

*Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport:*

## Statens suicidpreventiva arbete

– samverkan med verkan?

Riksrevisionen har granskat statens suicidpreventiva arbete. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Riksrevisor Helena Lindberg har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör Charlotta von Porat har varit föredragande. Revisionsdirektör Ann-Christin Johnreden och enhetschef Magdalena Brasch har medverkat i den slutliga handläggningen.

Helena Lindberg

Charlotta von Porat

*För kännedom:*

Regeringskansliet; Socialdepartementet  
Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

STATENS SUICIDPREVENTIVA ARBETE – SAMVERKAN MED VERKAN?

RIKSREVISIONEN

## Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	8
1.1 Motiv för granskning	8
1.2 Övergripande revisionsfråga och avgränsningar	9
1.3 Bedömningsgrunder	10
1.4 Metod och genomförande	14
1.5 Rapportens disposition	15
2 Suicidprevention	16
2.1 Statistik	16
2.2 Aktuell forskning	17
2.3 Myndigheters uppdrag inom suicidprevention	20
3 Suicidpreventivt arbete på regional och lokal nivå	28
3.1 Vilka insatser är viktiga för det regionala och lokala suicidpreventiva arbetet?	29
3.2 Det suicidpreventiva arbetet på regional nivå	30
3.3 Det suicidpreventiva arbetet i en kommun och region	37
4 Statens suicidpreventiva arbete	46
4.1 Regeringens styrning inom suicidprevention	48
4.2 Folkhälsomyndighetens samverkan med myndigheter och intressenter	64
4.3 Uppföljningar av insatser inom suicidprevention	71
5 Slutsatser och rekommendationer	80
5.1 Regeringen har inte varit aktiv i sin styrning av suicidprevention	80
5.2 Arbetet med en nationell strategi är ett viktigt steg men ställer stora krav på myndigheternas samverkan	81
5.3 Folkhälsomyndighetens samverkan har en begränsad verkan när det gäller konkreta åtgärder	82
5.4 Synen på suicid och tillgången till information påverkar det suicidpreventiva arbetet på olika sätt	83
5.5 Uppföljning av suicidpreventivt arbete – svårt och inte prioriterat	84
5.6 Rekommendationer	85
Referenslista	87
Bilaga 1. Metod	97
Bilaga 2. Statistik	102

### Elektroniska bilagor

Till rapporten finns bilagor att ladda ned från Riksrevisionens webbplats. Bilagorna kan begäras ut från ärendets akt genom registraturen.

- Bilaga 3. Styrande dokument för suicidprevention
- Bilaga 4. Regeringens medel och uppdrag till myndigheter och övriga aktörer inom suicidprevention

STATENS SUICIDPREVENTIVA ARBETE – SAMVERKAN MED VERKAN?

RIKSREVISIONEN

## Sammanfattning

Riksrevisionen har granskat om statens suicidpreventiva arbete är effektivt. Granskningen omfattar regeringens styrning och myndigheters arbete med samverkan, nationella kunskapsstöd, stöd för implementering av kunskap och nationell uppföljning av suicidprevention. Riksrevisionens samlade bedömning är att statens arbete med suicidprevention inte varit tillräckligt effektivt. Riksdagen fattade beslut om en övergripande vision för suicidprevention och ett nationellt handlingsprogram 2008, men först 2020 tog regeringen flera initiativ för att stärka det suicidpreventiva arbetet.

### Granskningens resultat

Folkhälsomyndighetens uppdrag att på nationell nivå samordna det suicidpreventiva arbetet har bidragit till att lyfta fram vikten av suicidpreventivt arbete. Men granskningen visar samtidigt att det suicidpreventiva arbetet på regional och lokal nivå bedrivs i olika omfattning och är minst utvecklat i kommunerna.

Det finns problem med den statliga kunskapsstyrningen när den ska leda till konkreta åtgärder. Folkhälsomyndigheten har svårigheter att med hjälp av kunskapsunderlag, som inte är bindande, påverka regionernas och kommunernas arbete. Granskningen visar att när tjänstepersoner från olika myndigheter samverkar gör de olika prioriteringar mellan sig och de har olika, ofta begränsade möjligheter, att få gehör för suicidpreventivt arbete i den egna organisationen. Det är svårt att fastställa hur mycket av statens suicidpreventiva arbete som påverkar arbetet i regionerna och kommunerna och vad som beror på verksamheternas egna förmågor, prioriteringar och mottagarkapacitet. Vi har sett problem även i en kommun som har etablerade arbetssätt och ett utvecklat suicidpreventivt arbete. Räddningstjänsten efterfrågar tydligare författningsstöd för suicidpreventivt arbete. Vidare fungerar inte informationsdelningen mellan verksamheter som återkommande möter personer i akuta situationer med hot om suicid.

Det finns en rad områden som kan utvecklas för att få bättre resultat på regional och kommunal nivå. Stödet för implementering av kunskap behöver förbättras så att det kan bidra till suicidpreventiva insatser. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ska stödja regioner och kommuner i arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention. När det gäller kunskapsstöden uppfattas de som svårnavigerade och inte anpassade till de egna verksamheterna. Problemet beror inte bara på stödets utformning utan också på att det kan saknas mottagarkapacitet i den egna organisationen. Ett tydligt resultat i granskningen är att suicidpreventivt arbete till stor del är personbundet och det blir därmed sårbart. Detta är ett problem för alla aktörer som arbetar med suicidprevention.

Granskningen visar att aktörer och myndigheter har olika utgångspunkter i form av lagstiftning och uppdrag samt ibland även olika syn på suicid och därmed suicidpreventivt arbete. Detta ställer krav på regeringens förmåga att styra effektivt. För att kunna stärka det suicidpreventiva arbetet behöver dessutom fler myndigheter vara med i arbetet.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har ansvar för att samordna och stödja landets räddningstjänster som i många kommuner har en operativ roll vid suicidhändelser. Men myndigheten arbetar inte med frågor som rör suicid och suicidprevention och deltar inte i det nationella strategiarbetet. Samtidigt kan räddningstjänsten arbeta med bägge frågorna lokalt. Granskningen visar också att händelser som rör hot om suicid hanteras olika i landet. Vidare saknas en enhetlig nationell hantering av samtal till 112 som rör hot om suicid. Trafikverket har haft ett egeninitierat halveringsmål för antalet omkomna på statliga järnvägar, där en övervägande del av olyckorna är suicid. Arbetet har inte lett till någon minskning av antalet omkomna och myndigheten har inte heller följt upp halveringsmålet för att ta reda på varför åtgärderna inte har haft effekt. Samtidigt har regeringen formulerat ett nytt halveringsmål till 2030. Skolan är också en viktig verksamhet för att arbeta förebyggande med psykisk ohälsa. Men skolmyndigheter saknar uppdrag inom suicidprevention.

Granskningen visar att resultatet av det suicidpreventiva arbetet inte går att följa upp. Det beror bland annat på att det nationella handlingsprogrammet som togs fram 2006 har varit utan operationaliserade och mätbara mål och indikatorer. Först 2020 tog regeringen initiativ till en ny strategi som innebär att programmet ska revideras. Två exempel på områden som enligt Riksrevisionen bör inkluderas respektive utvecklas i det nya handlingsprogrammet är missbruks- och beroendefrågor och stöd till anhöriga.

Uppföljningar av suicidhändelser i vården är en annan viktig del i det förebyggande arbetet. De uppföljningar som har gjorts visar på många och återkommande brister som inte följs upp och åtgärdas i de berörda verksamheterna. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en viktig tillsynsuppgift men har hittills inte granskat hanteringen av suicidärenden på en aggregerad nivå. Samtidigt har antalet anmälningar av suicidhändelser till IVO minskat sedan kravet på vårdgivare att anmäla suicid enligt lex Maria togs bort 2017.

## Rekommendationer

**Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer till regeringen:**

- Ta initiativ till en nationell enhetlig hantering av inkommande samtal som rör hot om suicid via 112 för att underlätta för blåljusverksamheter att fatta beslut vid uttryckning.

- Se till att Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) medverkar i det nationella suicidpreventiva arbetet, både i det kommande strategiarbetet och som stödande myndighet till de kommunala räddningstjänsterna.
- Se till att Trafikverket följer upp och utvärderar insatser som myndigheten har vidtagit för att uppnå halveringsmålet för omkomna på statliga järnvägar. Syftet med uppföljningen bör vara att ta reda på varför insatserna inte har haft effekt. Regeringen bör också se till att Trafikverket ökar graden av systematik i de åtgärder som vidtas.

**Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen:**

- Se till att den kommande strategin inom psykisk hälsa och suicidprevention tas fram så att den blir styrande och relevant för arbetet. Ett sådant arbete kan uppnås genom att större vikt läggs vid följande delar:
  - Inkludera och utveckla områden som har bäring på det suicidpreventiva arbetet. Två exempel på områden som bör inkluderas respektive utvecklas är missbruks- och beroendefrågor och stöd till anhöriga.
  - Se till att områdena också omfattar insatser som går att följa upp med relevanta indikatorer så att ett systematiskt lärande utvecklas på området.
  - Utveckla en vägledning för prioriteringar av insatser inom suicidprevention baserat på den underbyggda kunskap som finns. Det är särskilt angeläget när ett tjugotal myndigheter gemensamt ska samarbeta om en ny strategi.
- Förbättra stödet för implementering av kunskap inom suicidprevention. Ett sätt att bidra till bättre stöd för implementering är att se till att kunskapsstöden är konkreta, användbara och tillgängliga för verksamheter som arbetar med suicidprevention.

**Riksrevisionen lämnar följande rekommendation till Inspektionen för vård och omsorg (IVO):**

- Följ upp suicidhändelser i vårdverksamheter på en aggregerad nivå i syfte att bidra till vårdverksamheters patientsäkerhetsarbete och därmed öka lärandet. Det gäller särskilt mot bakgrund av risken för ökad psykisk ohälsa när pandemin är över.

# 1 Inledning

## 1.1 Motiv för granskning

Varje år begår cirka 1 500 personer i Sverige självmord, 15 000 personer bedöms försöka begå självmord och 150 000 personer uppskattas ha självmordstankar. Det innebär att 19 personer per 100 000 invånare som är 15 år och äldre tar sitt liv varje år, vilket ses som en medelhög nivå i ett internationellt perspektiv.<sup>1</sup> Självmord är ett stort folkhälsoproblem och den vanligaste dödsorsaken bland män i åldrarna 15–44 år och den näst vanligaste orsaken bland kvinnor i motsvarande åldersgrupp.<sup>2</sup>

Förutom det oftast livslånga lidandet som ett självmord vållar de människor som förlorar en nära anhörig, vän och arbetskamrat, kostar självmord samhället åtskilliga miljarder kronor. Kostnader för förlorade arbetsår beräknas till cirka nio miljarder kronor om året.<sup>3</sup> Även för de yrkesgrupper som kommer i kontakt med personer som tar sitt liv, till exempel blåljuspersonal och tågförare, är det ett stort arbetsmiljöproblem i form av extra arbete och traumatiska händelser att bearbeta. Suicidhandlingar påverkar också effektiviteten i transportsystemet, med bland annat förseningar.

Det kan finnas olika uppfattningar om varför arbetet med att förebygga självmord varit begränsat. En uppfattning är att det inte går att hindra någon som bestämt sig för att ta sitt liv. En annan är att det upplevs vara känsligt att prata om självmord och att man därför undviker ämnet. Men experter menar att det går att hindra människor från att ta sitt liv och att det därför är viktigt att bryta det stigma som finns för att kunna arbeta aktivt med att minska antalet självmord.<sup>4</sup> Det är väl belagt att majoriteten, nio av tio, som försökt begå självmord lever vidare och avlider av någon annan orsak flera år senare.<sup>5</sup>

Utgångspunkten för det suicidpreventiva arbetet i Sverige är det nationella handlingsprogrammet. Det innehåller nio tvärspektoriella områden med både befolknings- och individinriktade insatser<sup>6</sup> och används av många aktörer som ett

<sup>1</sup> World Health Organization, *Suicide in the world: Global Health Estimates*, 2019. Det finns sannolikt en underrapportering i länders statistik av olika skäl, politiska, religiösa eller kulturella, eller för att statistiken är bristfällig vad gäller folkräkning och dödsorsaker.

<sup>2</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Självmordsprevention i Stockholms län (SPIS)", hämtad 2021-02-23. Siffrorna avser både säkra och osäkra suicid.

<sup>3</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid*, 2015. Den indirekta kostnaden för produktionsbortfall har beräknats utifrån "säkra suicid" 2014. I beräkningen användes antalet förlorade levnadsår med hänsyn tagen till förväntad återstående livslängd vid den ålder dödsfallet inträffade och beroende på kön.

<sup>4</sup> Folkhälsomyndigheten, "Flera insatser kan förebygga självmord", hämtad 2020-02-03.

<sup>5</sup> Harvard T.H. Chan School of Public Health, "Attempters' Longterm Survival", hämtad 2021-06-09.

<sup>6</sup> Prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226.



ramverk på regional och lokal nivå (se avsnitt 4.1.1). På nationell nivå har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att samordna det suicidförebyggande arbetet<sup>7</sup> för att stärka kunskapsstyrningen inom suicidprevention på regional och lokal nivå. En kartläggning visar att det suicidpreventiva arbetet har kommit olika långt i landet.<sup>8</sup>

Med anledning av den pågående pandemin finns en risk för att den psykiska ohälsan ökar i samhället. Det finns exempel från forskningen inom psykisk ohälsa som pekar på att självmord tillfälligt minskar under en krissituation. Dessa tillfälliga minskningar tenderar att kompenseras med en ökning av antalet självmord när den omedelbara krisen har gått över.<sup>9</sup>

## 1.2 Övergripande revisionsfråga och avgränsningar

Granskningens övergripande revisionsfråga är om statens insatser är effektiva i syfte att stärka det suicidpreventiva arbetet. Med statens insatser menas regeringens styrning, Folkhälsomyndighetens samverkan och myndigheters arbete med nationella kunskapsstöd, stöd för implementering och nationell uppföljning. Insatserna ska sammantaget leda till ett förbättrat suicidpreventivt arbete. Den övergripande revisionsfrågan besvaras med nedanstående delfrågor:

1. Är regeringens styrning för att stärka det suicidpreventiva arbetet effektiv?
2. Är Folkhälsomyndighetens arbete med samverkan inom suicidprevention effektivt?
3. Är statens insatser verkningsfulla när det gäller kunskapsstöd och stöd för implementering till regionala och lokala aktörer och till frivilligorganisationer för att skapa ett ändamålsenligt och kunskapsbaserat arbete inom suicidprevention?
4. Följs de insatser upp, som regeringen initierat och myndigheterna genomfört inom suicidprevention? Om ja, används uppföljningarna för att utveckla berörda verksamheter på regional och lokal nivå i syfte att uppnå resultat?

Vi granskar regeringen och tre myndigheter inom folkhälso- och vårdområdet: Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessa myndigheter är centrala för den statliga styrningen med kunskap och via tillsyn. Det nationella handlingsprogrammet, som är ett viktigt ramverk för det suicidpreventiva arbetet på både nationell, regional och lokal nivå, innehåller nio

<sup>7</sup> Regeringsbeslut S2015/3986/FS.

<sup>8</sup> Folkhälsomyndigheten, *Det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser 2019. Nulägesbild och en jämförelse med 2015, 2020.*

<sup>9</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Coronaviruset: Risk för ökande självmord och självsådor i samhället efter pandemin", hämtad 2020-03-30.

områden av olika typ som spänner över en stor del av samhället. Det innebär att flera statliga myndigheter berörs på en övergripande nivå i granskningen.

### Begrepp och avgränsningar i granskningen

**Suicidprevention:** Med suicidprevention menas insatser i syfte att förebygga suicid. Insatserna kan rikta sig till befolkningen i stort, till identifierade riskgrupper och till individer, och då avses framför allt vårdinsatser. I denna granskning har vi exkluderat suicidpreventiva insatser som genomförs inom hälso- och sjukvården och som rör vård och behandling inom framför allt psykiatri. Det innebär att vi inte har granskat arbetet med statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kopplat till suicidprevention, eller insatser inom psykisk hälsa i stort.

**Suicidpreventivt arbete:** Suicidpreventivt arbete är en del av arbetet med psykisk hälsa. Vi vill understryka svårigheterna med att dra en tydlig gräns mellan insatser för att förebygga psykisk ohälsa och suicidpreventiva insatser. Vi har granskat statens suicidpreventiva arbete utifrån de nationella beslutsunderlag och styrdokument som gäller specifikt för suicidprevention.

**Kunskapsstyrning:** Kunskapsstyrning är styrning som avser att utveckla, sprida och använda bästa tillgängliga kunskap.<sup>10</sup>

**Kunskapsstöd:** Kunskapsstöd är icke-bindande kunskapsunderlag, till exempel riktlinjer och rekommendationer men också tillgång till data, register, sökmöjligheter, metodkompetens och it-stöd.<sup>11</sup>

**Stöd för implementering av kunskap:** Stödet gäller genomförande och användning av kunskapsstöd i verksamheter.

## 1.3 Bedömningsgrunder

Bedömningsgrund för den övergripande revisionsfrågan om effektiviteten i statens suicidpreventiva insatser är riksdagens beslutade vision om suicidprevention 2008.<sup>12</sup> Bakgrunden till beslutet var ett tillkännagivande från riksdagen 2005 om att ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention borde tas fram. Ett enigt socialutskott stod bakom tillkännagivandet, baserat på ett tiotal motioner från samtliga riksdagspartier.<sup>13</sup>

Socialutskottet ställde sig bakom regeringens förslag på en övergripande vision om att ingen ska behöva ta sitt liv och delade också regeringens bedömning att det

<sup>10</sup> Det finns inget vedertaget begrepp för kunskapsstyrning. Vi har dock valt att använda samma begreppsbeskrivning som i SOU 2017:48, s. 61.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226.

<sup>13</sup> Bet. 2004/05:SoU11, rskr.2004/05:218.

nationella, regionala och kommunala arbetet med att minska tillgången till dödliga metoder och medel för självmord bör fortsätta. Utskottet välkomnade insatser för att öka kunskaperna om självmord, bland annat genom kompetenshöjande åtgärder för personal inom vården samt genom att öka kunskapen hos befolkningen. Enligt utskottet måste samhällets förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa och olika sätt att hantera risker för självmord ständigt förbättras.<sup>14</sup>

### Riksrevisionens övergripande utgångspunkt

Intentionen med den formulerade visionen är enligt oss att det suicidpreventiva arbetet måste förbättras på alla nivåer, bland annat med utgångspunkt i det nationella handlingsprogrammet och genom förbättrade kunskapsstöd. Ytterst bör arbetet leda till färre självmord. Granskningen ska mot denna bakgrund svara på frågan om statens suicidpreventiva arbete är effektivt.

### Bedömningsgrunder för varje delfråga

#### *Delfråga 1 om regeringens styrning för att stärka det suicidpreventiva arbetet*

För att besvara delfråga 1, om regeringens styrning är effektiv i syfte att stärka det suicidpreventiva arbetet, har vi utgått från den förvaltningspolitiska propositionen. Enligt den ska den statliga styrningen vara tydlig, resultatnriktad och verksamhetsanpassad. En tydlig statlig styrning innebär att myndighetens uppdrag preciseras genom att uppgifter, regler och i förekommande fall mål och prioriteringar anges. Mål och uppgifter till myndigheterna formuleras så att varje myndighet har rimliga möjligheter att genom olika åtgärder kunna genomföra uppdraget på ett tillfredsställande sätt.<sup>15</sup>

#### **Riksrevisionens utgångspunkter**

Det faktum att regeringens styrning ska vara tydlig, resultatnriktad och verksamhetsanpassad menar vi kan uppfylla kraven på effektiv statlig styrning inom området suicidprevention. Styrningen utifrån dessa utgångspunkter bör leda till att det suicidpreventiva arbetet stärks på nationell, regional och lokal nivå.

#### *Delfråga 2 om Folkhälsomyndighetens arbete med samverkan*

Det finns krav på att myndigheter ska samverka, enligt den förvaltningspolitiska propositionen<sup>16</sup> och enligt bestämmelserna i myndighetsförordningen (2007:515).<sup>17</sup> För styrning med kunskap finns krav på samverkan i de granskade

<sup>14</sup> Prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, s. 90, rskr. 2007/08:226.

<sup>15</sup> Prop. 2009/10:175, s. 98, bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315.

<sup>16</sup> Samverkan förekommer i målet för förvaltningspolitiken (prop. 2009/10:175, s. 27).

<sup>17</sup> Enligt 6 § andra stycket myndighetsförordningen (2007:515) ska myndigheten verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta till vara de fördelar som kan vinnas för enskilda och för staten som helhet.

myndigheternas instruktion. *Folkhälsomyndighetens* arbete med kunskapspridning ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att informationen till allmänheten är samordnad. Samverkanskravet gäller även för myndighetens kunskapsstyrande arbete så att den statliga kunskapsstyrningen är samordnad.<sup>18</sup> *Socialstyrelsen* ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten. Ett sådant område är arbetet med att styra med kunskap, vilket ska planeras och utföras så att styrningen med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.<sup>19</sup>

### Riksrevisionens utgångspunkter

Enligt regeringen är syftet med en nationell samordning och samverkan inom suicidprevention att utveckla och stärka kunskapsstyrningen av det suicidförebyggande arbetet. Samordningen av det suicidpreventiva arbetet leds av Folkhälsomyndigheten i samverkan med andra myndigheter, brukar- och anhörigorganisationer och frivilligorganisationer. Syftet med nationell samverkan är att aktuell kunskap om suicidprevention sammanställs och sprids på ett behovsanpassat, ändamålsenligt och samordnat sätt.<sup>20</sup> Nedan följer våra operationaliserade utgångspunkter i dessa tre delar:

- *Behovsanpassad samverkan* om sammanställning och spridning av kunskap bör innebära att samverkande myndigheter tar hänsyn till mottagarens verksamhet samt bidrar med att stödja och prioritera kunskapsstöd utifrån aktuella underlag med gott vetenskapligt stöd.
- *Ändamålsenlig samverkan* bör avse, i likhet med behovsanpassad samverkan, att myndigheter tar hänsyn till mottagarkapacitet och regionala och lokala förutsättningar i styrningen med kunskapsstöd.
- *Samordnad samverkan* bör innebära att myndigheternas samverkan fortlöper effektivt utan risk för dubbelarbete eller överlappningar sinsemellan eller mot andra aktörer till exempel Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) eller frivilligorganisationer.

### Delfråga 3 om kunskapsstöd och stöd för implementering av dessa på regional och lokal nivå samt till frivilligorganisationer

För att bedöma om statens kunskapsstöd och stöd för implementering av dessa på regional och lokal nivå är verkkningsfulla enligt delfråga 3 använder vi oss av

<sup>18</sup> Se 20 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. En ny förordning trädde i kraft den 4 maj 2021, förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Den innehåller myndighetens samordningsuppdrag inom psykisk hälsa och suicidprevention. Vi har dock utgått från den förra instruktionen under granskningens gång och från samordningsuppdraget från 2015.

<sup>19</sup> Se 11 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>20</sup> Regeringsbeslut S2015/3986/FS, s. 3. Folkhälsomyndighetens uppdrag kallas i rapporten genomgående för samordningsuppdrag även om samverkan och uppföljning också ingår.

samma bedömningsgrund som i delfråga 2 för Folkhälsomyndighetens samverkansuppdrag. Det innebär att vi utgår ifrån att statens kunskapsstöd ska sammanställas och spridas på ett behovsanpassat, ändamålsenligt och samordnat sätt. Dessa tre aspekter av nationell samverkan om kunskap och stöd för implementering bör sammantaget leda till ett ändamålsenligt och kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete. Det finns liknande formuleringar i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den statliga styrningen med kunskap ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov som olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har.<sup>21</sup>

### Riksrevisionens utgångspunkter

Vi har använt oss av samma operationaliserade utgångspunkter som i delfråga 2 om nationell samverkan. Det innebär att myndigheterna i sin styrning med kunskapsstöd bör ta hänsyn till regioners och kommuners förutsättningar och mottagarkapacitet. I stödet för implementering av kunskap bör myndigheter också bidra med att tillgängliggöra kunskapsstöd för verksamheter på regional och lokal nivå så att berörda verksamheter lättare ska kunna hitta och använda stöden.

Med verkningsfulla kunskapsstöd menar vi att de ska bidra till konkreta åtgärder på regional och lokal nivå. Åtgärderna bör vara i enlighet med förebyggande insatser som har vetenskapligt stöd (se avsnitt 2.2). Ytterst handlar åtgärderna om att antalet suicid ska minska.

### *Delfråga 4 om uppföljning av suicidpreventivt arbete*

I Folkhälsomyndighetens samordningsuppdrag<sup>22</sup> ingår att utveckla uppföljningen av det suicidpreventiva arbetet i samverkan med berörda myndigheter och aktörer. Enligt regeringen ska kunskapsstyrning vara en process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap genereras. Kunskapsstyrning ska också förhindra att överksamla och/eller skadliga metoder används.

### Riksrevisionens utgångspunkter

De berörda myndigheterna bör enligt Riksrevisionens uppfattning återkommande följa upp hur det suicidpreventiva arbetet fungerar på regional och lokal nivå. Uppföljningen bör också omfatta vilka resultat som uppnås samt kunna ge svar på om insatserna är verkningsfulla, det vill säga har lett till förbättringar i det suicidpreventiva arbetet. Vidare anser vi att uppföljningar i hälso- och sjukvården, inom ramen för IVO:s tillsyn, kan ge ny kunskap som kan bidra till ett förbättrat förebyggande patientsäkerhetsarbete och därmed suicidpreventivt arbete. Ett skäl är att många av de personer som har tagit sitt liv eller gjort självmordsförsök har

<sup>21</sup> Se 2 § andra stycket förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>22</sup> Regeringsbeslut S2015/3986/FS.

varit i kontakt med vården. IVO:s uppgift är att utifrån tillsynen återkoppla och se till att identifierade brister och problem inom vården och omsorgen åtgärdas.<sup>23</sup>

## 1.4 Metod och genomförande

Vi har använt olika metoder och källor för att besvara granskningens fyra delfrågor (för en närmare redovisning, se bilaga 1). För att besvara delfråga 1 om regeringens styrning och delfråga 4 om uppföljning, har vi analyserat beslutsunderlag såsom propositioner, betänkanden, regleringsbrev och regeringsuppdrag till myndigheter samt överenskommelser med SKR. Vi har också gått igenom och analyserat utredningar och uppföljningar av suicidpreventivt arbete från 2008 och framåt. Vi har ställt skriftliga frågor till Socialdepartementet om bland annat medelstilldelning, regeringsuppdrag och uppföljning inom suicidprevention.

För att besvara delfråga 2 om Folkhälsomyndighetens samverkansuppdrag har vi analyserat beslutsunderlag och myndighetsdokument från och med 2015 när Folkhälsomyndigheten fick uppdraget. Följande tre samverkansgrupper har vi ställt öppna enkätfrågor till:

- en myndighetssamverkansgrupp med nio myndigheter
- ett nationellt nätverk med 21 regionala samordnare
- en nationell intressentgrupp med frivilligorganisationer, forskare och sakkunniga.

För att besvara delfråga 3 om hur nationella kunskapsstöd, och implementeringen av dessa på lokal och regional nivå fungerar, har vi genomfört en fallstudie. Vi valde att undersöka en kommun med väletablerade arbetssätt och samverkansformer i syfte att identifiera brister och framgångsfaktorer i det lokala och regionala arbetet. Antagligen finns då också liknande svårigheter i andra kommuner som inte har ett lika utvecklat suicidpreventivt arbete. Valet av kommun gjordes i flera steg. Vi hämtade uppgifter om samtliga kommuners suicidpreventiva arbete från en nationell kartläggning som Folkhälsomyndigheten genomfört.<sup>24</sup> Därefter bedömde vi de kommuner som hade uppgett att de hade ett jämförelsevis utvecklat suicidpreventivt arbete. Utifrån den genomgången valde vi en större kommun sett till antalet invånare. Valet föll då på Jönköpings kommun och tillhörande region, Region Jönköpings län. Vi valde intervjupersoner genom ett snöbollsurval, det vill säga ett icke-slumpmässigt urval. Vi började med att intervjua några utvalda företrädare som arbetar operativt och/eller kontinuerligt

<sup>23</sup> Prop. 2012/13:20, s. 92, bet. 2012/13: SoU5, rskr. 2012/13:116. IVO ska kontrollera att brister och missförhållanden åtgärdas samt förmedla kunskap och erfarenheter till de granskade. Vidare bör IVO ha en systematisk kunskapsåterföring vad gäller såväl identifierade styrkor som svagheter beträffande arbetssätt, organisation och resultat.

<sup>24</sup> Folkhälsomyndigheten, *Det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser 2019, Nulägesbild och en jämförelse med 2015, 2020.*

med suicidprevention. Dessa personer fick i sin tur peka ut andra personer som de samarbetar med tills en intervjumättnad uppnåddes. Sammanlagt har vi genomfört 27 semistrukturerade intervjuer<sup>25</sup>, både enskilda och i grupp, med forskare, myndighetsföreträdare på nationell, regional och lokal nivå, och personer som arbetar i frivilligorganisationer.

Granskningen har genomförts av en projektgrupp bestående av Charlotta von Porat (projektledare) och Ann-Christin Johnreden. Nedim Colo och Henrik Segerpalm samt praktikanterna Magda Bertz Wågström och Mathilda Fredriksson har bidragit med underlag till den slutliga rapporten. Företrädare för Regeringskansliet (Socialdepartementet), Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och IVO har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på ett rapportutkast. Även företrädare för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Trafikverket, SKR, räddningstjänsten i Jönköpings kommun och Suicide Zero samt forskare vid Nationellt centrum för suicidforskning och prevention och vid Lunds universitet har lämnat synpunkter på ett utkast.

## 1.5 Rapportens disposition

Kapitel 2 ger en bakgrund till suicidprevention i form av aktuell statistik och forskning samt en beskrivning av de granskade myndigheternas uppdrag. Kapitel 3 besvarar den tredje delfrågan om hur nationella kunskapsstöd och implementeringen av dessa fungerar på regional och lokal nivå. Kapitel 4 besvarar tre delfrågor som avser regeringens styrning, Folkhälsomyndighetens samverkan och uppföljningar inom suicidprevention. Slutligen redovisas slutsatser och rekommendationer i kapitel 5.

---

<sup>25</sup> Av dessa genomfördes 13 intervjuer inom ramen för fallstudien.

## 2 Suicidprevention

Enligt aktuell forskning är allsidiga och förebyggande insatser, som genomförs parallellt men till rimliga kostnader, nödvändiga för ett effektivt suicidpreventivt arbete. Exempel på suicidpreventiva åtgärder som bedöms ha effekter är insatser för att begränsa medel för att begå suicid, till exempel fysiska barriärer och till viss del utbildningsprogram som riktas till skolelever.

Folkhälsomyndigheten har sedan 2015 ett nationellt samordnings- och samverkansansvar för suicidprevention i syfte att stödja det regionala och lokala arbetet. Socialstyrelsen har en kunskapsstödjande uppgift inom psykisk hälsa i stort. IVO har tillsynsansvar för vården och omsorgen och kan på eget initiativ granska anmälda suicidärenden i vården.

### 2.1 Statistik

#### 2.1.1 Internationell utveckling

Globalt avlider närmare 800 000 personer i suicid varje år, vilket motsvarar närmare 11 suicid per 100 000 personer. För varje fullbordat självmord beräknas cirka 20 personer försöka ta sitt liv. Sedan 2000 har suicidtalet sjunkit i många länder enligt Världshälsoorganisationen (WHO). Närmare åtta av tio självmord i världen inträffar i låg- och medelinkomstländer.<sup>26</sup> Enligt åldersstandardiserade data har Sverige ett medelhögt suicidtal i en internationell jämförelse.<sup>27</sup>

#### 2.1.2 Utvecklingen i Sverige

Cirka 1 500 personer eller 19 personer per 100 000 invånare i åldern 15 år och äldre tar sitt liv varje år i Sverige.<sup>28</sup> Självmordstalet har endast marginellt sedan 2000-talet, efter en tydlig nedgång från 1980-talet. Minskningen beror på att färre äldre personer begår självmord. Däremot har självmordstalet för unga personer, 15–24 år, legat på en oförändrad nivå sedan 1980-talet, och ökat under de senaste två decennierna med i snitt cirka 1 procent per år. En liknande ökning över tid gäller även bland kvinnor 25–44 år.

Självmord är vanligast bland män, i sju av tio fall. Antalet självmord stiger med ökande ålder, men är högst i gruppen 45–64 år följt av personer som är 65 år och äldre. Självmordstalet har minskat för dessa två åldersgrupper under de senaste 20 åren.

<sup>26</sup> World Health Organization, "Suicide: Key facts", hämtad 2020-09-11.

<sup>27</sup> World Health Organization, *Suicide in the world: Global Health Estimates*, 2019. Jämförelser mellan olika länder försvåras av flera faktorer, till exempel hur dödsfall registreras, vilka metoder som används vid suicid och hur samhället ser på självmord (som kan innebära en underrapportering).

<sup>28</sup> Antalet avser både säkra och osäkra självmord (utifrån ställd diagnos/dödsorsak).



De regionala skillnaderna i landet är stora. Det genomsnittliga självmordstalet för 2016–2020 för personer 15 år och äldre var högst i Gotlands och Gävleborgs län, drygt 23 personer jämfört med Västerbottens och Västernorrlands län med cirka 15 respektive 16 personer per 100 000 personer 15 år och äldre (se bilaga 2).<sup>29</sup>

Enligt Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) finns det exempel från forskningen om psykisk ohälsa som pekar på att förekomsten av självmord tillfälligt minskar under en samhällelig kris. Tillfälliga minskningar tenderar dock att kompenseras eller till och med överkompenseras med en ökning av suicid när den omedelbara krisen har gått över.<sup>30</sup>

## 2.2 Aktuell forskning

### 2.2.1 NASP:s kunskapsunderlag

NASP<sup>31</sup> har tagit fram ett kunskapsunderlag<sup>32</sup> som är en översikt av internationell forskningslitteratur. Underlaget beskriver både evidensbaserade befolkningsinriktade insatser för att minska självmord och förutsättningar<sup>33</sup> för ett fungerande suicidpreventivt arbete. Tanken är att underlaget ska stödja olika aktörer som arbetar med suicidprevention så att de kan identifiera insatser som har gott vetenskapligt stöd och göra prioriteringar. Den övergripande slutsatsen är att suicidpreventiva insatser bör omfatta olika åtgärder och genomföras på flera nivåer samtidigt. Hälso- och sjukvården behandlar de sjukdomar som orsakar lidande. Men det saknas såväl tillförlitliga metoder för att kunna förutse framtida suicid<sup>34</sup> som evidensbaserade psykiatriska behandlingar mot suicidalitet. Bakom

<sup>29</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Självmord i varje län i Sverige", hämtad 2021-08-23. Statistiken är i sin tur hämtad från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och avser både säkra och osäkra självmord (utifrån ställd diagnos/dödsorsak). Enligt NASP är andelen osäkra självmord relativt hög i Sverige. Av 100 säkra och osäkra självmord är cirka 20 fall osäkra.

<sup>30</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Coronaviruset: Risk för ökande självmord och självskaador i samhället efter pandemin", hämtad 2020-03-30.

<sup>31</sup> NASP tillhör organisatoriskt Karolinska Institutet men finansieras av både Region Stockholm och Folkhälsomyndigheten (via ramanslag), och räknas som ett nationellt expertorgan för suicidprevention. NASP är WHO:s samarbetscenter för forskning, metodutveckling och utbildning i suicidprevention sedan 1997.

<sup>32</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *Rekommendationer för suicidpreventiva insatser på befolkningsnivå – Nationellt centrum för suicidforskning och prevention*, 2019.

<sup>33</sup> Med förutsättningar avses övergripande samhällsstrukturer, såsom ett fungerande skolsystem och hälso- och sjukvårdssystem, eller mer specifika aktiviteter såsom att minska stigma eller öka kunskaperna om psykisk hälsa och suicidalitet. Sådana insatser är svåra att utvärdera och saknar därför specifik evidens för utfallsmått såsom suicid, men anses ändå vara uppenbart viktiga att de rekommenderas oavsett evidensgrad.

<sup>34</sup> Detta bekräftas också i en systematisk kunskapsöversikt från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) från 2015. Översikten visar att det saknas vetenskapligt stöd för att förutsäga framtida suicid med hjälp av bedömningsinstrument i vården. En slutsats är att det behövs mer forskning för att klarlägga värdet med skattningsinstrument, eftersom det saknas studier av om dessa kan förbättra prediktionen av suicidhandlingar när de används som komplement till den kliniska bedömningen.

en suicidhandling finns ofta en komplex problematik och en mängd riskfaktorer. Och eftersom suicid inte enbart är en konsekvens av psykisk sjukdom behövs allsidiga insatser som förebygger även andra orsaker till lidande.<sup>35</sup>

#### Några begrepp inom suicidprevention

**Riskfaktorer** är identifierade faktorer som kan ligga bakom ett suicidalt beteende, till exempel psykiatrisk eller fysisk sjukdom, samsjuklighet (kliniska eller vårdrelaterade faktorer), beroendesjukdom, tidigare suicidförsök och psykosociala faktorer såsom traumatiska händelser i livet, låg socioekonomisk status (arbetslöshet, låg utbildning, ekonomiska svårigheter) och nedsatt beslutsförmåga (icke-kliniska faktorer).

**Skyddsfaktorer** är identifierade faktorer som främjar psykisk hälsa och förebygger suicidalt beteende: hög problemlösningsförmåga, högt självförtroende/god självkänsla, tillgång till natur, hög förmåga att hantera stressfyllda/krävande situationer, känsla av sammanhang/meningsfullhet (personliga relationer, partner, föräldraskap, arbetsliv, egenmakt), god anknytning till viktiga personer (vårdnadshavare/partner) och god skol- och arbetsmiljö.

#### Tre nivåer av insatser inom suicidprevention

**Universella insatser** riktas till en större population oavsett dess risk för suicid, till exempel invånare i en region eller elever i en skola. Detta görs förebyggande. Exempel på insatser är att minska alkoholkonsumtion och beroende av narkotika och läkemedel.

**Selektiva insatser** riktas till grupper med förhöjd suicidrisk, till exempel personer med psykiska och/eller somatiska problem, personer som befinner sig i en livskris, eller personer som har gjort självmordsförsök.

**Indikerade insatser** riktas till individer som har en etablerad suicidproblematik, som till exempel har genomfört ett suicidförsök eller har suicidtankar. Insatserna handlar om sammanhållen vård för den enskilde.

Källa: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention och World Health Organization.

I NASP:s kunskapsunderlag<sup>36</sup> redovisas också evidensbaserade befolkningsinriktade insatser<sup>37</sup> vars suicidpreventiva effekt har bedömts och

<sup>35</sup> Enligt NASP är suicidhandlingar den yttersta konsekvensen av ett stort lidande för individen. Lidandet kan ha orsakats av att man drabbats av svår psykisk eller fysisk sjukdom eller av olika trauman och stressfyllda livshändelser. En betydande andel av dem som försökt ta sina liv har i olika studier konstaterats lida av depression, ångesttillstånd, missbruk och beroende, schizofreni eller andra psykiska problem.

<sup>36</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *Rekommendationer för suicidpreventiva insatser på befolkningsnivå, Betaversion*, 2019. Det vetenskapliga underlaget baseras på en systematisk litteratursökning och sammanställning av suicidpreventiv forskning januari 2015-mars 2018. Totalt ingår 43 metaanalyser och 15 originalstudier med utfallsmåttet suicid och suicidförsök.

<sup>37</sup> Med befolkningsinriktade insatser avses icke-kliniska insatser, det vill säga inte terapier och farmakologiska behandlingar, även om insatserna kan involvera vårdpersonal till exempel förbättrad vårdkedja, utbildning av kliniker och patientuppföljningar. Endast befolkningsinriktade insatser redovisas eftersom självmord ses som ett samhällsproblem som vården på egen hand inte kan/bör hantera.

evidensgraderats.<sup>38</sup> Bara utvärderingsstudier med fullbordat suicid och/eller suicidförsök som utfallsmått ingår. Ett resultat är att insatser som begränsar tillgången till medel som kan användas för att begå suicid (till exempel broar, räcken och läkemedel) har effekter. Suicidpreventiva utbildningsprogram som riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården och andra yrkesgrupper bedöms ha måttlig till stark evidens. Utbildningsprogram för skolelever har viss evidens. En begränsad tillgång till alkohol kan också minska antalet suicid. Massmediernas roll är viktig för att sprida kunskap om suicid och om hur man kan söka hjälp, även om det inte går att visa på mätbara effekter.<sup>39</sup> Samtidigt är det viktigt att medier rapporterar på rätt sätt för att inte utlösa suicidhandlingar. Insatser för att förbättra uppföljningen av patienter som behandlats för suicidförsök eller självsador samt rutiner för suicidprediktion bedöms ha måttliga effekter. Det innebär att metoder för att bedöma, bemöta och behandla potentiellt suicidnära personer behöver utvecklas. Andra insatser såsom fysisk aktivitet och bra kost samt hjälp- och stödlinjer har utvärderats i mindre utsträckning.

Flera studier avser så kallade multikomponentinsatser. Det innebär att man i en och samma studie har genomfört flera suicidpreventiva insatser samtidigt. Enligt NASP ökar möjligheten till positiva resultat med flera insatser. Insatserna bör väljas utifrån dokumenterad evidens och genomförbarhet. Insatser med små effekter kan tänkas bidra till en relativt stor samhällsnytta om de kan implementeras brett till en låg kostnad. Därför menar NASP att en effektiv suicidpreventiv handlingsplan bör innehålla ett flertal insatser på flera nivåer för att förebygga suicid och suicidhandlingar.

### 2.2.2 Folkhälsomyndighetens litteraturöversikter

Folkhälsomyndigheten publicerade 2016 en litteraturöversikt över suicidpreventiva insatser utanför hälso- och sjukvården.<sup>40</sup> Syftet var att beskriva kunskapsläget om suicidpreventiva och befolkningsinriktade insatser utifrån utfallsmåtten suicid, suicidförsök och suicidtankar. Genomgången<sup>41</sup> visade att det

<sup>38</sup> NASP:s evidensgradering bygger på följande kriterier: Stark evidens indikerar minst en högkvalitativ studie (till exempel randomiserad, kontrollerad studie) med positiva resultat (det vill säga minskad suicid eller suicidförsök) utan motsvarande konflikerande studier. Måttlig evidens avser en eller flera studier av varierande kvalitet utan motsvarande konflikerande studier, eller flera högkvalitativa studier med konflikerande resultat. Svag evidens avser icke-empiriskt underlag, studier med inkonsekventa resultat (motsvarande konflikerande studier finns). Ingen evidens/evidens emot avser inga studier, studier som konsekvent visar på nollresultat eller studier som visar på ökad ohälsa.

<sup>39</sup> Även enligt WHO har medier en roll i det förebyggandet arbete (se World Health Organization, "Suicide: Key facts", hämtad 2020-09-11).

<sup>40</sup> Folkhälsomyndigheten, *Effekter av suicidpreventiva insatser utanför hälso- och sjukvården. Resultat från en kartläggande litteraturöversikt*, 2016.

<sup>41</sup> Genomgången avsåg publicerade systematiska litteraturöversikter som identifierades genom rapporter av WHO och National Action Alliance for Suicide Prevention (NAASP), och genom litteratursökning i databasen PubMed. Totalt identifierades 466 litteraturöversikter, varav 26 bedömdes vara relevanta för syftet.

är ovanligt med analyser av hur suicidpreventiva insatser påverkar suicidrelaterade problem i olika grupper och om de är kostnadseffektiva.

En uppföljande litteraturgenomgång<sup>42</sup> undersökte effekterna av utbildning och medvetandegörande insatser utanför vården.<sup>43</sup> Den övergripande slutsatsen var att enskilda utbildningar och medvetandegörande insatser bör ses som en del av ett bredare suicidpreventivt arbete eftersom det inte går att se om utbildningsinsatserna har haft effekter på antalet suicid. Det är svårt att koppla förändringar i suicidtal till en isolerad insats. Effektstudier kräver mycket stora undersökningsgrupper och långa uppföljningstider för att ge statistiskt säkra resultat.

### 2.2.3 Riskfaktorer och metoder som förhindrar suicid

I en artikel<sup>44</sup> från 2020 redovisas forskningsläget för suicidprevention när det gäller riskfaktorer för suicid och de metoder som finns för att förhindra suicidförsök och suicid. Slutsatsen är att det behövs en evidensbaserad praxis för att kunna bedöma en patients suicidrisk och vilka åtgärder som bör sättas in. Bedömningen bör utgå från tidigare suicidalt beteende och innehålla öppna frågor om suicidtankar och psykosociala behov. För att förhindra suicidförsök och suicid behöver nya metoder för beslutsstöd och patientsäkerhet utvecklas. När det gäller riskfaktorer har olika typer av psykiatriska diagnoser och behandling av dessa stor betydelse.<sup>45</sup> Men en person kan begå självmord utan en psykiatrisk diagnos. Till exempel har personer med okvalificerade yrken en förhöjd suicidrisk, vilket kan förklaras av en högre psykosocial stress. Men också personer i yrken med tillgång till dödliga medel har en förhöjd risk, såsom sjuksköterskor, lantbrukare och poliser. Livshändelser såsom separation och skilsmässa, relationssvårigheter, allvarlig fysisk sjukdom, förlust av partner, och att ha förlorat någon genom suicid medför också en ökad suicidrisk.<sup>46</sup>

## 2.3 Myndigheters uppdrag inom suicidprevention

### 2.3.1 Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten bildades den 1 januari 2014 genom en sammanslagning av dåvarande Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Smittskyddsinstitutet. FHI arbetade före sammanslagningen med suicidprevention. Tillsammans med Socialstyrelsen tog de fram ett förslag på strategier och åtgärder som skulle användas i ett

<sup>42</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention genom utbildning och medvetandegörande. En systematisk litteraturoversikt över förebyggande insatser utanför hälso- och sjukvården*, 2019.

<sup>43</sup> 173 publikationer bedömdes som relevanta för en litteraturoversikt varav 41 kunde användas för att sammanväga effekterna. De utfall som undersöktes var kunskaper om och attityder till suicid, färdigheter i att ingripa och förekomsten av suicidtankar och suicidförsök.

<sup>44</sup> Fazel och Runeson, "Suicid", 2020.

<sup>45</sup> Se Zalsman med flera, "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review", 2016.

<sup>46</sup> Enligt WHO är tidigare suicidförsök den enskilt största riskfaktorn för suicid.

nationellt handlingsprogram för suicidprevention.<sup>47</sup> Programmet antogs sedan i samband med beslutet om att införa visionen 2008. Tillsammans med andra myndigheter utarbetade FHI även ett informationsmaterial som skulle spridas till skolelever, en strategi för spridning av materialet till skolpersonal<sup>48</sup> och ett förslag till utbildningsinsatser för att höja kompetensen hos personal inom vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik.<sup>49</sup>

Samma år som Folkhälsomyndigheten bildades fick de i uppdrag av regeringen att lämna ett förslag på hur en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidpreventivt arbete skulle utformas. Förslaget ledde till att regeringen gav Folkhälsomyndigheten i uppdrag 2015 att samordna det suicidförebyggande arbetet på nationell nivå. Syftet var att stärka den nationella kunskapsstyrningen av arbetet och att därigenom skapa förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap används i verksamheterna.<sup>50</sup> Följande delar ingår i Folkhälsomyndighetens arbete med suicidprevention:

- **Utveckla samordningen och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer.** En central del i samordningsuppdraget är att utveckla det förebyggande arbetet i samverkan mellan berörda myndigheter, brukar- och anhängargrupper och andra frivilligorganisationer. Folkhälsomyndigheten har därför bildat två samverkansgrupper – en för myndigheter<sup>51</sup> och en för intressenter<sup>52</sup> – som syftar till att deltagarna ska utbyta kunskap och förbättra samordningen. Grupperna träffas cirka fyra gånger per år, antingen var för sig eller gemensamt (se avsnitt 4.2). Det finns också ett nätverk med regionala samordnare (se avsnitt 3.2). Vid årsskiftet 2018/2019 tog Folkhälsomyndigheten över det samordnande ansvaret för nätverket som tidigare organiserades av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)<sup>53</sup>.
- **Utveckla kunskapssammanställning, kunskapsspridning och vägledning i samverkan med berörda myndigheter och berörda aktörer.** Under hösten 2016 startade Folkhälsomyndigheten webbplatsen [suicidprevention.se](http://suicidprevention.se) där myndigheten samlar information och material om suicid och suicidprevention. Webbplatsen riktar sig till alla som arbetar med att förebygga suicid, och via den publiceras faktablad om olika insatser, till

<sup>47</sup> Regeringsbeslut S2006/10114/FH.

<sup>48</sup> Regeringsbeslut S2008/5348–5350/FH. Uppdraget genomfördes i samråd med Myndigheten för skolutveckling och NASP.

<sup>49</sup> Regeringsbeslut S2008/5348–5350/FH. Uppdraget genomfördes i samverkan med Socialstyrelsen.

<sup>50</sup> Regeringsbeslut S2015/3986/FS, s. 2. Samordningsuppdraget inom suicidprevention kom 2015 och var inte instruktionsstyrt i första hand förrän i den reviderade instruktionen som trädde i kraft den 4 maj 2021.

<sup>51</sup> Folkhälsomyndigheten, "Myndighetssamverkansgrupp", hämtad 2020-02-20.

<sup>52</sup> Folkhälsomyndigheten, "Intressentgrupp", hämtad 2020-02-20.

<sup>53</sup> Folkhälsomyndigheten, *Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2018, 2019*, s. 45.

exempel första hjälpen till psykisk hälsa (Mental Health First Aid, MHFA),<sup>54</sup> samt dokumentation av effekter av insatser, till exempel skolbaserade program<sup>55</sup>.

- **Stärka kunskapsuppbyggnad och framtagande av ny kunskap i samverkan med myndigheter och berörda aktörer samt ge stöd till sådant utvecklingsarbete.** Folkhälsomyndigheten genomför undersökningar och tar fram rapporter och litteraturoversikter om psykisk hälsa och suicidprevention (se avsnitt 2.2.2).
- **Utveckla uppföljningen av det suicidpreventiva arbetet i samverkan med berörda myndigheter och berörda aktörer.** Folkhälsomyndigheten har genomfört två kartläggande undersökningar av suicidpreventivt arbete på lokal och regional nivå, 2015 och 2019 (se avsnitt 4.3.3). Myndigheten har också genomfört två uppföljningar av suicidhändelser i vården, en tillsammans med Socialstyrelsen och en med anlitade forskare (se avsnitt 4.3.3. och 4.3.4.). Folkhälsomyndigheten har ett pågående uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen ”i nära samverkan följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa i kommuner och regioner 2020–2023”.<sup>56</sup>
- **Publicera sammanfattande årliga rapporter om utvecklingen på området utifrån sin roll som samordnande myndighet.** Sedan 2016 publiceras årliga lägesrapporter om psykisk hälsa och suicidprevention. Syftet är att ge en övergripande beskrivning av nuläget och ta upp olika aspekter av det arbete som bedrivs av Folkhälsomyndigheten och andra aktörer på området.

Det kan slutligen nämnas att Folkhälsomyndigheten också fördelar statsbidrag till frivilligorganisationer inom psykisk hälsa och suicidprevention (se avsnitt 4.1.4).

### 2.3.2 Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP)

NASP beskrivs som statens expertorgan för suicidprevention. De bedriver även verksamhet för Region Stockholms räkning och är ett av WHO:s samarbetscentrum. NASP tillhör organisatoriskt Karolinska Institutet (KI) sedan

<sup>54</sup> Folkhälsomyndigheten, *Första hjälpen till psykisk hälsa ökar kunskaper och beredskapen att hjälpa*, 2019.

<sup>55</sup> Folkhälsomyndigheten, *Skolbaserad prevention kan minska suicidförsök och suicidtankar*, 2016.

<sup>56</sup> Regeringsbeslut S2020/01044/FS. Att Folkhälsomyndigheten ska följa och stödja genomförandet av statens insatser hos regioner och kommuner preciseras inte närmare och kan vara en del av myndighetens samordningsuppdrag från 2015 om att ”ge stöd till utvecklingsarbete”.

den 1 oktober 2007.<sup>57</sup> De övergripande målen med verksamheten<sup>58</sup> är att medverka till att:

- varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök
- undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv
- tidigt upptäcka och bryta negativa trender av självmord och självmordsförsök hos utsatta grupper
- öka kunskapsnivån om självmord samt att stödja personer med självmordstankar och anhöriga till personer som försökt eller har begått självmord.

NASP finansieras av både Region Stockholm och genom Folkhälsomyndighetens ramanslag. De har årligen fått drygt 3 miljoner kronor sedan 2014, och från och med 2019 drygt 8 miljoner kronor via Folkhälsomyndighetens ramanslag. Hittills har regeringen inte ställt några redovisnings- och uppföljningskrav på NASP om hur medlen till suicidprevention används. Men i Folkhälsomyndighetens regleringsbrev för 2021 står det att NASP senast den 31 mars 2022 ska redovisa hur medlen för verksamhetsåret 2021 har använts.

### 2.3.3 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har en kunskapsstödjande uppgift inom området psykisk hälsa i stort, till exempel via nationella riktlinjer och webbplatsen Kunskapsguiden.se.<sup>59</sup> Myndigheten har cirka 60 pågående regeringsuppdrag som handlar om psykisk hälsa, men få uppdrag om suicidprevention. Socialstyrelsen har medverkat i några regeringsuppdrag i samband med den riksdagsbeslutade visionen 2008, men först 2019 fick myndigheten specifika uppdrag inom suicidprevention, ett enskilt och några gemensamma med Folkhälsomyndigheten.

När riksdagen beslutade om den övergripande visionen 2008 fick FHI i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen ta fram förslag till utbildningsinsatser för vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik.

Myndigheterna skulle även ta fram en strategi för implementering av förslaget. Samtidigt fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett informationsmaterial som skulle öka kunskapen om självmord i befolkningen. Uppdraget innebar att även föreslå hur informationen ska spridas inom hälso- och sjukvården, i samverkan med NASP och frivilligorganisationen Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES).<sup>60</sup>

<sup>57</sup> Prop. 2006/2007:100, s. 195, bet. 2006/07:KU22, rskr. 2006/07:223. Riksdagsbeslutet innebar en avveckling av myndigheten Institutet för psykosocial medicin (IPM). Den del av IPM som avsåg suicidforskning inordnades samtidigt i Karolinska Institutet.

<sup>58</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Mål och verksamhet", hämtad 2020-04-15.

<sup>59</sup> Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017.

<sup>60</sup> Regeringsbeslut S2008/5348–5350/FH. Se även bet. 2008/09:SoU1, s 44-45.

Regeringen gav Socialstyrelsen 2010 i uppdrag att utvärdera en pilotstudie av ett australiskt självmordsförebyggande program som KI och NASP genomfört.<sup>61</sup> Samma år fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en nationell handlings- och åtgärdsplan för personer över 65 år. Kunskap om hur man förebygger självmord bland äldre var en del i uppdraget som genomfördes med MSB, FHI och Rikspolisstyrelsen.<sup>62</sup>

År 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram och sprida kunskap som kan stödja hälso- och sjukvården och socialtjänsten i att förebygga suicid och stödja efterlevande.<sup>63</sup> Inom ramen för regeringens överenskommelse med SKR 2020 fick Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att stödja, följa och utvärdera insatserna inom psykisk hälsa och suicidprevention på regional och lokal nivå.<sup>64</sup> Samma år fick dessa myndigheter i uppdrag att tillsammans med ett tjugotal berörda myndigheter ta fram underlag för en kommande nationell strategi inom psykisk hälsa och suicidprevention.<sup>65</sup>

### 2.3.4 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO ansvarar för tillsyn av vård och omsorg. IVO har också föreskriftsrätt för anmälningsärenden enligt lex Maria, som myndigheten tog över från Socialstyrelsen 2017. Samtidigt upphörde det obligatoriska kravet på vårdgivare att göra en lex Maria-anmälan om en patient begick självmord inom fyra veckor efter den senaste vårdkontakten.<sup>66</sup> Sedan det obligatoriska anmälningskravet upphörde i föreskrifterna<sup>67</sup> har antalet anmälningar av suicid minskat betydligt. IVO uppger att de därför ska fortsätta följa antalet lex Maria-anmälningar om allvarliga vårdskador som rör självmord.<sup>68</sup> IVO har också angett<sup>69</sup> att de inom ramen för sin

<sup>61</sup> Regeringsbeslut S2010/3655/FH (delvis), S2010/6262/FH (delvis). Se även bet. 2010/11:SoU16. Mental Health First Aid (MHFA), eller Första hjälpen till psykisk hälsa, är ett utbildningsprogram för allmänheten med syfte att ge kunskaper i att ge en första hjälp tills den drabbade fått professionell hjälp.

<sup>62</sup> Regeringsbeslut S2010/2274/FST. Se även dir. 2014:2.

<sup>63</sup> Regeringsbeslut S2019/02244/FS. Se även regeringsbeslut S2019/05315/RS.

<sup>64</sup> Regeringsbeslut S2020/01044/FS.

<sup>65</sup> Regeringsbeslut S2018/04669/FS (delvis), S2018/06126/FS (delvis), S2020/06171/FS (delvis).

<sup>66</sup> Socialstyrelsen hade föreskriftsrätt när ändringen trädde i kraft den 1 september 2017 om att i föreskrifterna ta bort det obligatoriska kravet för anmälningskyldighet för självmord inom fyra veckor efter kontakt med vården. Sedan den 1 september 2017 omfattas självmord enbart av bestämmelserna i 3 kap. 3 och 5 § patientsäkerhetslagen (2010: 659). Där föreskrivs det att vårdgivaren ska utreda och anmäla allvarliga händelser i vården som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Enligt Socialstyrelsen var anledningen till ändringen att det inte fanns något författningsstöd för anmälningskyldighet för självmord inom fyra veckor efter en kontakt med sjukvården.

<sup>67</sup> Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

<sup>68</sup> Inspektionen för vård och omsorg, *Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningskyldigheten upphörde den 1 september 2017*, 2018.

<sup>69</sup> Folkhälsomyndigheten, "Myndighetssamverkansgrupp", hämtad 2021-02-20.



tillsyn ska prioritera suicidprevention genom att granska interna utredningar<sup>70</sup> efter inträffade suicid och genom att följa upp vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete. Men arbetet med riktade uppföljningar har skjutits upp under pandemin.<sup>71</sup> IVO genomförde 2020 en regional uppföljning av vårdgivares patientsäkerhetsarbete inom suicidprevention.<sup>72</sup>

### 2.3.5 Övriga myndigheter och aktörer

Flera myndigheter arbetar både operativt och kunskapsstödande med frågor som rör suicidprevention, men alla har inte särskilda regeringsuppdrag.<sup>73</sup> Nedan följer en redovisning av några myndigheters och aktörers suicidpreventiva arbete.

*Kriminalvården* arbetar suicidpreventivt genom att försöka identifiera och hjälpa de klienter som mår dåligt. År 2019 stärkte myndigheten de nationella riktlinjerna för suicid för all klientnära verksamhet och reviderade handboken för suicidprevention som numera omfattar både anstalt, häkte, frivård och transportverksamhet. Alla klienter i Kriminalvården ska riskbedömas för suicid. Vidare har myndigheten infört en årlig systematisk analys av suicidfall, för att uppmärksamma eventuella behov av nationella åtgärder.

*Migrationsverket* utbildar personal vid mottagningsenheterna för asylsökande, för att stärka möjligheterna till att identifiera och uppmärksamma klienternas behov av vård eller stöd. Migrationsverket har också en utbildning till personal inom förvar<sup>74</sup> i att upptäcka och stödja nyinskrivna som har ökad självmordsrisk eller annan psykisk ohälsa.

*Läkemedelsverket* följer rapporteringen om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar, som en del i arbetet med att minska medel och metoder för suicid. Läkemedelsverket har tagit initiativ till att kartlägga användningen av opioider och har fått ett regeringsuppdrag om att öka kunskapen om användningen av lugnande medel och sömnmedel.

<sup>70</sup> Vårdgivares interna utredningar regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Vårdgivare är skyldiga att snarast utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

<sup>71</sup> Folkhälsomyndigheten, "Myndighetssamverkansgrupp", hämtad 2021-02-23.

<sup>72</sup> Enligt IVO:s faktagranskning 2021-09-03 pågår fortlöpande granskningar av lex Maria-anmälningar enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Den regionala tillsynen omfattade två regioner och 20 psykiatriska verksamheter (beslut dnr. 3.5.1-04093/2020-15).

<sup>73</sup> Folkhälsomyndigheten, *Psykisk hälsa och Suicidprevention. Lägesrapport 2019, 2020*, s. 37–43.

<sup>74</sup> I försvarsenheterna finns personer som är frihetsberövade i väntan på att ett anvisnings- eller utvisningsbeslut ska verkställas.

*Polismyndigheten* fick i uppdrag 2017 att förbättra polisanställdas kompetens att bemöta personer med psykisk ohälsa.<sup>75</sup> Bakgrunden till uppdraget var att den av regeringen utsedda nationella samordnaren inom området psykisk hälsa<sup>76</sup> lyfte, efter kontakter med Polismyndigheten, behovet av kompetenshöjning hos polispersonal.<sup>77</sup> Antalet uttryckningar som är kopplade till psykisk ohälsa och suicidförsök har ökat över tid. Enligt statistik från myndigheten ingriper poliser cirka 40 gånger om dagen i suicidrelaterade ärenden. Kurs om akut omhändertagande av självmordsnära person (AOSP) för främst ingripande poliser genomfördes i samtliga polisregioner 2020.<sup>78</sup> Planen är att kompetensutveckling om psykisk ohälsa ska vara en integrerad del av ordinarie utbildningsverksamhet.<sup>79</sup>

*Skolverket* har inte något uttalat uppdrag vad gäller suicidprevention, utan arbetar sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande för att utveckla goda lärmiljöer, bland annat genom att fördela medel till hälsofrämjande och förebyggande projekt.

*SOS Alarm AB*<sup>80</sup> besvarar varje år cirka 34 000–35 000 suicidrelaterade samtal. Av dessa är 8 000–9 000 samtal med uttalade suicidhot där både ambulans, polis och ofta räddningstjänst larmas. För de samtal som klassificeras som hot om suicid använder SOS-operatören en särskild åtgärdsplan. Planen innebär att operatören ska larma blåljusenheter och samtidigt fortsätta att prata med personen tills hjälp är på plats. Men det finns ingen nationell enhetlig plan för hur samtalen hanteras.

*Statens institutionsstyrelse (SiS)* arbetar suicidförebyggande, främst genom nationella utbildningar som all behandlingspersonal inom SiS återkommande ska delta i. År 2019 fortsatte myndigheten arbetet med att utbilda psykologer i att bedöma och hantera självmordsrisk vid handläggning av klienter.

<sup>75</sup> Regeringsbeslut Ju2017/06176/PO. Bakgrunden till uppdraget var att en förhållandevis hög andel av de personer som polisen skjuter mot vid ingripanden har eller bedöms ha psykiska problem. Myndighetens statistik visar också en uppgång i antalet händelser som är relaterade till suicid eller suicidförsök, vilket bekräftar att psykisk ohälsa och suicid är en stor del av den polisiära vardagen.

<sup>76</sup> Dir. 2015:138.

<sup>77</sup> Regeringsbeslut Ju2017/06176/PO, s. 2.

<sup>78</sup> Polismyndigheten, "Ökad kompetens inom psykisk ohälsa och suicid", hämtad 2020-12-15.

<sup>79</sup> Polismyndigheten, "Stärkt arbete för att bemöta psykisk ohälsa", hämtad 2021-03-23.

<sup>80</sup> SOS Alarm AB regleras av ett konsortialavtal mellan staten och SKR Företag AB, som vardera äger 50 procent av bolaget. Bolaget har huvudansvaret för den nationella alarmeringsverksamheten som innehåller en samhällsviktig infrastruktur, både tekniska och administrativa system, som måste fungera i kontakterna med polisen, hälso- och sjukvården och räddningstjänsten. Staten har flera roller i alarmeringsverksamheten: Regeringen styr SOS Alarm genom Justitiedepartementet, som ansvarar för alarmeringsavtalet, och genom Näringsdepartementet, som ansvarar för regeringens ägarstyrning. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) kontrollerar årligen SOS Alarms arbete enligt alarmeringsavtalet. Andra aktörer inom alarmeringsverksamheten är regionerna, kommunerna och statliga räddningsorgan. De ansvarar för att organisera och genomföra ambulanssjukvård och för insatser av kommunal och statlig räddningstjänst (se Riksrevisionen, *Regeringens styrning av SOS Alarm – viktigt för människors trygghet*, 2015).

*Trafikverket* arbetar med olika suicidpreventiva åtgärder för att minska antalet suicid i transportsystemet. År 2019 ingick myndigheten i en arbetsgrupp med SKR för att ta fram en praktisk vägledning för hur kommuner ska arbeta med det kommunala vägnätet. Myndigheten har tagit fram underlag och information till berörda aktörer i samhället, fördjupat samarbetet med blåljusmyndigheterna och genomfört försök med att identifiera riskpersoner och riskplatser för att förhindra suicid. Enligt Trafikverket ses flera fysiska åtgärder som viktiga, till exempel mötteseparering och åtgärder i vägarnas sidoområden eller stängsel, spärrstaket mellan spår, kameraövervakning och pyramidmattor inom bantrafiken.

### 3 Suicidpreventivt arbete på regional och lokal nivå

Kapitlet behandlar hur det suicidpreventiva arbetet fungerar på regional och lokal nivå. Syftet är att ta reda på om de nationella kunskapsstöden, och stödet för implementering av dessa, är verkningsfulla för att bidra till konkreta åtgärder (delfråga 3).

Vi bedömer att statens insatser inte har varit tillräckligt verkningsfulla för att skapa ett ändamålsenligt och kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete på regional och lokal nivå. De intervjuade känner till att det finns information hos Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och NASP. Även om de nationella kunskapsstöden är kända och till viss del används i det suicidpreventiva arbetet kan de förbättras och konkretiseras. Kunskapsstöd som är enklare, mer konkreta och tillgängliga efterfrågas, eftersom de som finns är för övergripande för att kunna användas i det dagliga arbetet. Även en sammanställning av kunskapsstöden som löpande uppdateras efterfrågas. Utbildning erbjuds av NASP men upplevs vara för dyr för kommuner, sett till både kostnad och tidsåtgång. Räddningstjänsten efterfrågar tydligare författningsstöd för suicidpreventivt arbete, exempelvis i MSB:s föreskrifter och i Boverkets byggregler.<sup>81</sup> Vidare behöver rutiner byggas upp för en fungerande informationsdelning mellan psykiatrin och framför allt räddningstjänsten, polisen och socialtjänsten.

Vi konstaterar att nätverket av regionala samordnare är viktigt för det regionala och lokala suicidpreventiva arbetet. Vi drar också slutsatsen att Folkhälsomyndighetens kunskapsstödjande roll i nätverket har bidragit till att aktörerna på den regionala nivån har börjat samverka och samordna insatser även om det saknas en formell struktur för det suicidpreventiva arbetet på den regionala nivån. Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd uppfattas ha lett till att suicidpreventionsfrågor har fått en större tyngd, och till att trycket på olika samhällsaktörer, framför allt i kommunerna, att arbeta suicidpreventivt och i samverkan har ökat. Samtidigt efterfrågas en tydligare nationell styrning av suicidpreventivt arbete på länsnivå för att bättre kunna stödja kommunerna.

Det är oklart i vilken mån kunskaper från det regionala nätverket implementeras och omsätts till konkreta suicidförebyggande åtgärder. Det finns ett glapp mellan kunskapsstöd och praktik. Ibland kan regeringsuppdrag eller statsbidrag underlätta processen, men inte alltid. I några fall saknas strukturer och mandat i den egna regionen för suicidpreventivt arbete eller så är verksamheten inriktad mot psykiatrin eller psykisk hälsa generellt. Ofta tas olika lokala initiativ och

<sup>81</sup> Skriftligt svar från räddningstjänsten i Jönköpings kommun, 2021-07-02. Byggregler avser regelverk generellt, det vill säga både lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd.

kunskaper hämtas från annat håll. Det suicidpreventiva arbetet begränsas när den regionala strukturen är otydlig och det saknas upparbetade länsnätverk.

Kommunerna har en viktig roll i det operativa arbetet eftersom de ansvarar för många invånarnära verksamheter. Samtidigt prioriterar kommuner suicidpreventivt arbete i olika grad och förutsättningarna för att bedriva ett sådant arbete ser olika ut. Det kan bero på personalstorlek och resurser, men ofta har kommuner svårt att se vilken roll de ska ha i arbetet, och vilket ansvar. Vidare är kommuner mer beroende av styrning och stöd i arbetet än regioner.

### 3.1 Vilka insatser är viktiga för det regionala och lokala suicidpreventiva arbetet?

Vi har ställt frågan till både forskare och företrädare på främst nationell nivå om vilka insatser som ses som viktiga för det regionala och lokala suicidpreventiva arbetet.<sup>82</sup> Syftet har varit att identifiera insatser som uppfattas som verkningsfulla. En återkommande synpunkt är vikten av långsiktighet och kontinuitet i valet av insatser. Ett väl fungerande samarbete mellan kommuner, regioner och andra aktörer lyfts som en förutsättning för ett framgångsrikt arbete. En annan är att våga prata öppet om suicid, både som medmänniska och som professionell person inom olika berörda verksamheter.

När det gäller breda insatser på befolkningsnivå, så kallade *universella insatser*, ses skolan som en viktig plats där mycket kan göras med hjälp av utbildningsprogram.<sup>83</sup> Ett annat område är minskad tillgång till medel och metoder för att genomföra suicid. Tillgång till läkemedel behöver begränsas och där har Läke medelsverket en viktig roll. Att arbeta med att sätta upp hinder i den fysiska miljön, till exempel broräcken och tågdörrar samt andra skyddande åtgärder, lyfts också fram. Trafikverket tillsammans med kommunerna nämns som viktiga aktörer som kan göra stor skillnad om man tar hänsyn till säkerheten vid planering av nybyggnationer.

Behovet av att utbilda personal och allmänhet i frågor om suicid lyfts fram av flera intervjuade. En regionföreträdare menar att det bör ställas krav på utbildning i suicidprevention. På lång sikt behöver ensamhet hos befolkningen brytas samt ekonomisk och social utsatthet förebyggas. Informationsinsatser om suicid och förebyggande insatser mot alkoholmissbruk anses vara viktiga. Men enligt några

<sup>82</sup> Intervjuer med företrädare för myndigheter, 2020-04-01, 2020-04-08, 2020-04-14, 2020-04-23, 2020-04-29 och 2020-05-26. Intervjuer med forskare, 2020-06-02, 2020-06-04, 2020-06-11, 2020-06-17 och 2020-06-30.

<sup>83</sup> Youth Aware of Mental health (YAM), ett program för skolelever med instruktörer för att främja diskussion och utveckla färdigheter för att möta livets svårigheter och öka kunskapen om psykisk hälsa). PAX är ett stödmaterial för ordinarie lärare i syfte att skapa lugn och studiero i klassrummet.

intervjupersoner är det svårt att se nyttan av breda folkhälsoinsatser när man arbetar inom psykiatrin och den övriga vården.

Behovet av *selektiva insatser*, det vill säga insatser som riktas mot högriskgrupper, lyfts inte fram i någon stor utsträckning i våra intervjuer. Bland grupper som behöver insatser nämns unga. Intervjupersonerna tar upp vikten av att rikta insatser och testa behandlingsmetoder mot riskgrupper såsom personer med missbruk, depression och bipolaritet samt anhöriga till personer som begått självmord. Även personer som upplever hög stress i vardagen, till exempel hbtqi-personer, är en riskgrupp.

När det gäller *indikerade insatser*, det vill säga insatser som avser personer med en etablerad suicidproblematik, anser intervjuade myndighetspersoner och forskare att man behöver följa upp personer som har genomfört suicidförsök. Även metoder för att behandla och förebygga suicidalt beteende behöver utvecklas.<sup>84</sup> Vidare efterfrågas en kedja av vårdinsatser efter ett suicidförsök och man tar upp att det behövs ett systematiskt arbete även utanför psykiatrin. Två exempel är att vården bör ha kontakt med patienten efter ett suicidförsök och göra bredare händelseanalyser.<sup>85</sup>

En återkommande synpunkt är att arbetet inom psykiatrin kan förbättras eftersom det finns brister i kommunikation, patientdokumentation och personalkontinuitet. Flera intervjupersoner menar att uppföljningen mellan centrala aktörer inte är samordnad och brister samt att rutiner behöver byggas upp för att skapa en fungerande informationsdelning mellan psykiatrin och framför allt räddningstjänsten, polisen och socialtjänsten. Ytterligare något som behöver stärkas är hjälplinjer som bemannas dygnet runt.

Bedömningsstöd för att identifiera riskpatienter finns och används inom psykiatrin, men intervjupersonerna är tveksamma till värdet av suicidskattningar och riskbedömningar av enskilda patienter. De menar att det saknas övertygande vetenskapligt stöd och etablerade metoder för att identifiera personer med suicidtankar och/eller risk för suicid. En annan synpunkt är att vårdpersonal inom både primärvården och psykiatrin behöver utbildas för att kunna hålla i samtal om existentiella frågor. Primärvården har en viktig roll för personer med psykisk ohälsa, och kvaliteten på vården behöver stärkas.

### 3.2 Det suicidpreventiva arbetet på regional nivå

Ansvar för det praktiska suicidförebyggande arbetet ligger huvudsakligen hos regionala och lokala aktörer. Samordningen på regional och lokal nivå är därför viktig för att de som arbetar operativt lättare ska kunna dela kunskap och erfarenheter, diskutera insatser och ansvarsfördelning samt samverka, till exempel

<sup>84</sup> Faktagranskning, Lunds universitet, 2021-08-31.

<sup>85</sup> Händelseanalys är en metod för interna utredningar enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

genom att ta fram regions- eller länsövergripande handlingsplaner för suicidförebyggande åtgärder.

De regionala strukturerna för hur det suicidpreventiva arbetet samordnas ser olika ut i landet. På några håll finns en regional samordning som byggts upp från Folkhälsomyndighetens förslag på nätverksstruktur. På andra håll saknas en formaliserad samordning eftersom regionerna inte har något formellt ansvar för nätverken.

### 3.2.1 Strategiska kunskaper och praktiska erfarenhetsutbyten används i regionerna

Regionsamordnarna tar del av information och nya kunskaper såsom kunskapssammanställningar och ny forskning samt erfarenheter av hur man arbetar i andra regioner.<sup>86</sup> Kunskapsstöden kommer till nytta i arbetet med andra aktörer och inom regioner med egna länsnätverk.

En representant från NASP är med i gruppen med regionsamordnare och informerar om evidensbaserade befolkningsinriktade insatser och aktuell forskning. NASP har en central roll tillsammans med Folkhälsomyndigheten.

Flertalet samordnare använder sig av statistik, kunskap från forskning och utvärderingar samt goda exempel på och framgångsfaktorer för suicidpreventivt arbete på nationell och regional nivå. De diskuterar också hur de ska ta fram olika former av styrdokument. Några samordnare är också med och stödjer implementering av utbildningar till den egna regionens kommuner. En samordnare använder sig av stödmaterial från en rad håll, till exempel Suicide Zero och SKR och information om utbildningar, efterlevandestöd och blåljussamverkan. Några samordnare tar upp hur regionen arbetar med sammanhållet vårdförlopp inom suicidprevention,<sup>87</sup> vilket innebär ett brett förebyggande arbete inom vård och behandling samt att man erbjuder efterlevandestöd vid suicidförsök/suicid. En samordnare har gjort en enkätstudie tillsammans med länsstyrelsen och ett lärosäte om beroende och suicidalitet. En annan samordnare har kontaktat Trafikverket efter att Folkhälsomyndigheten informerat om en rapport som Trafikverket och NASP tagit fram om suicid i transportsystemet.

<sup>86</sup> Enligt Folkhälsomyndighetens faktagranskning 2021-09-06 diskuteras indikerade insatser inom en annan struktur med bäring på klinisk verksamhet. Dessa insatser är en central del i det suicidpreventiva arbetet kopplat till vård och behandling.

<sup>87</sup> Medel har avsatts till sammanhållna vårdförlopp i regeringens överenskommelse med SKR inom psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022. De sammanhållna vårdförloppen syftar till att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården oavsett var i vårdkedjan man befinner sig. Region Kalmar har infört sammanhållna vårdförlopp inom suicidprevention, vilket innebär nya arbetssätt, specifika blåljus- och remissmallar, förbättrad uppföljning av suicidnära personer och tydlig involvering av närstående.

Men det finns också utmaningar med att arbeta med externa aktörer. Det kan vara svårt att få tillgång till forum där suicidpreventiva insatser behöver få tydligare uppmärksamhet, till exempel hos polisen och länsstyrelserna. En samordnare menar att det innebär dubbelarbete. Tre regioner har ingen regional samverkansfunktion i regionen och därmed saknas upparbetade kontakter med nyckelaktörer.<sup>88</sup> En samordnare anser att den egna regionala handlingsplanen är otydlig när det gäller vilka frågor som ska drivas och vilka frågor som är kommunens ansvar.

### 3.2.2 Oklart i vilken mån kunskaper implementeras och omsätts till konkreta suicidförebyggande åtgärder

Av enkätsvaren framgår att arbetet med att implementera suicidpreventiva åtgärder varierar i regionerna. Några samordnare uppger kortfattat att kunskapsstöd och insatser implementeras på ett bra sätt medan andra har svårt att bedöma hur detta arbete fungerar. Några uppger att det går långsamt eller att det saknas nätverk, strukturer och mandat i den egna regionen som gör implementeringen möjlig. Det nämns att det ibland är lättare att få med aktörer som har fått regeringsuppdrag eller medel via riktade statsbidrag.

Det är vanligast med utbildningsinsatser, till exempel MHFA och skolprogram för ungdomar (till exempel Youth Aware of Mental health, YAM). Det händer att lokala initiativ tas där kunskap om vad som ska göras hämtas från annat håll och det gör att samordnarens uppdrag blir svårt att arbeta med. I några regioner är det suicidpreventiva arbetet begränsat på grund av att den regionala organiseringen för suicidpreventionsfrågor är otydlig eller för att länsnätverk med kommunföreträdare saknas. Det är enligt samordnare angeläget att det finns länsnätverk så att kommuner kan stödja varandra i arbetet med suicidprevention.

”Det har tagit tid att etablera regionala strukturer för suicidförebyggande åtgärder, så det har varit svårt att på ett mera konkret sätt implementera åtgärderna.”

*(Skriftligt svar från en regional samordnare)*

En samordnare uppger att det finns ett motstånd hos till exempel primärvård och somatisk vård att arbeta med suicidpreventiva frågor, men också att det huvudsakligen är en fråga om ledning och styrning där högre linjechefer inte väljer att prioritera området tillräckligt.

<sup>88</sup> Enligt Folkhälsomyndighetens faktagranskning 2021-09-06 finns i dag minst en samordningsfunktion eller motsvarande i alla län, men uppdragen ser olika ut.



### 3.2.3 Nätverket ses som viktigt för det suicidpreventiva arbetet

Samtliga samordnare bedömer att det regionala nätverket är viktigt för deras arbete med suicidprevention. Nätverket bidrar till förbättrade förutsättningar för att arbeta med aktuella och evidensbaserade kunskapsunderlag. Det bidrar också till bättre möjligheter att påverka kommunerna till att arbeta med handlingsplaner. De frågor som tas upp i nätverket avser främst hur andra regioner arbetar, både strategiskt och med mer specifika insatser, till exempel efterlevandestöd, psykiatriambulanser (så kallade PAM-enheter<sup>89</sup>), händelseanalyser och utbildningsprogram inom skolan. När det gäller utbildningar på skolområdet är en återkommande synpunkt att det finns en dominerande leverantör och att det kan vara problematiskt.

Enligt samordnarna har nätverket bidragit till värdefullt erfarenhetsutbyte i frågor om arbetssätt och utbildningar samt i delning av kunskapsstödjande underlag. Goda exempel i andra regioner ses som värdefullt vid "tröga processer" i den egna regionen. I några regioner har frågor lyfts fram i nätverket om situationer när det är svårt för samordnaren att nå fram med suicidpreventiva frågor i den egna organisationen. Nätverket ger då möjlighet för diskussion om hur andra samordnare ser på sin organisation när gäller det suicidpreventiva arbetet. På så sätt kan nätverket stödja samordnaren i det fortsatta arbetet i den egna regionen. Flera regionsamordnare är nya i tjänsten eller ensamma i sin roll, och därför är nätverket särskilt viktigt för att stärka dem och ge dem möjligheter att knyta nya kontakter, få erfarenhetsutbyte och ta del av aktuella kunskapsstöd.

### 3.2.4 Folkhälsomyndigheten har en viktig roll för det regionala suicidpreventiva arbetet

I stort sett samtliga samordnare bedömer att Folkhälsomyndigheten har en viktig kunskapsstödjande och samordnande roll. Myndigheten bedöms ha lyckats väl med sin samordnande uppgift att lyfta suicidprevention ur ett befolkningsinriktat perspektiv, vilket har bidragit till att den regionala nivån har börjat samverka och samordna sina insatser. Fler anger också att suicidpreventionsfrågan har fått en större tyngd och att trycket på olika aktörer att arbeta suicidpreventivt i samverkan har ökat. Detta har också lett till att NASP:s roll har förtydligats i takt med att efterfrågan på deras kunskapsstöd har ökat.

En samordnare anser att Folkhälsomyndighetens roll har blivit tydligare och att myndigheten är den aktör som har mest samlad och lättillgänglig information. Flera samordnare efterfrågar statistik på kommunnivå och hur evidensbaserade kunskapsunderlag och utbildningsinsatser kan bli mera tillgängliga i det dagliga arbetet. Några samordnare vill ha ett större fokus på hur regional och lokal

<sup>89</sup> Regeringen har tilldelat Socialstyrelsen 37,5 miljoner kronor under 2021 att fördela som statsbidrag för att utveckla prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa (varav högst 1,5 miljoner kronor för myndighetens administration och uppföljning i samband med uppdraget).

samverkan kan organiseras och hur samordnarna kan bidra i arbetet med att ta fram handlingsplaner för kommunerna. Flera samordnare vill, när det gäller det övergripande suicidpreventiva arbetet på länsnivå, se en nationell styrning och en tydlig aktör för detta uppdrag. I dag finns inget sådant formellt uppdrag även om Folkhälsomyndigheten har tagit denna roll och lyckats väl. Också de kunskapsstödjande insatserna till kommunerna ses som viktiga då de kommunala verksamheterna är på en helt annan nivå än de regionala verksamheterna. Det regionala nätverket blir i praktiken länken mellan nationell och lokal nivå.<sup>90</sup>

”Skulle önska en större nationell likriktning/styrning. Flera initiativ som till exempel kompetensutveckling och efterlevandestöd sker nu regionalt och lokalt. Finns en risk att man ’uppfinner hjulet’ på flera ställen samtidigt.”

(Skriftligt svar från en regional samordnare)

Flera initiativ har tagits på både regional och lokal nivå, och flera samordnare menar att det är viktigt att undvika att regioner och kommuner ”börjar om från grunden” i varje fråga, i stället för att använda sig av redan utvecklade modeller och stöd för implementering. Ett exempel är att flera regioner har valt samma upplägg för sina strategier som Region Stockholm. Strategierna är utvecklade från NASP:s kunskapsunderlag för suicidpreventiva metoder och insatser. Samordnare efterfrågar stöd i implementering av kunskap om suicidprevention i organisationer som arbetar med hälso- och sjukvård. Det kan vara en utmaning att få organisationer att se hur hälso- och sjukvård hänger ihop med suicidprevention och förebyggande arbete. Det gäller särskilt inom primärvården eftersom vårdcentraler ofta har en hög arbetsbelastning.

### *Glapp mellan kunskapsstöd och praktik*

Enligt både samordnare och andra intervjupersoner<sup>91</sup> finns ett glapp mellan forskningsresultat och omsättningen i praktisk handling. Stöden ska visserligen vara självinstruerande, men ytterligare insatser behövs för att implementera de kunskapsstöd som finns tillgängliga. Frivilligorganisationer har en viktig kompletterande roll i arbetet med att stödja det suicidpreventiva arbetet regionalt och lokalt. En synpunkt är att det vore önskvärt om både socialtjänsten och olika delar av hälso- och sjukvården på regional och nationell nivå kan precisera vilka insatser som behövs för att det suicidpreventiva arbetet ska få verkan.

<sup>90</sup> Inför Folkhälsomyndighetens samordningsuppdrag 2015 föreslog myndigheten att en regional samordningsfunktion skulle utgöra en länk mellan nationell och lokal nivå och att denna skulle stödja regionala och lokala aktörer i att sprida och implementera kunskap och inhämta behov av ny kunskap. Regeringen har ännu inte tagit ställning i frågan (se Folkhälsomyndigheten, ”Regional samordning”, hämtad 2020-02-20.).

<sup>91</sup> Bland annat intervju med sakkunnig inom psykiatrirfrågor på nationell nivå, 2020-11-19.

”När statliga myndigheter märker att det stöd de tagit fram inte används tillräckligt tar man kanske fram nya kunskapsstöd, och hoppas på att de ska användas mer.”

*(Intervju med sakkunnig inom psykiatrirfrågor på nationell nivå)*

Även om Folkhälsomyndighetens uppdrag är tydligt används inte kunskapsstöden fullt ut. Det saknas inte kunskapsstöd på området men de behöver kunna användas i större utsträckning. Glappet mellan kunskapsstöd och praktik blir tydligast när stöden ska implementeras. Att arbeta med suicidprevention spänner över många verksamhetsområden. Kunskapsstöden skulle kunna vara färre, tydligare och skarpare. Det finns också behov av att diskutera hur kunskapsstöden ska omsättas i praktisk handling i mötet med enskilda patienter eller klienter. Vidare kan träffsäkerheten med kunskapsstöden variera och ibland vara oklar när de riktar sig till olika aktörer samtidigt, till exempel till både hälso- och sjukvård och socialtjänst.<sup>92</sup>

#### *Kommuner har olika förutsättningar för suicidpreventivt arbete*

Enligt våra intervjuer med aktörer på nationell nivå och forskare<sup>93</sup> prioriteras det lokala arbetet med suicidprevention olika mycket i landet, och de lokala förutsättningarna för att bedriva suicidpreventivt arbete ser olika ut. De resurser som läggs på frågan skiljer sig åt. Kommunerna bedöms vara mer beroende av styrning och stöd än vad regionerna är. Suicidprevention anses vara ett underprioriterat område i många kommuner, och de har svårt att se vad som är deras roll och ansvar.<sup>94</sup> Kommunerna har en viktig roll eftersom de ansvarar för många olika verksamheter som berör invånarna såsom skola, omsorg och socialtjänst. Men för små kommuner med en begränsad personalstyrka är det svårt att prioritera suicidpreventivt arbete. Frågan om resurser är också central för större kommuner. Företrädare för en myndighet har noterat att många kommuner inte har haft möjlighet att finansiera utbildningar i suicidprevention.

”I glesbygden är det långt till [räddnings]resurserna, ibland är deltidsbrandkåren mest tillgänglig. Då kan det vara dyrt för den lilla kommunen, eftersom suicidhantering inte ingår i verksamhetens budget. Då väljer man att vänta på polis och ambulans, och resultatet blir att det tar lång tid. Det går inte att styra ett sådant verksamhetsupplägg på grund av kommunalt självstyre, och ofta har småkommuner en liten budget. Det blir olika förutsättningar i landet, man borde ensas mer i denna del.”

*(Intervju med nationell verksamhetsutvecklare)*

<sup>92</sup> Bland annat intervju med sakkunnig inom psykiatrirfrågor på nationell nivå, 2020-11-19.

<sup>93</sup> Intervjuer med företrädare för myndigheter, 2020-04-01, 2020-04-08, 2020-04-14, 2020-04-23, 2020-04-29 och 2020-05-26. Intervjuer med forskare, 2020-06-02, 2020-06-04, 2020-06-11, 2020-06-17 och 2020-06-30.

<sup>94</sup> Framgår även i intervju med sakkunnig inom psykiatrirfrågor på nationell nivå, 2020-11-19.

Socialtjänsten behöver mer kunskaper om människor i kris och om äldres behov. Skolan och elevhälsan ska enligt skollagen arbeta förebyggande och hälsofrämjande för att stödja elevers utveckling mot skolans mål. För medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.<sup>95</sup> Men enligt intervjupersoner saknas tillräckligt stöd i form av psykologer och kuratorer för elever med psykisk ohälsa.

När det gäller regioners arbete med suicidprevention menar samordnare att olika vårdverksamheter behöver arbeta gemensamt för att utveckla det suicidpreventiva arbetet. Det behövs också ett lokalt utvecklingsarbete med fokus på analyser och preventiva insatser, till exempel hur man minskar tillgången till farliga miljöer och föremål. Vidare lyfts behovet av utbildning av personal inom primärvården.<sup>96</sup> En återkommande synpunkt är att kommuners och regioners självstyrelse är ett hinder för suicidpreventivt arbete eftersom det krävs att alla samarbetar för att få resultat. Det krävs mycket arbete för att få med kommunerna.

### 3.2.5 NASP – viktig aktör för kunskapsstöd till regioner och kommuner

NASP ses som en nyckelaktör inom suicidprevention och tillhandahåller aktuella och evidensbaserade kunskapsunderlag och utbildningar till regioner och kommuner. Men det finns en utbredd kritik mot att NASP äger rättigheterna till två utbildningar, dels MHFA, dels skolprogrammet YAM.<sup>97</sup> Enligt intervjupersoner<sup>98</sup> är utbildningarna dyra, främst MHFA. De menar att kommuner och regioner som erbjuds utbildningarna inte har möjlighet att ställa krav på kvalitet. NASP kan se till att de inte sprids utan kontroll och därmed urvattnas i kvalitet. Men det gör att utbildningarna blir mindre tillgängliga för de verksamheter som behöver dem. Några andra synpunkter är att utbildningarna kräver stora insatser från kommuner och regioner för att handledare ska finnas till hands, och att de tar tid och resurser. Vidare har utbildningarna ett fokus på psykisk hälsa, vilket inte behöver vara fel, men det uppfattas som en omväg. De evidensbaserade programmen kan vara viktiga men de fungerar inte fullt ut, eftersom förutsättningarna i landet är olika enligt en forskare.

<sup>95</sup> 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

<sup>96</sup> Många av de som uppsöker primärvården söker för någon form av psykisk ohälsa, främst depression och ångestsyndrom. Samtidigt saknas nationella uppgifter om primärvården, till exempel hur många som får tillgång till psykologisk behandling (se Socialstyrelsen, "Långvarig psykisk ohälsa en utmaning för vården", hämtad 2021-04-30).

<sup>97</sup> Rättigheterna till att utbilda i YAM ägs av ett aktiebolag som samägs av Karolinska Institutet Holding AB och forskare vid Karolinska Institutet som har utvecklat programmet. NASP äger den svenska licensen för MHFA, som har sitt ursprung i Australien. Regeringen gav NASP i uppdrag 2012 att pröva MHFA för ungdomar. Ett pilotprojekt finansierades inom ramen för regeringens handlingsplan PRIO Psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

<sup>98</sup> Både intervjuer med forskare och intervjuer inom ramen för fallstudien.

Företrädare för myndigheter och forskare<sup>99</sup> är överens om att mer forskning behövs eftersom det saknas en helhetsbild av vilka suicidpreventiva insatser som är effektiva. Kritiken mot dagens forskning inom suicidprevention är att den uppfattas vara för smal och att den delvis utgår från enskilda forskares intresseområden. Forskningen bör vara mer verksamhetsnära och mer tvärvetenskaplig för att vara användbar. Enligt uppgift har programmen MHFA och YAM utvärderats i Sverige och visar vissa positiva effekter.<sup>100</sup>

### 3.3 Det suicidpreventiva arbetet i en kommun och region

I det här avsnittet beskriver vi hur Jönköpings kommun och Region Jönköpings län arbetar och samverkar om suicidprevention. Vi har valt Jönköpings kommun och tillhörande region eftersom kommunen har ett utvecklat suicidpreventivt arbete enligt Folkhälsomyndighetens nationella kartläggning av kommuners suicidpreventiva arbete<sup>101</sup> och det urvalsförfarande som beskrivs närmare i metodavsnitt 1.4. Arbetssättet i kommunen kallas för Jönköpingsmodellen och bygger på en modell som beskriver hur olika lokala och regionala aktörer ska samverka med varandra.<sup>102</sup> Totalt har vi genomfört 13 intervjuer med 16 personer. Det som står i följande avsnitt är en sammanvägd redovisning av vad som sagts i intervjuerna.

<sup>99</sup> Intervjuer med företrädare för myndigheter, 2020-04-01, 2020-04-08, 2020-04-14, 2020-04-23, 2020-04-29 och 2020-05-26. Intervjuer med forskare, 2020-06-02, 2020-06-04, 2020-06-11, 2020-06-17 och 2020-06-30.

<sup>100</sup> Skriftligt svar från Region Stockholm, 2021-05-04. Utbildningsprogrammet MHFA har utvärderats av Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (CEPI) vid Lunds universitet, en första utvärdering gjordes 2013 i samband med ett regeringsuppdrag 2010. Resultatet var positiva effekter när det gäller kunskaper, attityder och hjälpbeteenden. YAM har nyligen utvärderats i Stockholms län, med signifikant minskning, enligt deltagares självrapportering, av förekomsten av suicidtankar, depression, ångest, och bland annat en ökning när det gäller hjälpsökande och utåtriktade hjälpbeteenden, klassklimat och kunskaper om psykisk hälsa. Dock påvisades inga effekter för utfallsmåttet suicidförsök. YAM genomfördes i Stockholms län 2015–2020 enligt ett strikt schema enligt NASP för att kunna genomföra randomisering och datainsamling inför utvärderingen. Under 2020 implementerades YAM till skolor, antingen direkt från NASP eller genom att utbilda instruktörer i kommuner. Cirka 12 000 elever har deltagit i YAM fördelat på 120 skolor i 24 kommuner.

<sup>101</sup> Folkhälsomyndigheten, *Det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser 2019, Nulägesbild och en jämförelse med 2015, 2020.*

<sup>102</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidpreventivt arbete i Jönköpings län. Exempel på samverkan mellan olika professioner med räddningstjänsten som samordnare*, 2021, s. 16.

**Jönköpingsmodellen och räddningstjänstens verksamhet**

I Jönköpings kommun ansvarar räddningstjänsten för att samordna arbetet med att förebygga alla typer av olyckor.<sup>103</sup> Själv mord ses som en psykologisk olycka och räddningstjänsten har det övergripande ansvaret för att samordna det suicidförebyggande arbetet. Den så kallade Jönköpingsmodellen bygger på tre delar: i) en gemensam larmplan för blåljusverksamheter, ii) ett kommunalt handlingsprogram om trygghet och säkerhet och iii) tvärprofessionella arbetsgrupper med fokus på suicidprevention och krisstöd. Enligt en studie från 2021 kan olycksförebyggande arbete enligt modellen bidra till att stärka det lokala och regionala suicidpreventiva arbetet. Bland annat kan räddningstjänsten dra nytta av sin erfarenhet av att arbeta olycksförebyggande i sin roll som samordnare av det suicidpreventiva arbetet. Att suicidprevention ingår som en del i kommunens olycksförebyggande arbete gör att det suicidpreventiva arbetet blir synligt och involverar alla kommunala förvaltningar.<sup>104</sup>

Räddningstjänstens verksamhet regleras i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO), och avser räddningsinsatser som staten eller kommunerna ska ansvara för vid olyckor och överhängande fara för olyckor, för att hindra och begränsa skador på människor, egendom och miljö (1 kap. 2 § LSO).<sup>105</sup> De kommunala räddningstjänsterna i landet genomför årligen drygt 2 000 insatser som gäller ärenden med suicid eller risk för suicid. Vissa av dessa insatser omfattas av räddningstjänsten, men utöver dessa kan det antas att suicid är orsak till flera insatser, till exempel trafikolyckor, bränder, drunkningar och fallolyckor.<sup>106</sup> Enligt räddningstjänsternas insatsstatistik för 2018–2020 bedöms 66 procent av de drygt 2 000 insatserna per år uppfylla kriterierna för en räddningsinsats enligt 1 kap. 2 § LSO. Bedömningen har gjorts efter det att räddningstjänsten har ankommit till olycksplatsen, men den varierar mellan kommuner. Det beror på att kriterierna för LSO bedöms olika såväl vid utlarmning som efter ankomst till olycksplatsen<sup>107</sup> Som jämförelse kan nämnas att räddningstjänsten rycker ut på automatiska brandlarm där enbart cirka 5 procent uppfyller kriterierna för en räddningsinsats.<sup>108</sup>

<sup>103</sup> Det finns en regionsamordnare i Region Jönköpings län, men vi har valt att undersöka det suicidpreventiva arbetet i en enskild kommun.

<sup>104</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidpreventivt arbete i Jönköpings län. Exempel på samverkan mellan olika professioner med räddningstjänsten som samordnare*, 2021, s. 11.

<sup>105</sup> Lagen (2003:778) om skydd mot olyckor reglerar den kommunala räddningstjänstens uppgifter och vilken myndighet som har ansvaret för räddningsinsatser i olika sammanhang. Den kommunala räddningstjänsten är den som rycker ut i vanliga fall, utom i vissa fall; staten ansvarar för fjäll-, flyg-, sjö- och miljöräddningsinsatser (till sjöss) och för efterforskningsinsatser. Den kommunala räddningstjänsten har dock ansvar för räddningstjänst till sjöss när det gäller hamnar, kanaler och strandlinjer. Staten kan också överta ansvar från kommunal räddningstjänst enligt särskilt beslut, vilket i så fall avgörs av den aktuella länsstyrelsen.

<sup>106</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, *Förslag till handbok som stöd till nya föreskrifter om kommunala handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor* (remissvar), 2021.

<sup>107</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Konsekvensutredning vid regelgivning - Föreskrifter och allmänna råd om kommunala handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor*, 2021, s. 9.

<sup>108</sup> Skriftligt svar från räddningstjänsten i Jönköpings kommun, 2021-07-02.

### 3.3.1 Räddningstjänsten driver det suicidpreventiva arbetet

I början av 2000-talet inträffade två händelser där räddningstjänsten i Jönköpings kommun larmades. I det ena fallet hade en person klättrat upp i ett ställverk för högspänning, och i det andra fallet satt en person på ett högt tak. Räddningstjänsten hade svårt att ingripa i båda fallen eftersom ansvarsfördelningen var oklar. Dessa händelser ledde till att räddningstjänsten, Polismyndigheten och hälso- och sjukvården började diskutera ansvarsfördelningen vid hot om suicid.<sup>109</sup> Engagerade personer inom räddningstjänsten och psykiatrin arbetade i flera år tillsammans för att etablera ett gemensamt arbetssätt. Arbetet resulterade i en gemensam larmplan för länet som styr samarbetet i det akuta operativa arbetet. Vid suicidlarm larmas alla blåljusverksamheter samtidigt. Det gemensamma arbetet planeras och följs upp i en larmplanegrupp.

Det finns två arbetsgrupper som arbetar med att förebygga suicid. *Hårda gruppen* arbetar med suicidprevention i fysisk miljö, och *mjuka gruppen* arbetar med utbildning och information. Inom grupperna samverkar olika lokala aktörer, såsom kommunala förvaltningar, sjukhuskyrkan och frivilligorganisationer. *Psykologiskt och socialt omhändertagande (POSOM)* är kommunens grupp för krisstöd och krisstödssamordning. Företrädare för POSOM rycker ut vid alla suicidlarm med dödlig utgång, för att stötta anhöriga på plats och förmedla kontakt till krisstöd.

Personal från räddningstjänsten är sammankallande för de tre grupperna. Det är viktigt att lokala och regionala aktörer känner till grupperna. Kontakten mellan personer i grupperna uppges vara avgörande för att arbetet ska hålla över tid. Grupperna arbetar därför kontinuerligt med att utbilda och lära känna nya medlemmar. Det underlättar att samverka vid en händelse om man redan är bekant med varandra. Intervjupersoner säger att det är en utmaning för grupperna att hålla arbetet vid liv över tid eftersom det är personbundet och det blir en process varje gång någon slutar eller byts ut.

### 3.3.2 Synen på suicid

Det finns olika sätt att se på suicid och synen påverkar hur man arbetar med suicidprevention, menar intervjupersoner. Räddningstjänsten i Jönköpings kommun ser suicid som psykologiska olycksfall. Precis som andra olyckor menar de att suicid går att förhindra och förebygga. Eftersom räddningstjänsten arbetar olycksförebyggande är det naturligt för dem att driva arbetet med suicidprevention. Dessutom ser räddningstjänstens personal konsekvenserna av suicid på nära håll vid uttryckningar. Räddningstjänstens personal i Jönköping

<sup>109</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid, Ett exempel från Jönköpings län, 2005, s. 13.*

anser att MSB också borde se på suicid som en olycka.<sup>110</sup> MSB har utifrån lagstiftningen inte tolkat suicid som en olycka. Suicidprevention finns därför inte med i MSB:s uppdragsbeskrivning för räddningstjänsten.<sup>111</sup>

Inställningen till suicid påverkar enligt de intervjuade hur man väljer att arbeta med frågan och är därför viktig. Om man ser på suicid som enbart en överlagd handling, där den som genomför den har bestämt sig och därför inte går att hindra, blir inställningen att det inte är någon idé att arbeta med frågan. Det är också viktigt att förstå att suicid kan vara en handling som kommer efter år av lidande på grund av psykisk sjukdom. Långvarig psykisk sjukdom som slutar i suicid kan liknas vid en dödlig sjukdom. Olika insatser från exempelvis vården kan ha bidragit till att förlänga livet, även om sjukdomen inte gick att bota. Förutom vårdens insatser är det viktigt att ingå i sammanhang med andra människor, för att upprätthålla livsviljan och kunna känna mening med livet.

### 3.3.3 Bättre förutsättningar behövs för det suicidpreventiva arbetet

Enligt intervjupersoner behöver förutsättningarna för det suicidpreventiva arbetet förbättras. Det som främst efterfrågas är mer resurser. Det behövs exempelvis en budget med riktade pengar och fler anställda med kompetens inom området. Arbetet behöver drivas långsiktigt och vara kontinuerligt. Att arbeta med suicidprevention behöver vara en del av den ordinarie verksamheten, och inte något som görs utöver den.

Det pågår ett nationellt finansierat projekt<sup>112</sup> i Jönköpings län som innebär att varje kommun har en deltidstjänst på 20 procent för att arbeta med samverkan om suicidprevention. Men det är svårt med långsiktighet eftersom projektpengarna delas ut årsvis. Det finns förhoppningar om att deltidstjänsterna ska kunna finnas kvar genom att nya nationella medel delas ut.

Det saknas tydlighet om vem som har ansvar för att driva arbetet med suicidprevention. Osäkerheten finns även hos räddningstjänstens personal fast det är de som är drivande i det suicidpreventiva arbetet. Det är otydligt för dem vem som ansvarar för att den lokala samverkan blir av. Ett förslag från en intervjuperson är att införa en tjänst som liknar kommunala beredskapssamordnare i krisberedskap och civilt försvar för suicidprevention.

<sup>110</sup> Enligt räddningstjänsternas insatsstatistik för 2018–2020 bedöms 66 procent av landets 2 000 insatser per år uppfylla kriterierna för en räddningsinsats enligt 1 kap. 2 § LSO (se Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Konsekvensutredning vid regelgivning - Föreskrifter och allmänna råd om kommunala handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor*, 2021, s. 9).

<sup>111</sup> MSB har både en normerande roll via föreskrifter och vägledning (enligt 3 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap), stödjande uppgifter och numera även en tillsynande roll för den kommunala räddningstjänsten (enligt 1 § 4 p. förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap).

<sup>112</sup> Sannolikt avses medel inom ramen för överenskommelser mellan regeringen och SKR inom psykisk hälsa och suicidprevention.



Räddningstjänsten saknar tillräckligt författningsstöd för sitt arbete med suicidprevention, exempelvis finns inget reglerat om suicidprevention i MSB:s föreskrifter. Det saknas även författningsstöd för hur fysisk planering ska kunna ta hänsyn till att byggnader blir säkra.<sup>113</sup> Detta innebär att räddningstjänsten inte har något författningsstöd när de arbetar med frågan. Det finns en efterfrågan på att de centrala myndigheterna ska vara tydliga om vad som ska göras, vilken nivå som arbetet ska genomföras på och vilka krav som ska ställas på kommuner och privata arbetsgivare.

### 3.3.4 Personer med risk för suicid behöver fångas upp av vården

Personer som tidigare har gjort suicidförsök har en ökad risk att göra ytterligare försök. Även anhöriga som förlorat en närstående i suicid har en ökad risk för att själva göra suicidförsök. Intervjupersoner efterlyser att dessa personer fångas upp av vården på ett systematiskt sätt. Därför borde vården ha system för att hålla kontakt med dessa personer. Ett sätt är att personerna får en person som kontakter dem regelbundet för att säkerställa att de får den hjälp och vägledning som de behöver och inte lämnas ensamma. Att på egen hand i en kritisk situation veta vart man ska vända sig är svårt.

Den psykiatriska akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov har ett team som erbjuder krisstöd för anhöriga. POSOM frågar efterlevande om de vill bli kontaktade av teamet för anhörigstöd. Det händer att personer tackar nej till den hjälp som erbjuds efter en akut händelse eftersom de befinner sig i chock.

### 3.3.5 Civilsamhället har en central roll – men den kan vara problematisk

Frivilligorganisationer framhävs som betydelsefulla för det suicidpreventiva arbetet. De bidrar med exempelvis erfarenhet, information, samtalsträffar och hjälplinjer. Men det finns också nackdelar, menar intervjupersoner, med att det suicidpreventiva arbetet i stor utsträckning utförs av lokala frivilligorganisationer och civilsamhället. Den största nackdelen är att lokala frivilligorganisationer har få aktiva medlemmar och därför saknar kapacitet för att öka verksamheten. Många som blir tillfrågade i civila sammanhang hjälper gärna till men vill inte vara ansvariga. Regioner och kommuner behöver därför ge bättre stöd till de lokala frivilligorganisationerna. Det finns också områden som borde vara statliga och professionellt drivna, såsom hjälplinjen.

<sup>113</sup> Enligt skriftligt svar från räddningstjänsten i Jönköpings kommun, 2021-07-02 avses både lagar, föreskrifter och allmänna råd för byggnation.

### 3.3.6 Det suicidpreventiva arbetet är personbundet och drivs av eldsjälur

Suicidprevention är en fråga som berör, oavsett om man har personlig erfarenhet eller inte. Mycket av det suicidpreventiva arbetet i Jönköping genomförs med hjälp av eldsjälur som engagerar sig och driver frågorna. Samtidigt får inte arbetet bli för personberoende eftersom mycket av arbetet då bygger på frivillighet.

Intervjupersonerna anser att suicidprevention behöver baseras på mer än enskilda personers engagemang. När arbetet är för personbundet kan det fallera om en person slutar. Ett annat problem är att personer som har egen erfarenhet av suicid inte alltid orkar med långsiktiga engagemang. Vidare kan samtal om suicid väcka obehag; dessutom finns okunskap och området är stigmatiserat. Därför behövs personer som vågar ta upp frågan och förstår vikten av suicidpreventivt arbete.

### 3.3.7 Nollvisionen och det nationella handlingsprogrammet behöver utvecklas

De intervjuade personerna tycker det är bra att nollvisionen för suicid finns.<sup>114</sup> Några intervjupersoner påpekar att en nollvision är ett orimligt mål, men att det ändå är det man måste sträva mot. Samtidigt känner de som inte arbetar med suicidprevention inte till att nollvisionen för suicid finns.

Det uppges vara svårt att bedöma vilken effekt nollvisionen har haft. Trots att nollvisionen har funnits i många år har den inte lett till att suicidtalerna vare sig minskat eller ökat. Att suicidtalerna inte minskar beror enligt intervjupersoner på att det inte har satsats tillräckligt med resurser på att arbeta systematiskt med att minska självmorden. Spridningen och implementeringen av nollvisionen behöver förbättras, till exempel genom att öka informationen om området. Om man jämför är nollvisionen inom trafiken känd och det har också lagts betydligt mycket mer resurser. Men det är viktigt att komma ihåg att suicidprevention är ett betydligt mer komplext område med många fler aktörer inblandade. Inom trafikområdet finns också naturliga incitament från trafikbranschen för att arbeta med att öka säkerheten.

Flera av de intervjuade personerna känner till det nationella handlingsprogrammet och dess nio åtgärdsområden, men få använder det aktivt för att styra sitt suicidpreventiva arbete. Några intervjupersoner är inte heller bekanta med programmet.

<sup>114</sup> Vi använder begreppet "nollvision" i denna del av rapporten, eftersom det var så vi ställde frågan till intervjupersonerna. Enligt regeringen avses en övergripande vision (prop. 2007/08:110). I regeringens överenskommelse med SKR för 2020 används begreppet nollvision för suicid (se regeringsbeslut S2020/00441/FS (delvis), s. 13).

”Det är tillräckligt specifikt för att veta inom vilka områden man kan arbeta, men det är också tillräckligt diffust för att lämna utrymme för att göra vad man vill.”

*(Intervju med representant från räddningstjänsten)*

Handlingsprogrammet uppfattas vara för allmänt formulerat. Det är därför viktigt att programmet förtydligas och att det framgår hur man kan arbeta praktiskt utifrån åtgärdsområden. Det kan till exempel göras genom att med hjälp av fler goda exempel visa hur kommuners suicidpreventiva arbete kan gå till. Vidare innehåller handlingsprogrammet formuleringar som kan leda fel, menar några av de intervjuade personerna. Ett exempel är formuleringen ”mindre gynnade grupper”. Formuleringen kan skapa en missvisande bild av vem som riskerar att ta sitt liv, men också tolkas som att problemet bara finns i vissa grupper, vilket inte bidrar till att motverka stigmat om suicid.

### 3.3.8 Kunskapsstöden används men kan förbättras

De intervjuade personerna känner till att det finns kunskapsstöd, information och material att tillgå från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och NASP samt frivilligorganisationer såsom Mind, Suicide Zero och SPES. Flera intervjupersoner använder kunskapsstöden och tycker att det är bra att de finns. Däremot kan det vara svårt att orientera sig, eftersom stöden är utspridda på olika webbplatser. Särskilt svårt kan det vara för personer som är nya på området. Därför vore det bra om det fanns en uppdaterad sammanställning av de kunskapsstöd, den information och det material som finns att tillgå. Kunskapsstöden kan ibland vara för övergripande, och det kan vara svårt att använda stöden i det dagliga arbetet. Det behöver finnas enkla, tillgängliga och konkreta kunskapsstöd, exempelvis handböcker om hur man ska arbeta. Det är särskilt viktigt för små kommuner där bara en person arbetar deltid med suicidprevention.

Det finns utbildningar att tillgå, men de kan både vara dyra och ta tid. Ett exempel på sådana utbildningar är MHFA som tagits fram av NASP. Kostnad och tidsåtgång kan göra att det är svårt att få utbildningssatsningarna godkända, vilket särskilt gäller kommuner med begränsad budget. Kortare utbildningar uppges vara lättare att kunna genomföra. Räddningstjänsten i Jönköpings kommun har utformat en egen utbildning som är 3 timmar lång. Utbildningen baseras delvis på NASP:s utbildningar och delvis på räddningstjänstens egna erfarenheter.

### 3.3.9 Kunskapsspridning och utbildning efterfrågas

Kunskap om suicidprevention är inte allmänt spridd. Därför behövs enligt intervjupersoner en allmän kunskapshöjning om hur man kan bemöta personer med suicidrisk. Tabun och myter om suicid behöver motverkas. Det är viktigt att ha kunskap om suicid och våga prata öppet om det, både att våga fråga personer hur de mår och att våga stanna kvar och lyssna på svaret. Personer med

suicidtankar kommunicerar ofta detta på olika sätt, men det kan vara svårt för omgivningen att uppfatta och tolka signalerna rätt.

Kunskapsspridning, utbildning och medvetenhet har effekt för det suicidpreventiva arbetet. Exempelvis leder utbildningsinsatser hos SOS Alarm till att fler larm klassificeras som hot om suicid. Det innebär att fler liv kan räddas. Vid hot om suicid larmas all blåljusverksamhet samtidigt enligt Jönköpingsmodellen, vilket gör att hjälp snabbare kommer fram. Dessutom är blåljuspersonalen då medveten om att de kommer att möta en suicidal person, och kan anpassa sitt bemötande. När man har kunskap om tecken på suicid eller arbetar med frågan är det också lättare att upptäcka förbisedda suicidfall eller suicidförsök. Olyckor kan klassificeras fel. Det kan bland annat inträffa när blåljuspersonal inte tänker på eller saknar kunskap om vilka tecken på suicid som kan finnas vid trafikolyckor. Ett exempel är om det finns bromsspår eller inte vid en olycksplats. Eftersom personalen vid räddningstjänsten i Jönköpings kommun är utbildad och har denna kunskap kan de också upptäcka fler fall. Samtidigt saknar flera professioner utbildning i suicidprevention. Det behövs utbildningsinsatser för hur de som möter människor i vardagen kan fånga upp och hantera signaler från personer med självmordstankar. Viktiga grupper är personal inom skola, socialtjänst, räddningstjänst, polis och hälso- och sjukvård.

### 3.3.10 Ska räddningstjänsten i en kommun ansvara för att utbilda inom suicidprevention i länet?

Det uppges finnas en förväntan från regionalt håll på att räddningstjänsten i Jönköping ska utbilda personal i andra kommuner eftersom de har kommit långt med sitt suicidpreventiva arbete. Men länets suicidpreventiva arbete kan inte bygga på en räddningstjänst i en kommun. Att utbilda är ett arbete som tar mycket resurser, något som räddningstjänsten saknar. Det krävs även att kunskapsnivån uppdateras för varje utbildningsinsats, ett ansvar som i så fall faller på räddningstjänsten som anordnar utbildningen. Dessutom kan för mycket externt fokus leda till att räddningstjänsten tappar fokus på den egna kommunens suicidpreventiva arbete. Räddningstjänsten menar att de kan stötta och gärna delar med sig av kunskap och material, men att de inte kan ansvara för att driva arbetet med att utbilda andra kommuner. I stället skulle regionen kunna tillhandahålla utbildning och instruktörer som kommunerna kan använda.

### 3.3.11 Utbildning av elever är viktigt men svårt att genomföra

Suicidtalerna har ökat bland unga personer i åldersgruppen 15–24 år under de senaste två decennierna.<sup>115</sup> Intervjupersoner anser därför att det är särskilt angeläget att börja tidigt med utbildningsinsatser för barn och unga, gärna redan i förskolan eller skolan. Det kan enligt intervjupersoner göras genom att införa

<sup>115</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Självmord i Sverige", hämtad 2021-02-23.

livskunskap som ett ämne i skolan eller utbilda elever med hjälp av programmet YAM. Tidiga insatser behövs för att fånga upp barn och unga som inte mår bra. Ungefär hälften av de larm som räddningstjänsten åker på i Jönköping gäller unga personer under 27 år.

Det finns problem med att utbilda lärare i suicidprevention. Det beror på att lärarna är styrda av kursplaner, måluppfyllelse och betygssättning. Lärarna arbetar under press eftersom skolorna värderas utifrån hur många elever som uppnår behörighet att söka till gymnasiet. Det gör det svårt att hitta tid för ytterligare utbildning. Det har också varit svårt för skolan att initiera program för att utbilda elever i livskunskap och psykisk hälsa. Trots att det finns stöd i forskningen för att utbildning har effekt har föräldrar och rektorer varit skeptiska eller motsatt sig utbildningen.

## 4 Statens suicidpreventiva arbete

I kapitlet behandlas regeringens styrning inom suicidprevention, Folkhälsomyndighetens samverkansuppdrag samt uppföljningar av insatser inom området enligt tre delfrågor (avsnitt 1.2).

Regeringen har främst styrt utifrån området psykisk hälsa trots att visionen och det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention beslutades av riksdagen 2008. Det kan vara rimligt eftersom suicidprevention är en viktig del av området. Men samtidigt är suicidprevention till stor del en tvärsektoriell verksamhet och det finns sedan länge ett tydligt mål med visionen och ett handlingsprogram för arbetet. Folkhälsomyndigheten fick 2015 i uppdrag att samordna arbetet med suicidprevention. Åren 2008–2019 gav regeringen flera avgränsade uppdrag till olika myndigheter. Först 2020 initierade regeringen större och riktade uppdrag; en ny funktion för psykisk hälsa och suicidprevention hos Folkhälsomyndigheten, en ny strategi på området som ska tas fram av ett tjugotal myndigheter som samordnas av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, och riktade medel till kommuner och regioner. Även Folkhälsomyndighetens instruktion förtydligades i april 2021 genom att inkludera myndighetens uppdrag med psykisk hälsa och suicidprevention.

MSB och Trafikverket arbetar på olika sätt med olycksförebyggande arbete på nationell nivå. Men MSB, som ska samordna och stödja den kommunala räddningstjänsten, arbetar inte med frågor som rör suicid och suicidprevention och deltar inte i det nationella strategiarbetet. Samtidigt kan räddningstjänsten arbeta med bägge frågorna lokalt. Räddningsinsatser vid hot om suicid hanteras olika i landet. Vidare saknas det en enhetlig nationell hantering av samtal till 112 som rör hot om suicid. Trafikverket har ett halveringsmål för antalet suicid på statliga järnvägar. Men antalet suicid på järnvägarna har inte minskat med undantag för en nedgång 2020, vilket gäller för suicid i stort.

Vi bedömer att Folkhälsomyndighetens samverkansgrupper fungerar väl. Myndighetens forskningsbaserade kunskapsstöd anses ge det suicidpreventiva arbetet tyngd och legitimitet, vilket är en viktig förutsättning för att uppnå resultat. Men samverkan i sig räcker inte för att bidra till faktiska suicidförebyggande insatser. Folkhälsomyndigheten behöver förbättra stödet för implementering av kunskap. Det saknas både konkreta kunskapsstöd och beslutsmandat i myndighetssamverkansgruppen för att arbetet ska leda till faktiska suicidpreventiva åtgärder. Frivilligorganisationerna uppfattar att de har en fungerande arena för samverkan, men stödet för implementering av insatser bedöms vara för svagt. En återkommande fråga är vilken roll och vilket långsiktigt uppdrag organisationerna ska ha i förhållande till de offentliga verksamheternas

uppdrag. Några områden som organisationerna arbetar med, för att de bedöms vara bristfälliga, är stömlinjer och stödet till anhöriga.

Vi konstaterar att regeringen har tagit ett första initiativ för att öka förutsättningarna för en bättre uppföljning av handlingsprogrammets åtgärdsområden. Men underlaget till en nationell strategi inom psykisk hälsa och suicidprevention ska tas fram och slutredovisas 2023, vilket är 17 år efter det att programmet togs fram. Det har varit känt under lång tid att det finns problem med att följa upp och utvärdera kunskapsstödande insatser inom psykisk hälsa och suicidprevention. Det beror på att programmets utformning inte har gjort det möjligt att följa upp suicidpreventiva åtgärder, eftersom flertalet områden inte har operationaliserats eller saknar indikatorer och resultatmått. Det finns också områden som saknas eller är outvecklade trots att de har gott vetenskapligt stöd. Två exempel är missbruks- och beroendefrågor och stöd till anhöriga. Vård och behandling av depression är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet, men det utvecklas inte närmare i programmet.

Det finns brister i samordningen och uppföljningen mellan verksamheter på den operativa nivån. Polismyndigheten och vården gör olika bedömningar vid en akut insats samtidigt som kommunikationen ofta är bristfällig. Vidare hindrar sekretessregler utbyte av information mellan verksamheter, till exempel polisen, psykiatrin och hemsjukvården.

Folkhälsomyndigheten har ett uppföljningsansvar och de kartläggningar som myndigheten hittills har gjort visar inte vad insatserna har lett till. En orsak är att det suicidpreventiva arbetet har kommit olika långt och är minst utvecklat i kommunerna. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen fick 2020 i uppdrag att både stödja och följa upp suicidpreventiva insatser inom överenskommelsen mellan regeringen och SKR.

Det saknas samlade kunskaper på nationell nivå som på sikt kan bidra till ett ökat lärande i vården. De uppföljningar som har gjorts av suicidhändelser i vården visar många och återkommande brister, vilket tyder på att brister inte hanteras systematiskt och inte leder till ett lärande. Antalet anmälda suicidärenden till IVO har minskat avsevärt sedan kravet på vårdgivare att anmäla suicidärenden enligt lex Maria togs bort i föreskrifterna 2017. IVO har genomfört en regional uppföljning av vårdgivares patientsäkerhetsarbete inom suicidprevention. Vi bedömer att uppföljningar av suicidhändelser i vården är en viktig del i det suicidförebyggande arbetet, eftersom de flesta som begår självmord har någon form av psykisk ohälsa. De allra flesta har också haft kontakt med vården i övrigt, utöver psykiatrin, under de två år som föregick suicidet.

## 4.1 Regeringens styrning inom suicidprevention

### 4.1.1 En övergripande vision och ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention

I propositionen 2008 som låg till grund för riksdagsbeslutet om en övergripande vision för att förebygga självmord<sup>116</sup> uttryckte regeringen att: "ingen bör hamna i en så utsatt situation att självmord ses som den enda utvägen". Regeringen menade att självmord går att förebygga och att samhällets förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa och för att hantera risker för självmord ständigt måste förbättras. Det självmordspreventiva arbetet hade länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar. Regeringen bedömde att folkhälsopolitiken och en befolkningsinriktad självmordsprevention<sup>117</sup> kan bidra med att ta in faktorer i den sociala och fysiska miljön som är viktiga för hälsan i det självmordspreventiva arbetet.<sup>118</sup>

Programmet bygger på de förslag som Socialstyrelsen och dåvarande myndigheten FHI tog fram inom ramen för ett regeringsuppdrag 2006. Myndigheterna hade tagit fram förslag på strategier och åtgärder i ett nationellt program för suicidprevention. FHI skulle ta fram förslag på befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, regioner och kommuner. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder som var riktade till huvudmännen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård/elevhälsa. En utgångspunkt var att de föreslagna åtgärderna skulle kunna vidtas inom befintliga ramar. Varken FHI eller Socialstyrelsen fann det lämpligt att införa en nollvision. De menade att det fanns etiska problem förknippade med självmordsprevention, och att det därför var mindre lämpligt att formulera en nollvision. Myndigheterna föreslog att det övergripande målet skulle vara att minska antalet självmord. Förslaget från regeringen och som sedan beslutades av riksdagen blev enligt vår tolkning en vision med en sådan intention; ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Regeringen ville se som vision att ingen ska behöva ta sitt liv.<sup>119</sup>

<sup>116</sup> Prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226.

<sup>117</sup> Befolkningsinriktad självmordsprevention innebär att utveckla och förstärka stödjande och riskfria miljöer och att minimera tillgången till medel för suicid. Det individinriktade arbetet bedrivs i huvudsak inom hälso- och sjukvården med syftet att få bästa möjliga omhändertagande för personer med risk för suicid.

<sup>118</sup> Prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, s. 108, rskr. 2007/08:226. De nuvarande målen för folkhälsopolitiken beslutades i juni 2018 (prop.2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2917/18:406).

<sup>119</sup> Prop. 2007/08:110, s. 106 f., bet. 2007/08:SoU11, s. 85 f., rskr. 2007/08:226.



Det nationella handlingsprogrammet i dag är detsamma som det som beslutades 2008 med följande nio åtgärdsområden (se elektronisk bilaga 3):

1. Främja goda livschanser för mindre gynnade grupper
2. Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid
3. Minska tillgängligheten till medel och metoder för suicid
4. Se suicid som psykologiska misstag<sup>120</sup>
5. Förbättra medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
6. Sprida kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid
7. Höja kompetensen hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande
8. Göra händelseanalyser efter suicid
9. Stödja frivilligorganisationer.

#### *Flera aktörer ser behov av ett reviderat nationellt handlingsprogram*

Flera intervjupersoner<sup>121</sup> anser att det nationella handlingsprogrammet behöver omarbetas. Folkhälsomyndigheten efterfrågar mer aktuella data och en tydligare koppling till psykisk ohälsa. Den tidigare nationella samordnaren för psykisk hälsa anser att det krävs en bredare ansats med ett bättre folkhälsoperspektiv. Punkten i programmet om att se suicid som psykologiska misstag ifrågasätts eftersom den inte innehåller några konkreta åtgärder. En företrädare för en frivilligorganisation är kritisk mot programmet eftersom det bygger på frivillighet, och det är upp till varje enskild kommun att arbeta med frågan.

Enligt intervjuer med forskare<sup>122</sup> är handlingsprogrammet för abstrakt formulerat och åtgärdsområdena är för allmänt hållna. De efterfrågar mer detaljer och konkretiseringar med hjälp av skarpare formuleringar och tydliga och kortsiktiga delmål. Handlingsprogrammet bör också innehålla punkter som tar upp behandlingsinsatser inom vården och psykiatrin. Insatser som efterfrågas är screeningverksamhet, mer forskning inom psykiatri och regelbundna och täta vårdkontakter med både läkare och psykolog för de som behöver hjälp.

I programmet saknas insatser för personer med missbruk av narkotika och läkemedel. Avsiktlig överdos som leder till suicid är särskilt vanligt bland kvinnor. I programmet fokuseras på alkoholfrågor, trots att missbruk av narkotika och läkemedel är en känd riskfaktor för suicidal beteende (se faktaruta avsnitt 2.2.1).

<sup>120</sup> Suicid ses i handlingsprogrammet som ett psykologiskt misstag eller olycksfall. Skälet för det är att handlingen i så fall är en följd av påfrestningar som individen för stunden inte kan bemästra, på samma sätt som vid fysiska olyckor. Fokus flyttas då från individen till miljöer och sammanhang som människor befinner sig i. Ett sådant perspektiv bedöms bidra till att minska stigmat som suicid förknippas med. Det är också ett sätt att lära av andra områden, där man arbetar med att förstå varför olyckor sker och därmed skapa förebyggande system.

<sup>121</sup> Intervjuer med företrädare för myndigheter, 2020-04-01, 2020-04-08, 2020-04-14, 2020-04-23, 2020-04-29 och 2020-05-26.

<sup>122</sup> Intervjuer med forskare, 2020-06-02, 2020-06-04, 2020-06-11, 2020-06-17 och 2020-06-30.

Vidare nämns efterlevandestöd endast översiktligt och borde utvecklas i programmet.<sup>123</sup> Det är väl belagt att anhöriga till personer som tagit sitt liv löper större risk för suicid.

*Evidensbaserade kunskapsstöd kan mötas av skepsis av berörda verksamheter*  
Både NASP och Folkhälsomyndigheten tar fram kunskapsunderlag i syfte att identifiera verkningsfulla insatser med vetenskapligt stöd. En större kunskapsgenomgång genomfördes 2019 i syfte att tydliggöra vilka suicidpreventiva insatser som har effekter.<sup>124</sup> Men även evidensbaserade kunskapsstöd kan mötas av skepsis av berörda verksamheter. Det kan bero på knappa resurser och andra prioriteringar. Kunskapsstöd är dessutom inte bindande att implementera för verksamheter.

Enligt intervjuer med forskare<sup>125</sup> riktas kritik mot Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) om att de måste värdera randomiserade och kontrollerade studier (RCT) högst. Detta behöver inte NASP göra på samma strikta sätt. De kan därför undersöka andra delar såsom utbildningsinsatser, stöd till frivilligorganisationer och arbete med stigma om suicid, vilket inte kan undersökas med RCT. Det så kallade stickprovsdilemmat lyfts också som ett problem inom suicidforskningen. Det är svårt att göra ett så stort urval som krävs för en vetenskaplig studie av hög kvalitet. En forskare säger att det har gjorts studier på personer med suicidtankar, men inte på personer som genomfört suicidförsök. Det behövs också nya strategier som behöver testas hos högriskpersoner. De intervjuade forskarna bedömer att NASP bedriver bra forskning, men det är oklart hur organisationen konkret har bidragit till det suicidpreventiva arbetet.

#### 4.1.2 Nationell samordning av suicidprevention som en del av arbetet med psykisk hälsa

I Folkhälsomyndighetens nationella samordningsuppdrag för suicidprevention från 2015 ingår att utveckla samverkan i en nationell myndighetssamverkansgrupp och i en nationell intressentgrupp. Myndigheten ska också ta fram kunskapssammanställningar, genomföra kunskapsspridning av förebyggande insatser som har effekt och ta fram vägledning i samverkan med myndigheter och aktörer. Folkhälsomyndigheten ska också följa upp det suicidpreventiva arbetet och publicera årliga rapporter om utvecklingen på området.<sup>126</sup>

<sup>123</sup> Intervju med sakkunnig inom psykiatrirfrågor på nationell nivå, 2020-11-19.

<sup>124</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *Rekommendationer för suicidpreventiva insatser på befolkningsnivå – Nationellt centrum för suicidforskning och prevention*, 2019.

<sup>125</sup> Intervjuer med forskare, 2020-06-02, 2020-06-04, 2020-06-11, 2020-06-17 och 2020-06-30.

<sup>126</sup> Regeringsbeslut S2015/3986/FS.

Skälet för regeringens beslut var att suicidprevention länge hade koncentrerats till hälso- och sjukvården. På individnivå är det viktigt att det finns beredskap för att identifiera och behandla psykisk ohälsa som är en riskfaktor när det gäller suicid men också att arbeta med förebyggande faktorer på miljö- och befolkningsnivå med ett bredare folkhälsoperspektiv. Regeringen ansåg att suicidpreventiva strategier borde vara tvärssektoriella och avse dels olika myndigheters ansvarsområden, dels lokalt och regionalt ansvar hos kommuner och regioner.

Syftet med nationell samverkan, enligt regeringen, är att sammanställa och sprida aktuell kunskap om suicidprevention på ett behovsanpassat, ändamålsenligt och samordnat sätt.<sup>127</sup> Styrningen med kunskap ska utgå från bästa tillgängliga kunskap och omfatta en process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas med stöd av uppföljningen. Genom kunskapsstyrning ska också användningen av överksamma eller skadliga metoder förhindras, vilket är grundläggande av både samhällsekonomiska och säkerhetsmässiga skäl.

I Folkhälsomyndighetens regleringsbrev för 2018 fördes samordningsuppdraget ihop med uppdraget att bygga upp och utveckla det nationella arbetet inom området psykisk hälsa. Det innebär att myndigheten ska utveckla samordningen och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, utveckla kunskapsammansamlingar, genomföra utvecklingsarbete<sup>128</sup> och utveckla uppföljningen inom psykisk hälsa och suicidprevention.<sup>129</sup>

#### 4.1.3 Flera större regeringsuppdrag inom suicidprevention 2020

En central del i arbetet med psykisk hälsa på nationell nivå är regeringens överenskommelser med SKR. Överenskommelser har ingåtts sedan 2008 om stöd för riktade insatser som ska förbättra vården och omsorgen för personer som har eller riskerar att få psykisk ohälsa. Inriktningen och omfattningen har varierat genom åren. Socialdepartementet tog fram en handlingsplan för arbetet med psykisk ohälsa för 2012–2016.<sup>130</sup> SKR har samordnat arbetet med psykisk hälsa inom ramen för de årliga överenskommelserna, främst genom Uppdrag Psykisk Hälsa. En femårig strategi för 2016–2020 fokuserade på fem områden för att

<sup>127</sup> Regeringsbeslut S2015/3986/FS, s. 2 f.

<sup>128</sup> Enligt förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska myndigheten stödja utvecklingsarbete på lokal och regional nivå samt inom den ideella sektorn.

<sup>129</sup> Delrapportering görs genom årliga lägesrapporter. Den del i uppdraget som avser stöd till kunskapsutveckling har förlängts med ett år och ska slutredovisas senast den 30 april 2022 (se Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Folkhälsomyndigheten, s. 5).

<sup>130</sup> Socialdepartementet, *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*, 2012. Handlingsplanen består av ett antal åtgärder 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. Regeringen gav Vårdanalys i uppdrag att utvärdera satsningen varje år mellan 2013 och 2017.

stärka den psykiska hälsan och motverka psykisk ohälsa. Uppdraget rörde ett stort antal identifierade områden, men inte specifikt inom suicidprevention.<sup>131, 132</sup>

### *Riktade medel till regioner och kommuner inom suicidprevention 2020*

Regeringen har återkommande delat ut medel till insatser inom psykisk ohälsa men det framgår inte hur mycket som har avsett suicidprevention.<sup>133</sup> Först i en överenskommelse med SKR för 2020 riktade regeringen specifikt medel för suicidpreventivt arbete på regional och lokal nivå.<sup>134</sup> Totalt avsattes 1,72 miljarder kronor 2020 för att motverka psykisk ohälsa, och av dessa medel har 200 miljoner kronor gått till länen för suicidprevention, fördelat efter befolkningstäthet.<sup>135</sup>

Enligt regeringen och SKR behöver det regionala och lokala suicidpreventiva arbetet stärkas. Det som behöver göras är att öka samverkan mellan regioner och kommuner, integrera suicidprevention inom psykisk hälsa, utveckla kompetensen om suicid och suicidpreventivt arbete hos vissa yrkesgrupper, stödja implementeringen av det nationella handlingsprogrammet på regional och lokal nivå och öka kunskaperna om effektiva arbetssätt.

I överenskommelsen för 2021<sup>136</sup> riktas medel på totalt 1,68 miljarder kronor, varav 200 miljoner kronor till insatser för att stärka det regionala och lokala suicidförebyggande arbetet.<sup>137</sup> Utöver de 200 miljoner kronorna riktas vardera 100 miljoner kronor till regioner och kommuner för att arbeta med patientsäkerhet, med särskilt fokus på psykisk hälsa och suicidprevention inom ramen för kunskapsbaserad och säker hälso- och sjukvård och socialtjänst.<sup>138</sup> I denna del pekar man på att det finns tydliga utmaningar inom såväl hälso- och sjukvården och socialtjänsten som ett flertal andra områden som har betydelse för utvecklingen inom psykisk hälsa och suicidprevention. Till exempel finns högst suicidtal bland män som är 85 år och äldre, och därför behöver personalen i den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten mer kunskap om förebyggande insatser och symtom på psykisk ohälsa hos äldre. En systematisk

<sup>131</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, "Uppdrag Psykisk Hälsa, Projekt & Ämnen", hämtad 2021-04-29.

<sup>132</sup> Enligt Socialdepartementets faktagranskning 2021-09-01 var ett övergripande mål för strategin att minska antalet suicid.

<sup>133</sup> År 2015 prioriterades bland annat arbete med depression och självmordsprevention för barn och unga, men det framgår inte hur mycket medel som hade avsatts.

<sup>134</sup> Regeringsbeslut S2020/00441/FS (delvis), s. 13.

<sup>135</sup> Mottagaren är den aktör i ett län som länets kommuner och region anger. Kommuner och regioner väljer också själva hur de vill fördela medlen, vilket också kan avse andra närliggande områden inom förebyggande och främjande arbete inom psykisk hälsa (se skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-09).

<sup>136</sup> Regeringsbeslut S2020/09779. Överenskommelsen anger riktningen på arbetet som fastställdes i överenskommelsen för 2020 och som ska bedrivas under 2021 och 2022.

<sup>137</sup> Ibid., s. 19.

<sup>138</sup> Även 2020 riktades vardera 100 miljoner kronor till regioner och kommuner för att stärka arbetet inom psykisk ohälsa mot en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg. Men då avsågs inte specifikt suicidprevention som för 2021.

uppföljning och ett utvecklat samarbete mellan primärvården och civilsamhället lyfts också fram som några viktiga delar.<sup>139</sup>

Enligt Socialdepartementet<sup>140</sup> ska överenskommelserna från och med 2020 ses mot bakgrund av att det finns liknande utmaningar med kunskapsstyrning inom suicidprevention som inom hälso- och sjukvården i stort. Det handlar om att ytterligare stärka implementeringen och spridningen och att anpassa stöden efter behov hos berörda verksamheter. En annan utmaning är att öka engagemanget för suicidpreventionsfrågor och att involvera fler myndigheter i det kunskapsstödande arbetet utifrån myndigheternas respektive ansvarområden och roller. Det handlar även om fortsatta insatser för att skapa förutsättningar för både den nationella styrningen med kunskap och systemet för kunskapsstyrning<sup>141</sup> i vården. Vidare behöver arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention prioriteras ytterligare på lokal och regional nivå eftersom det faktiska arbetet med att förebygga suicid och implementera olika förebyggande insatser sker på lokal och regional nivå. Särskilt angeläget är att få kommuner att arbeta med suicidprevention då det framför allt är regionerna som driver och samordnar det suicidpreventiva arbetet.

#### *Folkhälsomyndigheten fick flera uppdrag 2020*

I juni 2020 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att inrätta en ny funktion för psykisk hälsa och suicidprevention som ska organiseras som en särskild verksamhet inom myndigheten.<sup>142</sup> Syftet med funktionen, som enligt uppgift håller på att byggas upp,<sup>143</sup> är att sprida kunskap om psykisk ohälsa och suicid till allmänheten, och att föra dialog med allmänheten inom området.<sup>144</sup>

Folkhälsomyndigheten fick i uppdrag i augusti 2020 att utreda behovet av en nationell stödlinje för personer med psykisk ohälsa och självmordsbenägenhet samt för anhöriga och närstående.<sup>145</sup> Bakgrunden är att den nationella hjälplinjen lades ned vid årsskiftet 2019/2020. Linjen fanns för personer i akut psykisk kris, däribland med självmordstankar, och den erbjöd anonymt och professionellt

<sup>139</sup> Regeringsbeslut S2020/09779, s. 14 och 18. Totalt 100 miljoner kronor riktades till regioner och 100 miljoner kronor till kommuner fördelat efter befolkningsmängd.

<sup>140</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-09.

<sup>141</sup> Regionerna har ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Systemet syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att uppnå jämlik vård (se Sveriges Kommuner och Regioner, "Nationellt system för kunskapsstyrning", hämtad 2021-05-26).

<sup>142</sup> Regeringsbeslut S2020/00438/FS (delvis).

<sup>143</sup> Telefonsamtal med företrädare för Folkhälsomyndigheten, 2021-05-06. Funktionen är tänkt att bestå av en arbetsgrupp med utredare som stöds av kommunikatörer.

<sup>144</sup> Regeringsbeslut S2020/05464/FS (delvis).

<sup>145</sup> Regeringsbeslut S2020/06172/FS.

samtalsstöd med bland annat psykologer.<sup>146</sup> Under 2019 försökte 30 000 personer nå fram till den nationella hjälplinjen, men knappt hälften av samtalen besvarades. Fyra av tio som ringde ansåg att stödet de fick var tillräckligt i stunden.<sup>147</sup> Sedan 2020 ska personer med självmordstankar ringa 1177 vilket innebär att de som svarar inte alltid har kompetens för att möta personer med denna problematik.<sup>148</sup> Under en övergångsperiod kunde inte 1177 heller erbjuda anonymitet. Under 2020 blev frågan åter aktuell med anledning av pandemin och risken för ökad psykisk ohälsa. Enligt Folkhälsomyndigheten finns det nu ett behov av en nationell stödlinje.<sup>149</sup> I kartläggningen konstateras att ett fåtal stödlinjer erbjuder professionellt samtalsstöd men ingen nationell linje vid psykisk ohälsa. Myndigheten föreslår att en verksamhet byggs upp via en webbplats som erbjuder professionellt samtalsstöd som ett komplement till hälso- och sjukvårdens uppdrag. Uppbyggnaden föreslås ske i samverkan med regioner, 1177 och SKR för att underlätta för en smidig övergång till vårdinsatser.

I maj 2021 gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram underlag för att införa en stödlinje. Uppdraget ska slutrapporteras senast den 31 januari 2022.<sup>150</sup> Folkhälsomyndigheten arbetar också med ett regeringsuppdrag om kunskapshöjande insatser under 2019–2021 som syftar till att minska stigmat om psykisk ohälsa och suicid. Uppdraget ska slutredovisas april 2022.<sup>151</sup> En del i uppdraget handlar om att minska stigmat på regional nivå, och det genomförs i samarbete med ett antal regioner som har ett pågående arbete med samma tema.<sup>152</sup>

### *Större gemensamma uppdrag till Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten 2020*

Den 30 juli 2020 fick Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med ett tjugotal myndigheter<sup>153</sup> ta fram underlag inför en kommande nationell strategi inom psykisk hälsa och suicidprevention.<sup>154</sup> Syftet med en ny strategi är att ge regeringen underlag inför det fortsatta arbetet. Målsättningen är att stärka den statliga styrningen, skapa bättre förutsättningar för samordning och

<sup>146</sup> Nationella hjälplinjen stängdes som en följd av regionernas prioriteringar av vilka tjänster det av regioner och kommuner gemensamägda bolaget Inera skulle förvalta. I och med att regionerna tar över vårdgivaransvaret via 1177 ansåg Inera att det fanns bättre förutsättningar för ökad patientsäkerhet, kvalitet, dokumentation och uppföljning. (Se Inera, "Hjälplinjen avvecklas hos Inera", hämtad 2020-04-27).

<sup>147</sup> Lerner, "De lägger ned en fungerande stödlinje på lösa grunder", 2019-12-09.

<sup>148</sup> Lundegårdh, "Regeringens nollvision har inte haft effekt", 2020-01-09.

<sup>149</sup> Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*, 2021.

<sup>150</sup> Regeringsbeslut S2021/04157.

<sup>151</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Folkhälsomyndigheten, s. 5.

<sup>152</sup> Regionerna är Västmanland, Norrbotten, Halland, Västerbotten, Jämtland, Jönköping, Skåne, Värmland och Västra Götaland. Arbetet slutredovisas i december 2021.

<sup>153</sup> Se elektronisk bilaga 4.

<sup>154</sup> Regeringsbeslut S2018/04669/FS (delvis), S2018/06126/FS (delvis), S2020/06171/FS (delvis).

samverkan samt öka kvaliteten, effektiviteten och långsiktigheten i de insatser som genomförs av relevanta aktörer. För att lyckas med målet vill regeringen att förslagen till strategi ska vara långsiktiga samt att de ska stärka patienters och brukares ställning och förbättra samverkan mellan det offentliga och det civila samhället.<sup>155</sup>

Ett färdigt förslag på strategi ska redovisas till regeringen den 1 september 2023. I uppdraget ingår att göra en översyn av det nationella handlingsprogrammet. Myndigheterna ska göra en individuell analys, men också lämna förslag på hur förebyggande insatser bör utformas. Flera myndigheter som arbetar operativt med suicidprevention deltar i arbetet, till exempel Polismyndigheten, Kriminalvården och SiS.<sup>156</sup>

Inom ramen för överenskommelsen 2020 fick Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att stödja och följa insatserna inom psykisk hälsa och suicidprevention på regional och lokal nivå.<sup>157</sup> Syftet är att öka kunskaperna om effektiva arbetsätt inom området. SKR ska samordna arbetet hos regioner och kommuner och bidra till att uppmärksamma goda exempel.

#### *En ny strategi och ändringar i Folkhälsomyndighetens instruktion bygger på förslagen i en statlig utredning*

Regeringens initiativ till en ny nationell strategi inom psykisk hälsa och suicidprevention och en ändring i Folkhälsomyndighetens instruktion bygger på bedömningar och förslag i ett slutbetänkande från 2019.<sup>158</sup> I betänkandet föreslås bland annat en tioårig strategi för psykisk hälsa och suicidprevention för åren 2020–2030, tydliga och mätbara nationella mål, en stärkt nationell samordning och evidensbaserade och kompetenshöjande arbetsätt. Utredningen kom fram till att myndigheter som arbetar inom området psykisk hälsa bör ges i uppdrag att medverka operativt i den nationella samordningen inom psykisk hälsa och suicidprevention men också i uppföljningen av insatser för att uppnå en långsiktigt hållbar samverkan. Vidare föreslogs ett förtydligande av Folkhälsomyndighetens samordningsuppdrag inom psykisk hälsa och suicidprevention för att skapa förutsättningar för ett mer långsiktigt arbete.

Regeringen har ändrat i Folkhälsomyndighetens instruktion 2021 utifrån det förslag som lämnades i slutbetänkandet.<sup>159</sup> Ändringarna innebär att Folkhälsomyndighetens samordnande, samverkande och uppföljande uppgifter inom psykisk hälsa och suicidprevention inkluderas. Likaså anges att myndigheten ska

<sup>155</sup> Regeringsbeslut S2018/04669/FS (delvis), S2018/06126/FS (delvis), S2020/06171/FS (delvis), s. 4 f.

<sup>156</sup> Ibid.

<sup>157</sup> Regeringsbeslut S2020/01044/FS.

<sup>158</sup> SOU 2018:90.

<sup>159</sup> 10 § förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Ändringarna trädde i kraft den 4 maj 2021.

stödja utvecklingsarbete på lokal och regional nivå och inom den ideella sektorn, men också verka för att utveckla och förmedla kunskap inom området.

#### 4.1.4 Statsbidrag till frivilligorganisationer inom psykisk hälsa och suicidprevention

Stöd till frivilligorganisationer är ett område i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention från 2008. Statsbidragen till frivilligorganisationer inom psykisk hälsa och suicidprevention ökade stort 2020 och 2021, till stor del genom tilläggsuppdrag med anledning av pandemin. Vi har valt att undersöka femårsperioden 2017–2021. År 2017 delade Folkhälsomyndigheten ut 25 miljoner kronor. Åren 2020 och 2021 fick organisationerna 65 miljoner kronor årligen.<sup>160</sup> I maj 2021 fick frivilligorganisationerna ytterligare 14 miljoner kronor i statsbidrag för att stärka och utveckla arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention. Enligt regeringen är medlen en del av arbetet för att möta ökad utsatthet med anledning av pandemin.<sup>161</sup>

**Tabell 1** Folkhälsomyndighetens beviljade statsbidrag till frivilligorganisationer inom psykisk hälsa och suicidprevention 2017–2021, miljoner kronor

	2017	2018	2019	2020	2021
Beviljade medel till frivilligorganisationer inom psykisk hälsa och suicidprevention	25	41	36	65	79*
–varav medel till organisationer inom suicidprevention**	6	8	6	14	13
Andel medel till organisationer inom suicidprevention (procent)	24	20	17	21	16

Källa: Folkhälsomyndigheten.

Anm.: \*) Av de beslutade extra medlen på 15 miljoner kronor i maj 2021 beviljades 14 miljoner kronor. \*\*) Avser fyra organisationer som i huvudsak arbetar med suicidprevention.

<sup>160</sup> Av medlen delas 50 miljoner kronor ut i enlighet med förordningen 2020:429 om statsbidrag till frivilligorganisationer inom området för psykisk hälsa och suicidprevention, 14 miljoner som projektbidrag till frivilligorganisationer som bedriver arbete inom området suicidprevention inklusive frivilligorganisationer som arbetar med suicidpreventiva insatser riktat till hbtqi-personer, och 5 miljoner som organisations- och verksamhetsbidrag till nationella föreningar för samverkan mellan brukar-, patient- och anhörigorganisationer inom psykisk hälsa.

<sup>161</sup> Socialdepartementet, "Regeringsuppdrag om en nationell stödlinje för personer med psykisk ohälsa", hämtad 2021-05-10.



Folkhälsomyndigheten redovisar inte hur stor del av de utdelade statsbidragen som ska användas till suicidpreventivt arbete, men fyra frivilligorganisationer som till stor del arbetar med suicidprevention<sup>162</sup> fick sammanlagt 47 miljoner kronor 2017–2021, vilket är cirka en femtedel av de medel som delades ut totalt.<sup>163</sup>

### *Det civila samhället viktigt i det suicidpreventiva arbetet*

Vi ställde en fråga till Socialdepartementet om hur regeringen ser på frivilligorganisationernas roll i det suicidpreventiva arbetet. Departementets generella bedömning är att det civila samhällets organisationer ses som ett viktigt komplement till insatser som utförts av staten, regionerna och kommunerna och andra aktörer i det suicidpreventiva arbetet. Frivilligorganisationerna kan bidra med till exempel lättillgängliga stöd, meningsfulla aktiviteter och ett sammanhang som kan förbättra individers och gruppers hälsa, utbildningsinsatser och opinionsbildande arbete. Enligt Socialdepartementet främjas kvaliteten i vården och omsorgen när erfarenheter och kunskaper hos det civila samhället tillvaratas. Dessutom ökar möjligheterna att utveckla mer effektiva och strategiska insatser som utgår ifrån olika gruppers behov. För en effektiv suicidprevention krävs en bred samverkan mellan myndigheter, kommuner och regioner, universitetet och högskolor, det civila samhällets organisationer samt anhöriga och närstående.<sup>164</sup> Arbetet med en ny strategi inom psykisk hälsa och suicidprevention syftar till att förbättra samverkan mellan det offentliga och det civila samhället.<sup>165</sup>

Flertalet intervjuade aktörer<sup>166</sup> anser att frivilligorganisationer är viktiga och att de gör ett bra arbete. Deras roll är att synliggöra grupper, och de ”fyller luckor”, exempelvis för efterlevande och för äldre. Men flera aktörer, även företrädare för frivilligorganisationer, är också kritiska till att organisationerna får ta ett så pass stort ansvar, exempelvis med Självmordslinjen som drivs av organisationen Mind, och arbetet med anhöriga, eftersom det saknas ett fungerande anhörigstöd. En återkommande synpunkt är att organisationer inte ska behöva kompensera för brister i offentlig verksamhet utan komplettera det offentliga suicidpreventiva arbetet.

<sup>162</sup> Mind, SPES – Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd, SPIV – Suicidprevention I Väst och Suicide Zero.

<sup>163</sup> Utöver de fyra organisationerna inom suicidprevention finns också riktade projektbidrag inom suicidprevention och efterlevandestöd hos andra organisationer och stiftelser. Dessa är emellertid inte inräknade här.

<sup>164</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-09.

<sup>165</sup> Regeringsbeslut S2018/04669/FS (delvis), S2018/06126/FS (delvis), S2020/06171/FS (delvis), s. 5.

<sup>166</sup> Intervjuer med myndighetspersoner, 2020-04-01, 2020-04-08, 2020-04-14, 2020-04-23, 2020-04-29 och 2020-05-26. Även enligt intervjuer i fallstudien.

#### 4.1.5 Den nationella styrningen uppfattas som otydlig

Av våra intervjuer<sup>167</sup> framgår tydligt att det finns utmaningar med det suicidpreventiva arbetet. Flera företrädare efterfrågar en tydligare statlig styrning, eftersom den ses som oklar och ryckig. Ett problem är ansvarsfördelningen. Ett förslag är att länsstyrelserna bör få ett uppdrag att arbeta med suicidprevention. En företrädare menar att den egna regionen är ”sent ute” med suicidprevention, vilket beror på att ”man inte tänker på helheten” och att suicid är ett stigmatiserat område som är svårt att närma sig. Flera företrädare anser att en långsiktig finansiering av suicidpreventivt arbete behövs för att uppnå önskade resultat.

Folkhälsomyndigheten bedöms göra ett bra arbete givet sitt uppdrag att samordna och stödja arbetet. Men en svårighet är att deras kunskapsstöd inte leder till konkreta åtgärder. SKR ses som en viktig aktör som kan påverka via överenskommelser. Men det är en organisation som inte heller kan påverka arbetet i praktiken, enligt en intervjuperson.

Polismyndigheten har en nationell verksamhetsutvecklare vars huvudsakliga uppgift är att ta fram kravställen på utbildningar och att samarbeta med andra aktörer. Det finns dock flera problem med samverkan på regional nivå inom suicidprevention. Ett är att det saknas nationella styrdokument vilket gör det svårt att verka i regionerna. Enligt intervjupersonen är Polismyndighetens interna styrning hierarkisk, med arbete i stuprör, vilket sannolikt leder till dubbelarbete. Polismyndigheten är dessutom en av många aktörer och därmed beroende av andras deltagande.<sup>168</sup> Även Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen uppfattas arbeta i ”stuprör”. Folkhälsomyndigheten arbetar till exempel med suicidprevention och psykisk hälsa men inte med beroendefrågor.<sup>169, 170</sup> Socialstyrelsen har en tydlig uppdelning mellan hälso- och sjukvårdsfrågor och socialtjänstfrågor.<sup>171</sup>

#### 4.1.6 MSB arbetar inte med suicid- och suicidpreventionsfrågor

I vår fallstudie har räddningstjänsten i Jönköping en viktig roll i arbetet med suicidprevention. Vi har därför på en övergripande nivå undersökt hur räddningstjänstens olycksförebyggande arbete styrs och samordnas på nationell nivå. Varje år gör den kommunala räddningstjänsten 2 000 utryckningar som rör hot om suicid eller fullbordade suicid, ofta i samverkan med ambulanssjukvård och polis.

<sup>167</sup> Intervjuer med myndighetspersoner, 2020-04-01, 2020-04-08, 2020-04-14, 2020-04-23, 2020-04-29 och 2020-05-26.

<sup>168</sup> Intervju med nationell verksamhetsutvecklare, 2021-01-19.

<sup>169</sup> Med beroendefrågor avses alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS). Folkhälsomyndigheten arbetar med ANDTS-frågor men den verksamheten är inte kopplad till arbetet med suicidprevention.

<sup>170</sup> Enligt Folkhälsomyndighetens faktagranskning 2021-09-06 finns ett visst utbyte mellan de två uppdragsområdena inom myndigheten.

<sup>171</sup> Intervju med sakkunnig inom psykiatrirådgivning på nationell nivå, 2020-11-19.

Antalet uttryckningar har ökat sedan 2018,<sup>172</sup> liksom antalet suicidlarm till SOS Alarm.<sup>173</sup> Varje kommun kan bestämma hur räddningstjänsten ska arbeta utöver de uppgifter som anges i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO). Detta innebär att händelser som rör hot om suicid hanteras olika i landet.

Den statliga aktören för räddningstjänsten är MSB. Myndigheten ska på nationell nivå samordna och stödja kommuner med råd och information.<sup>174</sup> Myndigheten ska också samordna och utveckla verksamheten inom räddningstjänsten och när det gäller olycks- och skadeförebyggande åtgärder.<sup>175</sup> MSB arbetar inte nationellt med den kommunala räddningstjänstens uppgifter som rör suicid och suicidprevention. Samtidigt kan räddningstjänsten arbeta med bägge uppgifter lokalt.<sup>176</sup> MSB har inte fått några regeringsuppdrag inom området sedan 2010 (se elektronisk bilaga 4).<sup>177</sup> Myndigheten deltar inte heller i Folkhälsomyndighetens myndighetssamverkansgrupp och inte i det kommande nationella strategiarbetet med psykisk hälsa och suicidprevention. Enligt Socialdepartementet<sup>178</sup> deltar MSB som samrådspart i uppdraget om att ta fram en nationell strategi.<sup>179</sup>

En förklaring till att MSB inte arbetar med suicidprevention är myndighetens tolkning av LSO och dess förarbeten. Lagen reglerar vilka räddningsinsatser den kommunala räddningstjänsten är skyldig att genomföra.<sup>180</sup> Definitionen av olycka nämner inte särskilt suicid och uppräknningen av vad som kan vara en olycka är därmed inte uttömmande, enligt vår bedömning. Inte heller i förarbetena finns några explicita uppgifter om ifall suicid eller försök till suicid ska ses som en olyckstyp vid en räddningsinsats eller inte.<sup>181</sup> Enligt MSB har den kommunala räddningstjänsten inte någon skyldighet att inleda en räddningsinsats vid varje

<sup>172</sup> Bracken med flera, "Prioritera inte bort räddningstjänstens självmordsförebyggande arbete, MSB", 2021-05-19.

<sup>173</sup> SOS Alarm, "Rättelse om suicidsiffror från SOS Alarm", hämtad 2021-06-24.

<sup>174</sup> Enligt 1 § 4 p. förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

<sup>175</sup> Enligt 3 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

<sup>176</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, "Räddningstjänst och räddningsinsatser", hämtad 2021-04-28. Enligt MSB ska acceptansnivån för konsekvenserna av inträffade olyckor successivt sänkas, vilket innebär att räddningsinsatserna ständigt behöver effektiviseras. Därför ska MSB stödja kommunernas förmåga att hantera olika typer av situationer på ett effektivt sätt. Det förebyggande arbetet avser inte specifikt suicidprevention.

<sup>177</sup> Regeringsbeslut S2010/2274/FST.

<sup>178</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-09.

<sup>179</sup> Regeringsbeslut S2018/04669/FS (delvis), S2018/06126/FS (delvis), S2020/06171/FS (delvis). MSB finns dock inte med som samrådspart i regeringsbeslutet.

<sup>180</sup> Enligt 1 kap. 2 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

<sup>181</sup> Prop. 2002/03:119, s. 68 f., bet. 2003/04:FöU2, rskr. 2003/04:24. Se även prop. 1985/86:170, s. 22 f. och 62 ff., bet. 1986/87:FöU2, rskr 1986/87:58.

suicid eller suicidförsök. Varje sådan händelse är inte att se som en olycka enligt förarbetena till lagen enligt myndigheten.<sup>182, 183</sup>

Enligt LSO är kommunerna skyldiga att ha ett handlingsprogram för det olycksförebyggande arbetet.<sup>184</sup> Handlingsprogrammet ska bygga på MSB:s föreskrifter om programmets innehåll och struktur.<sup>185</sup> MSB beslutade den 1 juni 2021 om nya föreskrifter för kommunala handlingsprogram.<sup>186</sup> I föreskrifterna anges sex olyckstyper, med en möjlighet för kommuner att lägga till ytterligare olyckstyper utifrån lokala förhållanden. MSB remitterade sina förslag till föreskrifter och allmänna råd samt handlingsprogram till kommunerna. Ett antal kommuner och andra remissinstanser svarade att föreskrifterna borde innehålla en sjunde olyckstyp som antingen kallas ”nödständig person” eller ”suicid/suicidförsök”, eftersom skadorna på liv och hälsa i denna grupp är stor. MSB:s tolkning av bestämmelserna är att denna olyckstyp i vissa fall kan härledas till de kriterier som enligt LSO<sup>187</sup> måste uppfyllas för att räddningstjänsten ska agera. Enligt myndigheten är syftet med föreskrifter för handlingsprogrammet att få enhetligare och därmed mer jämförbara kommunala program. Om fler olyckstyper skulle vara med skulle jämförbarheten bli sämre. MSB har tagit med ”nödständig person” i de allmänna råden som exempel på en olyckstyp som kommunen kan överväga att komplettera den föreskrivna listan med.<sup>188</sup> Men eftersom vi konstaterar att kommuner arbetar olika finns en risk för att olyckstypen ”nödständig person” bedöms och hanteras olika av räddningstjänsterna såvida det inte finns en tydlig vägledning om vilka undergrupper som avses.

<sup>182</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Sammanställning av remissvar angående utkast på föreskrifter och allmänna råd om kommunala handlingsprogram*, 2021, s. 3. Se även Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Konsekvensutredning vid regelgivning - Föreskrifter och allmänna råd om kommunala handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor*, 2021, s. 9.

<sup>183</sup> Enligt MSB:s faktagranskning 2021-09-03 måste man, liksom vid alla typer av händelser, göra en avvägning av om det är tal om en räddningsinsats enligt 1 kap. 2 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

<sup>184</sup> Enligt 3 kap. 3 och 8 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

<sup>185</sup> Se även MSB:s möjlighet att meddela föreskrifter enligt 3 kap. 3 § i förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

<sup>186</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, ”Nya föreskrifter för tydligare kommunala handlingsprogram enligt LSO”, hämtad 2021-06-24.

<sup>187</sup> Enligt 1 kap. 2 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

<sup>188</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Sammanställning av remissvar angående utkast på föreskrifter och allmänna råd om kommunala handlingsprogram*, 2021.

En företrädare för MSB bedömer att arbetet med suicidprevention i första hand tillhör hälso- och sjukvårdens område<sup>189</sup>, men menar samtidigt att kommunerna själva kan utforma räddningstjänstens uppgifter utöver lagstiftningens krav så att det passar varje kommun. Kommunerna har tidigare kunnat ha breda handlingsprogram som utgår från flera olika lagstiftningar med olika förebyggande områden och uppgifter.<sup>190</sup>

Kommunen som vi har undersökt, Jönköping, har valt att ge räddningstjänsten mandat att arbeta aktivt med suicidprevention. Folkhälsomyndigheten har i en rapport, med samma kommun som exempel, visat att räddningstjänsternas roll i det suicidpreventiva arbetet kan breddas, från att de enbart rycker ut vid akuta suicidlarm, till att de kan ha ett samordningsansvar för hela det suicidpreventiva arbetet i kommunen.<sup>191</sup> Vår fallstudie visar att författningsstöd och vägledning för suicidprevention efterfrågas som en del av det olycksförebyggande arbetet, även om räddningstjänsten har ett utvecklat suicidpreventivt arbete. Vidare är det tydligt i fallstudien att systematiskt arbete med räddningsinsatser som också rör hot om suicid är en viktig del av det förebyggande arbetet och därmed lärandet. Även i propositionen till den reviderade LSO lyfts olycksundersökningar, lärande och systematik i kommunernas arbete fram som ett viktigt utvecklingsområde.<sup>192</sup>

#### 4.1.7 Antalet suicid på statliga järnvägar oförändrat högt trots halveringsmål

Vi har undersökt vilka statliga insatser som har gjorts för att förebygga suicid inom transportsystemet och vad de har lett till. Genomgången pekar på att antalet suicid på statliga järnvägar inte har minskat trots mål om en halvering av antalet omkomna. Suicidpreventiva insatser inom transportsystemet bedöms vara effektiva enligt forskningen inom suicidprevention. Regeringen har uttalat att suicidprevention är ett viktigt område inom trafiksäkerhetsarbetet<sup>193</sup> och har gett myndigheter på trafikområdet flera uppdrag<sup>194</sup>.

<sup>189</sup> I propositionen till den förra räddningstjänstlagen (1986:1102), RåL, behandlas begreppet räddningstjänst. Det framgår att gränsen mellan sjukvården och räddningstjänsten inte får dras alltför skarpt (prop. 1985/86:170, s. 64, bet. 1986/87:FöU2, rskr 1986/87:58). Av betänkandet Reformerad räddningstjänstlagstiftning (SOU 2002:10, s. 289–290) framgår, vad avser 1 kap. 2 § LSO, följande: "Myndighetsverksamhet, som rör förebyggande åtgärder mot andra olyckor än bränder, regleras emellertid i allt väsentligt genom annan lagstiftning för det aktuella området och inte inom ramen för den aktuella lagstiftningen. Av bestämmelserna i 3 kap. 1 § LSO framgår dock att kommunen skall vara verksam för skydd mot andra olyckor än bränder." Bestämmelserna i 1 kap. 2 § LSO är innehållsmässigt desamma som de i 2 § RåL.

<sup>190</sup> Looström, "MSB prioriterar inte bort räddningstjänstens suicidpreventiva arbete", 2021-05-21.

<sup>191</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidpreventivt arbete i Jönköpings län. Exempel på samverkan mellan olika professioner med räddningstjänsten som samordnare*, 2021.

<sup>192</sup> Prop. 2019/20:176, s. 63, bet. 2020/21:FöU3, rskr. 2020/21:22.

<sup>193</sup> Regeringsbeslut N2016/05494/TS.

<sup>194</sup> Regeringsbeslut N2016/05492/TS; Regeringsbeslut N2016/05493/TS; Regeringsbeslut N2016/05491/TS.

Visionen för suicid från 2008 omfattar också transportsystemet.<sup>195</sup> Sedan tidigare fanns en nollvision för omkomna i vägtrafik, vilken även gällde som övergripande princip för samtliga trafikslag.<sup>196</sup> De första etappmålen om halvering av antalet omkomna till 2020 beslutades 2009 för vägtrafiken<sup>197</sup> och 2012 för den statliga järnvägen<sup>198</sup>. Regeringen tog 2016 fram ett inriktningsdokument<sup>199</sup> där de framhöll att åtgärder för att minska antalet självmord i järnvägstransportsystemet inte varit tillräckligt tydliga delar av tidigare trafiksäkerhetsåtgärder. En förklaring till det är att suicid har betraktats som avsiktliga händelser, inte olyckor, och därför inte behandlats som en del av trafiksäkerhetsproblematiken. Regeringen såg därför positivt på de initiativ som har tagits för att systematiskt minska antalet självmord som begås inom transportsystemet.<sup>200</sup> Trafikverket och Transportstyrelsen föreslog 2016 gemensamt ett mål om en halvering av antalet suicid inom vägtrafiken, inklusive hopp från broar, till 2030.<sup>201</sup> Regeringen beslutade 2020 om ett halveringsmål inom samtliga trafikslag till 2030.<sup>202</sup> För bantrafiken<sup>203</sup> omfattar målsättningen även olyckor på grund av suicid, vilket inte gäller för övriga trafikslag.

Under perioden 2015–2019 skedde årligen cirka 130 suicid inom det svenska transportsystemet, och de flesta suiciden sker inom järnvägs- och tunnelbanetraffiken.<sup>204</sup> Självmord är den vanligaste anledningen till att personer omkommer inom järnvägs- och tunnelbanetraffiken.<sup>205</sup> Den första perioden med halveringsmålen visar att man i princip lyckats nå målen vad gäller omkomna i vägtrafiken medan resultatet för järnväg ligger på en oförändrad nivå.<sup>206</sup> Att antalet suicid har varit stabilt och högt genom åren indikerar att det finns störst utmaningar inom

<sup>195</sup> Prop. 2007/08:110, s. 106, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226.

<sup>196</sup> Prop. 1996/97:137, bet. 1997/98:TU4, rskr. 1997/98:11; Prop. 1997/98:56, bet. 1997/98 TU10, rskr. 266 och prop. 2008/09:93, bet. 2008/09:TU14, rskr. 2008/09:257.

<sup>197</sup> Bet. 2009/10:TU12, prot. 2009/10:90.

<sup>198</sup> Trafikverket, *Årsredovisning 2012, 2013*, s. 23. Se även Trafikverket, "Nollvisionen för väg och järnväg", hämtad 2021-03-09. Målet utgår från 2010 års nivå, då sammanlagt 110 personer omkom i det statliga järnvägssystemet. Enligt Trafikverket är det både logiskt och realistiskt att uppnå halveringsmålet till 2020.

<sup>199</sup> Regeringsbeslut N2016/05494/TS.

<sup>200</sup> Ibid.

<sup>201</sup> Trafikverket och Transportstyrelsen, *Analysrapport. Översyn av etappmål för säkerhet på väg - till 2020 och 2030, med en utblick mot 2050*, 2016.

<sup>202</sup> Infrastrukturdepartementet, "Regeringen höjer ambitionsnivån i trafiksäkerhetsarbetet", hämtad 2021-02-22 (regeringsbeslut I2020/00423/US och I2020/00433/US). Etappmålen har utformats utifrån det transportpolitiska hänsynsmålet.

<sup>203</sup> Med bantrafik avses järnväg, tunnelbana och spårtrafik, se regeringsbeslut I2020/00423/US och I2020/00433/US.

<sup>204</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, Region Stockholm och Karolinska Institutet, *Förstudie. Suicid i transportsystemet*, 2020. Uppgifter om suicid som sker i transportsystemet finns inte samlade utan måste tas fram och bearbetas från ett femtontal databaser.

<sup>205</sup> Trafikverket, "Nollvisionen för väg och järnväg", hämtad 2021-03-09.

<sup>206</sup> Jämför Trafikverket, *Årsredovisning 2019, 2020*, s. 18.

järnvägstrafiken. Antalet suicid på järnvägar har minskat något 2020,<sup>207</sup> vilket också gäller för antalet suicid i stort.

*Suicidprevention inom statliga järnvägen – brister i det förebyggande arbetet och risk för att effektiva åtgärder nedprioriteras*

Trafikverket arbetar i huvudsak med två typer av åtgärder för att minska personpåkörningar i järnvägssystemet: stängsel och övervakningskameror kombinerat med snabba väktaringripanden.<sup>208</sup> Dessutom prövar Trafikverket nu kombinationer av åtgärder, och ett pilotprojekt för att minska obehöriga i spår vid stationer pågår.<sup>209</sup> Trafikverket menar att det är svårt att förebygga suicid.<sup>210</sup>

”Det handlar till skillnad från olyckor om att personen aktivt söker sig till spårområdet.”  
(Intervju med tjänsteperson, Trafikverket)

Primärt utarbetar Trafikverket åtgärdsförslag först efter att en incident har ägt rum, och stängsling sker på de järnvägssträckor där de flesta påkörningar med dödlig utgång har inträffat.<sup>211</sup> Kvalitetssäkringen av de stängslingsåtgärder som vidtagits görs inte systematiskt<sup>212</sup> och det finns betydande brister i de barriärer som satts upp i syfte att förebygga intrång på spårområdet.<sup>213</sup> Enligt Trafikverket rapporteras incidenter in till Trafikverkets system samt analyseras och följs upp regelbundet.<sup>214</sup> Möjligheterna för Trafikverket att följa upp och beräkna effekten av vidtagna åtgärder, och därmed förutsättningarna för att systematiskt skatta effekter av vidtagna åtgärder, är dock begränsade på grund av betydande brister i Trafikverkets data.<sup>215</sup> Effektiviteten i Trafikverkets trafiksäkerhetsarbete för järnväg riskerar att påverkas negativt av regeringens uppdrag om att öka säkerheten vid plankorsningar inom befintliga ekonomiska ramar,<sup>216</sup> eftersom uppdraget ”kan begränsa implementeringen av andra förebyggande åtgärder som anses spara mer liv än plankorsningsåtgärder”.<sup>217</sup>

<sup>207</sup> Trafikverket, *Extern Rapport trafiksäkerhet järnväg 2020*, 2021-03-31, s. 81. Siffrorna för 2020 är preliminära.

<sup>208</sup> Trafikverket, *Åtgärder mot personpåkörningar på järnväg. Underlagsrapport till planeringsunderlag trafiksäkerhet – järnväg*, 2018, s. 80.

<sup>209</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-15.

<sup>210</sup> Intervju med tjänsteperson, 2021-02-23.

<sup>211</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-15.

<sup>212</sup> Intervju med tjänsteperson, 2021-02-23.

<sup>213</sup> Järnvägssektorns samverkansforum, ”Obehöriga i spår” Norrköping-Linköping. *Branschgemensam utredning av en belastad sträcka i Region Öst*, 2018, s. 13 f. Riksrevisionen har funnit liknande brister vid ett platsbesök vid den drabbade sträckan Stockholms södra, 2021-02-24. Se även Järnvägssektorns samverkansforum, ”Obehöriga i spår” i Göteborg. *Branschgemensam utredning av en belastad sträcka i Region Väst*, 2019.

<sup>214</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-15.

<sup>215</sup> Statens väg- och transportforskningsinstitut, *Effektutvärdering av stängsling på järnväg. Pilotprojekt i Region Öst*, 2020.

<sup>216</sup> Regeringsbeslut N2019/00388/TIF.

<sup>217</sup> Trafikverket, *Gapanalys. Skillnaden mellan förväntad utveckling av transportsystemet och målbild 2030*, 2020, s. 80.

## 4.2 Folkhälsomyndighetens samverkan med myndigheter och intressenter

En central del i Folkhälsomyndighetens samordningsuppdrag är att samverka med myndigheter, brukar- och anhörigorganisationer och andra frivilligorganisationer. Folkhälsomyndigheten har därför bildat två nationella samverkansgrupper, en för myndigheter och en för intressenter, vars syfte är att deltagarna ska kunna utbyta kunskap med varandra och förbättra samordningen av det kunskapsstödjande arbetet. Vi har skickat ut öppna enkätfrågor till deltagarna i de två samverkansgrupperna om hur de bedömer nyttan med samverkan och vad arbetet leder till. Svaren redovisas i följande delavschnitt.<sup>218</sup>

### 4.2.1 Nationella myndighetsgruppen – deltagarna har nytta av samverkan men saknar konkreta åtgärder för att minska suicid

Sammanlagt nio myndigheter<sup>219</sup> och SOS Alarm AB deltar i den nationella myndighetssamverkansgruppen, som samordnas av Folkhälsomyndigheten. Samtliga deltagande myndigheter har besvarat våra öppna enkätfrågor om det suicidpreventiva arbetet inom gruppen. Sammanfattningsvis uppger myndigheterna att de har nytta av arbetet i samverkansgruppen. Medverkan bidrar till ökade kunskaper om suicidprevention och ger möjlighet att skapa nätverk med kollegor från andra myndigheter. Men många deltagare saknar samtidigt konkreta åtgärder och diskussioner om vad och på vilket sätt myndigheterna gemensamt och enskilt kan göra i praktiken för att minska antalet suicid.

#### *Kunskaper från forskningen och arbetssätt vanligast men används olika*

En central del i samverkansmötena är att utbyta kunskaper och information om arbetssätt inom suicidprevention. Vid mötena diskuteras aktuell forskning, praktiska metoder, uppdaterad statistik, nya rapporter och nationella aktiviteter inom området. De frågor som myndigheter väljer att själva ta upp på mötena handlar om egna aktuella projekt inom suicidprevention, saker som myndigheter har sett under tillsynsbesök, analyser av kunskapsbehovet inom området, aktuell statistik, riktlinjer och utbildningsinsatser. Till exempel redovisar Polismyndigheten statistik om suicidförsök eftersom myndigheten har de mest aktuella uppgifterna. SOS Alarm redovisar statistik från sitt uppdrag att hantera anrop på nödnumret 112, och rutiner för suicidärenden. SOS Alarm lyfter återkommande önskemålet om en nationellt enhetlig hantering av akuta suicidärenden som kommer via 112. Anledningen är att det finns regionala och

<sup>218</sup> Samtliga tio deltagare i myndighetssamverkansgruppen har besvarat frågorna. Inom intressentgruppen har frågorna besvarats av elva deltagare från tio organisationer/verksamheter (två svar från samma organisation).

<sup>219</sup> Läkemiddelsverket, Trafikverket, Migrationsverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Statens institutionsstyrelse (SiS), Polismyndigheten, Kriminalvården, Skolverket och Socialstyrelsen.



lokala skillnader i hanteringen. Företrädaren för SOS Alarm menar att frågan om en enhetlig ärendeprocess bör hanteras inom samverkansgruppen.

Flertalet deltagare tar med sig kunskap om aktuell forskning och information om hur andra arbetar med suicidprevention till den egna myndigheten. Några deltagare har nyetablerat kontakter med andra deltagare som de tar med sig till sin myndighet. En deltagare anser att nyttan med myndighetsgruppen är begränsad eftersom det är svårt att tillämpa andra myndigheters underlag och arbetssätt i den egna organisationen då målgrupper och arbetsområden skiljer sig åt. Men det finns också exempel där myndigheter samverkat om att ta fram metoder och material på ett framgångsrikt sätt. En deltagare har fått signaler från andra myndigheter i samverkansgruppen om ökat missbruk eller överdoseringar med vissa läkemedel, vilket har kunnat utredas vidare på den egna myndigheten. För en annan myndighet har kunskapsutbytet i samverkansgruppen lett till att man har identifierat risker inom den egna verksamheten. En myndighet lyfter att Folkhälsomyndighetens aktuella kunskaper om pågående aktiviteter på regional och lokal nivå är värdefulla. Andra deltagare lyfter nyttan med att skapa nätverk under mötena och att det gynnar den egna myndighetens suicidpreventiva arbete. Ett exempel är kontakterna med blåljusmyndigheter, som har ökat förståelsen för räddningsinsatser och bidragit till kunskap om hur intrångsskydd eller hoppsskydd kan påverka en räddningsinsats. Denna typ av kunskap har påverkat Trafikverkets arbete när det gäller planering, prioritering och utformning av fysiska barriärer.

SOS Alarm och Kriminalvården är positiva till samverkansgruppen men de anser samtidigt att kunskaperna inte har påverkat den egna verksamhetens arbete med suicidprevention. Det beror på att det mest förs teoretiska diskussioner vid mötestillfällena. Därför efterfrågas mer konkreta suicidpreventiva åtgärder för den egna verksamheten.

#### *Myndigheterna vill se förbättrade arbetssätt för att få till konkreta åtgärder*

En majoritet av de deltagande myndigheterna anser att samverkansgruppens arbetssätt kan förbättras. Deltagarna efterfrågar mer handfasta arbetssätt som leder till konkreta åtgärder inom suicidprevention. Två andra myndigheter anser att samverkansgruppen bör delas upp i mindre grupper så att myndigheter med individnära uppdrag kan fördjupa sig i konkreta och handfasta frågor om till exempel rutiner, utbildningar, riskbedömningar och arbetsredskap.

”Den stora utmaningen för gruppen är att hitta samverkan om frågor som har relevans för merparten av myndigheterna. Detta kan vara utmanande när vi ses i myndighetsgruppen, och än mer när vi därtill ses tillsammans med civilsamhället.”

*(Skriftligt svar från en deltagare i myndighetsgruppen)*

Tre myndigheter vill lägga mer tid på myndighetssamverkan och frågor som har relevans för merparten myndigheter för att diskutera vad de gemensamt kan göra i praktiken för att minska suicid. Att nationella intressentgruppen är med på vartannat samverkansmöte ses som en försvårande faktor. Två myndigheter föreslår därför mindre samverkan med intressentgruppen. En deltagande myndighet menar att det är oklart vilket mandat man har, dels gentemot Folkhälsomyndigheten, dels mot andra myndigheter i samverkansgruppen.

#### *Flera aktörer efterfrågas till samverkansgruppen*

Slutligen framkommer det att hälften av de deltagande myndigheterna vill att andra aktörer ansluter sig till samverkansgruppen. Det gäller följande:

- SKR, eftersom prehospital sjukvård och kommunal räddningstjänst ses som nyckelorganisationer i att förhindra suicid vid akuta hot och SKR är företrädare för dessa verksamheter
- Rättsmedicinalverket som kan bidra med kunskaper om suicid
- SBU som kan bidra med kunskapsöversikter inom suicidprevention
- Skatteverket
- Kronofogden
- Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) angående tidiga insatser för barn och unga
- Barnombudsmannen (BO)
- En myndighet som arbetar med forskning och utveckling.<sup>220</sup>

#### 4.2.2 Nationella intressentgruppen – fungerande arena för samverkan men svagt stöd för implementering av suicidpreventiva insatser

I den nationella intressentgruppen ingår företrädare för ett tiotal frivilligorganisationer och SKR. I gruppen ingår också sakkunniga och forskare från några lärosäten.<sup>221</sup> Intressentgruppen har fyra gemensamma mål för arbetet. Dessa är att arbeta för att minska antalet suicid genom att påverka det nationella suicidpreventiva arbetet, verka för ökat finansiellt stöd, sprida kunskap och minska stigma om självmord.<sup>222</sup> Tanken är att aktörerna inom intressentgruppen

<sup>220</sup> NASP tillhör organisatoriskt både Karolinska Institutet och Region Stockholm samt WHO:s samarbetscentrum, men ingår inte formellt i samverkansgruppen för myndigheterna.

<sup>221</sup> Mind, Suicide Zero, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL), RFSL Ungdom, Jourhavande präst, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Suicidprevention i Väst (SPIV), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES); Svenska Samernas Riksförbund (SSR), Riksförbundet Attention. Utöver dessa organisationer medverkar sakkunniga och forskare vid Karolinska Institutet, Göteborgs universitet och Umeå universitet.

<sup>222</sup> Folkhälsomyndigheten, "Intressentgrupp", hämtad 2020-04-15.

ska komplettera statens, regionernas och kommunernas suicidpreventiva arbete genom kunskapsspridning, opinionsbildning och stödjande arbete.

Vi skickade öppna enkätfrågor till deltagarna i intressentgruppen. En fråga som ställdes var vilka kunskaper från intressentgruppen som tas med till den egna organisationen. Det är framför allt information om hur myndigheter och frivilligorganisationer arbetar praktiskt med suicidprevention, aktuella projekt och forskning som lyfts fram, särskilt Folkhälsomyndighetens arbete på befolkningsnivå, bland annat kartläggningar, studier och statistik. En företrädare för en frivilligorganisation ser deltagandet i gruppen både som mottagande och givande av kunskap, fram för allt inom kris- och traumastöd till närstående vid suicidförsök och fullbordade suicid.

”Folkhälsomyndigheten är en aktör som många litar på och för att kunskapsstöd ska få genomslag är avsändarens trovärdighet avgörande.”

*(Skriftligt svar från en deltagare i intressentgruppen)*

Folkhälsomyndighetens kunskapsstödjande arbete med suicidprevention får ett mycket bra betyg av intressentgruppen, vilket bidrar till att kunskapsstöden får genomslag. Myndighetens kunskapsunderlag uppfattas ha en hög trovärdighet och tillförlitlighet, och myndighetens sammanhållande funktion har skapat en fungerande arena för samverkan. Hur stödet för implementering av kunskapsstöd fungerar uppfattas däremot olika. Flera deltagare anser att det är ett mycket viktigt moment, men att det finns få exempel på hur implementeringen ska gå till.

De frågor som tas upp i intressentgruppen handlar om hälsa och livsvillkor för grupper som upplever hög stress i vardagen, till exempel hbtqi-personer, barn och ungdomar, asylsökande och papperslösa. Men det tas också upp frågor som har betydelse för det suicidpreventiva arbetet inom primärvård, psykiatri och annan somatisk hälso- och sjukvård. Pandemin bedöms inte ha påverkat inriktningen på det suicidpreventiva arbetet i intressentgruppen, utan den har snarare aktualiserat vikten av arbetet med suicidprevention. Det finns en risk att fler människor efter pandemin kan hamna i en så utsatt situation att de inte ser någon väg för att kunna fortsätta leva. Pandemin och dess konsekvenser för psykisk hälsa bedöms av några deltagare som viktiga att behandla framöver.

Olika typer av efterlevandestöd, behovet av närståendes involvering vid suicidförsök och efter suicid samt ekonomiskt stöd till civilsamhället är andra frågor som behandlas regelbundet. Några företrädare menar att statsbidrag bör delas ut med större framförhållning och kontinuitet jämfört med i dag. Men det är en fråga för regeringen och inte för Folkhälsomyndigheten. Civilsamhällets funktion som komplement till andra aktörer diskuteras återkommande, till exempel vid implementering av stöd och vid opinionsbildning. En annan synpunkt är att kommuner bör arbeta mer aktivt med suicidprevention. Flera

företrädare pekar på behov av suicidutredningar i individnära verksamheter, till exempel risk- och sårbarhetsanalyser i samband med en suicidhändelse.

Gemensam kunskap och samsyn är grundläggande för ett effektivt arbete. Samtidigt kan valet av insatser i en krissituation vara individuellt, och därför passar inte ett förhållningssätt för alla. Att utgå ifrån olycksfallsperspektivet ses enligt en företrädare som viktigt och bör gälla för alla strukturer och på alla nivåer.<sup>223</sup>

*Samverkan bidrar med ny kunskap men få konkreta suicidförebyggande åtgärder*  
Intressentgruppen har lett till att de deltagande organisationerna fått ett större nätverk och fler samarbeten. Deltagare har fått uppdateringar i aktuella frågor av Folkhälsomyndigheten. En företrädare påtalar vikten av att närståendes behov tas tillvara vid någons suicidförsök och efter ett fullbordat självmord. Flera företrädare för andra frivilligorganisationer uppger att kunskaperna från intressentgruppen har stärkt deras opinionsbildande och suicidpreventiva arbete eftersom de kan hänvisa till Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag som är forskningsförankrat och därmed trovärdigt.

Enligt en företrädare används kunskaperna som förmedlas inom gruppen som stöd och vägledning för föreningen så att arbetet inriktas på de åtgärder som bedöms vara till störst nytta. Kunskaperna har lett till ändrad kommunikation med organisationens målgrupp och volontärer i arbetet med stödlinjer och utbildningar. Påverkansarbete bedrivs genom att en förening deltar i olika regionala och lokala samverkans- och brukarråd, men framför allt genom att betona vikten av arbetet med suicidpreventiva strategier och handlingsplaner.

Enligt en deltagare bidrar medverkan i intressentgruppen i första hand till att stärka det egna suicidpreventiva arbetet som de redan bedriver. På så sätt utvecklas den egna verksamheten och stödet till frivilligorganisationens målgrupp förbättras. Men det är svårt att bedöma om kunskaperna leder till konkreta insatser. Enligt företrädaren krävs uthållighet för att uppnå konkreta åtgärder. På sikt bör de arbetssätt som vuxit fram genom samverkan med olika samhällsaktörer vara en väg att gå.

#### *Flera delar i det suicidpreventiva arbetet kan förbättras*

För att det suicidpreventiva arbetet ska kunna utvecklas behövs en mer långsiktig och säker finansiering, anser företrädare för intressentgruppen. Det behövs också evidensbaserade och effektiva metoder för att förebygga självmord och självmordsförsök. Efterlevandestöd är en preventiv insats som är viktig för att suicid inte ska hända igen bland närstående.

<sup>223</sup> Se avsnitt 4.1.1 om handlingsprogrammet som beskriver suicid som ett psykologiskt misstag eller olycksfall.

”All samordning bör ha ett syfte utöver samordningen.”

(Skriftligt svar från en deltagare i intressentgruppen)

Enligt en företrädare saknas det systematik för att genomföra insatser som leder till minskade självmordstal. Intressentgruppens arbete med suicidprevention skulle bli mer verksamt om det fanns en tydlig plan för att minska självmordstalen nationellt. Folkhälsomyndigheten är bra på att samordna men har inte i uppgift att initiera åtgärder.

Myndigheter är viktiga för att civilsamhället ska kunna arbeta professionellt med suicidprevention. Men ofta är det frivilligorganisationerna som implementerar suicidpreventiva åtgärder. Därför kan det finnas en poäng med att myndigheter i högre utsträckning än i dag engagerar frivilligorganisationer i det suicidpreventiva arbetet. Intressentgruppen uppfattas som en arena som är anpassad för myndigheter med ett begränsat utrymme för civilsamhällets behov. Opinionsbildande insatser är viktiga men inte det primära för en myndighet, som i stället kan stödja arbetet i samarbete med frivilligorganisationer.<sup>224</sup> Men om frivilligorganisationer ska kunna stödja myndigheterna behövs finansiering, enligt flera företrädare.

Företrädare för vården och den kliniska forskningen anser att fler representanter för vården, framför allt psykiatrin, skulle kunna involveras i det suicidpreventiva arbetet. Enligt andra företrädare för den kliniska forskningen måste vården och socialtjänsten förbättra sitt arbete med självmordsnära personer och verksamheterna borde stödjas från myndigheternas sida.

En företrädare för en frivilligorganisation efterfrågar fler diskussioner om suicidpreventiva insatser för personer med egen erfarenhet av suicidalitet. Målgruppen diskuteras ofta, men inga samtal förs med de som har varit med om någon suicidhändelse. En annan företrädare menar att det skulle bli mer kraft i arbetet om intressentgruppens möten slogs samman med nätverket för de regionala samordnarna. Det saknas ingångar till kommunerna och de tjänstepersoner som ansvarar för överenskommelserna om psykisk hälsa, vilket delvis leder till parallella spår. Mer samordning efterfrågas därför av SKR. När centrala regionala aktörer sitter med i olika nätverk kan missförstånd uppstå och det finns risk för att en aktör kliver in på någon annans ansvarsområde. Ett exempel på en sådan situation är när regionsamordnaren arrangerar aktiviteter för länets kommuner. Frågan är då vem som har ansvaret för att regioner och kommuner ska genomföra de suicidpreventiva strategier och handlingsplaner som arbetats fram.

<sup>224</sup> Folkhälsomyndigheten ska enligt sin nya instruktion som trädde i kraft den 4 maj 2021 stödja utvecklingsarbetet inom bland annat den ideella sektorn. Myndigheten har också i uppdrag att bygga upp en särskild funktion med syfte att sprida kunskap om psykisk hälsa och suicid till allmänheten, och att föra dialog med allmänheten inom området.

*Brister i stöd för implementering, samordning och uppföljning*

Enligt våra intervjuer<sup>225</sup> är flertalet aktörer positiva till Folkhälsomyndighetens arbete. Deras samverkansuppdrag ses som väl fungerande, men myndighetens samordnande roll uppfattas som en utmaning i och med att myndigheten är beroende av att andra myndigheter ska vilja samarbeta. Enligt flera intervjuade saknas konkreta insatser – Folkhälsomyndigheten samordnar och utreder gärna, men tar inte nästa steg och kunskapen omsätts därför inte i handling. En företrädare anser att det är oklart om Folkhälsomyndighetens uppdrag bara ska omfatta den statliga nivån, men uppfattar att det är den tolkning som myndigheten gör.

I intervjuer med representanter på nationell, regional och lokal nivå, och i skriftliga svar från samverkansgrupperna pekar flera på att det finns ett glapp mellan de nationella kunskapsstöden och stödet för implementeringen av dessa.<sup>226</sup> Det blir därför svårt att omsätta kunskaperna i handling. En företrädare lyfter att det i andra länder finns ett särskilt institut med uppgiften att agera stöd för implementering av kunskap. En annan företrädare anser att man behöver lägga mer kraft på att implementera resultat från forskningen på den regionala nivån.

”Det finns ingen gemensam utbildning för [akuta räddnings]insatser. När en insats saknar en struktur så prioriteras den inte, vilket leder till problem. Då finns det en risk för att ingen tar kommandot på plats. Det spretar för mycket när en tydlig ledning och styrning inte finns. Det behövs ett övergripande ansvar.”

*(Intervju med en nationell verksamhetsutvecklare)*

En företrädare menar att samordningen brister, att ”verksamheterna jobbar i stuprör”. Problemet uppstår i gapet ”mellan riksdagens intentioner och den faktiska implementeringen i kommuner och regioner”. Fler aktörer, till exempel kommuner, Försäkringskassan, Kronofogden, Migrationsverket och MSB behövs i arbetet. Det är också för mycket fokus på enskilda åtgärder, medan systematiska analyser saknas. Uppföljningen är svag och då händer ingenting. Bristen på uppföljning gör också att det är svårt att veta vilka insatser som fungerar och som därför är värda att satsa på. I de intervjuer som vi gjort framgår att det också finns juridiska hinder i form av sekretessproblem mellan verksamheter vid en akut insats: polisen får inte utbyta information med psykiatrin och hemsjukvården. Dessutom görs olika bedömningar av polisen och vården samtidigt som kommunikationen ofta är bristfällig dem emellan. Om hanteringen av en suicidal

<sup>225</sup> Intervjuer med företrädare för myndigheter, 2020-04-01, 2020-04-08, 2020-04-14, 2020-04-23, 2020-04-29 och 2020-05-26.

<sup>226</sup> Enligt Socialstyrelsens faktagranskning 2021-09-03 finns en oklarhet i var ansvaret för implementering av nationella kunskapsstöd ligger. I förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst nämns inte implementering konkret. Olika aktörers ansvar för implementering av kunskapsstöd behöver enligt myndigheten tydliggöras.

person inte leder till tvångsvård eller hen skrivs ut från vården finns ingen instans för personen att vända sig till för att få stöd och uppföljning.<sup>227</sup>

Intervjupersoner lyfter ett antal problem, bland annat att det finns risker med diskussioner om vad som är psykisk ohälsa och om den psykiska ohälsan bland unga faktiskt ökar, som kan leda till att arbetet med att motverka psykisk ohälsa stannar av. Andra problem är att primärvården blivit mindre tillgänglig och att psykiatrivården varit pressad de senaste 20 åren.

### 4.3 Uppföljningar av insatser inom suicidprevention

#### 4.3.1 Svårigheterna att följa upp och utvärdera kunskapsstödjande insatser inom psykisk hälsa har varit kända länge

I ett slutbetänkande från 2018<sup>228</sup> konstateras att effekterna av den statliga kunskapsstyrningen inom vård och omsorg är svåra att mäta, särskilt inom området psykisk hälsa. Detta har också konstaterats i nästan samtliga uppföljningar och utvärderingar av statliga initiativ sedan Psykiatrireformen genomfördes 1995. Svårigheten med att mäta resultat beror på att det saknas relevanta datakällor och indikatorer och att det är svårt att samla in data. Det var framför allt Socialstyrelsen men också Myndigheten för vård och omsorgsanalys som följde upp insatser inom psykisk hälsa under 2010-talet.

Enligt Socialdepartementet<sup>229</sup> visar uppföljningar av överenskommelserna mellan staten och SKR inom området psykisk hälsa att insatserna lett till förbättringar i arbetet med psykisk hälsa på lokal och regional nivå: en ökad medvetenhet om problematiken om psykisk hälsa och ohälsa, stärkta förutsättningar för bättre vård och omsorg och en stärkt samverkan mellan kommuner och regioner. Samtidigt identifierade både Socialstyrelsen och SKR hinder. Exempel på hinder är att det förebyggande arbetet inte får tillräckligt utrymme, att det behövs fler tidiga insatser och att den specialiserade vården inte är tillräckligt tillgänglig och jämlik. Vidare lyfts behov av sammanhållna insatser till personer med en komplicerad problematik. Det behövs också tydliga gemensamma mål och tillförlitliga data som kan användas som indikatorer för nationell uppföljning, insatser som främjar tvärsektorieell myndighetssamverkan och fortsatta lokala och regionala initiativ inom bland annat suicidprevention.

<sup>227</sup> Intervju med nationell verksamhetsutvecklare, 2021-01-19.

<sup>228</sup> SOU 2018:90, s. 226 f.

<sup>229</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-09.

### 4.3.2 Handlingsprogrammets utformning har inte gjort det möjligt att följa upp suicidpreventiva insatser

Det nationella handlingsprogrammet med de nio åtgärdsområdena är centralt för det förebyggande arbetet. Men redan när programmet togs fram 2006 fanns kritik som handlade om att åtgärdsområdena inte var uppföljningsbara och att finansieringen skulle göras inom befintliga resursramar för varje område.<sup>230</sup> Andra synpunkter som framfördes var att det saknades en vetenskapligt accepterad förklaringsmodell för att minska förekomsten av suicid.<sup>231</sup> Det saknades också förslag på åtgärder för olika nivåer och på hur dessa ska prioriteras samt en bedömning av förväntade effekter.

I ett uppdrag till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen 2020 ingår att göra en översyn av det nationella handlingsprogrammet. Myndigheterna ska inom ramen för uppdraget och i samverkan med ett tjugotal andra myndigheter lämna förslag på hur insatserna inom det suicidpreventiva arbetet bör utformas. Enligt regeringen ska uppdraget leda till en ökad samordning och samverkan, en utvecklad uppföljning, större långsiktighet och ett större ansvarstagande hos alla relevanta aktörer.<sup>232</sup> I uppdraget ingår också att lämna förslag på indikatorer för uppföljning av strategin. Förslaget på indikatorer bör innehålla mått på insatser och utvecklingen inom området. Indikatorerna bör utgå från data som samlas in regelbundet. I uppdraget ingår även att lämna förslag på indikatorer som saknas eller behöver utvecklas för att man ska kunna följa upp och utvärdera insatserna.<sup>233</sup>

Enligt Socialdepartementet<sup>234</sup> har insatserna inom det nationella handlingsprogrammet en nära koppling till folkhälsopolitikens utgångspunkter såsom levnadsvanor, livsförhållanden och livsvillkor. Därför behövs ett brett tvärsektorielt arbete med insatser inom ett stort antal områden. Det begränsar hur det suicidpreventiva arbetet ska följas upp. Suicidprevention bör avse alla relevanta aktiviteter eller insatser som kan minska sjuklighet, dödlighet och andra konsekvenser av suicidalt beteende. Dessa insatser har en nära koppling till ett flertal områden såsom utbildning, arbetsmarknad, folkhälsa, hälso- och sjukvård och inte minst psykisk hälsa.

<sup>230</sup> Statens folkhälsoinstitut, *Sammanställning av remissvar angående Förslag till nationellt program för suicidprevention*, 2007.

<sup>231</sup> Enligt Folkhälsomyndigheten ("Nationellt handlingsprogram för suicidprevention", s. 7, hämtad 2020-02-17) finns det fortfarande ett otillräckligt vetenskapligt stöd för effekten av många suicidpreventiva insatser. Ändå är det viktigt att utgå från och sprida den kunskap som finns, parallellt med att ny forskning bedrivs.

<sup>232</sup> Regeringsbeslut S2018/04669/FS (delvis), S2018/06126/FS (delvis), S2020/06171/FS (delvis), s. 4 f.

<sup>233</sup> Ibid.

<sup>234</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-09.



Enligt Socialdepartementet kan handlingsprogrammets visionära innehåll och avsaknaden av väldefinierade mål och målnivåer med indikatorer ha lett till försämrade förutsättningar för att följa upp och utvärdera handlingsprogrammet och dess effekter. Då suicidprevention spänner över ett stort antal områden är det svårt att isolera effekterna av de riktade statliga satsningarna på suicidprevention i förhållande till satsningar inom andra områden samt initiativ som har tagits av kommuner och regioner.<sup>235</sup>

#### 4.3.3 Myndighetsuppföljningar visar inte vad insatserna leder till

Det har inte gjorts någon specifik uppföljning av insatserna i det nationella handlingsprogrammet. Flera insatser har inte heller operationaliserats, och ett åtgärdsområde – att se suicid som ett psykologiskt misstag – är inte utformat så att det är uppföljningsbart.<sup>236</sup> Folkhälsomyndigheten har uppföljningsansvar och de har hittills genomfört två kartläggande uppföljningar av regioners och kommuners arbete med suicidprevention. Av kartläggningarna som redovisas i följande avsnitt framgår inte vad insatserna har lett till utöver angivna aktiviteter. En bidragande orsak är att det suicidpreventiva arbetet har kommit olika långt, och är minst utvecklat i kommunerna.

##### *Folkhälsomyndighetens kartläggning av regioners och kommuners arbete*

Folkhälsomyndighetens kartläggning<sup>237</sup> visar att omfattningen av det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser ökade i regionerna under 2015–2019. Totalt 90 procent av regionerna uppger att de driver, samordnar eller deltar i ett förebyggande arbete jämfört med 71 procent 2015. Det gäller främst utbildningsinsatser som rikta sig till verksamheter inom regionen (19 regioner), och konferenser eller seminarier för att sprida kunskap (16 regioner) men också informationsinsatser för att förebygga suicid (13 regioner) och insatser som ska begränsa medel och metoder för suicid (7 regioner).<sup>238</sup> Andelen regioner som uppger att de har en handlingsplan har ökat från 33 procent till 67 procent.

<sup>235</sup> Skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-09.

<sup>236</sup> Enligt Folkhälsomyndighetens faktagranskning 2021-09-06 finns det flera faktorer som försvårar arbetet med att operationalisera och följa upp kunskapsstödjande insatser. Några sådana faktorer är kommuners och regioners självstyre och olika förutsättningar och prioriteringar hos kommuner. Kunskapsstyrning i sig innebär att myndigheter saknar mandat att ta fram bindande riktlinjer och föreskrifter. Vidare behövs det olika typer av insatser beroende på lokala och regionala förutsättningar, vilket i så fall innebär att man behöver ta fram mycket detaljerade uppföljningsmått.

<sup>237</sup> Folkhälsomyndigheten, *Det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser 2019. Nulägesbild och en jämförelse med 2015, 2020*. Kartläggningarna omfattar endast arbete som bedrivs utanför kliniska verksamheter.

<sup>238</sup> Att minska medel och metoder för suicid är en befolkningsinriktad suicidpreventiv insatstyp med starkt vetenskapligt stöd. Däremot har inte utbildningsinsatser lika starkt bevisad effekt på suicid.

Fler kommuner arbetar i olika grad med att förebygga suicid, andelen har ökat från 23 till 50 procent 2019. Men endast två av tio kommuner arbetar aktivt (driver eller samordnar ett sådant arbete). Andelen kommuner med en handlingsplan för det suicidpreventiva arbetet är fortfarande låg, även om den har ökat från 11 till 31 procent. Frågor har också ställts om det finns avsatta medel för suicidprevention, larmplaner/samverkan med andra aktörer eller anhörigstöd. Andelen kommuner som svarat ja på dessa frågor varierar mellan 17 och 29 procent.<sup>239</sup>

Knappt hälften av länsstyrelserna deltar i arbete som har ett uttalat mål att förebygga suicid.<sup>240</sup> Länsstyrelserna ses av både regering och riksdag som en särskilt viktig aktör inom folkhälsoarbetet på regional nivå, och deras roll i det sektorsövergripande folkhälsoarbetet har tydliggjorts i instruktionen.<sup>241</sup> De har inget regeringsuppdrag som handlar om suicidprevention, vilket i praktiken innebär att de inte arbetar med frågan.<sup>242</sup>

Att minska medel och metoder för suicid är enligt Folkhälsomyndigheten en befolkningsinriktad suicidpreventiv insats som har ett starkt vetenskapligt stöd. Men myndighetens kartläggning från 2019 visar att det är få kommuner eller regioner som arbetar med just denna typ av insatser. Som skäl anges att det ofta innebär strukturella förändringar i fysiska miljöer, till exempel broräcken, och fysiska hinder vid tunnelbane- eller järnvägsspår. Sådana förändringar kräver i sin tur betydande investeringar, långsiktighet och samverkan med flera aktörer.

Däremot är det vanligt att kommuner och regioner arbetar med olika typer av suicidpreventiva utbildningsinsatser som är riktade till personal inom kommunen eller regionen. Detta arbete prioriteras eftersom efterfrågan är hög och kostnaderna låga även om utbildning som insatstyp inte har en lika starkt bevisad effekt på antalet suicid som utfallsmått.<sup>243</sup>

### *Socialstyrelsens uppföljningar inom suicidprevention*

År 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag<sup>244</sup> att stödja hälso- och sjukvården och socialtjänsten i arbetet med att förebygga suicid och ge stöd till efterlevande. I uppdraget ingick att identifiera behov av ytterligare insatser för att stärka det suicidpreventiva arbetet inom vård och omsorg och att tydliggöra könsskillnader i kunskapsstöden eftersom kvinnors och mäns vilja att söka vård skiljer sig åt samt

<sup>239</sup> Folkhälsomyndigheten, *Det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser 2019. Nulägesbild och en jämförelse med 2015, 2020.*

<sup>240</sup> Ibid.

<sup>241</sup> Prop. 2007/08:110, s. 23, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226.

<sup>242</sup> Intervju med regional samordnare, 2020-04-14. Att länsstyrelsen inte har regeringsuppdrag bekräftas också i ett skriftligt svar från Socialdepartementet, 2021-03-09. Enligt departementet har länsstyrelsen flera uppdrag inom närliggande områden såsom folkhälsa och alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

<sup>243</sup> Folkhälsomyndigheten, *Det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser 2019. Nulägesbild och en jämförelse med 2015, 2020, s. 21–22.*

<sup>244</sup> Regeringsbeslut S2019/02244/FS.

eftersom män begår självmord i större utsträckning än kvinnor. Uppdraget består av flera delar,<sup>245</sup> och de som har genomförts redovisas nedan.

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten tog fram en gemensam rapport om vårdgivares händelseanalyser av fullbordade självmord i syfte att bidra med kunskap till att förbättra patientsäkerheten för suicidnära patienter. Resultaten överensstämde väsentligen med tidigare studier, vilket enligt rapporten tyder på att vårdens kunskaper från systematiskt patientsäkerhetsarbete inte har lett till ett lärande. Slutsatsen var att det behövs gemensamma insatser för att åstadkomma ett effektivt patientsäkerhetsarbete för självmordsbenägna patienter. Framför allt efterfrågas i rapporten ökade kunskaper och tydligare riktlinjer om uppföljningar i vården och om hur suicidriskbedömningar bör genomföras, dokumenteras och följas upp, men också hur samverkan inom vården och mellan aktörer bör ske. Rapporten bygger på ett urval av 228 händelseanalyser under 2006–2018, vilket kan jämföras med att cirka 500 suicid anmäls årligen enligt lex Maria.<sup>246</sup> Resultaten visade att de flesta händelseanalyser handlade om patienter inom specialistpsykiatri. Självmord inträffar oftast i nära anslutning till pågående vård. Totalt identifierades 650 felhändelser, till stor del brister i uppföljningen av hälso- och sjukvårdsåtgärder, vård- och behandlingsplaner, suicidriskbedömning och samverkan mellan vårdaktörer med kompletterande ansvar för patienten.

Inom ramen för regeringsuppdraget att stödja och stärka det suicidpreventiva arbetet har Socialstyrelsen tagit fram en extern gap-analys i syfte att identifiera behov av kompletterande kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.<sup>247</sup> Den övergripande slutsatsen är att det saknas en bild av om kunskapsstöden för suicidprevention når ut, i vilken omfattning innehållet uppfattas som relevant och användarvänligt och om stöden används. Det saknas i flera fall systematiska kopplingar från de regionala, kommunala och lokala intranäten som i regel är den viktigaste plattformen att söka kunskapsstöd på. Genomgången visar att det finns närmare ett 150-tal tillgängliga stöd inom suicidprevention, främst som riktlinjer, rutiner och metodstöd. Flertalet stöd är riktade till hälso- och sjukvården. Det saknas en nationell sammanställning av aktuell kunskap för suicidprevention riktad till hälso- och sjukvården och till socialtjänsten. Regionalt finns exempel på regiongemensamma riktlinjer för omhändertagande av suicidnära patienter. Vidare är det vanligt med metodstöd i form av olika skattningsinstrument för att bedöma risken för suicid, men det saknas vetenskapligt stöd för att skattningsinstrument har en tillräcklig

<sup>245</sup> Socialstyrelsen, *Delrapportering – Att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och ge stöd till efterlevande*, 2019. Uppdraget består av flera delar, men det är de uppföljande delarna som redovisas i detta avsnitt.

<sup>246</sup> Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, *Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården. En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank*, 2019.

<sup>247</sup> Lumell Associates, *Gapanalys – kunskapsstöd för suicidprevention och stöd till efterlevande inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten*, 2020.

tillförlitlighet för att förutsäga framtida suicid. Primärvården kan ha tillgång till riktlinjer som vänder sig till specialistpsykiatri. För socialtjänsten finns det begränsat med kunskapsstöd för suicidprevention, till exempel saknas anpassade stöd för personal som arbetar individnära inom socialtjänsten.

Enligt den externa gap-analysen finns det behov av att stärka tillämpningen av befintliga kunskapsstöd för suicidprevention för både vården och socialtjänsten. Framför allt framhålls resurs- och tidsbrist som en orsak till att stöden inte används, men det förekommer också att man inte vet att stöden finns eller att de inte finns tillgängliga i verksamheten. Andra delar av kunskapsstöden som är viktiga är metoder och arbetssätt, kunskaper från händelseanalyser och hur de omvandlas till konkreta åtgärder så att förändring uppnås. Händelseanalyser används i hälso- och sjukvården, och det finns kunskapsstöd för hur analyser kan användas inom socialtjänsten. Men det saknas kunskap om i vilken omfattning det genomförs händelseanalyser efter genomförda suicid. Likaså behövs kunskap för att öka tillförlitligheten vid suicidriskbedömningar. Slutligen efterfrågas specifik kunskap om beforskade arbetssätt för att minska risken för suicid hos olika riskgrupper<sup>248</sup>, men också fördjupad kunskap om vård och insatser före suicid. Efterlevande är i sig en riskgrupp och det behövs beprövade arbetssätt för stöd till efterlevande, både i den akuta krissituationen och en tid efter ett självmord.<sup>249</sup>

#### 4.3.4 Uppföljningarna av suicidhändelser i vården har blivit färre men de visar flera brister

Uppföljningar av suicidhändelser i vården är en viktig del i det suicidförebyggande arbetet. De flesta som begår självmord har någon form av psykisk ohälsa och har därför haft kontakt med vården under de två år som föregick suicidet. När regeringen la fram propositionen för visionen och handlingsprogrammet 2008 angav regeringen att de skulle tillsätta en utredare som skulle analysera förutsättningarna för att skapa en nationell funktion för händelseanalyser och gemensamma utredningar av självmord.<sup>250</sup> Funktionen skulle bistå de lokala aktörerna i arbetet med att göra en händelseanalys i samband med ett självmord, och stödja de lokala aktörerna i det självmordsförebyggande arbetet. Enligt regeringen behövdes en bredare analys av händelsen än den som genomfördes. De utredningar som gjordes i samband med lex Maria-anmälningar görs endast om personen som tagit sitt liv haft någon vårdkontakt inom fyra veckor före

<sup>248</sup> Till exempel personer som tidigare genomfört suicidförsök, personer som skrivits ut från psykiatrisk heldygnsvård, äldre män med svagt socialt nätverk och personer med missbruks- och beroendeproblematik.

<sup>249</sup> Enligt Socialstyrelsens faktagranskning 2021-09-03 har nya kunskapsstöd tagits fram efter att gap-analysen gjordes. Till exempel har flera vård- och insatsprogram tagits fram där suicidprevention ingår. Ett kunskapsstöd har tagits fram för suicidriskbedömning inom primärvården.

<sup>250</sup> Prop. 2007/08:110, s. 113, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226.

dödsfallet. Regeringen bedömde att vården saknade kunskap och metoder för att göra en bredare händelseanalys som omfattar andra aktörer. Därför var det angeläget att metodiken för händelseanalyser utvecklades. Förslaget avsåg särskilt unga och unga vuxna 15–30 år eftersom det inte har skett några förbättringar för den gruppen.

Direktiven för uppdraget hade dock ett bredare perspektiv än en nationell funktion. Utredaren skulle ta fram förslag på hur händelseanalyser av inträffade självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan utvecklas och förbättras.<sup>251</sup> Ett förslag i slutbetänkandet<sup>252</sup> var att ta bort vårdgivares anmälningsskyldighet att göra händelseanalyser från lex Maria-lagstiftningen och i stället införa motsvarande skyldighet i en separat lag som utvidgas till att gälla även socialtjänsten. Regeringen gick emellertid inte vidare med utredningens förslag.

### *IVO har en viktig tillsynsuppgift men har inte granskat suicidärenden*

Den 1 september 2017 avskaffades det obligatoriska kravet i IVO:s föreskrifter<sup>253</sup> för vårdgivare att göra en lex Maria-anmälan om en patient begick självmord inom fyra veckor efter den senaste vårdkontakten.<sup>254</sup> Enligt Socialstyrelsen, som hade föreskriftsrätt när kravet togs bort, var anledningen att det inte fanns något författningsstöd för en sådan obligatorisk anmälningsskyldighet. IVO tog, samtidigt som det obligatoriska anmälningsskyldighetskravet togs bort, över föreskriftsrätten för lex Maria-anmälningar. Vårdgivare kan även fortsättningsvis göra händelseanalyser även om de inte behöver göra en anmälan till IVO. Men efter det att det obligatoriska anmälningsskyldighetskravet togs bort har antalet anmälningar till IVO minskat. Det innebär att det kan finnas suicidhändelser som inte anmäls till IVO. I en uppföljningsrapport anges att myndigheten ska fortsätta följa antalet lex Maria-anmälningar för självmord.<sup>255</sup>

<sup>251</sup> Dir. 2009:79.

<sup>252</sup> SOU 2010:45.

<sup>253</sup> Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

<sup>254</sup> Sedan den 1 september 2017 omfattas självmord enbart av bestämmelserna i 3 kap. 3, 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Där föreskrivs det att vårdgivaren ska utreda och anmäla allvarliga händelser i vården som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

<sup>255</sup> Inspektionen för vård och omsorg, *Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017*, 2018.

**Tabell 2** Genomförd tillsyn av psykiatrisk specialistsjukvård 2016–2020. Uppdelat på antal beslut per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

	2016	2017	2018	2019	2020
Egeninitierad tillsyn	112	81	144	123	195
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	415	445	507	260	278
Lex Maria	569	549	312	208	211

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, *Vad har IVO sett 2020?, 2021*, s. 106.

Anm.: Uppgifterna avser i huvudsak psykiatrisk specialistsjukvård, men kan också gälla för flera verksamhetsområden. Det framgår inte i rapporten hur många beslut som avser suicidärenden.

IVO har angett att de inom ramen för sin tillsyn ska prioritera suicidprevention genom att granska interna utredningar efter inträffade suicid och genom att följa upp vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete i specifika ärenden.<sup>256</sup> IVO genomförde 2020 en regional uppföljning av vårdgivares patientsäkerhetsarbete inom suicidprevention.<sup>257</sup>

Enligt intervjupersoner<sup>258</sup> finns kritik mot hur IVO arbetar med suicidprevention. Myndigheten uppfattas som tandlös och ger inte tillräckliga återkopplingar till vårdverksamheter som har tecken på systematiska brister. Flera intervjuade är negativa till att det obligatoriska kravet på suicidanmälningar togs bort eftersom det har resulterat i att kunskapen om varför suicid begås minskat. Uppföljningar inom vården efterfrågas för att man ska kunna veta vad som händer på mikronivå men det behövs också breda händelseanalyser om vad i samhället som har brutit. En företrädare menar att IVO inte gör någon nytta eftersom de bara granskar formalia i journaler och inte kan vårdverksamheterna. Hen menar också att IVO:s arbete med lärande och kunskapsspridning inte fungerar och att vårdgivares utredningar och uppföljningar inte lett till konkreta förändringar.

Förutom att anmälningarna till IVO har blivit färre visar två studier (utöver Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens rapport enligt 4.3.3) att suicidhändelser som inträffar i vården ofta har brister som inte hanteras systematiskt. Bristerna gäller samtliga allvarliga händelser i vården. Undersökningsåret var 2015, vilket var innan kravet på anmälningsplikt togs bort. I den första studien från 2019 granskades samtliga 436 lex Maria-anmälningar av suicidärenden under 2015.<sup>259</sup> Syftet var att identifiera brister och undersöka hur de

<sup>256</sup> Folkhälsomyndigheten, "Myndighetssamverkansgrupp", hämtad 2021-02-23.

<sup>257</sup> Enligt IVO:s faktagranskning 2021-09-03 (beslut dnr. 3.5.1–04093/2020–15, 2020-12-21).

<sup>258</sup> Intervjuer med företrädare för myndigheter, 2020-04-01, 2020-04-08, 2020-04-14, 2020-04-23, 2020-04-29 och 2020-05-26. Intervjuer med forskare, 2020-06-02, 2020-06-04, 2020-06-11, 2020-06-17 och 2020-06-30.

<sup>259</sup> Roos af Hjelmsäter, Ros, Andersson-Gäre och Westrin, "Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare", 2019.

hanterades av vårdgivaren och av IVO. Slutsatsen var att erfarenheter från en suicidhändelse oftast stannar på den egna vårdavdelningen och inte hanteras systematiskt. Drygt hälften av vårdgivarna rapporterade brister, främst i patientmötet och i riskbedömningen. Åtta av tio vårdgivare genomförde åtgärder som enstaka utbildnings- och kompetensinsatser, vilka inte svarade mot identifierade brister och därför inte gav varaktiga resultat på organisationsnivå. Två av tre lex Maria-anmälningar avslutades av IVO utan några krav på åtgärder.

I den andra studien från 2020 granskades sjukvårdsjournaler från unga och unga vuxna som avlidit i suicid i fyra regioner 2015.<sup>260</sup> Slutsatsen var att vården behöver bli bättre på att identifiera personer med suicidrisk och erbjuda dem effektiva insatser. Patienter som gjort suicidförsök är en känd riskgrupp som behöver bättre behandlingsalternativ.<sup>261</sup> Resultaten visade att nästan alla som begått självmord hade haft kontakt med vården under de sista 24 månaderna av sitt liv. Nästan hälften hade minst en vårdkontakt under de sista fyra veckorna. Trots att de flesta hade varit i kontakt med vården var det endast i få fall som vården hade bedömt att det fanns en ökad suicidrisk. I studien granskades också lex Maria-anmälningar för att identifiera brister i vården som kan ha bidragit till suicid. Drygt hälften av fallen hade anmälts av vårdgivaren till IVO. Närmare åtta av tio patienter hade en psykiatrisk diagnos, och i lika många fall hade vårdgivaren hittat brister i vården.

I en rapport från SKR<sup>262</sup> undersöktes omfattningen av skador, vårdskador och kvalitetsbrister inom psykiatrin. Cirka 16 procent av de granskade journalerna inom vuxenpsykiatrin identifierades innehålla uppgifter om skador som hade uppkommit i vården, och 37 procent av skadorna bedömdes som undvikbara, det vill säga vårdskador. Den vanligaste typen av skada var suicid eller suicidförsök varav cirka 20 procent bedömdes vara undvikbara. I 68 procent av de granskade journalerna fanns kvalitetsbrister, och främst saknades det vårdplan och dokumentation om somatiskt status vid vård. Antalet skador är fler när kvalitetsbristerna är många, vilket indikerar att nationella eller lokala riktlinjer inte följs.

<sup>260</sup> Folkhälsomyndigheten och Lunds universitet, *Vilken sjukvård har unga och unga vuxna som tagit sitt liv fått? Resultat från en studie baserad på retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler*, 2020.

<sup>261</sup> Enligt WHO ("Suicide: Key facts", hämtad 2020-09-11) är tidigare suicidförsök den enskilt viktigaste riskfaktorn för befolkningen som helhet.

<sup>262</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, *Skador inom psykiatrisk vård, 2019 Markörbaserad journalgranskning*, 2021. I rapporten granskades cirka 4 600 journaler från slutenvården under 2019 (allmän vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård).

## 5 Slutsatser och rekommendationer

Riksrevisionens samlade bedömning är att statens arbete med suicidprevention inte varit tillräckligt effektivt. Folkhälsomyndighetens arbete med samverkan har gjort att suicidpreventivt arbete uppmärksammas, men det har lett till få konkreta åtgärder. Stödet för implementeringen av kunskap behöver förbättras så att det kan bidra till konkreta suicidpreventiva insatser. Det nationella handlingsprogrammet, som ska vägleda arbetet på regional och lokal nivå, har varit för allmängiltigt och inte gått att följa upp. Först 2020 tog regeringen flera större initiativ för att stärka det suicidpreventiva arbetet. En ny nationell strategi ska tas fram och det nationella handlingsprogrammet ska utvecklas till 2023.

### 5.1 Regeringen har inte varit aktiv i sin styrning av suicidprevention

Vi bedömer att regeringen under lång tid inte har varit aktiv i styrningen av det suicidpreventiva arbetet. Flera viktiga initiativ på området togs först 2020. Ett uppdrag att arbeta fram en ny nationell strategi har getts till ett tjugotal myndigheter, samordnat av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Statsbidragen till frivilligorganisationer som arbetar med psykisk hälsa och suicidprevention har ökat. Även medelstillelningen till kommuner och regioner har blivit större. Folkhälsomyndigheten har genom en ändring i instruktionen 2021 fått en långsiktig roll, och de har också fått i uppdrag att utveckla en nationell stödlinje. Riksrevisionen är positiv till dessa initiativ, men kan samtidigt konstatera att det kvarstår arbete på flera områden för att få till ett verkkningsfullt suicidpreventivt arbete.

Arbetet med suicidprevention involverar många aktörer och spänner över många samhällsområden. Granskningen visar att frivilligorganisationers arbete är ett viktigt komplement till det offentliga samhället. En fråga blir då vilken roll och hur långsiktiga uppdrag organisationerna ska ha i förhållande till de offentliga verksamheternas uppdrag. Det finns risker med att organisationerna har fått för stort ansvar. Deras arbete med hjälplinjer, grupper för anhörigstöd och informationsspridning är centralt för det suicidpreventiva arbetet. Men arbetet är ofta personbundet och blir därmed sårbart. Vår bedömning är att det finns verksamheter som bör vara nationellt och professionellt drivna såsom den stödlinje som regeringen beslutat att Folkhälsomyndigheten ska utveckla. Den nationella styrningen av det suicidpreventiva arbetet bör vara utformad så att insatserna leder till konkreta och varaktiga resultat. En viktig del i det arbetet är att myndigheter får tydliga och långsiktiga uppdrag. Detta ställer krav på regeringens förmåga att styra. För att kunna stärka det suicidpreventiva arbetet behöver dessutom fler myndigheter på olika sätt involveras i arbetet, såsom MSB och



Trafikverket. Granskningen visar att aktörer och myndigheter har olika utgångspunkter beroende på vilken lagstiftning och vilka uppdrag de har. I vissa fall spelar även synen på suicid in och påverkar det suicidpreventiva arbetet. Detta är en fråga som regeringen måste hantera för att få till ett mer verkningsfullt arbete.

## 5.2 Arbetet med en nationell strategi är ett viktigt steg men ställer stora krav på myndigheternas samverkan

Regeringens beslut att ta fram en ny nationell strategi är ett viktigt steg för att stärka det suicidpreventiva arbetet. Arbetet med den nya strategin ställer samtidigt krav på att myndigheterna kan arbeta fram en gemensam syn på vilka områden som är väsentliga för ett verkningsfullt suicidpreventivt arbete. Det finns flera områden som vi anser bör uppmärksammas i det kommande strategiarbetet. Det nationella strategiarbetet är ett långsiktigt arbete men vi bedömer att det kan finnas liknande utmaningar i Folkhälsomyndighetens pågående arbete med samverkan.

Att förutse vem som riskerar att begå självmord är svårt, även om det finns en rad kända riskfaktorer. Suicidprevention är ett komplext område som spänner över hela samhället och som inkluderar många myndigheter och organisationer. Därför är det enligt vår bedömning nödvändigt att hitta gemensamma utgångspunkter i det kommande strategiarbetet. I detta arbete bör handlingsprogrammet utformas så att insatserna blir relevanta, tydliga och uppföljningsbara. Det finns områden som vi har identifierat som viktiga för det suicidpreventiva arbetet men som inte finns med eller är outvecklade i det nuvarande programmet. Två sådana områden är missbruks- och beroendefrågorna och stödet till anhöriga. Det är väl belagt att personer med missbruk och anhöriga till personer som begått självmord har en förhöjd suicidrisk. Olika vårdinsatser, till exempel behandling av depression och ångestsyndrom är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet, och de är utvecklade i handlingsprogrammet.

Granskningen visar tydligt att det svårt för verksamheter att på egen hand komma fram till vad som är en bra fördelning av insatser i det suicidpreventiva arbetet utifrån de olika nationella kunskapsstöden. Insatserna kan vara utvärderade med belagda effekter, till exempel åtgärder för att begränsa medel och metoder. Det finns också väl beprövade insatser utan tydlig evidens som kan antas bidra till att minska antalet självmord. Skolans och elevhälsans förebyggande roll är viktig eftersom den psykiska ohälsan bland unga ökar. En mix av metoder behövs, och det är därför viktigt att tänka över hur den ska se ut. Myndigheternas arbete med att utveckla handlingsprogrammet är centralt för hur staten ska kunna bidra med kunskap för verksamheter som arbetar suicidpreventivt. Det kan finnas områden där regeringen kan behöva styra mer aktivt för att få till ett verkningsfullt arbete.

### 5.3 Folkhälsomyndighetens samverkan har en begränsad verkan när det gäller konkreta åtgärder

Riksrevisionen bedömer att Folkhälsomyndigheten har bidragit till att uppmärksamma vikten av suicidpreventivt arbete. De samverkansgrupper som myndigheten ansvarar för bedöms fungera bra. Men det finns problem med den statliga kunskapsstyrningen när den ska leda till konkreta åtgärder. En svårighet för Folkhälsomyndigheten är att man med hjälp av kunskapsunderlag som inte är bindande ska påverka regionernas och kommunernas arbete. Granskningen visar att myndigheter som samverkar gör olika prioriteringar sinsemellan, och myndighetsföreträdarna har olika, ofta begränsade möjligheter, att få gehör för suicidpreventivt arbete i de egna organisationerna.

Vi har också identifierat brister på regional och främst lokal nivå. Arbetet på dessa nivåer bedrivs i olika omfattning och är ofta beroende av engagerade personer. Det finns dessutom kommuner som inte arbetar med suicidprevention. Det är svårt att fastställa hur mycket av statens suicidpreventiva arbete som påverkar arbetet i regionerna och kommunerna, och vad som beror på verksamheternas egna förmågor, prioriteringar och mottagarkapacitet. Vår fallstudie visar att det finns problem även i en kommun som har etablerade arbetssätt och ett utvecklat suicidpreventivt arbete. Folkhälsomyndigheten har ansvaret för att med kunskap stödja regioner och kommuner och den ideella sektorn i det suicidpreventiva arbetet. Men ansvaret för att arbetet ska leda till konkreta åtgärder och varaktiga resultat ligger på regionerna och kommunerna. Det är därför svårt för en myndighet att påverka det konkreta arbetet, vilket blir tydligt i granskningen.

#### Stödet för implementering av kunskap behöver förbättras

Det finns flera delar i den nationella styrningen med kunskap som kan förbättras. En sådan är det nationella stödet för implementering av kunskap, det vill säga att myndigheter stödjer och vägleder verksamheter i att hitta och använda kunskapsstöd så att de kan arbeta aktivt med suicidpreventiva insatser. Det är tydligt att stödet för implementering av kunskap och spridningen av goda exempel på arbetssätt inte når ut till de verksamheter som berörs. Kunskapsstöden är dessutom många och svåröverblickbara. Deltagarna i lokala samverkansgrupper har svårt att omsätta kunskap till genomförbara handlingar. Problemet beror inte bara på stödets utformning utan det kan saknas mottagarkapacitet i den egna organisationen. Mer verksamhetsanpassade, konkreta och tillgängliga kunskapsstöd behövs eftersom de som finns är för övergripande för att kunna användas i det dagliga arbetet. Ett exempel på saker som skulle kunna underlätta arbetet är en sammanställning av samtliga kunskapsstöd på området som löpande uppdateras.

## 5.4 Synen på suicid och tillgången till information påverkar det suicidpreventiva arbetet på olika sätt

En viktig omständighet som påverkar det suicidpreventiva arbetet är synen på suicid. Ett exempel är MSB:s tolkning av den kommunala räddningstjänstens uppdrag enligt LSO. Myndigheten klassificerar inte suicid som en olyckstyp, vilket innebär att räddningstjänsten inte är skyldig att åka ut på räddningsinsatser som gäller suicid eller suicidförsök. Det innebär också att MSB:s föreskrifter, allmänna råd och vägledning för räddningsinsatser inte omfattar insatser vid suicid och suicidförsök. Enligt MSB står det kommuner fritt att arbeta med förebyggande arbete, till exempel suicidprevention. Samtidigt erbjuder inte myndigheten vägledning, allmänna råd eller annat stöd till de kommunala räddningstjänsterna om hur ett sådant förebyggande arbete bör bedrivas.

Granskningen visar att räddningstjänstens verksamhet är viktig för det lokala suicidförebyggande arbetet och att det därför är lämpligt att MSB som har i uppgift att stödja räddningstjänsten med råd och information också gör det i denna del. Av granskningen framgår att kommuner har olika förutsättningar för att arbeta operativt och förebyggande med suicidprevention. Vägledning och mer bindande råd som föreskrifter efterfrågas därför av räddningstjänsten. I det nationella strategiarbetet som inkluderar ett tjugotal myndigheter behövs också MSB:s kunskap.

### Även det operativa arbetet i akuta situationer påverkas

MSB:s tillämpning av LSO kan även få konsekvenser för det operativa arbetet. Cirka 2 000 fall per år handlar om uttryckningar vid hot om suicid, och antalet har ökat sedan 2018. Hur uttryckningarna samordnas och hanteras av blåljusverksamheter lokalt kan då vara avgörande för hur räddningsinsatserna lyckas.

Granskningen visar också att det saknas en enhetlig nationell hantering av samtal till 112 som rör hot om suicid. På samma sätt som vi anser att det finns en nytta med en gemensam vägledning för kommuners räddningstjänster, finns det ett värde för både den drabbade individen och samhället i stort i att ha en enhetlig hantering av larmsamtal som rör hot om suicid. En enhetlig hantering som behöver bygga på aktuell kunskap och beprövad erfarenhet kan ha betydelse för hur ärendena slutar.

Det finns av förklarliga skäl problem som inte beror på att synen på suicid skiljer sig åt mellan aktörerna utan också på att olika lagstiftningar styr deras verksamheter. Brist på samordning och begränsade möjligheter att dela information mellan olika operativa verksamheter påverkar också arbetet. Granskningen visar att brister i informationsdelningen mellan verksamheter, som regelbundet kommer i kontakt med varandra på lokal nivå i akuta situationer, påverkar det dagliga arbetet. Dessa verksamheter är framför allt psykiatri,

räddningstjänst, polis och socialtjänst. Bristerna kan handla om att rutiner för att hantera gemensam information inte finns på plats och att lagstiftningen inte möjliggör att information delas mellan verksamheter.

## 5.5 Uppföljning av suicidpreventivt arbete – svårt och inte prioriterat

Granskningen visar att det är svårt att följa upp resultatet av det suicidpreventiva arbetet i landet. Regeringen har inte efterfrågat eller ställt krav på att insatser ska formuleras så att de kan följas upp. Att programmet varit utan operationaliserade och mätbara mål har med stor sannolikhet påverkat uppföljningen av området. Folkhälsomyndighetens uppdrag att följa upp arbetet med suicidprevention har handlat om ifall regioner och kommuner har handlingsplaner och andra styrdokument, inte om vilka resultat som uppnåtts. Detta kan bidra till att det suicidpreventiva arbetet inte har utvecklats i flera kommuner.

Vi vill samtidigt understryka att det finns stora metodologiska utmaningar i att följa upp och utvärdera befolkningsinriktade suicidpreventiva insatser och insatser mot psykisk ohälsa. Det är därför extra viktigt att myndigheterna, parallellt med att handlingsprogrammet utvecklas, också planerar för hur programmets insatser ska följas upp.

### IVO har ett viktigt tillsynsuppdrag men har inte följt upp suicidhändelser i vården på ett samlat sätt

Vi bedömer att nationella uppföljningar av suicidhändelser i vården är en viktig del av det suicidpreventiva arbetet. De uppföljningar som har gjorts av suicidhändelser visar på många och återkommande brister som inte följts upp och åtgärdats. IVO har ett viktigt tillsynsuppdrag men har hittills inte granskat suicidärenden på en aggregerad nivå. Vidare har antalet lex Maria-anmälningar som rör suicid minskat i och med att det obligatoriska kravet på vårdgivare att göra en lex Maria-anmälan av suicidhändelser tagits bort. Det saknas samlad kunskap på aggregerad nivå som skulle kunna bidra till ett ökat lärande. En enskild suicidhändelse i vården är en sällanhändelse hos vårdgivaren och därför är ett samlat lärande viktigt för det suicidpreventiva arbetet. Sådana händelser kan följas upp mer systematiskt, till exempel genom att granska hela vårdförloppet.

### Trafikverket gör ingen uppföljning av halveringsmålet vad gäller effekter

Trafikverket har haft ett egeninitierat halveringsmål för omkomna på statliga järnvägar för perioden 2010–2020. Flertalet fall handlar om suicid och antalet har varit oförändrat under perioden. Antalet suicid på järnvägar har minskat något 2020, vilket också gäller för utvecklingen i stort.

Trots avsaknaden av resultat fattade regeringen ett beslut 2020 om ett halveringsmål för samtliga trafikslag fram till 2030. Det är därför angeläget att regeringen ställer krav på Trafikverket att följa upp vilka insatser som görs och vilka effekter de har för att uppnå halveringsmålet samt att redovisa resultatet eftersom arbetet hittills inte har lett till någon minskning av antalet omkomna på de statliga järnvägarna. Riksrevisionen bedömer att regeringen så här långt inte har ställt tillräckliga krav på Trafikverket att följa upp och utvärdera vilka insatser som har genomförts och vilka effekter insatserna har haft.

## 5.6 Rekommendationer

**Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer till regeringen:**

- Ta initiativ till en nationell enhetlig hantering av inkommande samtal som rör hot om suicid via 112 för att underlätta för blåljusverksamheter att fatta beslut vid uttryckning.
- Se till att Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) medverkar i det nationella suicidpreventiva arbetet, både i det kommande strategiarbetet och som stödande myndighet till de kommunala räddningstjänsterna.
- Se till att Trafikverket följer upp och utvärderar insatser som myndigheten har vidtagit för att uppnå halveringsmålet för omkomna på statliga järnvägar. Syftet med uppföljningen bör vara att ta reda på varför insatserna inte har haft effekt. Regeringen bör också se till att Trafikverket ökar graden av systematik i de åtgärder som vidtas.

**Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen:**

- Se till att den kommande strategin inom psykisk hälsa och suicidprevention tas fram så att den blir styrande och relevant för arbetet. Ett sådant arbete kan uppnås genom att större vikt läggs vid följande delar:
  - Inkludera och utveckla områden som har bäring på det suicidpreventiva arbetet. Två exempel på områden som bör inkluderas respektive utvecklas är missbruks- och beroendefrågor och stöd till anhöriga.
  - Se till att områdena också omfattar insatser som går att följa upp med relevanta indikatorer så att ett systematiskt lärande utvecklas på området.
  - Utveckla en vägledning för prioriteringar av insatser inom suicidprevention baserat på den underbyggda kunskap som finns. Det är särskilt angeläget när ett tjugotal myndigheter gemensamt ska samarbeta för en ny strategi.
- Förbättra stödet för implementering av kunskap inom suicidprevention. Ett sätt att bidra till bättre stöd för implementering är att se till att kunskapsstöden är konkreta, användbara och tillgängliga för verksamheter som arbetar med suicidprevention.

**Riksrevisionen lämnar följande rekommendation till Inspektionen för vård och omsorg (IVO):**

- Följ upp suicidhändelser i vårdverksamheter på en aggregerad nivå i syfte att bidra till vårdverksamheters patientsäkerhetsarbete och därmed öka lärandet. Det gäller särskilt mot bakgrund av risken för ökad psykisk ohälsa när pandemin är över.

## Referenslista

### Författningar

Förordning (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Förordning (2003:789) om skydd mot olyckor.

Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

Lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

Myndighetsförordningen (2007:515).

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Skollagen (2010:800).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

### Riksdagstryck

Bet. 2004/05:SoU11, *Folkhälsopolitik*, rskr. 2004/05:218.

Bet. 2009/10:TU12, *Vissa trafiksäkerhetsfrågor*, prot. 2009/10:90.

Bet. 2010/11:SoU16, *Folkhälsofrågor*, prot. 2010/11:93

Bet. 2019/20:SoU5, *Folkhälsofrågor*, rskr. 2019/20:173.

Dir. 2009:79, *Händelseanalyser – ett verktyg i det självmordsförebyggande arbetet*.

Dir. 2014:2, *Äldreutredningen*.

Dir. 2015:138, *Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa*.

Prop. 1985/86:170, *Om räddningstjänstlag, m.m.*, bet. 1986/87:FöU2, rskr. 1986/87:58.

Prop. 1996/97:137, *Nollvisionen och det trafiksäkra samhället*, bet. 1997/98:TU4, rskr. 1997/98:11.

Prop. 1997/98:56, *Transportpolitik för en hållbar utveckling*, bet. 1997/98 TU10, rskr. 1997/98:266.

Prop. 2002/03:119, *Reformerad räddningstjänstlagstiftning*, bet. 2003/04:FöU2, rskr. 2003/04:24.

Prop. 2006/2007:100, *2007 års ekonomiska vårproposition*, bet. 2006/07:KU22, rskr. 2006/07:223.

Prop. 2007/08:110, *En förnyad folkhälsopolitik*, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226.

Prop. 2008/09:1, *Budgetpropositionen för 2009, utg.omr. 9*, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127.

Prop. 2008/09:93, *Mål för framtidens resor och transporter*, bet. 2008/09:TU14, rskr. 2008/09:257.

Prop. 2009/10:175, *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*, bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315.

Prop. 2012/13:20, *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*, bet. 2012/13: SoU5, rskr. 2012/13:116.

Prop. 2017/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406.

Prop. 2019/20:176, *En effektivare kommunal räddningstjänst*, bet. 2020/21:FöU3, rskr. 2020/21:22.

## **Regeringsbeslut**

Regeringsbeslut I2020/00423/US och I2020/00433/US.

Regeringsbeslut Ju2017/06176/PO, *Uppdrag till Polismyndigheten att stärka kompetensen för att bemöta personer med psykisk ohälsa.*

Regeringsbeslut N2016/05491/TS, *Uppdrag att utreda sänkt bashastighet i tätort.*

Regeringsbeslut N2016/05492/TS, *Uppdrag att föreslå transportpolitiska preciseringar avseende trafiksäkerhet.*

Regeringsbeslut N2016/05493/TS, *Uppdrag att leda övergripande samverkan i trafiksäkerhetsarbetet för vägtrafik.*



Regeringsbeslut N2016/05494/TS, *Nystart för Nollvisionen. Ett intensifierat arbete för trafiksäkerheten i Sverige.*

Regeringsbeslut N2019/00388/TIF, *Uppdrag att vidta åtgärder för att öka säkerheten vid plankorsningar på den statliga järnvägen.*

Regeringsbeslut S2006/10114/FH, *Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärder.*

Regeringsbeslut S2008/5348–5350/FH.

Regeringsbeslut S2010/2274/FST, *Nationell handlings- och åtgärdsplan för säkerhetsfrämjande arbete för personer 65 år och äldre*

Regeringsbeslut S2010/3655/FH (delvis), S2010/6262/FH (delvis), *Uppdrag att ansvara för genomförandet av utvärderingar av pilotstudier för att pröva ett australisk och ett kanadensiskt självmordsförebyggande utbildningsprogram under svenska förhållanden.*

Regeringsbeslut S2015/3986/FS, *Uppdrag att samordna det nationella suicidförebyggande arbetet.*

Regeringsbeslut S2017/05586/FS, *Uppdrag att genomföra en fördjupningsstudie samt fördela medel rörande psykisk hälsa och suicidprevention riktad till transpersoner.*

Regeringsbeslut S2018/03915/FS, *Uppdrag att förbereda en informationsinsats inom psykisk hälsa och suicidprevention samt fördela ytterligare medel till ideella organisationer som arbetar med suicidprevention.*

Regeringsbeslut S2019/02244/FS (delvis), *Uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande.*

Regeringsbeslut S2019/05315/RS (delvis), *Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.*

Regeringsbeslut S2020/00438/FS (delvis), *Uppdrag att lämna förslag på hur en särskild funktion för psykisk hälsa och suicidprevention kan inrättas vid Folkhälsomyndigheten.*

Regeringsbeslut S2020/00441/FS (delvis), *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om Insatser inom området psykisk hälsa (bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2020-01-30 nr I:9).*

Regeringsbeslut S2020/01043/FS (delvis), *Uppdrag att utvärdera insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga.*

Regeringsbeslut S2020/01044/FS, *Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023.*

Regeringsbeslut S2020/05464/FS (delvis), *Uppdrag att inrätta en funktion för psykisk hälsa och suicidprevention.*

Regeringsbeslut S2018/04669/FS (delvis), S2018/06126/FS (delvis), S2020/06171/FS (delvis), *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*

Regeringsbeslut S2020/06172/FS, *Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående.*

Regeringsbeslut S2020/09779, *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022 (bilaga till beslut vid regeringssammanträde 2020-12-22 nr I:34).*

Regeringsbeslut S2021/04157, *Uppdrag angående en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående.*

Regleringsbrev för Folkhälsomyndigheten för 2014–2021.

Regleringsbrev för anslag 1:8 Bidrag till psykiatri 2008–2021.

Överenskommelser mellan regeringen och SKR inom psykisk hälsa 2012–2022.

## Rapporter och utredningar

Fredin-Knutzén J, Andersson A-L, Hadlaczký G, Sokolowski M., *Förstudie Suicid i transportsystemet*, rapport 2020:01, Nationellt centrum för Suicidforskning och Prevention, Region Stockholm och Karolinska Institutet, 2020.

Folkhälsomyndigheten, *Det suicidpreventiva arbetet i kommuner, regioner och länsstyrelser 2019. Nulägesbild och en jämförelse med 2015*, 2020.

Folkhälsomyndigheten, *Effekter av suicidpreventiva insatser utanför hälso- och sjukvården. Resultat från en kartläggande litteraturöversikt*, 2016.

Folkhälsomyndigheten, *Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens åiterrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*, dnr. 03412–2020, 2021-01-30.

Folkhälsomyndigheten, *Första hjälpen till psykisk hälsa ökar kunskaper och beredskapen att hjälpa*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Hur vi tar fram statistik om psykisk hälsa och suicid*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2018*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2019*, 2020.

Folkhälsomyndigheten, *Skolbaserad prevention kan minska suicidförsök och suicidtankar*, 2016.

Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention genom utbildning och medvetandegörande. En systematisk litteraturöversikt över förebyggande insatser utanför hälso- och sjukvården*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Suicidpreventivt arbete i Jönköpings län. Exempel på samverkan mellan olika professioner med räddningstjänsten som samordnare*, 2021.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården. En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank*, 2019.

Folkhälsomyndigheten och Lunds universitet, *Vilken sjukvård har unga och unga vuxna som tagit sitt liv fått? Resultat från en studie baserad på retrospektiv granskning av sjukvårdsjournaler*, 2020.

Inspektionen för vård och omsorg, *Beslut*, dnr. 3.5.1–04093/2020–15, 2020-12-21.

Inspektionen för vård och omsorg, *Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017*, 2018.

Inspektionen för vård och omsorg, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*. 2021.

Jiang, G-X, Hadlaczy, G. och Wasserman, D., *Självordsförsök i Sverige, Data: 1987–2016*, Karolinska Institutet: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention samt Stockholms läns landsting, 2017.

Järnvägssektorns samverkansforum, *”Obehöriga i spår” i Göteborg. Branschgemensam utredning av en belastad sträcka i Region Väst*, 2019.

Järnvägssektorns samverkansforum, *”Obehöriga i spår” Norrköping-Linköping. Branschgemensam utredning av en belastad sträcka i Region Öst*, 2018.

Lumell Associates, *Gapanalys – kunskapsstöd för suicidprevention och stöd till efterlevande inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten*, 2020.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Konsekvensutredning vid regelgivning – Föreskrifter och allmänna råd om kommunala handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor*, diariennr. 2020–11116, 2021-05-19.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Sammanställning av remissvar angående utkast på föreskrifter och allmänna råd om kommunala handlingsprogram*, ärendenr. 2020–11116, 2021-05-19.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid*, 2015.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid, Ett exempel från Jönköpings län*, 2005.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *Rekommendationer för suicidpreventiva insatser på befolkningsnivå*, betaversion, 2019.

Riksrevisionen, *Regeringens styrning av SOS Alarm – viktigt för människors trygghet*, RiR 2015:1, 2015.

Socialdepartementet, *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*, 2012.

Socialstyrelsen, *Delrapportering – Att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och ge stöd till efterlevande*, dnr. 14433/2019, 2019-11-26.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*, 2017.

SOU 2002:10, *Reformerad räddningstjänstlagstiftning*.

SOU 2010:45, *Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten - Förslag till ny lag*.

SOU 2017:48, *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*.

SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

SOU 2021:6, *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt*, 2015.

Statens folkhälsoinstitut, *Sammanställning av remissvar angående Förslag till nationellt program för suicidprevention*, 2007-07-09.

Statens väg- och transportforskningsinstitut, *Effektutvärdering av stängsling på järnväg. Pilotprojekt i Region Öst*, 2020.

Statistiska centralbyrån, *Om statistikbaserad uppföljning av Agenda 2030. Slutrapport av uppdrag till Statistiska centralbyrån om statistikbaserad analys av Sveriges genomförande av Agenda 2030*, 2017.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Förslag till handbok som stöd till nya föreskrifter om kommunala handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor*, ärendenr. 21/00296, 2021-04-13.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Skador inom psykiatrisk vård*, 2019  
*Markörbaserad journalgranskning*, 2021.

Trafikverket, *Aktionsplan för säker vägtrafik 2019–2022*, 2019.

Trafikverket, *Extern Rapport trafiksäkerhet järnväg 2020*, 2021-03-31.

Trafikverket, *Gapanalys. Skillnaden mellan förväntad utveckling av transportsystemet och målbild 2030*, 2020

Trafikverket, *Årsredovisning 2012*, 2013.

Trafikverket, *Årsredovisning 2019*, 2020.

Trafikverket, *Åtgärder mot personpåkörningar på järnväg. Underlagsrapport till planeringsunderlag trafiksäkerhet – järnväg*, 2018.

Trafikverket och Transportstyrelsen, *Analysrapport. Översyn av etappmål för säkerhet på väg - till 2020 och 2030, med en utblick mot 2050*, 2016.

Vårdanalys, *Stegvis skillnad. En granskning av hjälplinjen PrevenTells arbete för att förebygga sexualbrott*, Rapport 2019:1.

World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, 2013.

World Health Organization, *Preventing Suicide: A global imperative*, 2014.

World Health Organization, *Suicide in the world: Global Health Estimates*, 2019.

## Vetenskapliga artiklar

Fazel, S. och Runeson, B., "Suicide", *The New England Journal of Medicine*, 2020;382:266-274, DOI:10.1056/NEJMra1902944.

Roos af Hjelmsäter E., Ros A., Andersson-Gäre B. och Westrin, Å., "Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare", *BMJ Open*, 2019;9:e032290, DOI:10.1136/bmjopen-2019-032290.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al., "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review", *The Lancet Psychiatry*, 3.7: 646-659, 2016.

## Webbsidor och elektroniska tidningsartiklar

Bracken, R., Händestam, I., Schulz, K., Wasserman, D., Carli, V., Hadlaczky, G., Ölund, M., "Prioritera inte bort räddningstjänstens självmordsförebyggande arbete, MSB", *Dagens Samhälle*, 2021-05-19, <https://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/prioritera-inte-bort-raddningstjanstens-sjalvmordsforebyggande-arbete-msb/>, hämtad 2021-06-22.

Folkhälsomyndigheten, ”Flera insatser kan förebygga självmord”,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/flera-insatser-kan-forebygga-sjalvmord/>, hämtad 2020-02-03.

Folkhälsomyndigheten, ”Intressentgrupp”,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/nationell-samordning/intressentgrupp/>, hämtad 2020-02-20, 2020-04-15.

Folkhälsomyndigheten, ”Myndighetssamverkansgrupp”,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/nationell-samordning/myndighetenssamverkansgrupp/>, hämtad 2020-01-30, 2020-02-20, 2020-04-15 och 2021-02-23.

Folkhälsomyndigheten, ”Nationellt handlingsprogram”,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/material-och-stod/nationellt-handlingsprogram/>, hämtad 2020-02-17.

Folkhälsomyndigheten, ”Regional samordning”,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/nationell-samordning/regional-samordning/>, hämtad 2020-02-20.

Harvard T.H. Chan School of Public Health, “Attempters’ Longterm Survival”,  
<https://www.hsph.harvard.edu/means-matter/means-matter/survival/>, hämtad 2021-06-09.

Inera, ”Hjälplinjen avvecklas hos Inera”,  
<https://www.inera.se/aktuellt/nyheter/hjalplinjen-avvecklas-hos-inera/>, hämtad 2020-04-27.

Infrastrukturdepartementet, ”Regeringen höjer ambitionsnivån i trafiksäkerhetsarbetet”,  
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/02/regeringen-hojer-ambitionsnivån-i-trafiksakerhetsarbetet/>, hämtad 2021-02-22.

Lerner, T., ”De lägger ned en fungerande stödlinje på lösa grunder”, *Dagens Nyheter*, 2019-12-09, <https://www.dn.se/insidan/de-lagger-ned-en-fungerande-stodlinje-pa-losa-grunder/>, hämtad 2020-02-25.

Looström, C., ”MSB prioriterar inte bort räddningstjänstens suicidpreventiva arbete”, *Dagens Samhälle*, 2021-05-21,  
<https://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/msb-prioriterar-inte-bort-raddningstjanstens-suicidpreventiva-arbete/>, hämtad 2021-06-22.

Lundegårdh, A., ”Regeringens nollvision har inte haft effekt”, *Dagens Samhälle*, 2020-01-09, <https://www.dagenssamhalle.se/samhalle-och-valfard/sjukvard/regeringens-nollvision-har-inte-haft-effekt/>, hämtad 2020-01-14.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, "Nya föreskrifter för tydligare kommunala handlingsprogram enligt LSO", <https://www.msb.se/sv/aktuellt/nyheter/2021/juni/nya-foreskrifter-for-tydligare-kommunala-handlingsprogram-enligt-lso/>, hämtad 2021-06-24.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, "Räddningstjänst och räddningsinsatser", <https://www.msb.se/sv/amnesomraden/skydd-mot-olyckor-och-farliga-amnen/raddningstjanst-och-raddningsinsatser/>, hämtad 2021-04-28.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Coronaviruset: Risk för ökande självmord och självsador i samhället efter pandemin", <https://ki.se/nasp/coronaviruset-risk-for-okande-sjalvmord-och-sjalvsador-i-samhallet-efter-pandemin>, hämtad 2020-03-30.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Hur beräknas självmordsstatistik?", <https://ki.se/nasp/hur-beraknas-sjalvmordsstatistik>, hämtad 2020-03-25.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Mål och verksamhet", <https://ki.se/nasp/mal-och-verksamhet>, hämtad 2020-04-15.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Självmord i Sverige", <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>, hämtad 2021-02-23.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Självmord i varje län i Sverige", <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-varje-lan-i-sverige>, hämtad 2021-08-23.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Självmordsprevention i Stockholms län (SPIS)", <https://ki.se/nasp/sjalvmordsprevention-i-stockholms-lan-spis>, hämtad 2021-02-23.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Ingen ökning av självmorden under de första sex månaderna av COVID-19-pandemin", <https://ki.se/nasp/ingen-okning-av-sjalvmorden-under-de-forsta-sex-manaderna-av-covid-19-pandemin>, hämtad 2021-04-19.

Polismyndigheten, "Ökad kompetens inom psykisk ohälsa och suicid", <https://polisen.se/aktuellt/nyheter/2020/maj/okad-kompetens-inom-psykisk-ohalsa-och-suicid/>, hämtad 2020-12-15.

Polismyndigheten, "Stärkt arbete för att bemöta psykisk ohälsa", <https://polisen.se/aktuellt/nyheter/2020/juni/starkt-arbete-for-att-bemota-psykisk-ohalsa/>, hämtad 2021-03-23.

Region Jönköpings län, "Folkhälsomyndighetens regionala antistigmasatsning inom psykisk hälsa och suicid 2020–2021", <https://diariet.regionjh.se/diariet/files/7ac8faec-ab9a-41d1-a437-2fbba2dbedc7.pdf>, hämtad 2021-01-14.

Socialdepartementet, ”Regeringsuppdrag om en nationell stödlinje för personer med psykisk ohälsa”,

<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/05/regeringsuppdrag-om-en-nationell-stodlinje-for-personer-med-psykisk-ohalsa/>, hämtad 2021-05-10.

Socialstyrelsen, ”Långvarig psykisk ohälsa en utmaning för vården”,

<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/langvarig-psykisk-ohalsa-en-utmaning-for-varden/>), hämtad 2021-04-30.

SOS Alarm, ”Rättelse om suicidsiffror från SOS Alarm”,

<https://www.sosalarm.se/pressrum/pressmeddelanden/2020/rattelse-om-suicidsiffror-fran-sos-alarm/>, hämtad 2021-06-24.

Suicide Zero, ”Fakta om självmord”, <https://www.suicidezero.se/fakta-rad/fakta-om-sjalvmord/>, hämtad 2020-02-04.

Sveriges Kommuner och Regioner, ”Kommungruppsindelning 2017”,

<https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>, hämtad 2020-04-20.

Sveriges Kommuner och Regioner, ”Nationellt system för kunskapsstyrning”,

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/systemforkunskapsstyrning.48276.html>, hämtad 2021-05-26.

Sveriges Kommuner och Regioner, ”Uppdrag Psykisk Hälsa, Projekt & Ämnen”,

<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/>, hämtad 2021-04-29.

Trafikanalys, ”Bantrafikskador 2018”,

<https://www.trafa.se/bantrafik/bantrafikskador/>, hämtad 2020-01-31.

Trafikverket, ”Nollvisionen för väg och järnväg”, <https://www.trafikverket.se/om-oss/var-verksamhet/sa-har-jobbar-vi-med/Vart-trafiksakerhetsarbete/Trafiksakerhetsmal/>, hämtad 2021-03-09.

World Health Organization, “Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2016”, [https://www.who.int/images/default-source/departments/mental-health-2/suicide/global-as-suicide-rates-bothsexes-2016.png?sfvrsn=1a6b05fc\\_2](https://www.who.int/images/default-source/departments/mental-health-2/suicide/global-as-suicide-rates-bothsexes-2016.png?sfvrsn=1a6b05fc_2), hämtad 2021-02-24.

World Health Organization, “Suicide data”,

[https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/), hämtad 2020-09-07.

World Health Organization, ”Suicide: Key facts”, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, hämtad 2020-09-11.



## Bilaga 1. Metod

### Intervjuer

F.d. nationell samordnare inom psykisk ohälsa, 2020-04-01.

Generalsekreterare och kassör (gruppintervju), Suicide Zero, 2020-04-08.

Regional samordnare, Region Uppsala, 2020-04-14.

Utredare, Folkhälsomyndigheten, 2020-04-23.

Två projektledare och en utredare (gruppintervju), Socialstyrelsen, 2020-04-29.

Projektchef, SKR, 2020-05-26.

Psykiatriker/överläkare, Lunds universitet, 2020-06-02.

Professor i psykiatri/projektledare vid enheten för klinisk suicidforskning, Lunds universitet, 2020-06-04.

Professor vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, 2020-06-11.

Professor emeritus vid institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet, 2020-06-17.

Forskare vid Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, Karolinska Institutet, 2020-06-30.

Sakkunnig inom psykiatrifrågor, hälso- och sjukvårdssektionen, Sveriges Kommuner och Regioner, 2020-11-19.

Nationell verksamhetsutvecklare för polisens arbete med psykisk ohälsa, Utvecklingscentrum Öst, Nationella operativa avdelningen, Polismyndigheten, 2021-01-19.

Tjänsteperson, Trafikverket, 2021-02-23.

Platsbesök vid spårområdet Stockholms södra, 2021-02-24.

### Intervjuer inom ramen för fallstudien

Folkhälsochef, Region Jönköpings län, 2020-11-26.

Folkhälsoutvecklare/regional samordnare för suicidprevention, Region Jönköpings län, 2020-11-30.

Utvecklingschef för Kommunal utveckling, Region Jönköpings län, 2020-12-01.

Teamchef för Kommunal utveckling, Region Jönköpings län, 2020-12-02.

Brandinspektör, räddningstjänsten Jönköpings kommun, 2020-12-14.

Biträdande räddningschef, räddningstjänsten Jönköpings kommun, 2020-12-16.

Folkhälsosamordnare och insatsledare, Högländets räddningstjänstförbund Vetlanda, 2020-12-17.

Chef för säkerhets- och krisberedskapsavdelningen, räddningstjänsten Jönköpings kommun, 2020-12-18.

Biträdande enhetschef på psykiatrisk akutmottagning, Länssjukhuset Ryhov Jönköping, 2021-01-26.

Kontaktperson, SPES, 2021-01-29.

Chef för skolförvaltningen och chef för elevhälsoenheten (gruppintervju), Jönköpings kommun, 2021-02-02.

Biträdande funktionschef för individ- och familjeomsorg och utvecklingsledare, socialtjänsten (gruppintervju), Jönköpings kommun, 2021-02-03.

Två sjukhuspräster (gruppintervju), Länssjukhuset Ryhov Jönköping, 2021-04-13.

## **Skriftliga frågor till Socialdepartementet**

Vi skickade i mars 2021 ett antal frågor till vår kontaktperson på Socialdepartementet. Frågorna handlade om medelstildelning (4 frågor) och regeringsuppdrag och övrig styrning och uppföljning (27 frågor) inom området suicidprevention och psykisk hälsa med utgångspunkt från det riksdagsbeslutade målet om en övergripande vision inom suicidprevention 2008. Vi tog även fram ett skriftligt underlag med detaljerad information om medelstildelning och regeringsuppdrag som vi bad kontaktpersonen faktagranska och ge synpunkter på. Även frågor om Trafikverkets arbete med suicidprevention skickades till kontaktpersonen på Socialdepartementet för vidare befordran till berört departement.

## **Öppna enkätfrågor till deltagare i tre samverkansgrupper**

Vi skickade i februari 2021 öppna enkätfrågor till deltagare i två samverkansgrupper (myndighetsgruppen och intressentgruppen) inom Folkhälsomyndighetens samordningsuppdrag inom suicidprevention, och till landets regionsamordnare. Syftet med enkätfrågorna var att inhämta information om hur samverkansgrupperna arbetar med kunskapsstöd, hur kunskapsutbytet i gruppen fungerar, och vad som är den bedömda nyttan av samverkan.

Frågorna skickades ut per e-post till deltagarna enligt uppgift från vår kontaktperson på Folkhälsomyndigheten. Svarsfrekvensen i myndighetsgruppen var 100 procent (10 svarande), i intressentgruppen var den 67 procent (10 svarande av 15 deltagande aktörer) och för nätverket med regionsamordnare 90 procent (19 svarande av 21 deltagande regionsamordnare). Två påminnelser skickades ut till intressentgruppen och till de regionala samordnarna, och en påminnelse till myndighetssamverkansgruppen.

Enkätfrågorna var 4–6 i antal med följdfrågor enligt följande disposition:

### Frågor till den nationella myndighetssamverkansgruppen<sup>263</sup>

1. Har du deltagit i samtliga möten i samverkansgruppen under 2020?
  - a. Har covid-19-pandemin påverkat inriktningen på arbetet i samverkansgruppen?
2. Hur använder du och din myndighet arbetet i samverkansgruppen?
  - a. Vilken kunskap om suicidprevention tar du med dig till din myndighet?
  - b. På vilket sätt har samverkansgruppen påverkat ditt myndighetsarbete med suicidprevention?
  - c. Vilka frågor tar du upp i samverkansgruppen?
3. Finns det någonting i samverkansgruppen som kan utvecklas?
4. Finns det någonting mer om samverkansgruppen som du vill tillägga? Till exempel saknar du någon myndighet i gruppen?

### Frågor till den nationella intressentgruppen<sup>264</sup>

1. Har du deltagit i samtliga möten i intressentgruppen under 2020?
  - a. Har covid-19-pandemin påverkat inriktningen på arbetet i intressentgruppen?

<sup>263</sup> Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Läkemedelsverket, Statens Institutionsstyrelse (SIS), Skolverket, Kriminalvården, Trafikverket, Polismyndigheten och Migrationsverket.

<sup>264</sup> Mind, Suicide Zero, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL), Ungdomsförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL Ungdom), Jourhavande präst, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention NASP, Suicidprevention i Väst (SPIV), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES), Kunskapsnätverket för Samisk Hälsa och Riksförbundet Attention. I gruppen ingår även sakkunniga och forskare från bland annat Karolinska Institutet, Göteborgs universitet och Umeå universitet.

2. Hur använder du arbetet i intressentgruppen?
  - a. Vilken kunskap om suicidprevention tar du med dig till din organisation?
  - b. Leder dina kunskaper från intressentgruppen till konkreta suicidförebyggande åtgärder?
  - c. På vilket sätt har intressentgruppen påverkat ditt arbete med suicidprevention?
  - d. Vilka frågor tar du upp i intressentgruppen?
3. Hur ser du på Folkhälsomyndighetens roll och uppdrag när det gäller
  - a. kunskapsstöd?
  - b. stöd för implementering av kunskapsstöd?
  - c. annat stöd/vägledning?
4. Finns det någonting i intressentgruppen som kan utvecklas?
  - a. Vilka behov ser du i ditt arbete med att förebygga suicid som kan/bör behandlas inom intressentgruppen?
5. Finns det någonting mer om intressentgruppen som du vill tillägga?
6. Deltar du även i Folkhälsomyndighetens myndighetssamverkansgrupp?
  - a. Om ja, hur använder du arbetet i myndighetssamverkansgruppen och vilken kunskap om suicidprevention tar du med dig till din organisation/för ert operativa arbete?

#### Frågor till regionala samordnare<sup>265</sup>

1. Har du deltagit i samtliga möten i den regionala samverkansgruppen under 2020?
  - a. Har covid-19-pandemin påverkat inriktningen på arbetet i samverkansgruppen?
2. Hur använder du arbetet i samverkansgruppen?
  - a. Vilken kunskap om suicidprevention tar du med dig till din region?
  - b. Vilken kunskap om suicidprevention tar du med dig när du samverkar med aktörer på lokal nivå (främst kommuner, men även statliga representanter, till exempel länsstyrelsen och Polisen på regional/lokal nivå)?

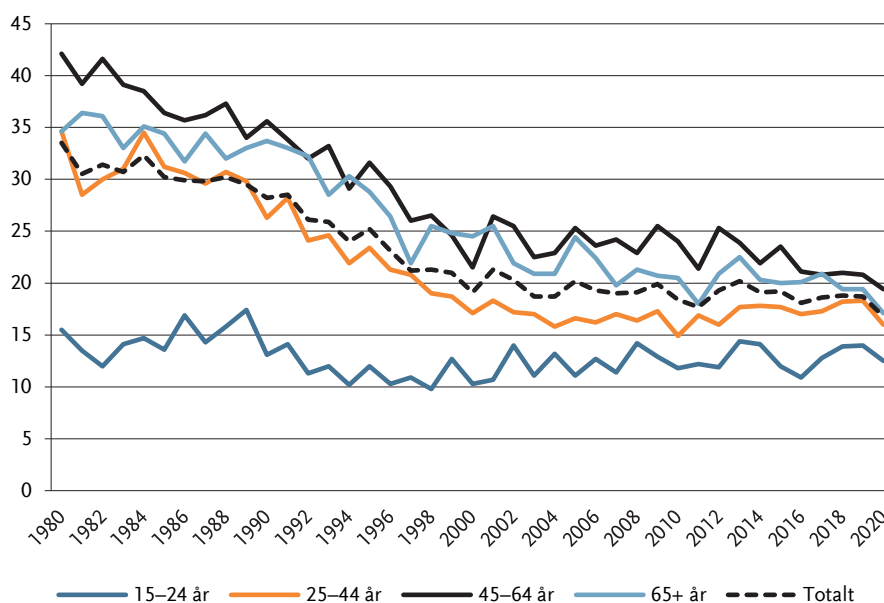
---

<sup>265</sup> Avser samtliga 21 regioner.

- c. Hur väl bedömer du att kunskapen från samverkansgruppen har implementerats och omsatts till konkreta suicidförebyggande åtgärder på regional och kommunal nivå?
  - d. På vilket sätt har samverkansgruppen påverkat ditt arbete med suicidprevention?
  - e. Vilka frågor tar du upp i samverkansgruppen?
3. Hur ser du på Folkhälsomyndighetens roll och uppdrag inom samverkansgruppen när det gäller
- a. kunskapsstöd i din region och i regionens kommuner?
  - b. stöd för implementering av kunskapsstöd i din region och i regionens kommuner?
  - c. annat stöd/vägledning för din region och i regionens kommuner?
4. Finns det någonting i samverkansgruppen som kan utvecklas?
- a. Vilka behov ser du i ditt arbete med att förebygga suicid som kan/bör behandlas inom samverkansgruppen?
5. Finns det någonting mer om samverkansgruppen som du vill tillägga?

## Bilaga 2. Statistik

**Diagram 1** Antal självmord (säkra och osäkra) per 100 000 invånare 15 år och äldre 1980–2020, per åldersgrupp

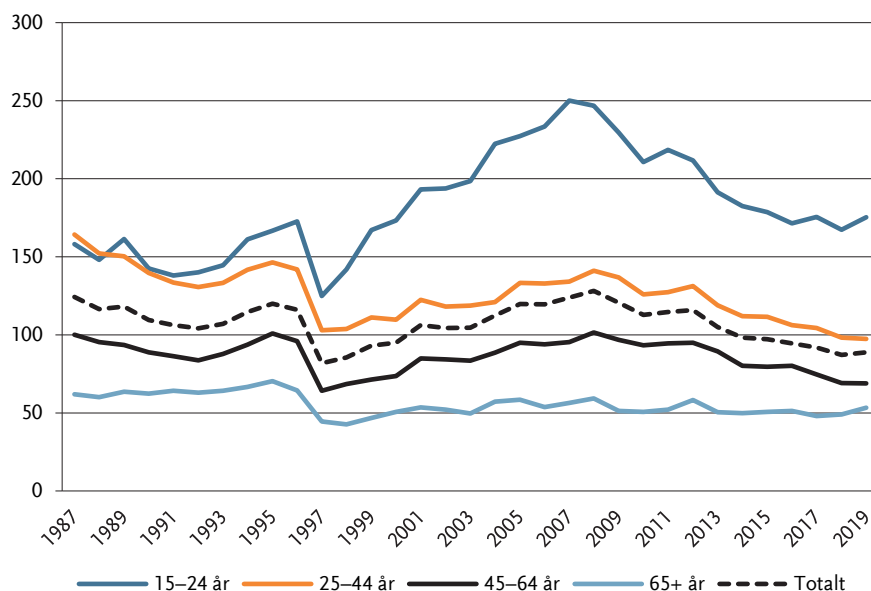


Källa: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention och Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Anm.: Statistiken baseras på ICD-10-diagnoserna X60–84 (Avsiktlig självdestruktiv handling, "säkra självmord") och Y10–34 (Skadehändelser med oklar avsikt, "osäkra självmord"). Av de säkra och osäkra självmorden bedöms cirka 20 procent vara osäkra, utan större skillnader mellan män och kvinnor. Av de osäkra självmorden har 70–75 procent skattats som självmord, vilket gör att NASP har valt att inkludera denna grupp i statistiken. Det finns också ett mörkertal bland äldre där självmord kan rubriceras som sjukdom och bland döda i trafiken där ett självmord ofta kan rubriceras som trafikolycksfall.<sup>266</sup>

<sup>266</sup> Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, "Hur beräknas självmordsstatistik?", hämtad 2020-03-25.

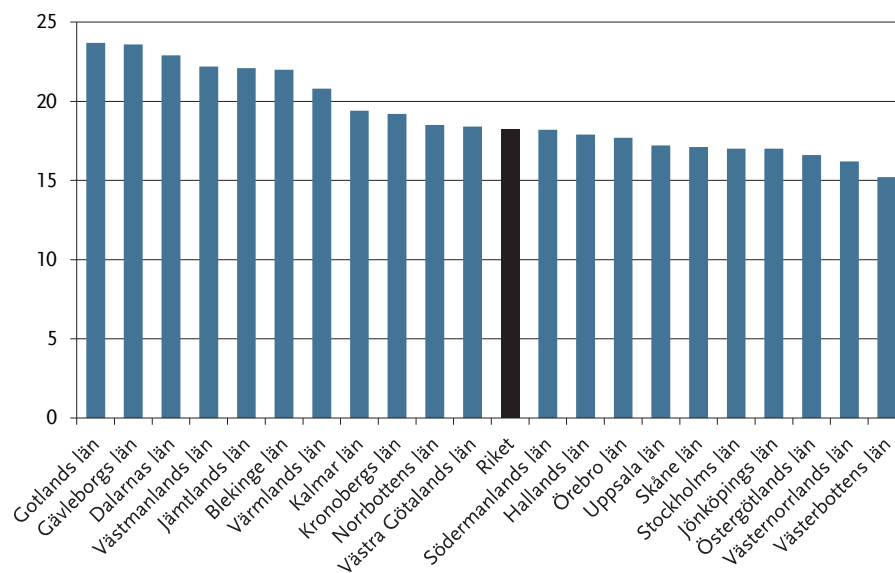
**Diagram 2** Antal självmordsförsök (säkra och osäkra), antal patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre 1987–2019, endast slutenvård



Källa: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention och Socialstyrelsens patientregister.  
 Anm.: Säkra självmordsförsök motsvarar diagnoserna X60–X84 (Avsiktligt självdestruktiv handling) och osäkra självmordsförsök motsvarar diagnoserna Y10–Y34 (Skadehändelser med oklar avsikt). De som vårdas på sjukhus bedöms utgöra cirka 50 procent av alla självmordsförsök.  
 Kommentar: Åren 1996–1997 finns en observerad minskning i frekvensen av självmordsförsök. Nedgången är svårtolkad; den skulle kunna bero på en faktisk minskning i antalet självmordsförsök men kan också bero på ändrade rutiner i vården för antagning av självmordsförsökspatienter, vilket skulle påverka självmordsförsöksstatistiken.<sup>267</sup>

<sup>267</sup> Jiang, Hadlaczky och Wasserman, *Självmordsförsök i Sverige, Data: 1987–2016, 2017*, s. 6.

**Diagram 3** Antal självmord (säkra och osäkra) per 100 000 invånare 15 år och äldre 2016–2020 (genomsnittligt medelvärde), per län



Källa: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention och Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Anm.: Statistiken baseras på ICD-10-diagnoserna X60–84 (Avsiktlig självdestruktiv handling, "säkra självmord") och Y10–34 (Skadehändelser med oklar avsikt, "osäkra självmord").



