till ökad trygghet i rollen och ge efterlevande det stöd som behövs.

Samtidigt visar denna utvärdering att uppdraget som efterlevandelots upplevdes meningsfullt och det fanns ett starkt engagemang i att förbättra stödet till efterlevande. Efterlevandelotsarna upplevde att efterlevandestöd vid suicid är ett självklart och viktigt ansvar som ska åläggas vården. Att arbetet med efterlevandestöd av olika slag ofta upplevs som meningsfullt och viktigt har även framkommit i tidigare forskning (53, 54). Engagemang, villighet och kompetens är viktiga aspekter vid bedömning av lämplighet som efterlevandelots. Det är av central betydelse att basenhetschefen noggrant säkerställer att uppdraget tilldelas vårdpersonal med rätt förutsättningar, eftersom en väl avvägd matchning mellan uppdrag och kompetens är avgörande för kvaliteten i efterlevandestödet. Det är också viktigt att engagemanget balanseras med adekvata möjligheter till återhämtning. Yrkesmässig handledning och ledighet från arbetet beskrivs i forskning som möjliga återhämtningsoptioner (53).

Individanpassning och behov av upprepade kontakter

Resultaten från den här utvärderingen visar att efterlevande värdesatte att bli kontaktade flera gånger, eftersom många hade svårt att minnas vad som sagts och bestämts vid tidigare samtal. Trots att efterlevandelotsarna strävar efter att individanpassa form och intensitet i kontakterna, indikerar resultaten att denna anpassning inte alltid fungerar optimalt. Vissa lotsar tolkade efterlevandes behov som att de inte ville bli störda i sorgen eller att initiativet skulle komma från den efterlevande själv längre fram. Det står i kontrast till forskning som visar att efterlevande i hög grad önskar att vården tar initiativ och upprepar sina kontaktförsök (25, 26). En tidigare genomförd studie beskriver också efterlevandes behov av långsiktigt och upprepat stöd eftersom sorgen kan medföra svårigheter med informationsinhämtning (19).

Internationella studier understryker att uppsökande och regelbundna kontakter är centrala för att minska risken för psykisk ohälsa och fördröjd hjälpsökning (32, 33, 44). Vidare framhåller forskningen att stödbehovet är dynamiskt och förändras över tid, vilket ställer höga krav på flexibilitet och kontinuitet (21, 22). En studie i en svensk kontext har visat att både efterlevande och yrkesverksamma upplever brister i strukturer och överlämningar, och att mer systematiska, proaktiva insatser efterfrågas (39). Detta tyder på att rutinen som utvärderas här kan behöva förstärkas med tydligare kommunikering av en norm om att upprepade kontaktförsök är en del av individanpassningen.

Kompetens och lämplighet som framgångsfaktor

Resultaten indikerar att efterlevande har varierande upplevelser av bemötande och kompetens hos vårdpersonal. När efterlevande möttes av kompetent och medkännande personal hade detta en direkt och avgörande betydelse för upplevelsen av stöd och förmågan att bearbeta förlusten. Det motsatta, möten som upplevdes som dömande, kränkande eller icke stödjande, påverkade de efterlevande negativt och kunde förstärka känslor av isolering och stigma. Liknande resultat har framkommit i tidigare studier, där efterlevande beskriver varierande möten med professionella, och där de efterfrågar åtminstone ett medkännande bemötande när otillräcklig personkemi uppstår (45).

Resultaten från utvärderingen visar också att efterlevande var kritiska till samtalsbehandling som upplevdes som generisk, eller när det saknades förståelse för den komplexa sorg som följer efter suicid. Samtalsbehandlare, efterlevandelotsar och annan vårdpersonal som inte har specifik kompetens i akut sorg och suicidförlust upplevdes som otillräckliga. Detta bekräftas av internationell forskning som betonar att stöd efter suicid kräver särskild kunskap om sorgens karaktär, risk för komplicerad sorg och suicidrelaterade konsekvenser (31, 54). Att efterlevande upplever bristande kompetens och bemötande av professionella har också framkommit i andra studier (48, 50). Det kan därför vara en fördel om val av stödpersoner sker med större hänsyn till kompetens, erfarenhet och villighet att arbeta med efterlevandestöd vid suicid.

Betydelsen av kompletterande stöd

Att rutinen aktivt hänvisar till kompletterande stödinsatser, såsom samtalsgrupper via SPES, framstår som värdefullt. Efterlevande beskrev dessa grupper som en källa till hopp, igenkänning och tröst. Det överensstämmer med tidigare forskning som lyfter fram erfarenhetsbaserat gruppstöd som en effektiv intervention för efterlevande vid suicid (43). Möjligheten att dela erfarenheter och uttrycka känslor utan att bli stigmatiserad är särskilt betydelsefull, vilket även tidigare studier om stigma och tabu kring suicid har belyst (16, 17). Den här utvärderingen lyfter även existentiellt stöd via kyrkan som viktigt. Tidigare studier har också funnit att olika religiösa insatser, såsom kyrkan, har en viktig roll vid efterlevandestöd. Kyrkan kan bidra med existentiellt stöd oavsett medlemskap (55).

Metoddiskussion

En styrka med denna utvärdering är det relativt omfattande intervjumaterialet om 26 intervjuer, vilket genererade variationsrika data. Urvalet var strategiskt och inriktat på att inkludera variation avseende geografiskt läge, kön, åldersgrupper samt relation till den avlidne. Detta möjliggjorde belysning av rutinen ur flera perspektiv. Den arbetsgrupp som genomfört utvärderingen har bidragit med kompletterande kompetenser och erfarenheter inom både vetenskaplig metod och suicidprevention. Den reflexiva tematiska analysen genomfördes av forskaren, medan arbetsgruppen fortlöpande bidrog med synpunkter på teman, sub-teman och

resultattext. Detta kollegiala analysarbete bidrog till att fördjupa tolkningarna och till att resultatets slutliga utformning växte fram genom en gemensam reflexiv process.

Samtidigt finns metodologiska begränsningar som behöver beaktas. Rekryteringen av läkare som använt rutinen visade sig särskilt utmanande och trots rekryteringsförsök anmälde ingen läkare intresse av att delta. En möjlig förklaring är att relativt få läkare haft praktisk erfarenhet av att tillämpa rutinen, eftersom det i många fall varit poliser som lämnat dödsbud och därmed fått direkt erfarenhet av rutinen i praktiken. Även rekryteringen av efterlevande var förenad med svårigheter. Trots att ett flertal personer visade intresse för att delta var det få som uppfyllde inklusionskriterierna och samtidigt hade erfarenhet av rutinen. Dessa rekryteringsutmaningar kan ha påverkat sammansättningen av urvalet och bör beaktas vid tolkning av resultaten. Samtidigt bidrog intervjuernas längd och de efterlevandes villighet att dela med sig av sina erfarenheter med rika data som sammantaget stärkt utvärderingens resultat.

Slutsats

Sammanfattningsvis visar utvärderingen att en rutin för proaktivt efterlevandestöd vid suicid är en värdefull insats som kan bidra med nytta för efterlevande, poliser och efterlevandelotsar. Rutinen bidrar till att efterlevande får kontakt med stöd snabbare och stärker samverkan mellan aktörer. Vidare kan rutinen fungera preventivt och fånga upp befintlig eller begynnande ohälsa hos efterlevande. Rutinen ger även polisen och efterlevandelotsar en tydlig struktur som bidrar till ett förbättrat och mer jämlikt stöd till efterlevande och kan främja både egen återhämtning och professionalism.

När rutinen inte används så som det är tänkt kan efterlevande möta ifrågasättande vårdpersonal med ett förminskande eller stigmatiserande bemötande. Ett professionellt och empatiskt bemötande är avgörande oavsett vem den efterlevande möter i vården. Detta understryker behovet av ett bredare värderingsarbete som främjar respekt, medkänsla och förståelse för den komplexa sorg som följer efter suicid. Rutinen för efterlevandestöd kan bidra med det när den används, vilket framkommer i utvärderingen för de efterlevande där rutinen fungerat.

Resultaten visar också att efterlevandestödet behöver vara uppsökande, individanpassat och med upprepade kontaktförsök eftersom efterlevande ofta har svårt att initiera kontakt och att minnas överenskommelser. Kompetens och lämplighet hos efterlevandelotsar och samtalsbehandlare framstår som en kritisk framgångsfaktor; ospecifikt, generiskt stöd eller insatser utan förståelse för den komplexa sorg som följer efter suicid upplevs som otillräckliga. Detta indikerar behov av utbildning om sorg efter suicid, kontinuerlig handledning och strukturer för reflektion.

Slutligen framstår kompletterande stödformer, såsom erfarenhetsbaserade samtalsgrupper och existentiellt stöd, som viktiga inslag i ett helhetsorienterat efterlevandestöd.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid [19 december 2025]. Hämtad från: [Statistik om suicid](#).
2. Berman AL. Estimating the Population of Survivors of Suicide: Seeking an Evidence Base. *Suicide Life Threat Behav.* 2011; 41(1): 110-116.
3. Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, et al. How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide Life Threat Behav.* 2018; 49: 529–534.
4. Andriessen K, Rahman B, Draper B, Dudley M, Mitchell PB. Prevalence of exposure to suicide: a meta-analysis of population-based studies. *J Psychiatr Res.* 2017; 88: 113–120.
5. Erlangsen A, Runeson B, Bolton JM, Wilcox HC, Forman JL, Krogh J, et al. Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.).* 2017; 74.5: 456.
6. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry.* 2014; 1(1): 86 – 94.
7. Pitman AL, McDonald K, Logeswaran Y, Lewis G, Cerel J, Lewis G, et al. The role of depression and use of alcohol and other drugs after partner suicide in the association between suicide bereavement and suicide: cohort study in the Danish population. *Psychol Med.* 2024; 54: 2273-2282.
8. Spillane A, Larkin C, Corcoran P, Matvienko-Sikar K, Riordan F, Arensman E, et al. Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *BMC Public Health.* 2017; 17:939.
9. Hill NTM, Robinson J, Pirkis J, Andriessen K, Krysinska K, Payne A. et al. Association of Suicidal Behavior with Exposure to Suicide and Suicide Attempt: A Systematic Review and Multilevel Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2020; 17:e1003074-e1003074.
10. Maple M, Cerel J, Sanford R, Pearce T, Jordan J. Is Exposure to Suicide Beyond Kin Associated with Risk for Suicidal Behavior? A Systematic Review of the Evidence. *Suicide LifeThreat Behav.* 2016; 47(4): 461-474.
11. Pitman AL, McDonald K, Logeswaran Y, Lewis G, Cerel J, Erlangsen A. Proportion of suicides in Denmark attributable to bereavement by the suicide of a first-degree relative or partner: Nested case-control study. *Acta Psychiatr Scand.* 2022; 146: 529-539.
12. Stain R, Wasserman D. Självordsrisken är ökad hos närstående till självmordsoffer. *Läkartidningen.* 2018; 08/2018.
13. Entilli L, Ross V, Leo DE, Cipolletta DS, Kölves K. Experiences of Parental Suicide-Bereavement: A Longitudinal Qualitative Analysis Over Two Years. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(2): 564.
14. Pitman AL, Osborn DPJ, Rantell K, King MB. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: A cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open.* 2016; 6(1):e009948.
15. Hawton K, Hill NTM, Gould M, John A, Lascelles K, Robinson J. Clustering of Suicides in Children and Adolescents. *Lancet Child Adoles Health.* 2019, 4(1): 58-67.
16. Cvinar JG. Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature. *Perspect Psychiatr Care.* 2005; 41(1): 14-21.
17. Jordan JR. Postvention is Prevention - The Case for Suicide Postvention. *Death Stud.* 2017; 41(10): 614-621.
18. Young IT, Iglewicz A, Glorioso D, Lanounette N, Seay K, Illapakurti M, et al. Suicide Bereavement and Complicated Grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012; 14(2): 177.186.

19. Feigelman W, Gorman BS, Jordan JR. Stigmatization and Suicide Bereavement. *Death Stud.* 2009; 33(7): 591–608. doi: 10.1080/07481180902979973
20. Folkhälsomyndigheten. Tema suicidprevention [2023]. Aktuell kunskap från Folkhälsomyndigheten 2023 (Artikelnummer 23100). Hämtad från: [Statistik om suicid](#)
21. Andriessen K, Krysinska K, Castelli Dransart DA. Editorial: Grief after suicide—Needs, effective help, and personal growth. *Front Psychol.* 2020; 11:614405.
22. Kølves K, Zhao Q, Ross V, Hawgood J, Spence SH, De Leo D. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six months after death. *J Affect Disord.* 2019; 243: 96–102.
23. Ligier F, Rassy J, Fortin G, van Haaster I, Doyon C, Brouillard C, et al. Being pro-active in meeting the needs of suicide-bereaved survivors: results from a systematic audit in Montréal. *BMC Public Health.* 2020, 20(1):1534.
24. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. (2025). Efterlevandestöd i samband med att en familjemedlem eller vän har tagit sitt liv: Sammanställning från Nka:s Blandade lärande nätverk 2024 - 2025. <https://anhoriga.se/>
25. Larsson Omérov P. (2014). Parents Who Have Lost a son or Daughter Through Suicide: Towards Improved Care and Restored Psychological Health. [Doktorsavhandling, Karolinska Institutet]. KI Open Archive. Hämtad från: [Parents who have lost a son or daughter through suicide - Doktorsavhandling.](#)
26. Ross V, Kølves K, De Leo D. Exploring the Support Needs of People Bereaved by Suicide: A Qualitative Study. *OMEGA (Westport).* 2021; 82(4): 632-645.
27. Folkhälsomyndigheten & Socialstyrelsen. (2023). Stöd till efterlevande vid suicid—Samlad kunskap för yrkesverksamma (Artikelnummer 23126). Hämtad från: [Stöd till efterlevande vid suicid - samlad kunskap för yrkesverksamma.](#)
28. Andriessen K. Can postvention be prevention? Abstract Book, 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior. *Psychiatria Danubina*, 18 (suppl. 1), 125. In: Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis.* 2006; 30(1): 43-47.
29. Postvention Briefing – FINAL. EMM Resource Center; 2019. Hämtad från: <https://emmresourcecenter.org/system/files/2019-12/Postvention%20Briefing%20FINAL.pdf>
30. Ceren J, Campbell FR. Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life Threat Behav.* 2008; 38(1): 30–34.
31. Andriessen K, Krysinska K, Kølves K, Reavley N. Suicide postvention service models and guidelines 2014–2019: A systematic review. *Front Psychol.* 2019; 10:2677.
32. Ali F, Lucock M. 'It's like getting a group hug and you can cry there and be yourself and they understand'. Family members' experiences of using a suicide bereavement peer support group. *Bereavement.* 2020; 39(2): 51–58.
33. Dyregrov K. What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *Crisis.* 2011; 32(6): 310–318.
34. Gehrman M, Dixon SD, Visser VS, Griffin M. Evaluating the outcomes for bereaved people supported by a community-based suicide bereavement service. *Crisis.* 2020; 41(6): 437–444.
35. LOSS Team—History. (u.å.). Lossteam.com. Hämtad från: [History of LOSS Teams | Lossteam](#)
36. Region II Human Services (Nebraska). (2024). Local Outreach to Suicide Survivors (LOSS) Team Overview. Hämtad från: [LOSS \(local outreach to suicide survivors\) Team Information - Region II Human Services.](#)
37. Coquelin M, Kopp-Bigault C, Barinoil C, Berrouiguet S, Guarnaccia C. Alinéa suicide postvention program: a codesigned early proactive intervention for survivors. *Front Psychol.* 2024; 15: 1436680.

38. Regeringen (2024). Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Skr. 2024/25:77. Stockholm: Regeringskansliet.
39. Pettersén R. (2015). Suicide in the family: towards improved care of bereaved parents and siblings. [Doktorsavhandling, Karolinska Institutet]. Hämtad från: [Suicide in the family - doktorsavhandling.](#)
40. Braun V, Clarke V. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qual Res Psychol.* 2006; 3(2): 77–101.
41. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health.* 2019; 11(4); 589–597.
42. Braun V, Clarke V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide.* London: SAGE Publications.
43. Hofmann L, Putri AK, Pitman A, Bantjes J, Castelli Dransart DA, Causer H, et al. Perceived Effectiveness of Components of Interventions to Support People Bereaved By Suicide. *Crisis.* 2025; 46(2):106-120.
44. Duval B, Guziewicz P, McCauley J, Berkowitz L, Peterson E. The first 72 hours: Suicide loss survivor experiences with early responders. *Death Stud.* 2023; 47(3): 354-359.
45. McKinnon JM, Chonody J. Exploring the formal supports used by people bereaved through suicide: A qualitative study. *Soc Work Ment Health.* 2014; 12(3): 231–248.
46. O'Reilly M, Thorne B, Smith P, Kiyimba N. Towards a suicide-responsive police culture: police experiences of working with suicide. *Policing Soc.* 2024; 35(1):101-117.
47. Geerligs L, Rankin NM, Shepherd, HL, Butow, P. Hospital-based interventions: a systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implement Sci.* 2018; 13:36.
48. Suija K, Roováli L, Aksen M, Pisarev H, Uusküla A, Kiivet RA. Coping with suicide loss: a qualitative study in primary health care. *Prim Health Care Res Dev.* 2022; 23:e41.
49. Wainwright V, Cordingley L, Chew-Graham CA, Kapur N, Shaw J, Smith S, et al. Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2020; 70(691):e102-e110.
50. Wilson A, Marshall A. The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Stud.* 2010; 34(7): 625-40.
51. Bélanger SM, Hauge LJ, Reneflot A, Øien-Ødegaard C, Christiansen SG, Magnus P, Stene-Larsen K. General practitioner consultations for mental health reasons prior to and following bereavement by suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2024; 59(9): 1533-1541.
52. Leaune E, Cuvillier B, Vieux M, Pacaut-Troncín M, Chalancon B, Perez AF, et al. The SUPPORT-S Protocol Study: A Postvention Program for Professionals After Patient or User Suicide. *Front Psychol.* 2020;11:805.
53. Maple M, McKay K, Hess NCL, Wayland S, Pearce T. Providing support following exposure to suicide: A mixed method study. *Health Soc Care Community.* 2019; 27(4): 965-972.
54. Jordan JR, McGann V. Clinical work with suicide loss survivors: Implications of the U.S. postvention guidelines. *Death Stud.* 2017; 41(10): 659–672.
55. Čepulienė AA, Pučinskaitė B, Spangelytė K, Skruibis P, Gailienė D. Spirituality and Religiosity during Suicide Bereavement: A Qualitative Systematic Review. *Religions.* 2021; 12(9): 766.

Bilaga 1: Intervjuguide polis och efterlevandelots

- Vilka erfarenheter har du av att arbeta med den nya rutinen för efterlevandestöd?
- Hur upplever du din roll i det nya arbetssättet?

För polis:

- Hur har du gjort när du har initierat kontakt och frågat efterlevande om att bli uppringda om stödet?
- Hur upplever du att den första kontakten mottogs av de efterlevande?
- Hur kändes det för dig att ta denna kontakt?
- Vilka behov hos den efterlevande upplever du att du kunnat möta?
- Vilken nytta upplever du att din roll i den nya rutinen kan bidra till?

För efterlevandelots:

- Hur har det gått till när du har tagit kontakt med de efterlevande?
- Hur länge har kontakterna pågått för dem som du träffat?
- Hur har mötena och kontakten sett ut?
- Hur upplevde du första mötet?
- Vilka behov hos den efterlevande har du kunnat möta och hur?
- Vilken nytta upplever du att din roll i den nya rutinen kan bidra till?
- Hur upplevde du avslutningen med de efterlevande?
- Vad upplever du ha varit bra med rutinen för efterlevandestöd?
- Vad upplever du ha varit utmanande?
- Har du några förslag till förbättringar av rutinen?

Exempel på följdfrågor för att fördjupa berättelsen:

- Kan du berätta mer om...?
- Hur kände du då?
- Vad hände sedan?
- Kan du ge exempel på...?

Bilaga 2: Intervjuguide efterlevande

Berätta om hur det gick till när du blev informerad om efterlevandestödet som erbjuds:

- Från vem fick du frågan om att bli uppringd om stödet?
- Från vem och hur fick du information om efterlevandestödet?
- Hur upplevde du den initiala frågan och informationen som gavs?

Berätta om hur du upplevt kontakten med efterlevandelotsen:

- Hur var första mötet?
- Hur länge har ni haft kontakt?
- Hur har mötena och kontakten sett ut?
- Hur har du upplevt relationen med efterlevandelotsen?
- Har efterlevandelotsen hjälpt dig med något under kontakten? Om ja, vad då? (till exempel vidare kontakt med andra aktörer och professioner)
- Hur upplevde du avslutet med efterlevandelotsen?
- Vad upplever du har varit bra med rutinen för efterlevandestöd?
- Vad upplever du har varit mindre bra?
- Har du några förslag till förbättringar av rutinen?

Exempel på följdfrågor för att fördjupa berättelsen:

- Kan du berätta mer om...?
- Hur kände du då?
- Vad hände sedan?
- Kan du ge exempel på...?

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. **Östersund** Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se