



Folkhälsomyndigheten

Struktur för kunskapsbaserad suicidprevention

Ett förslag till samordnad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidförebyggande arbete

Innehåll

Begrepp	7
Sammanfattning	9
Inledning	11
Uppdraget	11
Samråd och samverkan	11
Tolkning av uppdraget	12
Begreppet kunskapsstyrning	12
Kunskapsstyrning som en process	13
Avgränsning	14
Utgångspunkter	15
Suicid – ett folkhälsoproblem	15
Suicid går att förebygga	15
Internationellt och nationellt program för suicidprevention	16
Förslag till nationellt handlingsprogram för att minska självmord	16
Ett nationellt handlingsprogram med nio strategiska åtgärdsområden	16
WHO:s förslag på ett förstärkt suicidpreventivt arbete	18
Uppdragets genomförande	20
Resultat från behovsinventeringen	21
En behovsanpassad, samordnad struktur för kunskapsstyrning inom suicidprevention	27
Mål och övergripande struktur	27
Strukturens mål	27
Strukturens övergripande organisering	27
Strukturens organisering på nationell nivå	28
En nationell myndighet med övergripande ansvar för strukturen	28
En nationell samverkansgrupp	29
En nationell intressentgrupp	30
Strukturens organisering på regional nivå	31
Regional samordning på landstingsnivå och regionala samverkansgrupper	31
Landsting och regioner som samordnare av det suicidpreventiva arbetet	32

Strukturens organisering på lokal nivå	33
Förbättrad kunskapssammanställning, kunskapsspridning och vägledning.....	34
Utvecklad uppföljning	35
Kunskaper och kompetens hos särskilda yrkesgrupper	35
Förstärkt kunskapsuppbyggnad.....	36
Samordning kring suicidprevention på departementsnivå	36
Förslag till finansiering	37
Statsbidrag fördelas till landstingen och regionerna genom en förordning	37
Statsbidrag fördelas till ideella organisationer genom en förordning	37
Ökat anslag till kunskapsuppbyggnad	38
Ökat anslag till nationell samordning, inklusive statistisk övervakning	38
Slutord	39
Referenser	40
Bilagor.....	42

Begrepp

Suicid eller självmord

I rapporten används begreppen ”suicid” och ”självmord” synonymt. Det finns i dag inget enhetligt språkbruk i frågan.

Ordet ”självmord” kan av vissa associeras till mord, kriminella handlingar och skuldbeläggning av individen, medan ”suicid” av andra uppfattas som kliniskt och avståndstagande, och ses i den meningen även som ett uttryck för förnekande och tabubeläggning genom att undvika att nämna företeelsen vid sitt rätta namn. Såväl kliniskt som i forskning används dock ordet ”suicid” allt oftare efter engelskans ”suicide”, i takt med att Sverige blivit en del av det internationella forskningssamhället där engelska utgör det dominerande språket.

Sammanfattning

Själv mord är ett folkhälsoproblem som på många sätt drabbar en stor del av befolkningen. Det är den vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15–44 år, och för kvinnor i samma åldersgrupp är det den vanligaste dödsorsaken efter cancer. För att nå regeringens mål om att ingen ska behöva ta sitt liv måste det suicidpreventiva arbetet på alla samhällsnivåer intensifieras.

Folkhälsomyndigheten har på regeringens uppdrag tagit fram ett förslag på en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning, som stöd för lokalt och regionalt själv mordspreventivt arbete. Förslaget som presenteras i den här rapporten innebär en struktur för kunskapsstyrning som ska säkerställa arbetet med att bl.a. sammanställa och sprida kunskap om insatser för själv mordsprevention, vägleda och följa upp det förebyggande arbetet och skapa förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Utredningen har omfattat en kartläggning av det suicidpreventiva arbetet, en behovsinventering och samråd med en rad aktörer, dels genom enskilda möten och intervjuer, dels genom en workshop. Representanter från kommuner, landsting, länsstyrelser, forskningslärosäten, myndigheter och det civila samhället har fått möjlighet att uttrycka och diskutera de mest centrala behoven kopplat till arbetet med att förebygga suicid lokalt, regionalt och nationellt.

Strukturen som vi föreslår har fokus på samordning och samverkan mellan berörda parter på samtliga samhällsnivåer, för att kunna inhämta och sprida kunskap. Förslaget är att Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordningen på nationell nivå och landstingen på regional nivå. Dessutom föreslår vi en samordningsfunktion på lokal nivå om det inte redan finns en sådan.

Samordning på tre samhällsnivåer

På nationell nivå innebär förslaget att Folkhälsomyndigheten genom en nationell samverkansgrupp och en nationell intressentgrupp koordinerar och följer upp det nationella suicidpreventiva handlingsprogrammet. På regional nivå föreslås landsting och regioner ansvara för att utveckla samverkan, i syfte att stödja genomförandet av det nationella suicidpreventiva programmet i länet samt att vid behov bistå med utbildning och kompetensutveckling. På lokal nivå föreslår vi att arbetet med suicidprevention integreras i pågående verksamheter i kommunen och andra organisationer.

Vidare föreslår Folkhälsomyndigheten en rad åtgärder inom några särskilda arbetsområden som en kunskapsstyrningsprocess innefattar: 1) kunskapssammanställning, kunskapsspridning och vägledning, 2) uppföljning, 3) kunskaper och kompetens hos särskilda yrkesgrupper, 4) kunskapsuppbyggnad och framtagande av ny kunskap.

Förbättrad kunskapssammanställning, kunskapsspridning och vägledning

Förslaget innebär att Folkhälsomyndigheten, i samverkan med andra berörda aktörer, ansvarar för att sammanställa och sprida kunskapsstöd för arbetet med suicidprevention, inklusive statistisk och uppföljning av genomförda åtgärder på nationell nivå. De berörda myndigheterna ansvarar för att inhämta, sammanställa och sprida kunskapen inom sina respektive ansvarsområden. Samverkan på nationell nivå syftar till att underlätta insamling av kunskapsbehov och att underlätta spridning och mottagande av de olika kunskapsstöden, samt att dubbelarbete undviks. En regional samordningsfunktion ska stödja tillämpningen av kunskapen på regional och lokal nivå, och vidare föreslås bl.a. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vara ett resurscentrum som kan bistå den regionala samordningsfunktionen vid behov.

Utvecklad uppföljning och förstärkt kunskapsuppbyggnad

Folkhälsomyndigheten föreslår att myndigheten får i uppdrag att se över vilka delmål och indikatorer som bör användas för att följa upp och redovisa arbetet med det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention. Vidare föreslås myndigheten även få i uppdrag att undersöka hur regional och lokal nivå kan få tillgång till realtidsstatistik över förekomsten av självmord. I sin roll som nationell samordnande myndighet ska Folkhälsomyndigheten ge årliga rapporter om utvecklingen.

När det gäller kunskapsuppbyggnad ska förslaget till nationell samverkan bl.a. ge de berörda myndigheterna ett prioriteringsstöd i arbetet med att ta fram ny kunskap och stödja kunskapsutvecklingen generellt. Den föreslagna regionala samordningen ska i sin tur stödja kunskapsuppbyggnad och metodutveckling, på regional och lokal nivå.

Finansiering av förslaget

Folkhälsomyndigheten bedömer att de ansvarsuppgifter som föreslås på nationell, regional och lokal nivå kommer att kräva att särskilda resurser avsätts. Därför anges i rapporten fyra olika finansieringsförslag.

1. Den regionala samordningen vid landstingen och regionerna finansieras med statsbidrag genom en förordning.
2. Suicidpreventivt arbete som bedrivs av ideella organisationer finansieras med statsbidrag genom en förordning.
3. Kunskapsuppbyggnad får ett ökat anslag.
4. Nationell samordning, inklusive statistisk övervakning, får ett ökat anslag.

Inledning

Regeringen beslutade i maj 2014 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att senast 1 mars 2015 lämna förslag på utformningen av en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt självmordspreventivt arbete. I den här rapporten redovisas genomförandet av uppdraget och det resulterande förslaget till en struktur för det suicidförebyggande arbetet.

Uppdraget

Regeringsuppdraget (se bilaga 7) innehåller flera delar. I uppdragstexten anges följande:

”Myndigheten ska föreslå en struktur och organisering för att säkerställa arbetet med att:

- analysera förutsättningarna för att minska förekomsten av självmord, och stödja aktörer på regional nivå att identifiera eventuella strukturella hinder för en sådan utveckling,
- sammanställa och sprida aktuell kunskap om effektiva metoder för självmordsprevention till lokala och regionala aktörer och utveckla ett ändamålsenligt och användarvänligt kunskapsstöd,
- informera berörda aktörer om vilka olika kunskaper hos de yrkesgrupper som de ansvarar för som är användbara i mötet med personer med självmordsproblematik,
- vägleda och följa arbetet med självmordsprevention nationellt, samt
- följa och redovisa det självmordspreventiva arbetet och skapa förutsättningar för ett ständigt förbättringsarbete i det lokala och regionala arbetet.”

I uppdraget ingår att beakta det civila samhällets och övriga myndigheters roll i det suicidpreventiva arbetet, samt att ge förslag på hur en ändamålsenlig samverkan mellan olika myndigheter kan se ut. Myndigheten ska även redovisa konsekvenserna av förslaget, inklusive förslag till finansiering om förslaget skulle medföra ökade utgifter.

Samråd och samverkan

I uppdraget anges att Folkhälsomyndigheten ska samråda med Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Suicidprevention och efterlevandestöd (SPES) och andra berörda intresseorganisationer samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Uppdraget

ska också genomföras i dialog med samordningsfunktionen för regeringens plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO) på Socialdepartementet.¹

Tolkning av uppdraget

Utifrån de fem punkterna ovan går uppdraget ut på att utreda en struktur för kunskapsstyrning som ska säkerställa arbetet med att bl.a. sammanställa och sprida kunskap, vägleda och följa upp det förebyggande arbetet samt stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete. Sammantaget tolkas detta som att förslaget ska omfatta hela kunskapsstyrningsprocessen, vilken beskrivs utförligare nedan.

Vidare betonas att förslaget ska vara till stöd för lokalt och regionalt suicidpreventivt arbete, vilket myndigheten tolkar som att utredningen särskilt ska beakta lokala och regionala aktörers behov och del i genomförandet av det suicidförebyggande arbetet.

Utredningen ska även beakta berörda myndigheters och organisationers nuvarande funktioner och pågående satsningar kring suicidprevention, med målet att samordna och effektivisera resurserna på området.

Eftersom uppdraget handlar om att föreslå en struktur och organisering för en samordnad statlig *kunskapsstyrning* redogör vi inledningsvis för Folkhälsomyndighetens tolkning av detta begrepp. Hittills har det främst använts inom hälso- och sjukvårdsområdet, men här breddas det till att omfatta även folkhälsoarbete. Samtidigt sätts begreppet kunskapsstyrning in i den process som generellt förknippas med förbättringsarbete, i syfte att genomföra de fem uppgifterna som regeringsuppdraget anger.

Begreppet kunskapsstyrning

På nationell nivå eftersträvas en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst. Kunskapsstyrning som begrepp definieras exempelvis i slutbetänkandet av Statens vård- och omsorgsutredning som ”en successiv process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas med stöd av uppföljningen” (1). I promemorian *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst* står vidare att den statliga kunskapsstyrningen omfattar ”de olika former av kunskapsstöd och bindande föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet dessa ansvarar för” (2).

¹ PRIO är regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. Planen lägger fokus på ett antal strategiskt prioriterade områden och insatser som riktar sig till grupper som särskilt riskerar att drabbas av psykisk ohälsa samt insatser för att förbättra situationen och bidra till återhämtning för personer med psykisk ohälsa. En viktig del i planen är en bred överenskommelse med SKL då det är kommuner och landsting som är huvudansvariga för vården och omsorgen av personer med psykisk ohälsa (Socialdepartementet, 2012).

Kunskapsstyrning anses även vara en förutsättning för en evidensbaserad praktik, vilket likställs med att verksamheter ska utgå från bästa tillgängliga kunskap. Ett viktigt syfte med kunskapsstyrning är således att förhindra att överksamma eller skadliga metoder praktiseras, av både samhällsekonomiska och säkerhetsmässiga skäl (2, 3). Det är även viktigt att myndigheters kunskapsstöd vilar på en helhetsbedömning, så att både vetenskaplig kunskap och den verksamhetsnära kunskapen i form av beprövad erfarenhet vägs in. Stor vikt läggs vid att lokala behov ska vara styrande för att nå framgång och varaktig förändring (2, 3).²

Utredningens tolkning av begreppet kunskapsstyrning är densamma som i promemorian om kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. En utgångspunkt för denna utredning är att kunskapsstyrningen för suicidpreventionen också spänner över fler sektorer. Detta betyder att samma princip om att sammanväga och använda vetenskaplig och verksamhetsnära kunskap även appliceras på andra områden och inom andra samhällssektorer.

Inom folkhälsoarbetet är det viktigt att särskilt beakta behoven hos de mest utsatta grupperna, på samma sätt som inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det övergripande målet för svensk folkhälsopolitik är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (4, 5), och i första paragrafen i Folkhälsomyndighetens instruktion framgår också att ”särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa” (6).

Kunskapsstyrning som en process

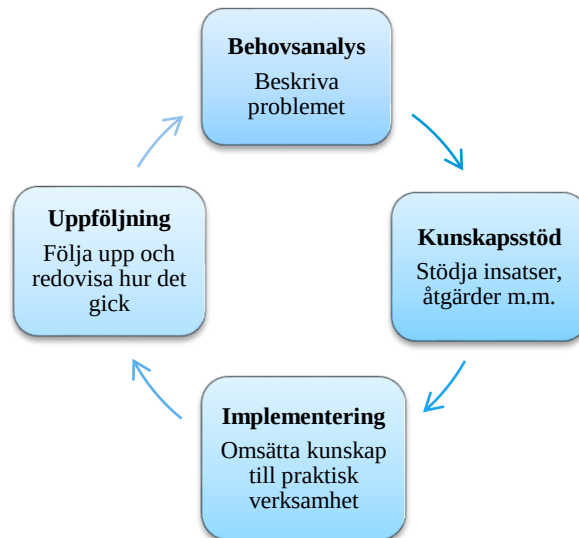
Kunskapsstyrning som begrepp används ibland synonymt med begreppet *kunskapsstöd*. Kunskapsstöd betraktas emellertid i denna utredning som en del av kunskapsstyrningen, en process som har många likheter med de processer som används för att beskriva förbättringsarbete generellt.

I denna utredning är kunskapsstyrning den process som inrymmer de kunskapsstödjande produkter som myndigheter och andra aktörer tar fram (rapporter, vägledning, riktlinjer, skrifter, webbsidor osv.) men också olika former av stöd för att sprida och använda produkterna (t.ex. filmer, webinarier, konferenser och utbildningar). I denna process ingår även stödet som erbjuds för att följa upp och analysera problembilden, vilken i sin tur blir utgångspunkten för ett nytt kunskapsstöd.

² Regeringen har föreslagit (2) en rad strukturella förändringar för att stödja utvecklingen av kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, områden som har tydliga beröringspunkter med suicidpreventionen. Exempelvis föreslås ett kunskapsstyrningsråd där de centrala myndigheterna inom området är representerade samt en huvudmannagrupp med ett representativt urval av förtroendevalda från landsting och kommuner. Förslaget bygger också vidare på den pågående utvecklingen mot en tydligare regional stödstruktur för kvalitetsutveckling som rör både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

I figur 1 presenteras processen för kunskapsstyrning så som Folkhälsomyndigheten har betraktat och använt den i utredningen. Processen innehåller fyra centrala delar: 1) behovsanalys, 2) framtagande av kunskapsstöd, 3) spridning och stöd till implementering av kunskap, och 4) uppföljning av resultat. Delarna ligger sedan till grund för en analys av situationen och behovet av ny kunskap.

Figur 1 Process för kunskapsstyrning



Enligt slutbetänkandet av Statens vård- och omsorgsutredning handlar kunskapsstyrningen om att ”bygga system för successivt lärande” (1), vilket är målet med förbättringsarbete generellt. Ett kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete uppnås således genom att tillgängliggöra kunskap så att utförare själva kan styra sin verksamhet, genom kunskapsstyrningsprocessens alla led.

Avgränsning

Uppdraget handlar om att ta fram en struktur för samordnad statlig kunskapsstyrning. Fokus har därför varit att beskriva hur den statliga kunskapsstyrningen bör organiseras, med utgångspunkt i att de operativa insatserna för att förebygga suicid genomförs av huvudmännen på regional och lokal nivå. En viktig avgränsning är att utredningen inte undersökt vilka specifika insatser eller interventioner som längre fram kan utgöra det operativa förebyggande arbetet.

Utgångspunkter

Utredningen har haft några centrala utgångspunkter för arbetet med att föreslå en samordnad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidpreventivt arbete. Dessa punkter är att suicid bör betraktas som ett folkhälsoproblem, att suicid är möjligt att förebygga samt att det i dag pågår ett brett suicidpreventivt arbete på olika nivåer i samhället. Detta arbete behöver samordnas, förstärkas och spridas för att kunna nå regeringens mål om att ”ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord, dvs. ingen ska behöva ta sitt liv” (5).

Suicid – ett folkhälsoproblem

Under 2013 dog fler än 1 600 personer av suicid i Sverige. Sett ur ett internationellt perspektiv ligger Sveriges självmordstal (antal självmord per 100 000 invånare och år) omkring EU-genomsnittet, och under de senaste femton åren har antalet självmord minskat med cirka 20 procent i Sverige liksom i större delen av EU. Den positiva trenden gäller dock inte ungdomar och unga vuxna, där självmorden legat på samma nivå under en längre tid (7). Av dödsorsaksregistret framgår att 40–50 ungdomar under 20 års ålder tar sina liv varje år. Suicid är också den vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15–44 år, och för kvinnor i samma åldersgrupp är suicid den näst vanligaste dödsorsaken efter cancer.

I alla åldersgrupper i nästan hela världen är män överrepresenterade vad gäller dödlighet i suicid (8). I Sverige är könskvoten 2,4:1, vilket innebär att mer än dubbelt så många män som kvinnor begår självmord (9, 10). Andra överrepresenterade grupper i Sverige är HBT-personer och utlandsfödda (11-14). God eller s.k. positiv psykisk hälsa har identifierats som en skyddsfaktor för suicidalitet medan psykisk ohälsa är en riskfaktor (15).

Suicid går att förebygga

Det finns en missuppfattning om att suicid inte går att förebygga, bl.a. beroende på föreställningar sprungna ur ett individperspektiv som inte inkluderar samhällets roll eller ambivalensen som kännetecknar den suicidala processen (16). Flera studier av personer som försökt ta sitt liv, men som överlevt, visar dock att dessa personer in i det sista var ambivalenta och vanligen ville fortsätta leva (17-19). Det finns även studier om personer som sjukhusvårdats för att de försökt ta sitt liv och som överlevt, och de visar att personerna oftast inte försöker begå suicid igen (18-20). Dessutom visar en systematisk översikt att substitution är mycket ovanligt, dvs. att en suicidal person väljer en annan metod vid ett upprepat självmordsförsök (21). Dessa exempel visar alltså att det går att avbryta en suicidal process genom exempelvis insatser i den fysiska miljön eller rätt vård. Arbetet med att förhindra suicid har därför även en etisk utgångspunkt som innebär att samhället har en moralisk skyldighet att ingripa och förhindra att suicid fullbordas.

Internationellt och nationellt program för suicidprevention

Regeringsuppdraget anger att denna utredning ska ansluta till de nio nationella strategier för självmordsprevention som riksdagen har beslutat om (5). I detta avsnitt redogörs kort för innehållet i det nationella handlingsprogrammet vari strategierna återfinns. Därefter redogörs för hur en struktur för kunskapsstyrning kan kopplas till de senaste rekommendationerna om suicidprevention från Världshälsoorganisationen, WHO (8).

Förslag till nationellt handlingsprogram för att minska självmord

År 2005 fick Socialstyrelsen och dåvarande Statens folkhälsoinstitut i uppdrag av regeringen att föreslå strategier och åtgärder till ett nationellt program för suicidprevention. I rapporten *Förslag till nationellt handlingsprogram för suicidprevention* (22) presenterades nio strategiska åtgärdsförslag som utgick dels från ett befolkningsperspektiv, dels ett individperspektiv (se tabell 1).

Det individinriktade arbetet skulle bedrivas i huvudsak inom hälso- och sjukvården med syfte att få bästa möjliga omhändertagande av personer med risk för suicid, medan det befolkningsinriktade arbetet hade en bred folkhälsovetenskaplig ansats och föreslogs därmed omfatta många olika samhällsaktörer. Syftet med det var framför allt att utveckla och förstärka stödjande och riskfria miljöer samt att minimera tillgången till medel för suicid. Därtill föreslogs att det befolkningsinriktade arbetet skulle fokusera på att öka kunskapen och medvetenheten i befolkningen om hur man ska hantera olika risksituationer som kan leda till suicidförsök och suicid.

De individ- och befolkningsinriktade perspektiven skulle komplettera varandra och vara nödvändiga för att en nationell satsning på att reducera antalet suicid skulle kunna förväntas ge effekt. Vidare framhölls att grundläggande faktorer i människors livsvillkor har en tydlig koppling till suicidförekomst. Genom handlingsprogrammets förslag till nio strategier konstaterades det att det fanns goda möjligheter att påverka antalet suicid genom flera olika insatser – såväl inom de medicinska professionerna som inom andra samhällssektorer.

Ett nationellt handlingsprogram med nio strategiska åtgärdsområden

Under utredningen har det förekommit en viss oklarhet angående terminologin kring det nationella handlingsprogrammet och de nio suicidpreventiva strategierna. En internationell jämförelse och en jämförelse med andra folkhälsoområden visar att det samlade handlingsprogrammet för suicidprevention närmast är *en* nationell strategi med tillhörande åtgärdsområden. I denna utredning väljer vi därför att kalla de nio suicidpreventiva strategierna för nio strategiska åtgärdsområden.

År 2008 antog riksdagen åtgärdsområdena i förslaget till ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention, och då utgjorde dessa en del av propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (5). Samtidigt uttryckte regeringen tydligt i propositionen att ingen människa ska behöva hamna i en sådan situation

att självmord ses som den enda utvägen. Handlingsprogrammet med dess nio strategiska åtgärdsområden kan på så vis betraktas som en samlad nationell strategi med en tydlig vision för det suicidpreventiva arbetet.

Tabell 1 Nio strategiska åtgärdsområden i det nationella handlingsprogrammet

	<i>Strategiskt område</i>	<i>Exempel på insatser</i>
1	Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper	Insatser i förskola, skola och fritidsverksamheter – centrala miljöer som spelar en avgörande roll för varje barns möjligheter i livet och främjar utvecklingen av barns och ungas kompetenser, vilket kan minska risken för att unga drabbas av psykisk ohälsa och av självmord.
2	Insatser som minskar alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för självmord	Intensifiering av insatser för att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och fortsatt restriktiv hållning vad gäller alkoholpolitiken inom EU.
3	Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord	Minskad tillgänglighet till höggradigt dödliga metoder för självmord ökar sannolikheten att personen väljer en mindre dödlig metod och därför överlever. Inkluderar insatser såsom lagstiftning för kontroll av skjutvapen, restriktioner över tillgång till pesticider, restriktioner i förskrivning och försäljning av sömnmedel och skyddsbarriärer vid höga broar.
4	Självordsprevention som hantering av psykologiska misstag	Vikten av att se suicid som ett psykologiskt olycksfall, som inträffar därför att individen för stunden inte klarar av att hantera och bemästra de påfrestningar och krav denna möts av. Synsättet gör det möjligt att se olika bakgrundsfaktorer som orsakar händelsen och att detta i sin tur leder till möjligheter till förebyggande insatser.
5	Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser	En viktig del av det självordsförebyggande arbetet på individnivå bedrivs via hälso- och sjukvården och ska innefatta ett optimalt omhändertagande av personer med självordsproblematik, om självordsprocessens upptrappning ska kunna förhindras.
6	Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord	Fortsatt arbete med att sammanställa forskningsresultat om metoder som kan minska antalet självmord, göra forskningen tillgänglig samt sprida ny kunskap. I det befolkningsinriktade arbetet ingår att öka människors medvetenhet om självordsproblematiken och att försöka undanröja de rädslor och tabun som självmord omgärdas av.
7	Kompetenshöjning hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självordsproblematik	Utbildningsinsatser för att höja kompetensen om vård och omhändertagande av personer med självordsproblematik. Syftar till att öka kunskaper och färdigheter i att identifiera självordstankar och hur man gör en enkel riskvärdering som i sin tur bidrar till att förebygga psykisk ohälsa och ytterst självmord.
8	Händelseanalyser av lex Maria-anmälningar	Samtliga självmord inom hälso- och sjukvården eller i anslutning därtill ska anmälas. IVO bör regelbundet sammanställa och analysera inrapporterade självordshändelser med resultatåterföring till vård- och omsorgsgivarna.
9	Stöd till frivilligorganisationer	Frivilligorganisationernas insatser är angelägna. De kan på ett friare sätt än offentliga organ lyfta fram perspektiv på en fråga och föreslå lösningar. De kan påskynda en utveckling i önskvärd riktning.

De strategiska åtgärdsområdena i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention används av de flesta regionala och lokala aktörer som stöd i det förebyggande arbetet. Merparten av åtgärdsområdena berör också insatser utanför hälso- och sjukvården och detta grundas i det fjärde strategiska åtgärdsområdet – att se suicid som ett psykologiskt olycksfall. Detta perspektiv innebär att man går från att se suicidalitet som ett resultat av en enskild individs handling till att förstå och kunna påverka fenomenet utifrån en samhällskontext som inkluderar t.ex. normer och värderingar. Då blir självmord något som kan förebyggas på samma principer som andra typer av olycksfall, genom att förändra omständigheter i miljön.

Som ett samlat nationellt handlingsprogram för suicidprevention är de nio strategiska åtgärdsområdena i sin tur en viktig grund för strukturen för kunskapsstyrning.

WHO:s förslag på ett förstärkt suicidpreventivt arbete

WHO konstaterar i sin rapport från 2014 att suicidprevention bygger på att varje land arbetar aktivt utifrån sin kontext och sin nivå eftersom olika länder har kommit olika långt (8). Sverige har exempelvis redan ett pågående arbete som dock ännu inte är utvecklat fullt ut, och för sådana länder anger WHO ett antal förslag på suicidpreventiva åtgärder (se tabell 2).

Tabell 2 WHO:s förslag till suicidförebyggande åtgärder till länder som redan har ett pågående suicidpreventivt arbete men som ännu inte är fullt utvecklat

Åtgärdsområde	Aktivitet
Involvera nyckelaktörer	Involvera nyckelaktörer inom alla relevanta områden. Tilldela och tydliggör ansvarsområden.
Minska tillgång till suicidmedel	Samordna och utvidga befintliga insatser för att minska tillgången till medel för självmord (inklusive lagar, politik och praxis på nationell nivå).
Övervaka och förbättra datakvalitet	Etablera ett övervakningssystem för suicid och suicidförsök på nationell nivå (inklusive stratifiering) och säkerställ uppgifternas tillförlitlighet och tillgänglighet.
Öka medvetenhet	Utveckla nationella informationskampanjer och genomföra dem med hjälp av evidensbaserad information. Använd metoder och budskap som är anpassade till målgrupperna
Involvera media	Arbeta tillsammans med medier för att förebygga negativa konsekvenser av medierapportering av suicid och i stället utnyttja den främjande potentialen
Organisera hälso- och sjukvården och utbilda personal	Tillhandhåll evidensbaserad akut- och primärvård samt omhändertagande och eftervård. Tillhandahåll fortbildning för personal och anpassa läroplanerna.
Förändra attityder och föreställningar	Förbättra attityder kring att söka hjälp för psykologiska besvär och minska diskriminering av personer med psykisk ohälsa.
Genomför utvärdering och forskning	Utvidga befintlig forskning, anslå resurser för att utvärdera suicidpreventiva insatser på regional och/eller nationell nivå.
Utveckla och implementera en omfattande nationell strategi	Fortsätt utveckla den nationella strategin för att säkerställa att den omfattar många sektorer och täcker alla luckor vad gäller tjänster och implementering.

De nio strategiska åtgärdsområdena i det nationella handlingsprogrammet stämmer väl överens med WHO:s åtgärdsförslag. WHO uppmanar länder som har ett nationellt program eller en strategi för suicidprevention att fortsätta utvecklingen så att programmet eller strategin omfattar hela befolkningen och ständigt förbättras (8).

Uppdragets genomförande

Utredningen har genomförts med fokus på samråd och med utgångspunkten att samla in lokala och regionala aktörers behov och berörda myndigheters nuvarande uppdrag. Folkhälsomyndigheten har inhämtat underlag kring lokalt, regionalt och nationellt arbete med suicidprevention och behov via en genomgång av rapporter, artiklar och webbsidor samt genom samrådsmöten och intervjuer med nyckelpersoner från myndigheter, kommuner, landsting, länsstyrelser och ideella organisationer. Vi har intervjuat representanter från de sex regionala suicidpreventiva nätverk som initierats av NASP och gjort studiebesök i bl.a. Jönköping kommun. Folkhälsomyndigheten har under utredningens gång även medverkat i ett antal externa seminarier och konferenser kring suicidprevention, där de deltagande aktörerna fick ange sina behov och synpunkter på tänkbara former för en struktur för kunskapsstyrning.

Förutom enskilda samrådsmöten och intervjuer anordnade Folkhälsomyndigheten en heldags dialogworkshop den 24 oktober 2014 för särskilt inbjudna representanter (se bilaga 6). Syftet med workshoppen var att med stöd av en processledare diskutera behov och struktur för en kunskapsbaserad suicidprevention. I bilagorna återfinns en mer detaljerad redovisning av kartläggningen och behovsinventeringen.

En samrådsgrupp var knuten till uppdraget som bestått av en representant från följande myndigheter och organisationer: Socialstyrelsen, IVO, MSB, NASP, NSPH, SPES och SKL. Samrådsgruppen har träffats vid tre tillfällen och haft kontinuerlig kommunikation genom e-post. Vidare har vi haft en dialog med samordningsfunktionen för PRIO på Socialdepartementet.

Resultat från behovsinventeringen

Under samrådsmöten, intervjuer och workshoppen har representanter från kommuner, landsting, länsstyrelser, forskningslärosäten, myndigheter och olika ideella organisationer fått möjlighet att medverka i utredningen. Där kunde de uttrycka och diskutera de mest centrala behoven som är kopplade till arbetet med att förebygga suicid lokalt, regionalt och nationellt. Fokus har varit upplevda behov i förhållande till kunskap och hur den omsätts i praktiken.

Oberoende av profession eller verksamhet, var det en god samstämmighet bland deltagarna i utredningen kring vad som behöver göras för att minska antalet suicid. Framför allt framkom behovet av systematiska och samordnade insatser eftersom en mängd berörda aktörer på olika nivåer i samhället måste arbeta tillsammans om insatserna ska ha god effekt.

I rutorna nedan sammanställer vi de största behoven, grupperade i fem övergripande teman:

- 1) samordning och samverkan
- 2) kunskapssammanställning, kunskapsspridning och vägledning
- 3) uppföljning
- 4) framtagande av ny kunskap
- 5) övriga behov.

Figur 2 Resultat från behovsinventeringen

Samordning och samverkan

- Tydliggöra roller och ansvarsfördelning, skapa legitimitet
- Skapa jämlika förutsättningar
- Hålla ihop och driva arbetet
- Stödja det regionala och lokala arbetet, t.ex. koordinera insamling och spridning av kunskap

"Det finns inget formellt uppdrag hos de olika aktörerna att träffas och därför är det inte sanktionerat från ledning att göra det."

"Önskvärt vore att det organisatoriskt fanns en kontakt på lokal, regional, men också på nationell nivå."

Ett av de mest framträdande resultaten från behovsinventeringen är bristen på samverkan och tydlighet i roller och ansvarsfördelning i frågan om suicidprevention. Riksdagen har beslutat om ett nationellt handlingsprogram för det suicidförebyggande arbetet, men samrådsparterna lyfte upp avsaknaden av en

nationell aktör som ska samordna arbetet med att omsätta handlingsprogrammet i praktiken.

Det behövs ett utvecklat nationellt strategidokument tillsammans med uttalade riktlinjer från nationell nivå, för att ge ökade incitament att skapa samordnade strukturer för det förebyggande arbetet även regionalt och lokalt. År 1997 tog NASP initiativet till att skapa en nationell styrgrupp och en struktur med sex regionala nätverk för suicidprevention som organiserades utifrån geografiska regioner. Den strukturen ser i dag väldigt olika ut i olika delar av landet beroende på lokala och regionala förutsättningar. På en del håll finns en utvecklad regional samordning medan det på andra håll inte existerar någon samordning alls eftersom huvudmännen inte fått något formellt uppdrag om att upprätthålla sådana nätverk. Därför lyftes tydliga riktlinjer för en enhetlig samordning som ett behov för att bl.a. skapa jämlika förutsättningar för hela befolkningen. Det framfördes dock att samverkan mellan berörda parter bör ha ett uttalat syfte och att arbetet ska kunna följas upp.

Därutöver lyftes vikten av ett gott ledarskap. Det behövs en drivande aktör på respektive samhällsnivå som kan initiera samverkansprocesser och stimulera till utveckling. Det handlar exempelvis om en utpekad aktör med mandat att hålla ihop och utveckla det förebyggande arbetet samt ge stöd till berörda parter nationellt, regionalt och lokalt.

Figur 3 Resultat från behovsinventeringen

Kunskapssammanställning, kunskapsspridning och vägledning

- Öka kunskapen om riskgrupper, kluster och trender
- Samla kunskap i en kunskapsportal om suicidprevention på webben
- Skapa forum för utbyte av erfarenheter
- Stödja implementering av olika kunskapsstöd, t.ex. vårdprogram och riktlinjer
- Öka allmänhetens kunskaper; minska stigma, fördomar och myter
- Säkerställa professionellas kompetens, bl.a. genom fler inslag av suicidprevention i grundutbildningar, t.ex. för räddningstjänst och polis

"För att kunna förbättra sitt arbete krävs möjlighet till kunskaps- och erfarenhetsutbyte."

"Efterfrågan på utbildning inom detta område är hög, vi utbildar så många vi kan."

När det gäller att sammanställa och sprida kunskap lyfte regionala och lokala aktörer återigen upp behovet av ett mer samordnat kunskapsstöd såväl nationellt som regionalt. De anser att detta sker på ett spretigt sätt i dag, dvs. olika aktörer

arbetar var och en för sig med lite kommunikation emellan kring exempelvis frågor om målgruppers behov, kunskapsstödet innehåll och utformning samt metoder för spridning och vägledning. Avsaknaden av en enhetlig struktur för att ta emot och sprida kunskap på regional nivå har sannolikt också bidragit till en ojämlik utveckling runt om landet. Ett förslag gällde ett forum för kunskapsutbyte och en samlad plats för att sprida kunskap, t.ex. en webbaserad kunskapsportal.

När det gäller mer specificerade behov lyftes bl.a. större satsningar på utbildningar, i synnerhet tillsammans med attitydförändrande kommunikationsinsatser. Syftet med det är att minska stigma, fördomar och myter samt öka allmänhetens kunskaper om psykisk ohälsa och suicid i stort, men också att säkerställa professionellas kompetens i mötet med suicidala personer. Utbildningsbehovet bedöms av många som stort, men framför allt är det ett ständigt återkommande behov eftersom kunskaper är en färskvara och nya generationer av professionella och allmänheten behöver utbildas kontinuerligt.

Suicidprevention är ett tvärspektoriellt arbete som omfattar olika arenor och yrkesgrupper. Professioner som möter personer med suicidal problematik har ett särskilt behov av kunskap och kompetenser som utgör en central del av det förebyggande arbetet. Berörda yrkesgrupper är t.ex. personal inom hälso- och sjukvården, skolan, polisen och räddningstjänsten.

Ett betydande behov gäller ett ökat inslag av suicidpreventiv kunskap i alla berörda yrkeskategoriers grundutbildningar. Utredningen har visat att grundutbildningar för flera relevanta yrkeskategorier ibland saknar obligatoriska kurser inom området suicidprevention generellt, och mer specifikt inom området bemötande av suicidala personer. Nyexaminerade akademiker inom vissa viktiga yrkeskategorier saknar därmed nödvändiga kunskaper om psykisk ohälsa i allmänhet och om identifiering av suicidnära personer.

På många håll i landet genomförs utbildningar som är anpassade till olika professioners förkunskaper och behov, men de behöver spridas.

Figur 4 Resultat från behovsinventeringen

Uppföljning

- Förbättra den nationella uppföljningen av psykiska ohälsa, med bl.a. samlade och mer lättillgängliga data
- Skapa möjlighet att följa suicidutvecklingen i realtid för att kunna anpassa insatser
- Stödja insamling, sammanställning, analys av och spridning av data/statistik som återfinns hos olika instanser
- Följa upp det nationella suicidpreventiva handlingsprogrammets nio strategiska åtgärdsområden
- Samla och sprida kunskap om verksamheter på olika nivåer: nationellt, regionalt och lokalt
- Stödja utvärderingar av god kvalitet

"Den realtidsstatistik vi själva samlar in är central, men det tar mycket tid."

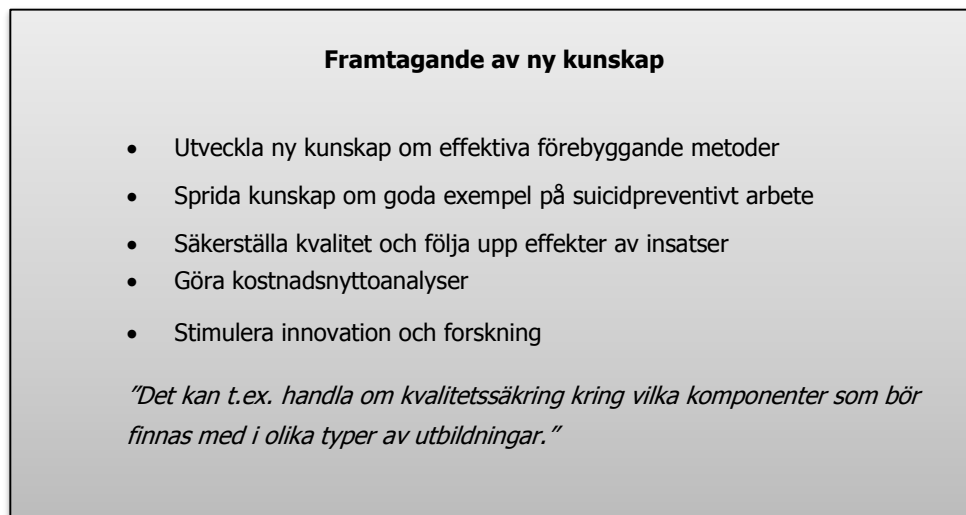
"När det inte finns något samordningsansvar finns det heller ingen som följer utvecklingen och redovisar den ... att kontinuerligt samla in självmordssiffrorna är viktigt, inte minst för att visa regionala politiker."

Statistik över suicidtal är en viktig del av kunskapen om problemets omfattning och karaktär. Statistiken är dock fördröjd, vilket de samrådande aktörerna ser som ett av de största hindren eftersom vissa lokala och regionala insatser måste ske med omedelbar verkan för att de ska vara effektiva. Bakgrundsinformation om t.ex. kön, ålder, tidpunkt och plats för genomförda självmord kan utgöra en viktig del i beslutsunderlag om åtgärder och insatser för att förhindra nya självmord. Därför är tillgång till realtidsstatistik grundläggande för att kontinuerligt kunna anpassa det suicidpreventiva arbetet till lokala förhållanden. Det kan jämföras med arbetet som polis och transportmyndigheter genomför för att kartlägga dödsfall inom trafiken, där de behöver tillgång till data för att analysera vägförhållanden och andra faktorer som kan bidra till att olyckor sker på vissa platser och under vissa förhållanden.

För att följa utvecklingen för olika grupper och snabbare identifiera trendförändringar är det därför angeläget med en övervakning som är snabbare och mer lättillgänglig samt omfattar fler kontextuella faktorer. I dag inhämtas uppgifter om säkra och osäkra genomförda självmord primärt från dödsorsaksregistret, som ibland har mer än ett års eftersläpning.

Bland behoven nämns uppföljningar av genomförda suicidpreventiva insatser. Hittills har det inte gjorts några systematiska uppföljningar eftersom ingen aktör har ett utpekat ansvar för att följa upp det nationella handlingsprogrammet. För att kunna följa och redovisa arbetet måste det även finnas fastställda indikatorer för området och en struktur för uppföljning.

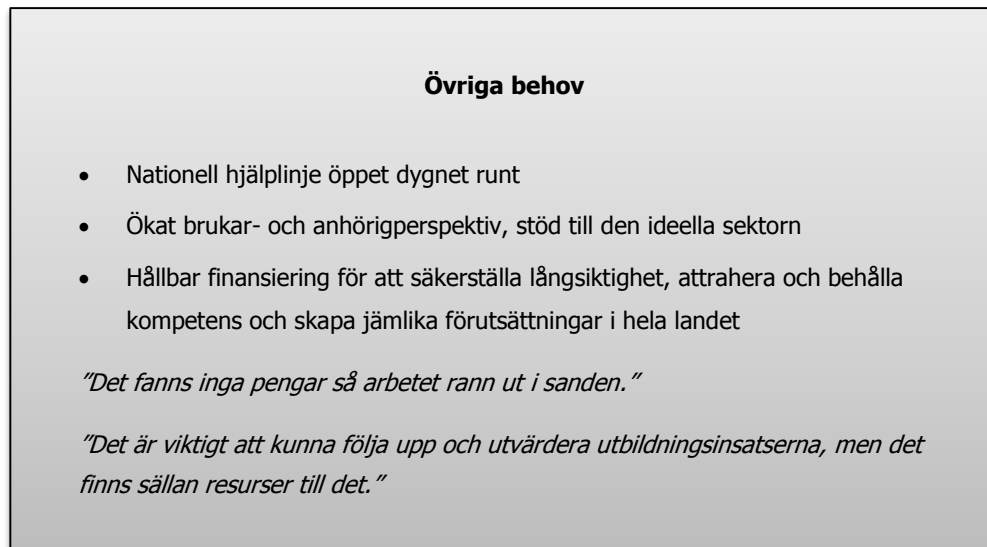
Figur 5 Resultat från behovsinventeringen



En analys av förutsättningarna för suicidprevention, inklusive insatsers och metoders effektivitet, förutsätter tillräckligt god kunskap om problemets karaktär, baserat på vetenskaplig kunskap, beprövad erfarenhet och lokala och regionala aktörers lyfta behov. Det kan handla om att beskriva, förklara, utvärdera eller förstå ett område eller fenomen. Under samråden har det framkommit behov av en förstärkt kunskapsuppbyggnad inom området suicidprevention som inkluderar alla dessa delar. Forskning som inkluderar både kvantitativa och kvalitativa studier är en förutsättning för att kunna bistå kunskapsstyrningen på suicidområdet.

Det ansågs viktigt att utveckla nya förebyggande metoder, men också att öka tillgången till kunskap kring goda exempel på suicidförebyggande arbete.

Figur 6 Resultat från behovsinventeringen



Vidare framfördes en del mer specifika behov av insatser, såsom en nationell hjälplinje som är bemannad dygnet runt. De flesta ser behov av ett tydligare uttalat anhörigperspektiv, och för att det suicidpreventiva arbetet ska fungera långsiktigt lyftes vikten av en hållbar finansiering.

Sammanfattningsvis finns både specifika och generella behov, där de mer övergripande utgör grundförutsättningen för att en struktur för kunskapsstyrning ska fungera och fylla sitt syfte.

En behovsanpassad, samordnad struktur för kunskapsstyrning inom suicidprevention

Mål och övergripande struktur

I detta kapitel presenteras ett förslag till en samordningsstruktur för ett kunskapsbaserat suicidförebyggande arbete som kopplar samman myndigheter och andra berörda organisationer nationellt, regionalt och lokalt.

Strukturens mål

För att strukturen ska fungera måste alla parter vara överens om den huvudsakliga målsättningen med strukturen. Folkhälsomyndigheten vill därför understryka att förslaget ska verka för regeringens vision om att ingen människa ska behöva hamna i en så utsatt situation att självmord känns som den enda utvägen. Det övergripande målet med strukturen föreslås vara att stödja genomförandet av det nationella handlingsprogrammets nio strategiska åtgärdsområden (som redovisas i tabell 1).

Förslaget till struktur ska vidare skapa tydliga kanaler för flödet av kunskap mellan olika nivåer och aktörer i samhället, för att på så vis leva upp till regeringsuppdragets angivna punkter. Enligt dem ska strukturen säkerställa arbetet med att:

- analysera förutsättningarna och eventuella strukturella hinder för att minska förekomsten av självmord
- sammanställa och sprida aktuell kunskap om effektiva metoder för självmordsprevention och utveckla anpassade kunskapsstöd
- informera om vilka kunskaper olika yrkesgrupper behöver i mötet med personer med självmordsproblematik
- vägleda och följa arbetet med självmordsprevention nationellt
- följa och redovisa det självmordspreventiva arbetet och skapa förutsättningar för ett ständigt förbättringsarbete lokalt och regionalt.

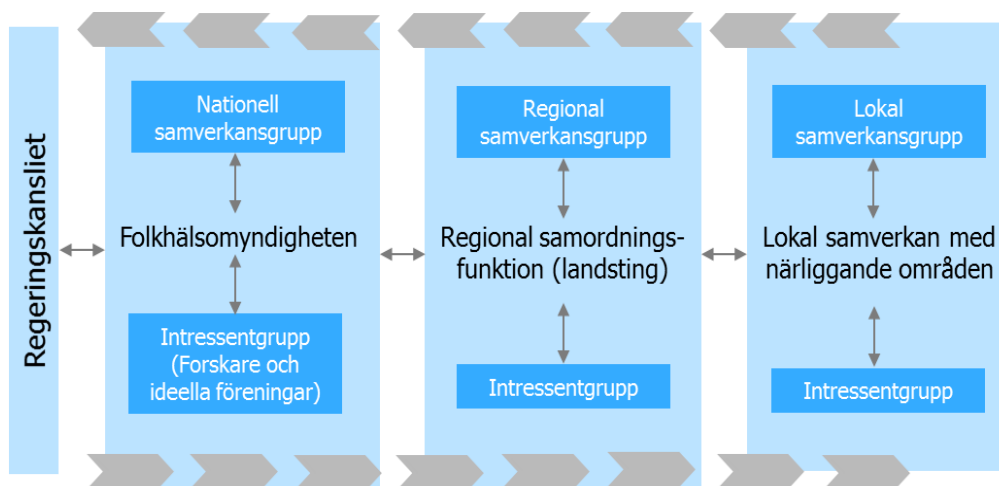
Strukturens övergripande organisering

Förslaget till struktur innebär att det nationella och regionala samordningsansvaret tydliggörs. Folkhälsomyndigheten föreslås få i uppdrag att samordna det suicidförebyggande arbetet på nationell nivå. Centrala komponenter i strukturen är breda samverkansgrupper som enligt förslaget ska finnas nationellt, regionalt och lokalt.

Det är viktigt att det nationella och regionala kunskapsstödet till den lokala nivån ses som ömsesidigt. Det innebär att kunskap från nationella och regionala aktörer behövs för att stödja det lokala arbetet, samtidigt som lokal kunskap och erfarenheter behöver återkopplas till den nationella nivån för beslutsfattande kring

det som rör suicidprevention och för att ny kunskap ska kunna tas fram utifrån lokala behov. Detta kunskapsflöde illustreras av de grå pilarna i figur 7. De regionala och lokala aktörerna ska dock ha ansvaret för att implementera kunskap i det förebyggande arbetet, inklusive praktisk vägledning.

Figur 7 Övergripande förslag till samordnad struktur för kunskapsbaserad suicidprevention



Strukturens organisering på nationell nivå

En nationell myndighet med övergripande ansvar för strukturen

Förslag: Folkhälsomyndigheten ska samordna arbetet inom området suicidprevention på nationell nivå, i syfte att utveckla och stärka kunskapsstyrningen.

Flera myndigheter och aktörer har uppdrag som bidrar till det suicidförebyggande arbetet, och varje myndighet och aktör ansvarar för sina respektive verksamheter och initiativ inom dessa. Här föreslås Folkhälsomyndigheten få ett samordningsansvar som bl.a. omfattar att initiera och upprätthålla en fungerande och långsiktig samverkansstruktur på nationell nivå. Denna struktur ska stödja motsvarande samverkansstrukturer regionalt, som i sin tur stödjer lokala samverkansstrukturer.

Inom ramen för den föreslagna strukturen ansvarar Folkhälsomyndigheten för att samordna flödet av kunskap åt båda hållen, via en regional samordning. På så vis kan behov av kunskap samlas in från regional nivå, som i sin tur samordnar insamlingen av behov från lokal nivå, inklusive brukar- och anhörigrepresentanter. Olika former av kunskapsstöd kan sedan spridas tillbaka via lämpliga kanaler.

Övergripande innebär förslaget att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att ansvara för att:

- utveckla samordningen och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, genom bl.a. en föreslagen nationell samverkansgrupp och en nationell intressentgrupp (se nedan)
- förbättra kunskapssammanställning, kunskapsspridning och vägledning i samverkan med berörda myndigheter och berörda aktörer
- förstärka kunskapsuppbyggnad och framtagande av ny kunskap i samverkan med myndigheter och berörda aktörer samt ge stöd till sådant utvecklingsarbete
- utveckla uppföljningen i samverkan med berörda myndigheter och berörda aktörer.

Samordningsuppdraget skulle innebära ett strategiansvar samtidigt som Folkhälsomyndigheten ska verka för att det suicidförebyggande arbetet i stort bedrivs enligt bästa tillgängliga kunskap genom ett förbättrat kunskapsstöd och bättre kunskapsspridning. Kärnan i den nationella samordningen är att skapa en gemensam nationell grund för det suicidpreventiva arbetet.

Folkhälsomyndigheten har i dag i uppdrag att verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet samt följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta. Inom ett antal särskilda folkhälsoområden har vi dessutom ett uttalat samordningsansvar, exempelvis inom hiv och aids samt ANDT-S (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel). Myndighetens övergripande ansvar inbegriper att genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Våra nuvarande uppdrag gör att samordningen av suicidprevention passar vid Folkhälsomyndigheten, sett ur både ett skadeförebyggande och ett befolkningsinriktat hälsofrämjande perspektiv.

För att förtydliga myndighetens samordningsansvar föreslås en uppdragsbeskrivning om samordning av det suicidpreventiva arbetet ingå i myndighetens styrdokument.

En nationell samverkansgrupp

Förslag: Folkhälsomyndigheten ska samordna en nationell samverkansgrupp bestående av berörda myndigheter på nationell nivå.

Den föreslagna nationella samverkansgruppen ger Folkhälsomyndigheten större möjligheter att tillsammans med andra berörda myndigheter arbeta för en mer samordnad planering av kunskapsstödande insatser, vilket även öppnar för konkreta samarbeten när det gäller att ta fram gemensamma kunskapsstöd. En förebild kan vara de positiva erfarenheterna från myndighetssamverkan i regeringsuppdraget Samordnad nationell kunskapsstyrning psykisk ohälsa.

Genom myndighetssamverkan blir det lättare att identifiera behov och sprida kunskap om förebyggande metoder och goda erfarenheter mer effektivt. En viktig

del av den nationella samordningen är dessutom att verka för att alla berörda myndigheter och organisationer arbetar i enlighet med det nationella handlingsprogrammets nio strategiska åtgärdsområden, exempelvis genom uppföljningar.

Myndigheterna har olika uppdrag och roller inom det suicidpreventiva arbetet. Därför föreslås att följande parter, utöver Folkhälsomyndigheten, ska ingå i den nationella samverkansgruppen (en mer utförlig beskrivning av myndigheternas uppdrag finns i bilaga 5):

- IVO
- MSB
- Polismyndigheten
- Skolverket
- Socialstyrelsen
- Trafikverket
- NASP och ytterligare representanter från den nationella intressentgruppen (se beskrivning nedan) samt SKL.

Dessa förslag gäller uppstarten och inledningsskedet. Allteftersom arbetet utvecklas och utvärderas kommer sammansättningen av aktörer troligen att modifieras utifrån behov. På så vis kan andra aktörer bli aktuella vid olika tillfällen beroende på framtida uppdrags utformning och behov. Olika aktörer skulle också kunna grupperas för att fokusera på de olika strategiska områdena i det nationella handlingsprogrammet.

För tydlighetens skull föreslås att varje myndighets styrdokument ska inkludera ett uppdrag om att samverka med berörda myndigheter kring frågor som rör suicidprevention.

Den nationella samverkansgruppen föreslås ersätta den nuvarande nationella styrgruppen för suicidprevention, som NASP i dag är sammankallande för.

En nationell intressentgrupp

Förslag: Folkhälsomyndigheten ska samordna en intressentgrupp där olika perspektiv representeras genom bl.a. ideella organisationer, trossamfund, brukare, anhängare, professionsföreningar, forskningslärosäten, näringslivet och arbetsmarknaden.

Syftet med en nationell intressentgrupp är att föra olika intressenters perspektiv närmare varandra och den nationella samordningsfunktionen. Genom att utbyta erfarenheter och information i gruppen går det även att identifiera kunskapsluckor samt möjligheter kopplade till insatser, forskningsprojekt eller företagsidéer. På så vis skapas möjligheter för förståelse och samsyn vad gäller prioriteringar inom suicidpreventionsområdet, och arbetet går att forma efter olika grupperns behov. Dessutom säkras det civila samhällets delaktighet.

En liknande samordningsstruktur med samverkansgrupp och intressentgrupp föreslås införas även på regional nivå (se nedan). Det innebär dock inte att den kommer fylla exakt samma funktion eftersom arbetet och ansvarsområdena på de olika nivåerna skiljer sig åt. Den nationella samordningsstrukturen har en strategisk funktion i förhållande till den regionala som är mer operativt stödjande. På så vis kommer frågorna som behandlas på respektive nivå ha olika karaktär, vilket innebär att representanterna i de föreslagna samverkans- och intressentgrupperna inte kommer vara de samma.

I nästa avsnitt finns en mer ingående beskrivning av förslaget när det gäller den regionala strukturens organisering i sin helhet.

Strukturens organisering på regional nivå

Regional samordning på landstingsnivå och regionala samverkansgrupper

Förslag: Varje landsting (eller region) ska ansvara för samordningen av suicidpreventionen på regional nivå genom att t.ex. inrätta en samordningsfunktion, om det inte redan finns en sådan. Landstingen får till uppgift att samordna en regional samverkansgrupp kring suicidprevention (vid behov flera).

Samordningsfunktionen föreslås organisatoriskt placeras vid enheter som arbetar strategiskt med folkhälsofrågor eller samhällsmedicin. Den regionala samordningsfunktionen föreslås vidare samverka med nationella och lokala aktörer för att på så vis utgöra en länk mellan dessa två samhällsnivåer. En annan viktig roll för samordningsfunktionen blir att stödja regionala och lokala aktörer när de ska implementera kunskap.

Viktiga aktörer som föreslås ingå i en samverkan på regional nivå är utöver landsting/regioner (inkl. psykiatrin, primärvården, somatiska vården, medicinakuten och ambulanssjukvården, samhällsmedicin och folkhälsoenheter) samt bl.a. länsstyrelsen, Trafikverket, SOS Alarm, Polisen, Räddningstjänsten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Kronofogdemyndigheten, Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, trossamfund, ideella organisationer, näringsliv, företagshälsovård och berörda FoU-enheter. Samverkan på regional nivå är ett viktigt led i det kunskapsbaserade suicidpreventiva arbetet men kan ske i olika former. Förslaget innebär således att den regionala samordningen kan utformas organisatoriskt utifrån lokala och regionala förutsättningar och behov.

En regional samordning innebär också att inom länet stödja genomförandet av det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention. Ytterligare uppgifter är att stödja utvecklingen av ett långsiktigt, tvärsektoriellt kunskapsbaserat regionalt och lokalt arbete samt stödja utbildning och kompetensutveckling i länet. Med ett tydligt regionalt samordningsansvar i varje landsting eller region skapas ökade möjligheter till en hållbar och effektiv struktur som håller ihop det tvärsektoriella suicidpreventiva arbetet och blir en länk mellan den lokala och den nationella nivån.

Ansvar för det operativa förebyggande arbetet ligger huvudsakligen hos regionala och lokala aktörer, och därför ska en samordningsfunktion på landstingsnivå ge operativa parter från olika verksamheter möjlighet att träffas och diskutera olika insatser och ansvarsfördelning, exempelvis genom att ta fram länsövergripande gemensamma handlingsprogram för suicidförebyggande åtgärder.

Behovsanpassade regionala och lokala handlingsprogram kräver olika typer av kunskap för att analysera problembilden i regionen, bl.a. statistik. En viktig del av arbetet för den regionala samordningen är därför att använda och analysera den statistik som sammanställs och tillgängliggörs av den nationella samordningsfunktionen. De regionala förhållandena blir sedan utgångspunkten för tolkningen av statistiken och för en ändamålsenlig återkoppling till lokala aktörer. Därför bör själva analysen ske regionalt i samverkan mellan de berörda lokala och regionala aktörerna.

Förslag: Varje landsting eller region föreslås inrätta en eller flera motsvarande intressentgrupper med exempelvis trossamfund, ideella organisationer, brukar- och anhörigrepresentanter, berörda professionsföreningar och forsknings- och utvecklingsenheter. Alternativet är att de ovannämnda representanterna ingår i en regional samverkansgrupp för suicidprevention. Syftet med gruppen är att koppla ihop olika aktörers intressen kring utvecklingen av insatser på regional och lokal nivå, via den regionala samordningsfunktionen.

Synergieffekter skapas när representanter från civilsamhället möter forskare, och de utbyter kunskap och information om kunskapsluckor samt klarlägger möjligheter till samverkan. Detta gäller på den nationella nivån men kanske ännu mer på regional och lokal nivå.

Som nämnt ovan liknar förslaget till regional samordningsstruktur den som föreslås på nationell nivå men med olika aktörer och uppdrag. Den regionala samordningsfunktionen föreslås få huvudansvaret för att vägleda och stödja omsättningen av kunskapsstöd till praktisk verksamhet utifrån olika målgruppers identifierade behov. Det skulle exempelvis kunna ske genom metodstöd i form av utbildningar, kunskapsseminarier eller liknande riktade till kommuner, regionala eller lokala organisationer m.m. Samordningen på nationell nivå handlar framför allt om att koordinera och prioritera *vad* som ska göras (kopplat till det nationella handlingsprogrammet), medan den regionala samordningsfunktionen alltså ska ge stöd i *hur* detta kan genomföras på regional och lokal nivå. Förutom ovan nämnda stödinsatser skulle det även kunna handla om att bistå kommuner i att bygga upp en ändamålsenlig organisation eller i utformningen av ett kommunalt handlingsprogram.

Landsting och regioner som samordnare av det suicidpreventiva arbetet

Utredningen föreslår att landstingen och regionerna blir samordnande aktör på regional nivå, efter att ha utrett flera andra tänkbara aktörer. Detta förslag grundas framför allt i tre olika anledningar. För det första har varje landsting (eller region) enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i uppgift att ”verka för en god hälsa hos

hela befolkningen” (§ 3), vilket inkluderar förebyggande verksamhet. För det andra utgör landstingen en befintlig geografiskt heltäckande struktur som kan bidra till ökad enhetlighet och jämlikhet i det förebyggande arbetet. För det tredje stärker förslaget kopplingen mellan det befolkningsinriktade förebyggande arbetet och akuta insatser, behandling av psykisk ohälsa och förebyggande av suicid inom vård och omsorg.

Förslaget är att samordningen av det suicidpreventiva arbetet placeras inom eller i nära anslutning till folkhälso- eller samhällsmedicinska enheter som har vana av att arbeta förebyggande och befolkningsinriktat. Dessa enheter ingår dessutom ofta i, och i vissa fall ansvarar för, regionala samverkansgrupper kring folkhälsa och det förebyggande arbetet, även om de i olika omfattning arbetar med frågor som rör förebyggande av psykisk ohälsa och suicidprevention.

Den regionala samordningen som föreslås här skiljer sig från strukturen bestående av NASP:s sex regionala suicidpreventiva nätverk som var anslutna till hälso- och sjukvårdsregioner med utgångspunkt inom psykiatrin. Med Folkhälsomyndighetens förslag för regional samordning kan de befintliga nätverken, i den mån de fungerar i dag, med fördel integreras i den nya strukturen, exempelvis genom samverkan mellan flera landsting i en hälso- och sjukvårdsregion.

Strukturens organisering på lokal nivå

Förslag: Folkhälsomyndigheten föreslår att arbetet med att förebygga suicid inkorporeras i befintliga samverkansstrukturer på kommunnivå och att dessa strukturer tillvaratas för att säkerställa kunskapsflödet mellan lokala aktörer och den regionala samordningsfunktionen. Vidare föreslås en uttalad samordningsfunktion för det förebyggande arbetet finnas på kommunnivå, där en sådan inte redan existerar.

När det gäller det operativa suicidförebyggande arbetet hamnar merparten av ansvaret inom ramen för kommuners ordinarie verksamhet. Kommuner har t.ex. ansvar för sociala frågor under socialtjänstlagen, utbildningsfrågor, äldreomsorg och plan- och byggfrågor samt har ansvar för skadeförebyggande arbete enligt lagen om skydd mot olyckor³. Kommunerna kan på egen hand eller i samverkan med respektive regional samordningsfunktion undersöka hur ett suicidförebyggande perspektiv kan integreras i dessa pågående verksamheter. Dessutom finns det goda exempel på att suicidprevention kan integreras i andra kommunala verksamheter såsom räddnings- och larmplanerarbete,

³ Lag (2003:778) om skydd mot olyckor stipulerar två viktiga områden för kommunen att upprätta handlingsprogram, dels 3 kap. 8 § där kommunen ska ha ett handlingsprogram för räddningstjänsten och dels 3 kap. 3 § där kommunen ska ha ett handlingsprogram för förebyggande verksamhet. I 3 kap. 1 § står: För att skydda människors liv och hälsa samt egendom och miljön ska kommunen se till att åtgärder vidtas för att förebygga bränder och skador till följd av bränder samt, utan att andras ansvar inskränks, verka för att åstadkomma *skydd mot andra olyckor än bränder*.

samhällsplanering, ANDT-S, det lokala trygghets- och säkerhetsarbetet och arbetet med att förebygga våld samt i det övergripande folkhälsoarbetet. Utredningen anser att befintliga samverkansstrukturer på lokal nivå bör tillvaratas och att det är viktigt med en aktör som har ett uttalat huvudansvar.

En lokal samordningsfunktion ska möjliggöra att framför allt operativa parter från olika verksamheter träffas regelbundet, för att samordna och besluta om olika insatser och ansvarsfördelning. Funktionen utgör även länken som bidrar till att kunskap om verksamhetsbaserade erfarenheter, upplevda behov, möjligheter och hinder fångas upp och vidareförmedlas till den regionala samordningsfunktionen. Genom att fånga upp denna kunskap går det att få den regionala planering och organisering som behövs för att leva upp till den regionala samordningsfunktionens ansvar – att vägleda och stödja omsättningen av kunskapsstöd till praktisk verksamhet. Detta kan ske, inte minst genom att föra en dialog om vilket typ av kunskapsstöd som behövs mellan nationella och regionala parter.

Nedan presenteras ett antal förslag kopplade till centrala delar i kunskapsstyrningsprocessen.

Förbättrad kunskapssammanställning, kunskapsspridning och vägledning

Förslag: Som samordnande nationell myndighet ska Folkhälsomyndigheten, i samverkan med berörda aktörer, sammanställa och presentera övergripande kunskap om suicidprevention. De berörda aktörerna ansvarar för att inhämta, sammanställa och sprida kunskap inom sina respektive områden och arbetar utifrån sina egna prioriteringar. Syftet med nationell samverkan är att aktuell kunskap om suicidprevention sammanställs och sprids på ett behovsanpassat, ändamålsenligt och samordnat sätt.

Kunskapen kan omfatta risk- och skyddsfaktorer för att förebygga suicid, strukturella hinder, förebyggande insatser och arbetssätt samt uppföljning och redovisning av genomförda åtgärder på nationell nivå. För att underlätta tillämpningen av kunskapsstödet på regional nivå föreslås att NASP, som under lång tid byggt upp kunskap inom suicidprevention, ska bistå den regionala samordningsfunktionen vid behov. Till exempel kan NASP erbjuda konsultativt metodstöd, vägledning och utbildningar, eftersom det är aktiviteter som redan i dag utgör en del av NASP:s verksamhet.

För att förstärka arbetet med att sprida kunskapsstöd föreslås att Folkhälsomyndigheten utvecklar en ändamålsenlig webbsida som samlar kunskapsstöd i form av statistiska uppföljningar, rapporter, skrifter eller andra dokumenttyper. Webbsidan är tänkt att vara en samling av kunskap som berör de nio strategiska åtgärdsområdena i det nationella handlingsprogrammet. Även länkar till andra myndigheter och t.ex. Kunskapsguiden blir en viktig del av kunskapsspridningen.

Utöver webben finns flera andra sätt att sprida olika former av kunskapsstöd. Det kan exempelvis röra sig om konferenser, seminarier och nätverksträffar på olika samhällsnivåer, men framför allt lokalt och regionalt. I samband med dessa tillfällen kan nya kunskapsbehov samlas in som sedan får ligga till grund för framtagande av nytt kunskapsstöd.

De berörda nationella myndigheterna ska inom sina ansvarsområden stödja och vägleda den regionala samordningsfunktionen i tillämpningen av deras kunskapsstöd. På så sätt kan den regionala nivån i sin tur stödja lokala aktörer.

Utvecklad uppföljning

Förslag: Folkhälsomyndigheten föreslås få ett uppdrag att se över vilka delmål och indikatorer som är lämpligast för att följa upp och redovisa arbetet med det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention.

I sin roll som samordnande nationell myndighet föreslås Folkhälsomyndigheten se över sätt att tillgängliggöra realtidsstatistik över förekomsten av självmord för regional och lokal nivå. I detta ingår även att se över vilka bakgrundsuppgifter (kön, ålder, tidpunkt, plats etc.) statistiken kan och bör innehålla.

Folkhälsomyndigheten ansvarar vidare för att årligen sammanställa och redovisa det suicidpreventiva arbetet. Rapporteringen ska bygga på tillgänglig information och statistik från både nationell och regional nivå. Återkoppling är också viktig för att få ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Kunskaper och kompetens hos särskilda yrkesgrupper

Förslag: För att genomföra det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention krävs särskild kunskap och kompetens i suicidprevention bland olika yrkesgrupper. Folkhälsomyndigheten ska därför, i samverkan med de berörda myndigheterna, verka för att denna kunskap utvecklas och upprätthålls. Nationella myndigheter kan t.ex. arbeta för att grundutbildningar utvecklas, men ytterst är det en fråga som avgörs av högskolorna och universiteten själva.

Genom kunskapsstöd, vägledning och utbildningsinsatser går det att öka kunskapen och kompetensen bland relevanta yrkesgrupper. Den nationella samverkansfunktionen kan bidra till att kunskapsstödet (i dess olika former) motsvarar de kunskapsluckor och det behov av kompetens som identifierats. Däremot ansvarar inte den nationella samordningsfunktionen för dess faktiska tillämpning eller genomförande. Om nationella myndigheter inte kan stödja tillämpning och genomförande föreslås den regionala samordningsfunktionen få detta ansvar.

Syftet med en samordning kring kompetensförsörjningsfrågor är bl.a. att undvika en snedvriden och ojämn kunskaps- och kompetensfördelning i landet (utifrån målet om en hälsa på lika villkor). Arbetsgivare ska alltså inte behöva vara beroende av huvudmannens ekonomiska förutsättningar och prioriteringar.

Förstärkt kunskapsuppbyggnad

Förslag: De berörda nationella myndigheterna ska inom sina respektive ansvarsområden verka för en stärkt kunskapsuppbyggnad och stödja förbättringsarbete, och Folkhälsomyndigheten föreslår att denna samverkansstruktur ska fungera som ett prioriteringsstöd i det arbetet. Den regionala samordningsfunktionen ansvarar i sin tur för kunskapsuppbyggnad och förbättringsarbete på regional och lokal nivå. NASP föreslås, vid behov, utgöra ett stöd till de berörda myndigheterna och den regionala samordningsfunktionen i frågor som rör kunskapsuppbyggnad, exempelvis utvärdering och förbättringsarbete.

Kunskapsuppbyggnad är en viktig del i kunskapsstyrningen. Genom den föreslagna nationella samverkansgruppen och intressentgruppen går det att få en samlad bild av vilka områden som behöver prioriteras, så att ny kunskap tas fram med utgångspunkt i den rådande kunskapen om problemets omfattning och motsvarar verksamheternas behov. Kunskapsframtagandet måste inkludera både kvantitativa och kvalitativa underlag för att generera kunskap som bygger på en helhetsbedömning. Det kan bl.a. handla om att generera kunskap om vilka komponenter som är viktiga för att åstadkomma ett framgångsrikt suicidpreventivt arbete.

När det gäller framtagande av ny kunskap bedrivs den mesta forskningen om suicidprevention internationellt. En viktig del av kunskapsuppbyggnaden är därför ett väl utvecklat samarbete med det internationella forskningssamfundet. En del av det samarbetet utgörs i dag av NASP:s roll som s.k. WHO-samarbetscentrum för suicidprevention ("WHO-Collaborating Centre for Research, Training and Methods Development in Suicide Prevention"). En annan viktig del är att systematiskt bevaka både nationell och internationell forskning för att kunna identifiera kunskapsluckor och även prioritera områden för kunskapsuppbyggnad.

Samordning kring suicidprevention på departementsnivå

För att omsätta det nationella suicidpreventiva handlingsprogrammets nio åtgärdsområdena i praktiken måste alla deltagande parter i strukturen ansvara för sin del och ta ett gemensamt ansvar för att helheten ska fungera, på samtliga samhällsnivåer. Flera av parterna i detta förslag till samverkansstruktur är organiserade under olika departement. Som tidigare nämnt finns det behov av att tydliggöra myndigheternas ansvar genom att uttala det i t.ex. styrdokument och myndighetsgemensamma uppdrag. Därför är samverkan mellan berörda departement viktig för att få en effektiv samordning och en helhet i det suicidpreventiva arbetet.

Förslag till finansiering

Enligt regeringsuppdraget ska Folkhälsomyndigheten ge förslag på finansiering utifrån de befintliga ramarna, om myndigheten bedömer att den föreslagna strukturen för kunskapsstyrning skulle medföra ökade utgifter.

Vi anser att en ökad grad av nationell samordning samt den regionala och lokala nivåns arbete med att ta fram handlingsplaner och genomföra det suicidförebyggande arbetet, kräver att mer resurser på området avsätts. Nedan presenterar vi förslag till hur strukturen kan finansieras.

Statsbidrag fördelas till landstingen och regionerna genom en förordning

Folkhälsomyndigheten föreslår att den regionala samordningen vid landstingen och regionerna stöds av statsbidrag genom en förordning, för insatser med syftet att förebygga suicid. Det ekonomiska stödet föreslås bidra till landstingens och regionernas arbete med att:

- genomföra det nationella suicidpreventiva handlingsprogrammet i länet
- samverka med andra landsting, regioner, länsstyrelser och kommuner samt med civilsamhället, forskningslärosäten och andra relevanta aktörer för kunskapsuppbyggnad och kunskapsförmedling
- utveckla ett långsiktigt, tvärsektoriellt kunskapsbaserat regionalt och lokalt förebyggande arbete, samt
- utbilda och utveckla kompetensen i länet.

Landsting och regioner ska med stöd av statsbidrag kunna upprätthålla och utveckla ett effektivt suicidförebyggande arbete som utförs av kompetent personal, är grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet samt är riktat och anpassat till olika målgruppers förutsättningar och behov. Vidare syftar arbetet till att förstärka och komplettera insatser för att förebygga och begränsa konsekvenserna av psykisk ohälsa, samt att minska den stigmatisering och diskriminering som är kopplad till psykisk sjukdom.

Statsbidrag fördelas till ideella organisationer genom en förordning

Folkhälsomyndigheten föreslår att ideella organisationer som arbetar för att minska konsekvenserna av psykisk ohälsa och förebygga suicid ska få ökat ekonomiskt stöd genom en förordning. Statsbidraget kan bestå av såväl utvecklings- som verksamhetsbidrag.

Syftet med statsbidraget ska vara att förstärka och komplettera statens, landstingens och kommunernas insatser genom att stödja organisationerna i deras arbete med utbildning, information, opinionsbildning eller olika former av stödjande socialt

arbete. Syftet är även att förstärka organisationernas utvecklingsarbete och kompetensuppbyggnad.

Ökat anslag till kunskapsuppbyggnad

Folkhälsomyndigheten föreslår att myndigheten får ett särskilt anslag för att stimulera till kunskapsutveckling inom området suicidprevention.

Ökat anslag till nationell samordning, inklusive statistisk övervakning

Folkhälsomyndigheten föreslår att myndigheten får ett ökat statligt anslag till den nationella samordningen, omfattande även en utökad uppföljning och utveckling av ett övervakningssystem. Anslaget för nationell samordning ska även rymma finansiering till NASP, så att verksamheten, så länge det finns behov, kan utgöra en stödresurs i arbetet med att bygga upp och utveckla den föreslagna strukturen för kunskapsstyrning, och för sitt arbete som WHO-samarbetscentrum.

Slutord

Ett framgångsrikt suicidpreventivt arbete förutsätter kontinuerlig tillgång till bästa tillgängliga kunskap. Eftersom många olika aktörer på flera nivåer i samhället är involverade finns det dessutom behov av tydlig samordning och möjligheter till kunskapsutbyte. Förslaget till struktur som presenteras i den här rapporten ska stärka samordningen av arbetet med att sammanställa och sprida kunskap, vägleda och följa upp det självmordsförebyggande arbetet. Vidare tydliggörs samordningsansvaret på nationell och regional nivå. Sammantaget ska detta bidra till ett ökat kunskapsutbyte mellan aktörer på olika samhällsnivåer och därmed även skapa förutsättningar för ett ständigt förbättringsarbete.

Referenser

1. Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning (SOU 2012:33).
2. En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Regeringskansliet; 2014.
3. Regeringens proposition 2014/15:1 Budgetpropositionen för 2015 [Internet] Stockholm: Finansdepartementet; 2015. Hämtad 2015-02-26 från <http://www.regeringen.se/sb/d/18202/a/248343>
4. Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan. [Internet] Stockholm: Socialdepartementet; 2002. Hämtad 2015-02-23 från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1259>
5. Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. [Internet] Stockholm: Socialdepartementet, 2007. Hämtad 2015-02-23 från <http://www.regeringen.se/sb/d/9251/a/100978>
6. Förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Regeringen; 2013.
7. Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten, 2014.
8. Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization; 2014. Report No.: 9241564776.
9. Hadlaczky G, Hökby S, Wasserman D. Gender-related risk factors for suicide. *Psykisk Hälsa*. 2014 //;55(3):42-9.
10. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58(1):10-51.
11. Hjern A, Allebeck P. Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2002 Sep;37(9):423-9.
12. Kosidou K, Hellner-Gumpert C, Fredlund P, Dalman C, Hallqvist J, Isacson G, et al. Immigration, transition into adult life and social adversity in relation to psychological distress and suicide attempts among young adults. *PloS one*. 2012;7(10):e46284.
13. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):115-23.
14. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. *Open J Med Psychol*. 2013(2):124–33.
15. Keyes CL, Eisenberg D, Perry GS, Dube SR, Kroenke K, Dhingra SS. The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *J Am Coll Health*. 2012;60(2):126-33.

16. Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*. 2012;379(9834):2393-2399.
17. Rosen DH. Suicide survivors: a follow-up study of persons who survived jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay Bridges. *West J Med*. 1975;122(4):289.
18. Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC public health*. 2013;13:214.
19. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC psychiatry*. 2004;4(1):11.
20. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psy*. 2004;161(3):562-3.
21. Nordström P, Samuelsson M, Åsberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Act Psy Scan*. 1995;91(5):336-40.
22. Förslag till nationellt program för suicidprevention. Socialstyrelsen; 2006.

Bilagor

1. Teoretiskt ramverk – systemtänkande

I denna bilaga redogör vi för utredningens genomförande kopplat till det teoretiska ramverk som valdes för att strukturera metoden. Utgångspunkten var WHO:s Health Systems Thinking (WHO 2009), en modell kring systemtänkande i relation till hälsosystem.

Systemtänkandet i den här kontexten utgår från tanken att sex grundstenar måste finnas på plats för att ett hälsosystem ska kunna producera högsta möjliga hälsa i befolkningen. Dessa grundstenar är 1) ledarskap och styrning, 2) information och kunskap, 3) finansiering, 4) utförande av tjänster, 5) mänskliga resurser, och 6) metoder, medicin och teknologi (se figur xx). Alla sex grundstenarna är lika viktiga och beroende av varandra. De är dessutom nära sammanvävda, vilket betyder att en åtgärd riktad till en specifik grundsten i systemet påverkar resten av systemet.

Figur 8 Hälsosystemets byggstenar ur WHO:s Health Systems Thinking



Vid analyser av hälsosystem eller en del av hälsosystemet, i det här fallet strukturen som underbygger det suicidpreventiva arbetet, är det viktigt att ha en djup förståelse för systemets olika delar. Förståelsen behöver omfatta varje enskild grundsten men också deras relation till varandra och samverkan mellan dem, samt synergier och negativa kedjeeffekter.

I utredningen har hälsosystemets grundstenar använts som stöd för att utforma frågeguiden till intervjuerna för kartläggningen och behovsinventeringen. Syftet har varit att samla in information kring varje grundsten för sig, men att också kunna se dem som en del av en helhet utifrån ett holistiskt (systemtänkande) perspektiv. Med grundstenarna som utgångspunkt har vi även kunnat identifiera brister eller luckor i det nuvarande suicidpreventiva arbetet, samtidigt som de har underlättat analysen av vilka funktioner som behöver finnas i ett fungerande system för suicidprevention.

I de olika utredningsstegen har inspiration inhämtats från de tio rekommenderade stegen för systemtänkande när det gäller att utforma och utvärdera en insats eller

intervention. Steg 1–4 avser utformning av en insats och är de steg vi valt att använda, se tabell nedan.

Beskrivning av uppdragets genomförande utifrån rekommenderade steg 1–4 vid applicering av systemtänkande	
<i>Design av struktur</i>	
1. Sammankalla nyckelaktörer	Uppdragets planeringsfas omfattas av steg 1. I planeringen ingick • En kartläggning av nyckelaktörer och pågående suicidpreventivt arbete genom sökning på webben och grå litteratur, personliga kontakter etc. • Ett uppstartsmöte med alla (i uppdraget nämnda) samrådande parter. • Separata möten med nyckelaktörer och representanter från det civila samhället.
2. Ha kollektiv brainstorming	• En workshop med ett stort antal nyckelaktörer genomfördes.
3. Konceptualisera effekter	• Ett efterföljande möte med alla (i uppdraget nämnda) samrådande parter hölls i syfte att diskutera för- och nackdelar med respektive förslag på struktur. • Interna diskussioner hölls under hela utredningstiden.
4. Anpassa och omforma	• Preliminärt förslag togs fram av den interna arbetsgruppen utifrån inhämtade synpunkter. • Preliminärt förslag skickas ut till berörda nyckelaktörer för ytterligare inhämtning av synpunkter. • Förslaget omarbetas innan det lämnas in för intern granskning.

2. Intervjuguide

Syfte

Intervjuerna syftade till att inhämta kunskap om det pågående suicidpreventiva arbetet lokalt, regionalt, och nationellt samt identifiera framgångsfaktorer och förbättringsmöjligheter utifrån målgruppernas behov, med fokus på kunskapsstyrning.

Teoretiskt ramverk

Frågorna utgår från hälsosystemets sex grundstenar för att på så vis skapa en helhetsbild av arbetet som beskrivs och för att identifiera vilka områden som kan stärkas ytterligare. Formuläret användes som ett stöd i intervjusituationen och frågornas utformning och ordning kom därför att justeras under samtalets gång.

Område	Fråga	Probe	Anteckning
Utförande av tjänster	Vi skulle vilja veta lite mer om ert arbete med säkerhet och suicidprevention, och flera specifika frågor, men till en början, skulle ni kunna kort beskriva det arbete som bedrivs idag?	Vilka delar ingår i arbetet? (säkerhet, hälso- och sjukvård, skola, allmänhet) VAD gör man? VILKA arenor är man på? VILKA aktörer handlar det om?	
	Kan ni beskriva hur ni arbetar med kvalitetssäkring och förbättringsarbete?	Vad funkar bra respektive mindre bra?	
	Hur följer ni upp ert arbete?		
		Vilka källor till data/statistik använder ni er av? Används t.ex. den nationella statistiken?	

Metoder och teknik	Hur har ni utvecklat era insatser och/eller metoder?	
	Används några specifika suicidpreventiva metoder/program?	Evidens?
Säkerställa information	Vilken typ av information/fakta används i arbetet?	Registerdata, kostnadsdata, myndighetsrapporter, forskning, medierapportering, expertutlåtande, erfarenhetsutbyte med kollegor?
	Var och hur inhämtar ni kunskap? - om metoder? - om utvecklingen?	Konferenser, nätverksträffar, utbildningar? Internet: vilka webbplatser?
	Hur upplever ni (nationellt) stödet för implementering/tillämpning av ny kunskap?	Spridning och användande?
	Saknas det information/fakta/kunskap inom något område?	
Styrning och ledarskap	Kan ni nämna några riktlinjer eller andra styrdokument som haft betydelse för ert arbete? På vilket sätt?	Övergripande strategidokument? Policies? De nio strategierna? Lagen om Skydd mot olyckor?
	Kan ni beskriva hur ni samverkar med andra aktörer?	Formellt/strukturerat, genom avtal? Mindre formellt, samråd?

	Vilka aktörer samverkar ni med? - Internt? - Externt?	
	Hur går ni praktiskt till väga när ni samverkar?	Vem är drivande, sammankallande? Saknas det några aktörer i er samverkan? Framgångsfaktorer vs hinder?
	Hur skulle nationella resp regionala och lokala myndigheter kunna underlätta/stödja samverkan?	
		Vilka?
Finansiering	Hur finansieras arbetet? Hur fördelas de ekonomiska resurserna?	Fördelar respektive nackdelar? Ser ni andra finansieringsstrukturer som skulle kunna underlätta arbetet?
	Hur samlas kostnadsdata in?	Vilken data har varit användbar att följa upp?
Mänskliga resurser	Hur säkerställs rätt bemanning?	Lätt, svårt?
	Hur arbetar ni för att utveckla kompetens?	
<i>Övergripande</i>	Vilken roll ser ni att nationella respektive regionala och lokala myndigheter bör ha i det suicidpreventiva arbetet?	

3. Lista över grå litteratur

Exempel på grå litteratur utgivet av nationella, regionala och lokala aktörer.

Titel	Författare/utgivare	År	Sammanfattning av innehåll	Kommentar
REGERINGEN				
Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, SOU 2010:45	Socialdepartementet	2010	SOU 2010:45 föreslog en separat lag med anmälningsskyldighet vid självmord till att inte bara gälla hälso- och sjukvården, utan även socialtjänsten.	Förslaget har ej genomförts.
Första hjälpen i psykisk hälsa, SOU 2010:31	Socialdepartementet	2010	Delbetänkandet föreslog att regeringen ska tilldela drygt 3 miljoner kronor till NASP för att genomföra ett pilotförsök med utbildningsprogrammet The Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA) samt knappt 2 miljoner kronor till Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) för att utvärdera pilotförsöket.	
MYNDIGHETER				
Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (inkluderar rekommendationer vid självmord och självmordsnära tillstånd)	Socialstyrelsen	2010	Riktlinjerna ska främja ett vårdutbud som inkluderar flera effektiva behandlingsalternativ och som erbjuds på lika villkor över hela landet.	

Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria – en sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007	Socialstyrelsen	2007	Syftet med sammanställningen är att identifiera systembrister som kan ha bidragit till självmordet och att återföra kunskap till vården för att ytterligare stärka patientsäkerheten och därmed höja vårdens kvalitet.	
Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt	Socialstyrelsen	2003	Ett stöd för dem som kommer i kontakt med självmords-problematik och bistå personal i att förhindra självmord.	
Förslag till nationell handlingsplan för säkerhetsfrämjande arbete för äldre personer. Fokus på fall-, trafik-, brand- och drunkningsolyckor, självmord samt våld och andra brottsliga handlingar	Socialstyrelsen	2011	Handlingsplanen ska utgöra underlag för en strategi för regeringens fortsatta arbete för äldres säkerhet. Regeringens syfte med handlingsplanen är att den ska bidra till att minska antalet olyckor bland äldre personer, öka äldre personers säkerhet och trygghet och behålla hälsa och funktionsförmåga i högre ålder.	
Så kan socialtjänsten bli känd och tillgänglig för barn och unga, förstudie 2014	Socialstyrelsen	Förstudie 2014	Syftet är att utforma, tillgängliggöra och sprida information till barn och unga om socialtjänsten och dess verksamhet.	Slutredovisas dec 2015.
När förälder oväntat avlider	Socialstyrelsen	2013	Resultat och slutsatser från tre kartläggningar om ansvar samt strukturer för information och stöd.	

Tillsynsrapport – tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013 (inkluderat självmordsriskbedömningar inom hälso- och sjukvård)	Inspektion för vård och omsorg (IVO)	2013	Tillsynsrapporten ska bidra till att beskriva tillståndet i vården och omsorgen.	
Systemanalys Region Skåne	Inspektion för vård och omsorg (IVO)	2014	Systemanalys av Region Skånes hälso- och sjukvårdssystem. Resultatet visar på att psykiatrin i bristande utsträckning följer nationella riktlinjer kring självmord.	
Systematiskt arbete för äldres säkerhet: Om fall, trafikolyckor, bränder och suicid	MSB	2013	Handbok för kommuner och övriga som vill utveckla det systematiska säkerhetsarbetet för att minska skadorna bland äldre. Områdena fall, trafik, brand och suicid behandlas ur olika perspektiv. Skriften kommer också att vara ett av flera underlag för bl.a. MSB:s och Socialstyrelsens fortsatta arbete med den gemensamma nationella handlingsplanen för äldres säkerhet.	
Funktionsnedsättningar som riskfaktor för olycksfall och andra skador	MSB	2014	Presentation av forskningsläget när det gäller olika typer av funktionsnedsättningar och deras potentiella inverkan på risken för olyckor och skador (inklusive suicid).	
Vägledning för kommunala handlingsprogram	MSB	2011	Vägledningen är ett sätt för MSB att stödja kommunerna i det systematiska säkerhetsarbetet. Kommunen ska för varje mandatperiod anta handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor.	

Sambruk av samhällets jour- och beredskapsresurser är lönsamt!	MSB Björn Sund	2006	I samhället finns flera olika jour- och beredskapsresurser som alla har egna ansvarsområden och som ibland, t.ex. vid en trafikolycka, samarbetar för att lösa den uppkomna situationen. Hypotesen i denna rapport är att ett samarbete/sambruk skulle kunna ske i fler fall och att man med en begränsad insats skulle kunna skapa en mängd personer som kan utföra en förstainsats vid olyckor eller andra akuta händelser.	
Suicid och samhällsekonomiska kostnader	MSB Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor, Karlskoga	2004	Denna studie beräknar samhällets kostnader i form av direkta och indirekta kostnader för suicid och självmordsförsök.	
Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid Ett exempel från Jönköpings län	MSB	2005	Rapport som beskriver samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid.	
Prevention av suicid i transportsystemet	Trafikverket	2012	Rapporten syftar till att översiktligt beskriva suicidproblematiken inom transportsystemet (framför allt inom väg- och järnvägstrafiken) samt ge förslag till hur Trafikverket genom olika ställningstaganden och åtgärder inom sitt ansvarsområde kan bidra till att uppfylla regeringens nollvision för såväl suicid som omkomna i transportsystemet.	

Åtgärder mot personpåkörningar på järnväg	Trafikverket	2012	Beskriver problematiken med personpåkörningar inom järnvägstransportsystemet samt ger förslag till hur Trafikverket kan arbeta för att minska antalet sådana händelser.	
Analys av säkerhetsutvecklingen inom järnvägstrafiken	Trafikverket	2013	Rapport om järnvägens systematiska säkerhetsarbete. Målet är att ingen ska skadas eller dödas inom järnvägstrafik.	
Trafikverket första myndigheten med suicidpreventivt program	J. Beskow, AL Andersson, E. Lindberg, K. Svensson, C. Tingvall	2013	Artikel i läkartidningen: att förebygga dödsfall i trafiken – även självmord – har ett betydande samhällsekonomiskt värde. Trafikverket arbetar forskningsmässigt och metodiskt för att utvidga och förbättra suicidpreventionen inom sitt arbetsområde. Samarbetet mellan Trafikverket och hälso- och sjukvården borde fördjupas.	
Ung idag 2013 – Hälsa och utsatthet	Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor	2014	Åttonde uppföljning, sammanställning och sektorsövergripande analys av indikatorer. Dessa indikatorer är framtagna av olika myndigheter som har uppdrag inom ungdomspolitik.	Uppgiftslämnare statistik: Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Boverket, Brå, CSN, Försäkringskassan, Kronofogdemyndigheten, Skatteverket, Skolverket, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens kulturråd, Tillväxtanalys, Tillväxtverket, Universitetskanslersämbetet,

				Valmyndigheten, Riksidrottsförbundet.
Hon Hen Han	Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor	2010	En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner.	
Barn och unga med funktionsnedsättning. En beskrivning av deras vardag.	Myndigheten för delaktighet	2013	Kvalitativ studie med djupintervjuer av 20 barn med funktionsnedsättning, hur de upplever sin livssituation och det stöd de får från samhället. Självmodersförsök, långtidssjukskrivning och ätstörningar förekommer.	
Bryt tystnaden – barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa	Barnombudsmannen (BO)	2014	BO har mött och lyssnat till 62 barn och unga i åldrarna 8–24 år för att ta del av deras erfarenheter och upplevelser av den hjälp som finns att få när man är ung och mår psykiskt dåligt.	
Slutrapport – omvårdnadsinspektioner vid landets häkten	Kriminalvården	2008	Slutrapport över de inspektioner kriminalvården genomför vid landets häkten för att bl.a. se över hur medicinska bedömningar och rekommendationer får genomslag i det dagliga arbetet. Fokus var omvårdnadsrutiner liksom suicidprevention.	

BRANSCHORGANISATIONER				
Öppna jämförelser Trygghet och Säkerhet	SKL	2013	Indikatorer inom området trygghet och säkerhet. I rapporten presenteras den allmänna utvecklingen samt värden för indikatorerna på kommunnivå. Årets rapport har temat samverkan vid hot om suicid. Problembilden inom detta område beskrivs samt att ett antal temaindikatorer presenteras.	
Etisk regelsamling: Spelregler för press, radio och TV.	Pressens samarbetsnämnd	2010	Regel 8 i regelsamlingen betonar att stor försiktighet ska iakttas vid publicering av självmord och självmordsförsök, särskilt av hänsyn till anhöriga och personlig integritet.	
FORSKNINGSINSTITUTIONER				
Intervjustudie inom socialtjänsten	NASP	2010	Syftet är att ge en bild av socialtjänstens kvalitetssäkringsarbete vad gäller klienters självmord. Hur hanterar socialtjänsten för närvarande klienters självmord och självmordstankar samt deras synpunkter på ett eventuellt införande av händelseanalyser inom socialtjänsten vid självmord.	

Utbildning i första hjälpen vid psykisk ohälsa. En effektstudie i två län.	NASP	2013	Pilotstudie av MHFA- och MHFA unga. Programmet har testats i Västerbotten och VGR. Programmet riktar sig till allmänheten och olika personalgrupper som i sitt arbete träffar människor med psykiska problem.	CEPI – utvärdering avseende utbildningsdeltagarnas förvärvade kunskaper och förmågor.
Synen på arbetet med självmordsnära patienter i den psykiatriska vården	NASP	2012	Utvärdering av utbildning i självmordsprevention som främst riktar sig till personer som i sitt yrke på något vis kommer i kontakt med självmordsnära och sårbara människor.	Utvärdering genomförd avseende utbildningsdeltagarnas förvärvade kunskaper och förmågor.
Kärleken är den bästa kicken: en kurs i förebyggande hälsovård	NASP	2002	Utvärdering av en utbildning för att förebygga psykisk ohälsa med utgångspunkt från videofilmen "Kärleken är den bästa kicken" Målgrupper är personal inom grundskolans högstadium, inom gymnasieskolan, på ungdomsmottagningar och regionala ungdomscentrum – samtliga som bedriver organiserad verksamhet för ungdomar.	Interventions och kontrollgrupp. En viss skillnad vad gäller förändring av jagstyrka, jagutveckling, identitet, och relationer för den grupp som sett filmen. Grupperna är emellertid så små att det inte går att dra några säkra generella slutsatser.
Skolprojektet – Psykisk ohälsa och självmordshandlingar – implementering av resultat	NASP	2010	Att undersöka samband mellan skolk och psykisk ohälsa genom att bl.a. undersöka trivsel, närvaro och psykisk hälsa hos gymnasieungdomar före och efter en intervention. Undersöka lärares trivsel på gymnasieskolan och jämföra med elevernas trivsel.	Utvärderad avseende elever och lärares upplevelser av interventionen (majoriteten har sett filmen Kärleken är den bästa kicken)

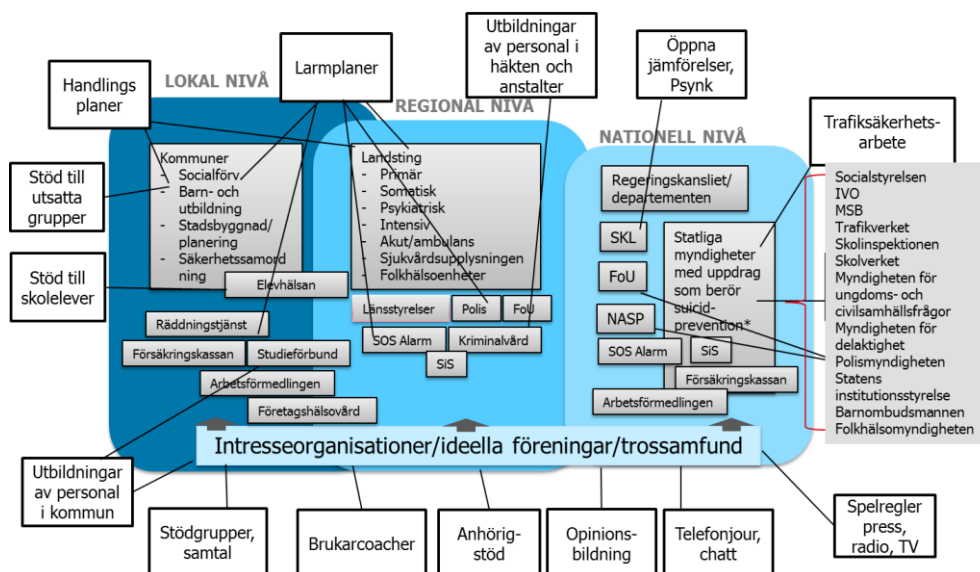
Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever	NASP	2001	WHO:s stödmaterial för lärare och annan skolpersonal anpassat till svenska förhållanden	
Den nionde nationella nätverkskonferensen om suicidprevention 2013	NASP Fischbein, Alin Åkerman, Wasserman	2013	Vad kan man göra för att förbättra den psykiska hälsan?	
Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer	NASP	2003	Riktlinjerna är ett stöd i den kliniska beslutsprocessen och kan användas i olika utbildningar och i klinikernas utvecklingsarbete.	
Psykos och självmord	NASP Stefenson, Titelman	2014	Självmordskommunikation, livshändelser och vårdrelaterade händelser före självmord hos 21 personer med psykossjukdom.	
Självmordsprevention inom Stockholms län (SPIS)	NASP	2013	Slutrapport innehållande bl.a. statistik och utvärdering samt information och utbildning.	
Kartläggning av självmordsförebyggande arbete utanför hälso- och sjukvården	NASP Lena Mobergt	2009	Kartläggning av 40 kommunala förvaltningar, religiösa samfund och föreningar.	
Går det att förebygga suicid genom fysisk planering?	Sofia Lindh, masteruppsats Kulturgeografiska institutionen, Stockholms universitet.	2014	En studie om implementering av suicidprevention genom fysisk planering i Stockholms stad.	

REGIONFÖRBUND, REGIONER, LANDSTING OCH LÄNSSTYRELSE				
Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet 2013 – ett östgötaperspektiv	Landstinget Östergötland	2013	Redovisning av självmord.	
Många vill veta – men svaren är få	Västra Götalandsregionen	2010	Rapport om befolkningsinriktad suicidprevention – idéhistorisk litteraturstudie och fem kommuners erfarenheter.	
Euregenas - broschyr	VGR - Euregenas	2012	Broschyr om projektet Euregenas. Projektet syftar till att implementera det europeiska fördraget för psykisk hälsa och välbefinnande vad gäller: Suicidprevention Avstigmatisering av psykiska sjukdomar Främjande av hälsa bland unga	
Generella riktlinjer för suicidprevention	VGR – Euregenas	2008-2013	Generella riktlinjer för suicidprevention riktat till beslutsfattare. Syftet är att öka kunskapen om strategier för suicidprevention.	
Etiska riktlinjer för webbaserad suicidprevention	VGR – Euregenas	2008-2013	Beskrivning av vilka etiska riktlinjer som bör beaktas när man skapar och underhåller ett teknikbaserat program för suicidprevention.	
Vårdprogram för suicidprevention, BUP	Örebro läns landsting	2012	Underlag för all personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Örebro län som kommer i kontakt med suicidnära barn och ungdomar.	
EUROGENAS – Svenskt exempel på suicidpreventivt arbete	VGR - Euregenas		Lista på suicidpreventiva insatser, dess målgrupp och syfte.	

Kartläggning av strukturer för stöd till barn vars föräldrar oväntat avlider	Annika Pettersson /Jönköpings läns landsting	2013	Kartläggning av strukturer och rutiner som finns hos olika aktörer vid förälder/vårdnadshavares oväntade död.	
KOMMUNER				
Aktiviteter i det suicidförebyggande arbetet Jönköpings kommun 2012–2014	Tina Pettersson	2013	Lista på aktiviteter som genomförs i kommunen relaterat till suicidprevention inom utbildningsförvaltning, räddningstjänst, polis m.m.	
Fördjupad olycksutredning av suicidhopp från Västerbron	Anders From/Storstockholms brandförsvär	2009	En fördjupad beskrivning och analys av en händelse	
Handlingsplan för suicidförebyggande arbete i Jönköpings kommun	Jönköpings kommun	2010	Handlingsplan för att aktivt arbeta med att minska antalet suicid och suicidförsök i Jönköpings kommun.	
Självordsprevention i Stockholms län (SPIS)	Storstockholms brandförsvär	2014	Power Point	
Förslag till handlingsplan för tidig upptäckt och bedömning av suicidrisk	Erik Andersson	2013	Riskbedömning, uppföljning och samverkan i Umeå kommun och Västerbottens landsting. Gäller barn och unga under 18 år.	
Suicidprevention – förslag till handlingsplan för suicidpreventivt arbete i Umeå kommun	Erik Andersson Carin Lindgren	2011	Handlingsplan och samverkansrutiner mellan skola, socialtjänst och landsting för att förhindra suicid bland unga människor i Umeå kommun.	

4. Skiss över aktörer

Bilden visar en skiss över det breda fält av aktörer som arbetar med frågor eller uppdrag som berör suicidprevention, antingen direkt eller indirekt, på olika nivåer i samhället. Bilden är inte heltäckande men visar områdets komplexitet; det handlar inte bara om insatser inom psykiatrin utan en stor del av insatserna genomförs utanför hälso- och sjukvården.



Några exempel på aktörer som bedriver suicidpreventivt arbete presenteras här i syfte att visa bredden i det förebyggande arbetet:

- ✓ Umeå kommun och Västerbottens läns landsting – handlingsplan för tidig upptäckt och suicidriskbedömning
- ✓ Jönköpings läns landsting och räddningstjänst – samordnad larmplan vid suicidrisk och kommunal handlingsplan/riskanalys inom ramen för lagen för skydd mot olyckor
- ✓ Kriminalvården – utbildning för 4 000 anställda i häkten och anstalter.
- ✓ SKL och MSB – Öppna jämförelser för arbetet med trygghet och säkerhet (tema suicidprevention)
- ✓ Trafikverket – åtgärder på många av de mest suicidtäta platserna på järnvägsnätet
- ✓ Skolverket – bl.a. uppdrag om att genomföra insatser för förstärkt elevhälsa
- ✓ Ideella organisationer såsom Mind, Svenska Kyrkan, SPES – bl.a. självmordsupplysning på nätet samt samtalsstöd i grupper och enskilt.

5. Myndigheter som föreslås ingå i myndighetssamverkansgruppen

- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO sorterar under Socialdepartementet och utövar tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården, samt över hälso- och sjukvårdspersonal. Myndigheten ansvarar också för viss tillståndsgivning. IVO utövar således tillsyn över anmälningar enligt lex Maria, som vanligen handlar om självmord, och över självmordsriskbedömningar som görs inom hälso- och sjukvården.

- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

MSB sorterar under Justitiedepartementet och har till uppgift att utveckla samhällets förmåga att förebygga och hantera olyckor och kriser. MSB tillhandahåller en statistikdatabas som inkluderar data över självmord och självtillfogade skador (bygger på data från Socialstyrelsen), bedriver systematiskt arbete för äldres säkerhet (fall, trafikolyckor, bränder och suicid), och stödjer kommunerna i att ta fram handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor. MSB och SKL har tagit fram rapporten *Öppna jämförelser inom trygghet och säkerhet*. 2013 års rapport hade temat "samverkan vid hot om suicid?".

- Polismyndigheten

Polismyndigheten sorterar under Justitiedepartementet. Den nya Polismyndigheten bildades den 1 januari 2015 och är en sammanhållen myndighet som ersatte de tidigare 21 polismyndigheterna, Rikspolisstyrelsen och Statens kriminaltekniska laboratorium. Polisen har viktiga uppgifter vid både fysiska och psykiska olycksfall (inklusive suicid), såväl i den akuta fasen som i det förebyggande arbetet. Enligt 47 § LPT (lag 1991:1128 om psykiatrisk tvångsvård) får polismyndigheten omhänderta en person "om det finns skälig anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp". Omhändertagande ska vara tillfälligt i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge hjälp. Det är denna paragraf som ger polismyndigheten störst juridisk möjlighet att påverka situationer med hot om suicid. Vidare är det polisen som har de befogenheter som behövs för att bruka våld i form av att t.ex. hålla fast den som hotar att hoppa eller flytta en person från en farlig plats där någon exempelvis riskerar att bli påkörd.

- Skolverket

Skolverket sorterar under Utbildningsdepartementet. Skolverket styr, stödjer, följer upp och utvärderar kommuners och skolors arbete med syftet att förbättra kvaliteten och resultaten i verksamheterna. Skolverket stödjer hälsofrämjande skolutveckling och genomför insatser för en förstärkt elevhälsa, t.ex. fortbildningsinsatser och stödmaterial samt tar fram modeller och indikatorer för att följa upp kvalitet och tillgång till elevhälsa.

- Socialstyrelsen

Socialstyrelsen sorterar under Socialdepartementet och har i uppdrag att värna hälsa, välfärd och allas lika tillgång till god vård och omsorg. Verksamheten rör socialtjänst, hälso- och sjukvård samt smittskydd. Socialstyrelsen är ansvarig för statistik över dödsorsaker, hälsodata och lex Maria-anmälningar. Socialstyrelsen är även ansvarig för de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (inkluderar rekommendationer vid självmord och självmordsnära tillstånd). Vidare har Socialstyrelsen tagit fram en kunskapsöversikt över vård av självmordsnära patienter och genomfört en sammanställning och analys över självmord anmälda enligt lex Maria.

- Trafikverket

Trafikverket sorterar under Näringsdepartementet och ansvarar för långsiktig planering av transportsystemet för vägtrafik, järnvägstrafik, sjöfart och luftfart samt för byggande, drift och underhåll av de statliga vägarna och järnvägarna. Trafikverket provar också frågor om statligt bidrag till svensk sjöfartsnäring och verkar för tillgänglighet i den kollektiva persontrafiken genom bl.a. upphandling av avtal. Trafikverket har en nollvision för dödade och skadade inom transportsystemet och suicid omfattas av den nollvisionen. Inom järnvägssystemet har Trafikverket satt upp ett etappmål – antal omkomna ska halveras till

år 2020 jämfört med år 2010. Trafikverket bedriver ett systematiskt säkerhetsarbete med ett antal åtgärder för att minska självmord och andra personpåkörningar på järnvägen, med insatser inom tio prioriterade områden i vägtrafiken.

- NASP och andra representanter från intressentgruppen.

NASP - Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa är statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och självmordsprevention. Institutionen bildades genom ett beslut av den svenska riksdagen 1993, att enligt socialutskottets förslag inrätta ett nationellt kunskapscentrum inriktat på självmordspreventiva frågor. NASP har, som WHO samarbetscentrum sedan 1997, även ett intensivt internationellt samarbete inom suicidprevention.

6. Deltagarförteckning workshop 24 oktober 2014

Förnamn	Efternamn	Organisation
Filippa	Ahlberg Gagnér	NSPHIG, Göteborg
Erik	Andersson	Elevhälsan Umeå kommun
Eva	Bonander	Svenska kyrkan
Max	Ekberg	SKL
Robert	Ekman	MSB
Tiina	Ekman	MUCF Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
Gergö	Hadlaczky	NASP
Merike	Hansson	Socialstyrelsen
Denise	Huurte Keyser	Trygg Norrtälje kommun
Maria	Hägerstrand	Kriminalvården
Lars	Jacobsson	Umeå universitet
Ewa	Jonsson	Folkhälsomyndigheten (processledare)
Jonas	Lundborg	Länsstyrelsen Södermanland
Louise	Mannheimer	Folkhälsomyndigheten
Maria	Mauritz	Landstinget Jönköping
Göran	Melin	Jönköpings kommun
Filippa	Myrbäck	SKL
Clary	Nilsson	Västerleds församling
Annika	Petersson	Regionförbundet/Landstinget Jönköping
Anja	Romqvist	Folkhälsomyndigheten
Elsa	Rudsby	Folkhälsomyndigheten
Helena	Rådbo	Trafikverket
Håkan	Sandström	Skolverket
Elin	Santell	Svenska kyrkan
Lars	Strömdahl	Stockholms brandförsvär
Karl-Otto	Svärd	IVO
Marie-	Söderberg	Mind
Jenny	Telander	Folkhälsomyndigheten
Nadja	Trygg	Folkhälsomyndigheten
Else-Marie	Törnberg	Suicidprevention Väst
Regina	Winzer	Folkhälsomyndigheten
Carl	von Essen	Mind

7. Regeringsuppdraget



Socialdepartementet

Regeringsbeslut

I:2

2014-05-08

S2014/3988/FS

Folkhälsomyndigheten
171 82 Solna

Uppdrag att föreslå en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt självmordspreventivt arbete

Regeringen beslutar att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) lämna ett förslag på utformningen av en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt självmordspreventivt arbete.

Uppdraget ska genomföras i dialog med samordningsfunktionen för regeringens plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO) på Socialdepartementet. I uppdraget ska Folkhälsomyndigheten även samråda med andra relevanta aktörer på området såsom Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Suicidprevention och efterlevandestöd (SPES) och andra berörda intresseorganisationer samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Myndigheten ska föreslå en struktur och organisering för att säkerställa arbetet med att:

- analysera förutsättningarna för att minska förekomsten av självmord och stödja aktörer på regional nivå att identifiera eventuella strukturella hinder för en sådan utveckling,
- sammanställa och sprida aktuell kunskap om effektiva metoder för självmordsprevention till lokala och regionala aktörer och utveckla ett ändamålsenligt och användarvänligt kunskapsstöd,
- informera berörda aktörer om vilka olika kunskaper hos de yrkesgrupper som de ansvarar för som är användbara i mötet med personer med självmordsproblematik,
- vägleda och följa arbetet med självmordsprevention nationellt, samt
- följa och redovisa det självmordspreventiva arbetet och skapa förutsättningar för ett ständigt förbättringsarbete i det lokala och regionala arbetet.

Förslaget som ska tas fram av Folkhälsomyndigheten ska ansluta till regeringens nio självmordspreventiva strategier med beaktande av pågående satsningar inom respektive strategi för att samordna resurser och undvika dubbelarbete.

Folkhälsomyndigheten ska i arbetet utgå från övriga myndigheters uppdrag och roller i det självmordspreventiva arbetet och lämna förslag på hur en ändamålsenlig samverkan mellan berörda myndigheter kan se ut. Vidare ska myndigheten beakta det civila samhällets roll på området. Myndigheten ska redovisa konsekvenserna av förslaget. Förslaget ska som utgångspunkt rymmas inom ram för berörda myndigheters förvaltningsanslag. I den utsträckning förslaget skulle medföra ökade utgifter ska förslag till finansiering utifrån befintliga ramar redovisas.

Folkhälsomyndigheten får för uppdragets genomförande använda 2 400 000 kronor under 2014. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2015. Vid samma tidpunkt ska en ekonomisk redovisning över använda medel (slutrapport) lämnas till Kammarkollegiet. Rekvisition ska ske senast den 1 december 2014. Rekvisitionen och slutrapporten ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.

Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 mars 2015. Redovisningen ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.



Folkhälsomyndigheten

SOLNA NOBELS VÄG 18, SE-171 82 SOLNA **ÖSTERSUND** FORSKARENS VÄG 3, SE-831 40 ÖSTERSUND.
WWW.FOLKHALSOMYNDIGHETEN.SE