Länsövergripande strategi för suicidprevention i Västerbotten

Arbetsgrupp: Malin Lagerlöf, Bjurholm, Camilla Garefeldt, Dorotea, Harry Lönnebacke, Nordmaling, Lina Tjärnström, Skellefteå, Josephine Gabrielsson, Sorsele, Daniel Burman, Storuman, Kevin Norberg, Umeå, Jan Lindberg och Jenny Örnberg, Vilhelmina, Jenni Cornelius, Åsele, Emma Wasara Region Västerbotten

Innehåll

Länsövergripande strategi för suicidprevention i Västerbotten 1
Inledning 1
Strategins vision, syfte och mål 1
Vision 1
Syfte 1
Mål 1
Begrepp och definitioner 2
Suicid 2
Suicidförsök 2
Suicidprevention 2
Genomförande 2
Suicidprevention på olika nivåer 2
Genomförandestrategier 2
Bygga 3
Strategier 3
Bemöta 4
Strategier 4
Behandla 4
Strategier 4
Begränsa 5
Strategier 5
Samverkan 6
Civilsamhällets roll 7
Bakgrund 7
Internationell, nationell och regional utblick 7
Internationellt 7
Nationellt 8
Regionalt 9
Omvärldsfaktorer 9
Minoritetsstress och minoriteter 9
Samiskt perspektiv 9
Risk- och skyddsfaktorer 10
Suicid i siffror 10
Kompetensutveckling 12
Centrala uppgifter för suicidprevention 12

Kommuner 12
Tidigt stöd till barn och ungdom 12
Förebyggande insatser 13
Begräsningar i fysisk miljö 13
Identifiera och stödja riskgrupper 13
Identifiera och ge stöd till personer med suicidrisk 13
Regionen 14
Förebyggande insatser 14
Identifiera och ge stöd och behandling till personer med suicidrisk 14
Stöd och behandling efter suicidförsök 14
Trygga övergångar mellan vårdnivåer 14
Stöd efter suicid till efterlevande 14
Förutsättningar för implementering 14
Referenser 15
Bilaga 1. Skydds- och riskfaktorer för suicid 1

Inledning

I Sverige sker det cirka fyra suicid varje dag[1]. En suicidal handling är yttersta konsekvensen av ett svårt lidande som drabbat en enskild individ. Suicid är ett folkhälsoproblem som behöver beaktas och hanteras utifrån olika perspektiv. Det är en mänsklig tragedi som innebär stor sorg, livslång saknad och lidande för närstående och anhöriga samt kostnader för samhället. I det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention, antaget 2008, sägs "att ingen människa ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord"[2].

I Västerbotten arbetar många aktörer för att minska antalet suicid. För att effektivt förebygga suicid krävs bred samverkan mellan bland annat beslutsfattare, myndigheter, kommuner, region, utbildningsanordnare, frivilligorganisationer och anhöriga. Alla har en viktig uppgift i att tillsammans verka för att färre människor tar sina liv[2]. Därför är det önskvärt att så många aktörer som möjligt deltar i det suicidpreventiva arbetet genom att till exempel ta fram egna suicidförebyggande handlingsplaner med insatser och åtgärder och sluta upp för att tillsammans minska antalet suicid i Västerbottens län. Som länsbor har vi alla något att bidra med, inte minst i rollen som medmänniskor.

Strategin har utarbetats i samverkan mellan representanter från nio av Västerbottens kommuner och representanter från Region Västerbotten.

Strategins vision, syfte och mål

Vision

Ingen person ska dö till följd av suicid i Västerbotten.

Syfte

Syftet med denna strategi är att definiera gemensamma mål och strategier för ett långsiktigt suicidpreventivt arbete i Västerbotten med utgångspunkt i forskningsbaserad kunskap och Västerbottens förutsättningar. Strategin ska fungera som vägvisare vid samverkan på övergripande nivåer samt vara vägledande och stödjande i arbetet med lokala styrdokument, där strategins områden kan konkretiseras och prioriteras utifrån lokala behov och förutsättningar.

Mål

För att närma sig en nollvision i Västerbotten förutsätts ett perspektiv där hela samhället förstår sin betydelse i det suicidpreventiva arbetet och att fokus läggs på såväl befolkningsinriktade suicidpreventiva insatser som insatser till riskgrupper och suicidala personer. Målen för arbetet är att:

- Regionen och kommuner ska skapa och delta i hållbara samarbetsstrukturer för suicidprevention på strategisk och operativ nivå.
- Medarbetare inom kommunala och regionala verksamheter ska ha adekvat kompetens utifrån sitt uppdrag för att kunna upptäcka, bemöta och behandla människor med suicidrisk.
- Kunskapsbaserad och effektiv behandling kopplat till suicidprevention ska finnas lättillgänglig för personer i behov. Om suicid inträffar ska verksamheterna analysera händelsen och implementera förbättringar i vård och omhändertagande.
- Den fysiska inom- och utomhusmiljön i Västerbotten ska vara utformad så att den förhindrar suicid.

[1] Suicide Zero (U.Åa).
[2] Folkhälsomyndigheten (2008)

- Hälsofrämjande och förebyggande insatser och tillgång till tidiga insatser ska bidra till att minska antalet suicidförsök och fullbordade suicid i Västerbottens län.

Begrepp och definitioner

I facklitteratur har ordet självmord alltmer kommit att ersättas av termen suicid. Orden används synonymt, ofta används båda termerna omväxlande i en och samma text. Vissa föredrar ordet suicid eftersom självmord kan leda tankarna till mord och kriminella handlingar, medan andra anser suicid vara ett alltför kliniskt och avståndstagande begrepp[3]. I föreliggande dokument används båda begreppet suicid.

Suicid

en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden.

Suicidförsök

livshotande eller skenbart livshotande beteende i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt som inte leder till döden.

Suicidprevention

kan till exempel vara utbildning, informationsinsatser, metodutveckling, begränsning av medel och metoder, efterlevandestöd för att förhindra och minska antalet suicidförsök och suicid.

Genomförande

Strategin ska fungera vägledande för det lokala arbetet i kommuner och regionen. Därutöver ska strategin vara ett stöd för fortsatt utvecklande av samverkan och strategiskt gemensamt arbete mellan kommuner och region.

Suicidprevention på olika nivåer

För att det suicidpreventiva arbetet ska vara så effektivt som möjligt är det viktigt med strategier och insatser på olika nivåer. En bred preventiv ansats utgår från olika nivåer: universell, selektiv och indikerad prevention. Strategierna kategoriseras utifrån preventionsnivå.

Universell suicidprevention: universella insatser riktas till alla invånare oavsett suicidrisk (befolkningsnivå).

Selektiv prevention: Denna preventionsnivå riktar sig till grupper där det finns kunskap om att det på gruppnivå finns förhöjd risk för suicidhandlingar. Till exempel personer med psykiatriska sjukdomar, funktionsnedsättningar, beroende eller personer som genomgår akuta kriser (gruppnivå).

Indikerad prevention: Indikerad prevention syftar till att nå personer som har en risk för suicid. Det kan vara personer som tidigare gjort suicidförsök, som uttrycker suicidtankar eller personer med djup depression (individnivå).

Genomförandestrategier

Strategierna utgår från den struktur som Storumans kommun har använt i systematiskt arbete och samverkan kring suicidprevention. Modellen benämns B4 är ett strategiskt, tvärsektoriellt arbete på

[3]Suicide Zero (2021)

vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet[4]. Modellen baserar suicidpreventiva insatser utifrån områdena Bemöta, Behandla, Bygga och Begränsa. Föreliggande strategi utgår från dessa områden för att tydliggöra den strategiska inriktningen på det suicidpreventiva arbetet i Västerbotten.

Bygga

En hälsofrämjande livsmiljö är en grundsten i det suicidpreventiva arbetet. Det innefattar såväl att bygga en god utom- och inomhusmiljö som goda sociala förutsättningar för invånarna i Västerbotten. Att bygga strukturer för strategiskt och operativt samarbete är av stor vikt och innefattar till exempel att försäkra sig om att det finns en sammanhållen vårdkedja för personer med psykisk ohälsa eller som befinner sig i kris. Samverkan mellan region och kommuner samt mellan olika myndigheter och aktörer är därför central och behövs på flera nivåer, särskilt viktigt är att brygga över organisatoriska mellanrum.

Strategier

Bygga upp fungerande samarbetsstrukturer på strategisk nivå mellan myndigheter

Detta kan innebära att använda existerande samarbetsstrukturer för arbete med strategisk samverkan kring suicidprevention. Det kan också innebära att skapa nya samarbetsstrukturer där sådana behövs.

Preventionsnivå: Universell, selekterad eller indikerad (befolknings-, grupp- och individnivå)

Utveckla samarbetsformer som tydliggör aktörers ansvar och hur patienter/brukare lotsas mellan olika insatser

Personer med suicidalt beteende kan ofta ha behov av insatser från både kommun och region. Det är av största vikt att personen får sammanhållen vård och stöd och att samarbetet mellan instanserna fungerar väl. I både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att kommunen och regionen ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när de bedömer att insatser behöver samordnas[5], detta anges i lagarna 2 kap § 7 SoL, 16 kap § 4 HSL. För att förstärka samarbete kring en person där ökad risk för suicid framkommit ska verksamheter i Västerbotten delta i SIP-möten oberoende av vilken verksamhet som kallar. Detta innebär att även en verksamhet som inte har lagstadgad rätt att kalla till SIP kan göra det och kallade verksamheter förväntas delta. Om en bedömning gjorts rörande förhöjd suicidrisk är det av största vikt att samverkan sker skyndsamt vid de fall som samordning behövs.

Inom ramen för Hälsa, Lärande, Trygghet (HLT) har förskola och skola möjlighet att kalla till SIP-möten. Förskola och skola är exempel på aktörer som ska ha möjlighet att kalla till SIP även utanför HLT.

Preventionsnivå: Indikerad (individnivå)

Utveckla samarbetsformer och -ytor med civilsamhällets aktörer

Civilsamhället har en viktig roll för det suicidpreventiva arbetet och bör ingå som en självklar del. Brukarorganisationer kan bidra med brukarperspektivet, frivilligorganisationer möter många invånare och kan till exempel arbeta suicidpreventivt utifrån strukturerade program och insatser men också genom att vara en arena för delaktighet och sammanhang. Samarbete med dessa organisationer anpassas utifrån lokala förutsättningar.

Preventionsnivå: Universell och selekterad (befolknings- och individnivå)

---

[4]FOU Socialtjänst (2021)

[5] https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/

Bemöta

Ett bra bemötande är centralt för vårt välbefinnande i såväl möten med professionella i stöd- och behandlingssituationer som i det vardagliga livet. Bemötandet av en person som mår psykiskt dåligt eller befinner sig i en kris är av central betydelse. Att tala om suicid ökar inte risken för att personen ska ta sitt liv. Tvärtom kan ett sådant samtal förebygga suicid. Att bemöta en person som har suicidtankar med respekt och förståelse i ett lyssnande samtal kan hjälpa personen att se andra alternativ. Bra bemötande kräver övning och är därför en viktig del i kompetensutvecklingen[6].

Strategier

Genomföra kompetensutveckling i kommunala och regionala verksamheter.

Att ha tillräcklig, relevant och aktuell kunskap om suicid och suicidprevention är en förutsättning för det suicidförebyggande arbetet. Utifrån suicidproblematikens komplexitet, det vill säga att suicidalitet inte enbart orsakas av specifika sjukdomar eller tillstånd utan en rad olika typer av riskfaktorer och olika varianter av lidande, krävs ökade kunskaper i alla människonära yrkesgrupper (som t.ex. lärare och poliser liksom inom för personal inom försäkringskassa och brandförsvar).

Preventionsnivå: Universell, selekterad och indikerad prevention (befolknings-, grupp och individnivå)

Utveckla rutiner inom regionen och i kommunala verksamheter för att upptäcka och bemöta människor med suicidrisk. Vid behov även försäkra sig om att andra hjälpinsatser tar vid.

Alla inom såväl kommunala som regionala verksamheter har en viktig roll att vara uppmärksam på hur personer man möter mår. Beroende på verksamhet ser behovet av kompetensutveckling olika ut och utbildningsinsatser anpassas utifrån målgrupp. Chefer har ansvar för att uppmärksamma psykiskt mående och suicidrisk hos sina medarbetare. Exempel på utbildningar kring bemötande är Mental Health First Aid (MHFA), Psyk-e Bas Suicid, Våga fråga, Stör döden och Ledare som lyssnar.

Preventionsnivå: Selektiv (gruppnivå)

Behandla

Vikten av tillgänglig och högkvalitativ behandling belyses från många håll. Den femte strategin i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention handlar om att förbättra de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna[7]. Zalsman med kollegor[8] nämner i en stor metaanalys över suicidpreventiva insatser både medicinsk och psykologisk behandling som viktiga och i betänkandet av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa[9] belyses vikten av låga trösklar till primärvården när det gäller bedömning och stöd för psykiskt mående. Äldre särskilt utsatt grupp när det gäller tillgänglighet till vård. Tillgång till psykologisk behandling för äldre är begränsad[10].

Strategier

Utarbeta och kontinuerligt utveckla rutiner och kompetensutvecklingsplaner för strukturerad bedömning och behandling av personer med förhöjd suicidrisk inom specialist- och första linjeenheter i hälso- och sjukvården.

De verksamheter som bär ansvar för bedömning och behandling av personer med hög suicidrisk ska ha etablerade rutiner som är kända av berörda medarbetare och dessa ska kontinuerligt uppdateras.

---

[6] Socialstyrelsen (2021a)
[7] Folkhälsomyndigheten (2008)
[8] Zalsman et al. (2016)
[9] SOU 2021:6
[10] SBU (2015)

För att kunna ge bästa vård och behandling är det viktigt att berörda medarbetare är uppdaterade inom kunskapsområdet.

Preventionsnivå: indikerad (individnivå)

Utarbeta eller utveckla rutiner för alla verksamheter som i sitt uppdrag möter människor med psykisk ohälsa för att fånga upp och aktivera insatser som adresserar suicidrisken.
Alla verksamheter som i sitt uppdrag möter människor med psykisk ohälsa ska utarbeta och kontinuerligt utveckla lokala rutiner för att uppmärksamma och adressera suicidrisk hos patienter, brukare, stödsökande och medarbetare.

I verksamheter som återkommande möter människor med ökad risk för suicidalt beteende är det mycket viktigt att etablerade rutiner kring arbete med dessa personer finns på plats, är kända av samtliga medarbetare och kontinuerligt uppdateras. Sådana rutiner kan vara utformade som lokala handlingsplaner eller -program för suicidprevention.

Preventionsnivå: indikerad (individnivå)

Utföra gemensamma utredningar efter suicid.
Gemensamma utredningar efter suicid bygger på samverkan mellan berörda aktörer inom hälso- och sjukvård och kommunala verksamheter så som skola, socialtjänst eller vård och omsorg och syftar till att skapa gemensam förståelse för händelsen för att förbättra förebyggande insatser, rutiner och arbetssätt samt stärka samverkan och samarbete. Det kan också vara en viktig del av stödet till närstående, personalgruppen och andra efterlevande[11]. Västerbotten bör hitta former för att utföra breda händelseanalyser. Detta kräver särskild kompetens och ett alternativ är att tillsätta en central funktion som har denna uppgift.

Preventionsnivå: selektiv och indikerad (grupp- och individnivå)

Begränsa

Förebyggande åtgärder som begränsar tillgången till självmordsmedel, till exempel genom att begränsa tillgången till bekämpningsmedel, skjutvapen och platser som innebär suicidrisk, såsom höga broar är effektiva suicidpreventiva insatser[12] och ingår i det tredje strategiska området i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention[13]. Andra begränsningar kan handla om säker läkemedelsförskrivning och insatser för att minska alkoholkonsumtion. Minskad alkoholkonsumtion är ett strategiskt område i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention[7].

Strategier

Begränsa tillgången till riskabla medel, verktyg och miljöer
Att begränsa tillgängligheten av medel med vilka en person kan utföra ett suicidförsök är en preventiv strategi som kan användas i olika miljöer och kontexter. Utgångspunkten med dessa insatser är att ju svårare det är för en person att anskaffa ett dödligt medel desto mer tid finns det för personen att bli kvitt sina mest intensiva suicidtankar, eller bli avbruten eller omhändertagen av andra[14]. Suicidprevention i fysisk miljö kan handla om ett medvetet preventivt perspektiv vid nybyggnation av byggnader och infrastruktur och att införa åtgärder i den befintliga miljön. Det kan gälla kommunen som fastighetsägare, som byggherre, som huvudman för allmän plats, som ansvarig för trafikmiljö, räddningstjänst och i viss mån den fysiska planeringen. Arbetet kan organiseras och bedrivas inom ramen för samhällsplaneringen och kommunens arbete med social hållbarhet. Det kan

[11] Folkhälsomyndigheten (2008)
[12] WHO (2014) och Zalsman, et al. (2016)
[13] Folkhälsomyndigheten (2008)
[14] Respi.se

också göras som en del av kommunens arbete med trygghet, säkerhet och olycksförebyggande insatser[15]. För hälso- och sjukvården kan det handla om att bygga psykiatriska avdelningar på ett sådant sätt som till exempel minskar risk för suicid genom hängning och ha rutiner kring restriktion av läkemedel.

Preventionsnivå: universell (befolkningsnivå)

Förebyggande insatser till riskgrupper

Eftersom det finns flera grupper med ökad risk för suicidala handlingar är det av stor vikt att dessa identifieras och nås av förebyggande insatser inom flera verksamheter. Exempel på insatser är kompetensutveckling till personal i HBTQ-frågor, alkohol- och drogpreventiva insatser, samiskt perspektiv samt insatser som riktar sig mot machokulturer, våldsförebyggande arbete, antistigmaarbete, utbildning kring minoritetsstress och mikroaggressioner.

Preventionsnivå: selektiv (gruppnivå)

Informationskampanjer

Informationskampanjer syftar till att vara hälsofrämjande och fungera preventivt för hela befolkningen i att förebygga suicid. Suicidpreventiva mediekampanjer syftar ofta till att sprida kunskap om psykisk hälsa, om att suicidalitet och depression är behandlingsbart och vikten av att prata om dessa problem när de uppstår. Informationskampanjer kan med fördel genomföras i samverkan mellan kommuner, region och ideella föreningar.

Preventionsnivå: universell (befolkningsnivå)

Erbjuda utbildningsinsatser och preventiva program till befolkningen kring hur man möter och stöttar personer med psykisk ohälsa

Att få en fråga om hur man mår och att någon lyssnar på svaret kan vara en viktig suicidpreventiv insats. Därför är det viktigt att vi i befolkningen känner oss trygga med att ha samtal om psykisk ohälsa och självmord. En vanlig myt kring suicid är att man inte ska väcka den björn som sover men faktum är att sätta ord på tankarna tillsammans med någon som vill lyssna kan vara en hjälp till att hitta andra utvägar eller till att söka hjälp[16]

Det skolbaserade programmet Youth Aware of Mental Health (YAM) är ett exempel på en insats som bland annat syftar till att ge råd om hur man kan stötta en vän som mår dåligt. Ett annat exempel är Mental Health First Aid (MHFA) som är ett utbildningsprogram i psykisk ohälsa avsett för allmänheten.

Preventionsnivå: universell (befolkningsnivå)

Samverkan

Suicidpreventivt arbete bör utgå från en multikomponentstrategi, vilket innebär att olika åtgärder implementeras samtidigt och insatserna kan förstärka varandra[17]. Både kommuner och regionen har ett stort ansvar för det suicidpreventiva arbetet. En förutsättning för ett fungerade suicidpreventivt arbete är samverkan på både strategisk och operativ nivå mellan och inom kommuner och region samt med andra viktiga aktörer till exempel civilsamhälle, Länsstyrelsen och blåljusverksamheter.

[15] SKR (2019)
[16] Suicide Zero (U.Åb)
[17] NASP (2019c i Region Stockholm, 2020)

Civilsamhällets roll

Vi har alla en viktig roll som medmänniskor i suicidpreventiva arbetet. Att se och stötta människor som mår dåligt eller har en svår livssituation kan ha stor betydelse för att förhindra suicid. Brukar- och frivilligorganisationer är viktiga aktörer i det suicidpreventiva arbetet. Brukarorganisationer utgör arena för tillhörighet och sammanhang för personer som är drabbade av psykisk ohälsa och kan vara källa till kunskap för andra aktörer så som region och kommuner. Frivilligorganisationer har många viktiga funktioner både i samhället och i det suicidpreventiva arbetet. En viktig funktion är att erbjuda arenor för människor att mötas och uppleva delaktighet och de organisationer som arbetar specifikt med stöd till personer som upplever psykisk ohälsa eller suicidtankar har en central roll i det suicidpreventiva arbetet.

Bakgrund

Suicid är ett folkhälsoproblem som bör förstås och förebyggas från flera håll. Forskning visar att det är möjligt att förebygga suicidhandlingar. Såväl Nationellt centrum för suicidforskning och prevention[18] som Statens beredning för medicinsk utvärdering[19], Folkhälsomyndigheten[20] och Världshälsoorganisationen[21] har i olika genomgångar av vetenskaplig litteratur visat att olika typer av insatser minskar utfall av suicid, suicidförsök och suicidtankar. Suicidhandlingar är den yttersta konsekvensen av ett svårt lidande som drabbat den enskilde individen. Lidandet kan exempelvis vara i form av psykiska sjukdomar, somatiska sjukdomar eller svåra livskriser.

Insatser för att förhindra suicid kan spara människoliv och minska det lidande och psykisk ohälsa som kan drabba anhöriga[22]. Efterlevande till personer som begått suicid löper cirka tre gånger högre risk för suicid i jämförelse med efterlevande för personer som har gått bort i ett naturligt dödsfall[23].

Internationell, nationell och regional utblick

Västerbottens arbete med suicidprevention kan kopplas samman med pågående initiativ och processer internationellt, nationellt och regionalt.

Internationellt

Agenda 2030

Agenda 2030[24] är en överenskommelse om hållbar utveckling mellan världens länder. God hälsa och välbefinnande är ett viktigt mål (mål 3) som inkluderar att främja psykisk hälsa och välbefinnande där en av indikatorerna är dödsfall till följd av suicid. Vikten av att skapa hållbara städer och samhällen är poängteras i Agenda 2030 (mål 11). För det suicidpreventiva arbetet har samhällsplanering en viktig roll, både vad gäller att skapa trygga miljöer i den fysiska miljön såväl som den psykosociala. Mål 10 i Agenda 2030 handlar om minskad ojämlikhet och mål 5 handlar ökad jämställdhet. Arbete med jämlikhet och jämställdhet är viktigt för det suicidpreventiva arbetet. Detta gäller såväl i det specifikt suicidpreventiva arbetet som i arbetet för att jämställd och jämlik hälsa.

[18] NASP (2019 i Region Stockholm, 2020)
[19] SBU (2015)
[20] Folkhälsomyndigheten (2016)
[21] WHO (2014)
[22] Folkhälsomyndigheten (2021a)
[23] Runesson (2003)
[24] United Nations (U.Å)

Barnkonventionen

Barnkonventionen är sedan år 2020 lag i Sverige och syftar till att ge barn oavsett bakgrund rätt att behandlas med respekt och att få komma till tals. Bland annat ska det i alla åtgärder som rör barn i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.

I relation till det suicidpreventiva arbetet i Västerbotten handlar ett barnrättsperspektiv om att både skapa förutsättningar för god hälsa och arbeta suicidpreventivt gentemot barnen själva. Barnens rättigheter som anhörig eller efterlevande ska i enlighet med barnkonventionen beaktas.

Nationellt

Nationellt handlingsprogram för suicidprevention

År 2008 antog Sveriges riksdag en nollvision för suicid och i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention är det övergripande målet att "... ingen person ska behöva hamna i en sådan utsatt position att suicid upplevs som den enda utvägen"[25]. Riksrevisionen poängterar i sin granskning av statens suicidpreventiva arbete[26] 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 återkommande synpunkt är vikten av att prata öppet om suicid, både som medmänniska och som professionell person inom olika berörda verksamheter.

Flera myndigheter och aktörer, bland annat Folkhälsomyndigheter och Socialstyrelsen har i uppdrag att lämna underlag till en ny strategi för psykisk hälsa och suicidprevention till regeringen, ett arbete som ska vara färdigställt september 2023. Det nuvarande nationella handlingsprogrammet för suicidprevention lyfter följande nio strategiska åtgärdsområden:

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
5. Förbättra de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna
6. Sprid kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid
7. Höj kompetensen hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande
8. Gör händelseanalyser efter suicid
9. Stöd frivilligorganisationer

Nära vård

I betänkandet av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa[27] beskrivs att vid ungefär en tredjedel av de rapporterade suiciden har det funnits en kontakt med den psykiatriska hälso- och sjukvården men betydligt många fler har haft kontakt med annan hälso-och sjukvård innan ett fullbordat suicid. Det finns också en grupp människor som inte haft någon kontakt med hälso- och sjukvården tidigare. Betänkandet konstaterar att det framstår som möjligt att genom att underlätta kontakten med primärvården, och genom en ökad kunskap vad gäller att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa, skulle arbetet med att förhindra suicid kunna bli mer framgångsrikt. Detta blir då ytterligare en anledning att ha öppna dörrar och låga trösklar till primärvården när det gäller bedömning av och stöd till det psykiska måendet.

---

[25] Prop. 2007/08:110
[26] Riksrevisionen (2021)
[27] SOU 2021:6

Regionalt

Avsiktsförklaring för god, jämlik och jämställd hälsa

Kommunerna i Västerbotten, Region Västerbotten och Länsstyrelsen Västerbotten har tillsammans med andra viktiga aktörer utformat en avsiktsförklaring för god, jämlik och jämställd hälsa som syftar till att ge stöd för att skapa en långsiktig och kunskapsbaserad samverkan vad gäller folkhälsa[28]. Avsiktsförklaringen pekar ut tre prioriterade områden varav psykisk hälsa är ett, inom detta inkluderas suicidpreventiva insatser.

Omvärldsfaktorer

Förekomst av psykisk ohälsa i samhället skiljer sig åt beroende på var man befinner sig i den sociala hierarkin, detta brukar kallas den sociala gradienten i hälsa. Den psykiska hälsan är ojämnt fördelat utifrån bland annat diskrimineringsgrunderna kön, födelseland, funktionshinder och sexuell läggning. Psykiska besvär är vanligare i vissa grupper, till exempel bland HBTQ-personer, mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa, unga vuxna och ensamstående mödrar. Personer med funktionsnedsättning rapporterar också oftare psykiska besvär, och bland unga med funktionsnedsättning har den psykiska hälsan försämrats över tid[29].

Socioekonomiska förhållanden har samband med suicidalt beteende på så sätt att suicidalt beteende är vanligare hos personer i socioekonomiskt utsatta områden[30]. Arbete med suicidprevention bör således ha fokus på även jämlikhet och strukturella faktorer för hälsan och ingår i det första strategiska området i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention som handlar om att främja goda livschanser för mindre gynnade grupper[31].

Minoritetsstress och minoriteter

Minoritetsgrupper har en särskild utsatthet när de befinner sig i regionens och kommunernas verksamheter. Att tillhöra en minoritetsgrupp kan innebära att behöva vara på sin vakt och beredd på att bli utsatt eller ifrågasatt för att man avviker från vad som är förväntat i ett sammanhang. Det kan handla om förväntningar kopplade till kön, sexualitet, funktion, etnicitet eller religiositet och leder för många till en psykosocial stress. Detta kallas minoritetsstress och kan utlösas av vardagliga och subtila händelser. Det kan handla om blickar, frågor och kommentarer som speglar oförståelse eller fördomar. Detta kallas för mikroaggressioner. Mikroaggressioner är ofta omedvetna för den som utför dem och kan vara svåra att sätta fingret på för den som utsätts[32]. Det handlar sällan om tydliga handlingar av aggression eller illvillighet utan den som utsätts översvämmas av många små, nästan omärkliga skador, vars kumulativa effekter kan vara förödande[33]. En aspekt av att uppmärksamma minoritetsstress handlar om att skapa förståelse om att det inte är en normbrytande sexualitet, etnicitet eller funktion som skapar ohälsa utan mötet med omgivningens dominerade normer som skapar en förväntan på att alla ska följa vissa normer.

Samiskt perspektiv

Suicidala beteenden förekommer i högre grad hos samiska renskötande män och kvinnor än hos den majoritetssvenska referensgruppen, med undantag för den allvarligaste graden (självmordsförsök). Ungefär dubbelt så många renskötande män i åldrarna 18–29 år rapporterar att de gjort upp självmordsplaner jämfört med referensgruppen. För män i åldrarna 30–49 år är denna skillnad nästan

[28]Länsstyrelsen, Västerbotten (2020)
[29] Folkhälsomyndigheten (2018a)
[30] Folkhälsomyndigheten (2018b)
[31] Folkhälsomyndigheten (2008)
[32] RSFL (2019)
[33] Länsstyrelsen, Stockholm (2019)

tre gånger så stor[34]. Det är således av stor vikt att ha kunskap om hur den psykiska hälsan och suicidala beteenden fördelas i den samiska befolkningen för att effektivt kunna arbeta suicidpreventivt. I Region Västerbotten pågår tillsammans med regionerna Norrbotten, Jämtland Härjedalen och Dalarna, Sametinget, samiska organisationer och andra aktörer ett aktivt arbete för att främja god hälsa och vård på lika villkor för samer. Region Västerbotten har antagit dokumentet *Strategi för samisk hälsa - en hälso- och sjukvård som bidrar till en god hälsa och en vård på lika villkor för samer 2020-30*[35]. Rörande suicidprevention står följande i strategin:

Regionerna bör stödja och driva suicidförebyggande arbete bland samer. Detta behöver ske i samverkan med det samiska civilsamhället, kommunerna, Sanks, brukarorganisationer och ideella organisationer. (s. 6)

Risk- och skyddsfaktorer

Olika påfrestningar i människors liv kan öka risken för suicidalt beteende, detta kallas för riskfaktorer. Flera samtidiga riskfaktorer ökar en individs sårbarhet för suicid och det är viktigt att kunna identifiera dessa individer och grupper då tidiga insatser ökar chansen att förebygga suicidala handlingar. Förutom riskfaktorer finns ett antal faktorer som verkar skydda en individ från suicid genom att öka resiliens hos individen[36]. Se bilaga 1 för förteckning över risk- och skyddsfaktorer för suicid.

Vissa grupper har högre risk för suicid än andra. Exempel på dessa är personer som tidigare har gjort suicidförsök, anhöriga till personer med suicidtankar/handlingar och efterlevande till personer som suiciderat[37], pojkar/män, HBTQ-personer, äldre, i synnerhet äldre män, ensamkommande barn, asylsökande med avslagsbeslut, personer utsatta för mobbning, personer med beroendesjukdom[38], våldsutsatta och våldsutövare[39].

Suicid är vanligare bland äldre än bland yngre. Depression och social isolering har starkt samband med suicidbeteende hos äldre. Äldre personer berättar mer sällan om sina suicidtankar än yngre och söker inte psykiatrisk vård lika ofta som yngre. Däremot har flertalet äldre än yngre grupper som senare begår suicid, besökt primärvården i nära anslutning till suicid. De har då sökt på grund av kroppsliga besvär[40]. Västerbottens äldre befolkning 80 år eller äldre väntas öka med ca 36% från år 2021 till 2040 (Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2021 – 2040, SCB).

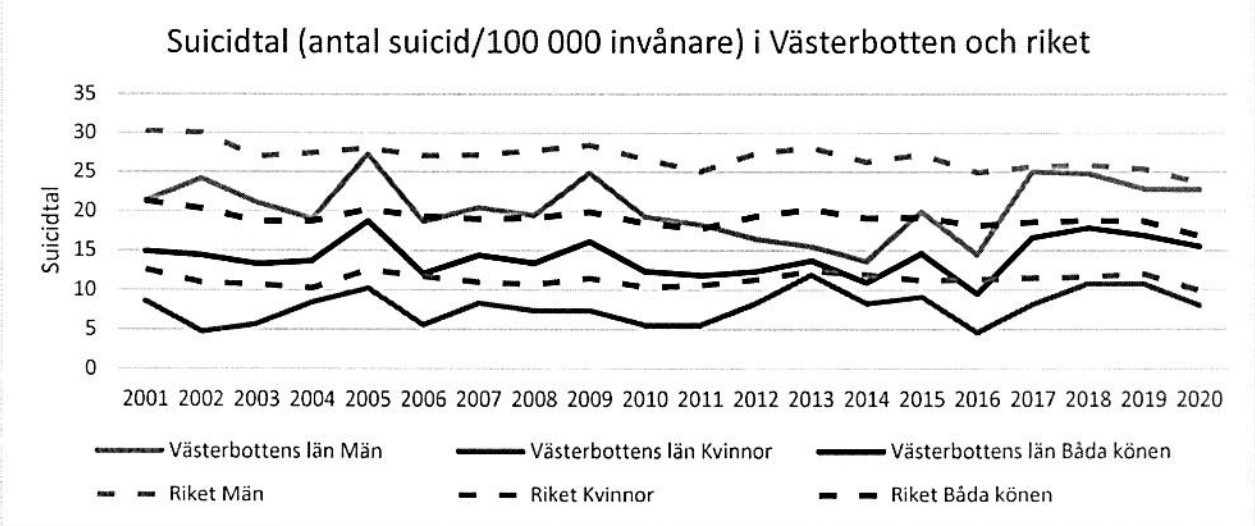
Suicid i siffror

Varje år dör ungefär 1 500 människor till följd av suicid i Sverige. I Västerbotten har ungefär 30 personer per år dött till följd av suicid de senaste 10 åren[41]. Det innebär att i Västerbotten dör fler än en människa varannan vecka i suicid. Suicidtalen (antal suicid per 100 000 invånare) varierar från år till år och Västerbotten har traditionellt sett haft låga suicidtal i jämförelse med riket. Sedan 2017 och fram till 2020 har suicidtalen i Västerbotten legat på en nivå som liknar rikets (se diagram 1). Det är av vikt att beakta denna ökning av suicid i planering och utförande av det suicidpreventiva arbetet i Västerbotten.

---

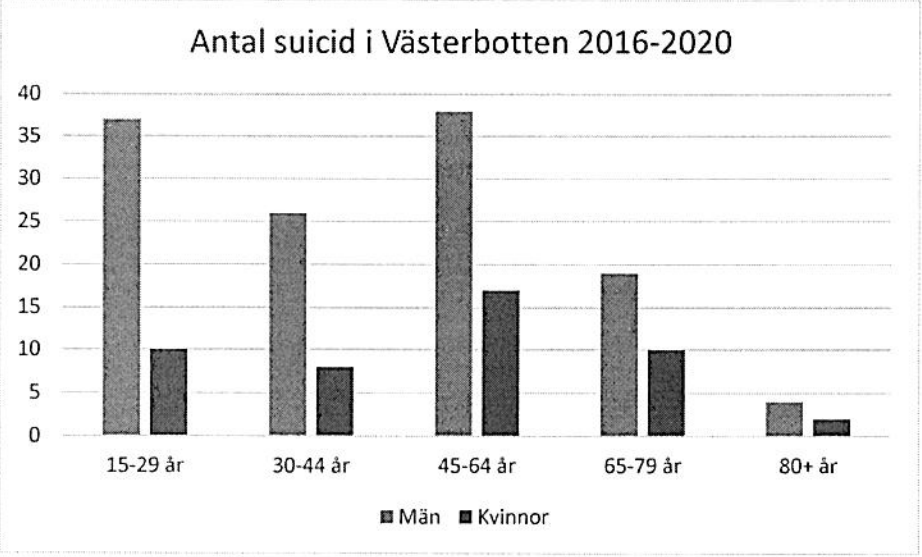
[34] Kaiser och Salander Renberg (2012)
[35] Nätverket för samisk hälsa (2019)
[36] WHO (2014)
[37] Runesson (2003)
[38] Karlsson & Håkansson (2018)
[39] 1177 Vårdguiden (2019)
[40] Socialstyrelsen (2018)
[41] Socialstyrelsen (2021b)

Diagram 1. Diagrammet visar suicidtal (antal suicid/ 100 000 invånare) i åldern 15 år och äldre under åren 2001-2020 (Västerbotten och riket)



Ungefär två tredjedelar av de som dör till följd av suicid är män. I diagram 2 illustreras skillnaden i antal suicid mellan män och kvinnor i olika åldersgrupper i Västerbotten under åren 2016-2020. Suicidförsök är dock vanligare hos kvinnor, enligt Folkhälsomyndigheten är denna skillnad i suicidförsök särskilt uttalad i åldersgrupperna 10-19 år och 20-29 år utifrån mätningar som gjordes år 2020[42]. Suicid är den ledande dödsorsaken för män mellan 15 och 44 år och bland 45-65-åringar är suicid den vanligaste dödsorsaken för både kvinnor och män[43].

Diagram 2. Antal suicid i Västerbotten under åren 2016-2020 uppdelat på kön och ålder.



[42] Folkhälsomyndigheten (2021c)
[43] Suicide Zero (U.Åa)

Om statistiken

När någon dör utfärdas ett dödsorsaksintyg. När suicidavsikten är uppenbar klassificeras detta enligt ICD-10 som "Avsiktligt självdestruktiv handling, X60-X84" (detta brukar benämnas "säkra suicid"). När suicidavsikten är osäker används diagnoskoder för "skadehändelse med oklar avsikt, Y10–Y34" ("osäkra suicid"). Suicidstatistiken i denna strategi baseras på en sammanslagning av kategorierna ovan (säkra och osäkra suicid) då det finns risk för underrapportering av suicid att enbart räkna bara säkra diagnoser.

Källa:
Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa [NASP]. (2019). *Hur beräknas självmordsstatistik?* Hämtad 22-03-09: https://ki.se/nasp/hur-beraknas-sjalvmordsstatistik

Kompetensutveckling

Det finns ett antal utbildningar i suicidprevention som hålls av olika utbildare och för olika målgrupper i landet men det saknas en samlad information om utbildningarnas innehåll och målgrupper. Det gör det bland annat svårt för dem som önskar utbildning att hitta rätt. Exempel på utbildningsinsatser är Stör döden, Psyk-e bas Suicid, Våga Fråga, Mental Health First Aid (MHFA).

Centrala uppgifter för suicidprevention

Mycket av det suicidpreventiva arbetet i Västerbotten är ett delat ansvar mellan kommuner, region och andra viktiga aktörer. Det universella hälsofrämjande och förebyggande arbetet med att skapa förutsättningar för en god och jämlik folkhälsa sker hos såväl kommuner som region och det inkluderar även det suicidpreventiva arbetet. Ansvar för arbete på selektiv nivå delas också ofta av region och kommuner.

Nedan beskrivs några av de centrala uppgifterna när det gäller suicidprevention för region och kommuner. Efter varje område beskrivs vilka verksamhetsområden inom kommunerna som berörs särskilt. Verksamhetsområdena har olika namn i kommunerna och nedanstående verksamhetsområden kan behöva "översättas" för att passa kommunens benämningar.

Kommuner

Riksdagen förtydligar kommuners ansvar i det suicidpreventiva arbetet, som bland annat tar sitt uttryck genom folkhälsoarbetet[44]. Regeringsformen[45] beskriver att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och bland annat ska trygga allmänna rättigheter till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet för goda förutsättningar för hälsa, delaktighet och jämlikhet. Lokala åtgärder för att motverka riskgruppers utsatthet och arbeta mot delaktighet minskar lidande och risk för suicid.

Tidigt stöd till barn och ungdom

Ökad sårbarhet för negativa reaktioner på livskriser och motgångar grundläggs tidigt. Barn och ungdomar är därför viktiga målgrupper för de befolkningsinriktade insatserna, som i bästa fall även ger skyddande effekter livet ut. För att nå barn och ungdomar är förskola och skola viktiga och lämpliga arenor eftersom barn och ungdomar vistas där dagligen. Även arenor där barn och ungdomar vistas i på fritiden bör utnyttjas för hälsofrämjande och suicidpreventivt arbete.

[44] Motion 2018/19:1564
[45] Kungörelse 1974:152

Verksamhetsområden inom kommunerna som berörs särskilt: utbildning, fritid, stöd och omsorg

Förebyggande insatser

Inom ramen för ett strategiskt folkhälsoarbete bör kommunerna inkludera insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga suicid. Skolbaserade insatser är fördelaktiga i en då hälsan hos befolkningen har potentialen att främjas tidigt, i en kontext som når majoriteten av barn och ungdomar[46], exempel på ett skolbaserat program är Youth Aware of Mental health (YAM). Andra exempel på förebyggande insatser är befolkningsinriktade informationskampanjer och utbildningsinsatser till allmänheten så som och Mental Health First Aid (MHFA) och Våga Fråga från Suicide Zero.

Verksamhetsområden inom kommunerna som berörs särskilt: utbildning, fritid, kultur

Begräsningar i fysisk miljö

Den suicidala processen kan se olika ut och pågå under en lång eller mycket kort tid. Under de olika faserna i processen kan samhällets åtgärder ha stor betydelse för att förhindra ett självmord. I den fas då tankar på suicid övergår till handling och försök att begå suicid kan utformningen av den fysiska miljön ha avgörande betydelse för att förhindra dödsfall. Genom att betrakta suicid som en form av olycka, jämförbar med till exempel trafikolyckor, går det att identifiera förebyggande insatser. Det innebär att vidga perspektivet och se brister i omgivande faktorer, inte bara i den psykosociala miljön utan även i den fysiska[47].

Det finns god evidens för att restriktioner av suicidmetoder minskar dödligheten i suicid. Insatser som bedöms ha stark evidens är plattformsdörrar vid tåg, barriärer vid broar och klippor, avspärrning av vägar och ökad närvaro och bevakning av suicidtäta platser[48].

Verksamhetsområden inom kommunerna som berörs särskilt: samhällsbyggnad, teknik och fastighet

Identifiera och stödja riskgrupper

Identifiering av riskgrupper är en förutsättning för att alla som möter dem i sin profession ska kunna vara särskilt uppmärksamma på eventuella risker. Ju tidigare insatser sätts in desto större chans finns att suicidhandlingar kan förebyggas (exempelvis till barn som upplever en otrygg hemmiljö eller problem relaterade till skolgången). En viktig riskgrupp är anhöriga och efterlevande till suicid där kommuner delar ansvar med region att identifiera och ge stöd till dessa individer. En viktig insats är att stödja de organisationer i civilsamhället som arbetar för att särskilt uppmärksamma och stötta utpekade riskgrupper för suicid.

Verksamhetsområden inom kommunerna som berörs särskilt: stöd och omsorg, utbildning, fritid, kultur, äldreomsorg

Identifiera och ge stöd till personer med suicidrisk

Många kommunala verksamheter arbetar för personer med psykisk ohälsa. En viktig uppgift för professionella inom dessa verksamheter är att identifiera personer med suicidrisk och se till att de får rätt stöd. En förutsättning för detta är att personalen har kompetens kring riskfaktorer och bemötande samt har kännedom om vårdkedjan för att vid behov försäkra sig om att personen får rätt hjälp. Det är också av stor vikt att försäkra trygga övergångar mellan verksamheter.

Verksamhetsområden inom kommunerna som berörs särskilt: äldreomsorg, utbildning, stöd och omsorg

---

[46] RESPI (U.Å)
[47] SKR (2019)
[48] RESPI (U.Å)

Regionen

Förebyggande insatser

Inom ramen för ett strategiskt folkhälsoarbete bör regionen inkludera insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga suicid. Detta kan göras via till exempel befolkningsinriktade informationskampanjer och insatser som riktar sig till specifika målgrupper så som Youth Aware of Mental health (YAM) och Mental Health First Aid (MHFA) som är ett utbildningsprogram i psykisk ohälsa avsett till allmänheten.

Identifiera och ge stöd och behandling till personer med suicidrisk

Alla verksamheter bör ha ett uppdrag att identifiera patienter/brukare med suicidrisk och att erbjuda vård och stöd. Varje enhet inom hälso- och sjukvården bör ha rutiner för hur detta ska göras på den egna enheten liksom kännedom om var patienten/brukaren kan få fortsatt stöd och behandling.

Stöd och behandling efter suicidförsök

Eftersom tidigare suicidförsök är en kraftfull riskfaktor för senare suicid är det en viktig uppgift att ge stöd till personer som försökt ta sitt liv. I dagsläget finns det inom vissa delar av psykiatrin men det behöver utvecklas och systematiseras så att det ges till all som gjort suicidförsök.

Trygga övergångar mellan vårdnivåer

Många självmord sker när en person ska slussas vidare till en annan vårdnivå eller hänvisas till en annan verksamhet, till exempel från slutenvård till öppenvård inom psykiatrin eller från primärvård till BUP. Här behövs ett överlappande system där den instans där personen fått stöd inte släpper kontakten förrän den nya insatsen tagit vid.

Stöd efter suicid till efterlevande

Efterlevande löper en ökad risk att själva drabbas av psykisk ohälsa och suicidtankar. Därför är utveckling av stödinsatser till anhöriga en viktig insats i det förebyggande arbetet. Här behöver insatser riktade till olika målgrupper utvecklas inom Region Västerbottens verksamheter. Samverkan med exempelvis kommun är ofta mycket viktigt.

Förutsättningar för implementering

En viktig förutsättning för strategins implementering är att det bildas en strategisk samverkansgrupp med representanter från kommuner, regionen och brukarrörelsen med mandat att driva och utveckla arbetet. Varje aktör har ansvar att implementera och konkretisera strategierna i sina verksamheter. Samverkansgruppen kommer ha till uppgift att konkretisera insatser i enlighet med strategin genom att arbeta med implementering och uppföljning. Ett sätt att konkretisera strategin är att ta fram aktivitetsplaner för suicidprevention på olika strategiska nivåer.

För att arbetet med suicidprevention ska vara långsiktigt och hållbart krävs uppföljning, helst årligen i ordinarie uppföljningssystem.

Referenser

Andreen, J. (2021). *Rutin för hantering av suicidalt beteende, självmordsrisk och suicid.* Suicide Zero. Hämtat 2022-03-15 Grundmall-skriftlig-rutin-hantering-suicidrisk-suicid-2021.docx (live.com)

Folkhälsomyndigheten (2008). *Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/2e7ade7571da420687ce28243ab4fa00/nationellt_handlingsprogram_suicidprevention.pdf

Folkhälsomyndigheten (2016). *Effekter av insatser för att förebygga suicid -Resultat från en kartläggande litteraturöversikt*. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/e/Effekter-av-insatser-for-att-forebygga-suicid/

Folkhälsomyndigheten (2018a). *Alkohol och suicid.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/alkohol-och-suicid/

Folkhälsomyndigheten (2018b). *Psykisk hälsa och suicidprevention.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/49e2c585bddc480798d89683650ca67d/psykisk-halsa-suicidprevention-lagesrapport-2018-19006.pdf

Folkhälsomyndigheten (2021a). *Suicidförebyggandeinsatser.* Hämtat 2022-03-09: https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/forebyggande-insatser/suicidforebyggande-insatser/

Folkhälsomyndigheten (2021b). *Faktablad om att förebygga psykisk ohälsa bland äldre.* Hämtat 2022-05-13: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/632eb2aa7efc488e99160fe01ecce254/det-ar-viktigt-att-forebygga-psykisk-ohalsa-bland-aldre.pdf

Folkhälsomyndigheten (2021c). *Statistiken för suicidförsök.* Hämtat 2022-03-09: https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicidforsok/

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen (U.Å). *Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser Ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/barn-psykiska-halsa-att-utreda-sjalvmord-bland-barn-och-unga-genom-handelseanalyser.pdf

FOU Socialtjänst (2021). *B4 ('before') – Bemöt, Behandla, Bygg, Begränsa*. Hämtad 2021-12-08: https://fousocialtjanst.se/2021/04/07/b4-before-bemot-behandla-bygg-begransa/

Kaiser, N. & Salander Renberg, E. (2012). Suicidal expressions among the Swedish reindeer herding Sami population. *Suicidology Online*, 3, 102-113.

Karlsson, A. & Håkansson, A. (2018). Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1091–1099. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.112

Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kungorelse-1974152-om-beslutad-ny-regeringsform_sfs-1974-152

Länsstyrelsen, Stockholm (2019). Vit, svart eller brun - Handbok om aktiva åtgärder kopplat till hudfärg. Hämtad 2021-12-08: https://www.lansstyrelsen.se/download/18.5e83a30f169d90292df17384/1624005597909/Rapport%202019-

08%20Vit%20svart%20eller%20brun%20Handbok%20aktiva%20%C3%A5tg%C3%A4rder%20hudf%C3%A4rg.pdf

Länsstyrelsen Västerbotten (2020). *Avsiktsförklaring för god, jämlik och jämställd hälsa i Västerbotten*. Diarienummer 706-1337-2019. Hämtad 2021-12-08: https://www.lansstyrelsen.se/download/18.2b1344c417a75f02ce042dde/1632142944488/Avsiktsf%C3%B6rklaring%20f%C3%B6r%20en%20god%20j%C3%A4mlik%20och%20j%C3%A4mst%C3%A4lld%20h%C3%A4lsa%20i%20V%C3%A4sterbotten.pdf

Motion 2018/19:1564. *Kommunalt ansvar för suicidprevention.* https://data.riksdagen.se/fil/8CD9EAAA-4145-4342-8812-7703A8A81505

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa [NASP]. (2019). *Hur beräknas självmordsstatistik?* Hämtad 22-03-09: https://ki.se/nasp/hur-beraknas-sjalvmordsstatistik

Nätverket för samisk hälsa (2019). *Strategi för samisk hälsa - en hälso- och sjukvård som bidrar till en god hälsa och en vård på lika villkor för samer 2020-30.* Hämtad 2021-12-08: https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Strategi%20f%C3%B6r%20samisk%20h%C3%A4lsa%202020-2030.pdf

Prop. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik* (inkluderar Nationellt handlingsprogram för suicidprevention).

Region Stockholm (2020). *Strategi för Suicidprevention.* (Diarienummer: HSN 2019-1376) https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/stockholmslan/wp-content/uploads/2021/08/Strategi-for-suicidprevention-Region-Stockholm_2020.pdf

RESPI, Rekommendationer för suicidpreventiva insatser. https://respi.se/insatser/

Riksrevisionen (2021). *Statens suicidpreventiva arbete – samverkan med verkan?* Stockholm: Riksrevisionen (RIR); 2021. RIR 2021:26. ISBN 978-91-7086-609-8.

RSFL, Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter. (2019). *Bemötandetips – minoritetsstress*. Hämtad 2021-12-08: https://www.rfsl.se/verksamhet/regnbagsfamiljer-i-vantan/bemotandetips-minoritetsstress/

Runeson B, Å. M., (2003). Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry,* 160(8).

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015). *Behandling av depression hos äldre* En systematisk översikt: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 233.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2021). *Program för att förebygga suicid och suicidförsök hos barn* En systematisk översikt med utvärdering av effekter och hälsoekonomiska aspekter Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 336. ISBN 978-91-88437-83-9.

SKR (2019). Förebygga suicid i fysisk miljö - Ett inspirationsmaterial för kommunernas arbete. https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-777-0.pdf

Socialstyrelsen (2018). Öppna jämförelser. Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre - *uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2018-9-12.pdf

Socialstyrelsen (2021a). *Samlat stöd för patientsäkerhet – Förebygga suicid.* Förebygga suicid - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen (2021b). *Statistiskdatabas för dödsorsaker.* Stockholm Statistikdatabaser - Dödsorsaksstatistik - Val (socialstyrelsen.se)

Suicide Zero (2021). Stödmaterial för kommunernas handlingsplansarbetet. Hämtat 2022-05-13: https://assets.ctfassets.net/87pwg6063hb1/13fDeNxuo8FtAViUkHvbXb/e31f951ed2b692c9ca7e1c5cda1c0a8f/Suicide-Zero-Stodmaterial_handlingsplan-2021.pdf

Suicide Zero (U.Åa). Fakta om självmord. Hämtad 2021-12-08: https://www.suicidezero.se/fakta-rad/fakta-om-sjalvmord
Suicide Zero (U.Å:b). Myter om självmord. Hämtad 2022-03-29: https://www.suicidezero.se/fakta-och-rad/myter-om-sjalvmord

SOU 2021:6. *God och nära vård Rätt stöd till psykisk hälsa. God och nära vård.* https://www.regeringen.se/4900bd/contentassets/9d0e520a47e547a2904608427f3aca7c/sou-2021_6--god-och-nara-vard---ratt-stod-till-psykisk-halsa.pdf

United Nations (U.Å). *Agenda 2030 Target and indicators.* https://sdgs.un.org/goals/goal3

WHO (2014). *Preventing suicide: a global imperative.* Geneva. http://www.who.int/iris/handle/10665/131056

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The lancet. Psychiatry*, *3*(7), 646–659. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Bilaga 1. Skydds- och riskfaktorer för suicid

Skyddsfaktorer

- Personlighetsdrag: utåtriktad, varm/vänlig, ängslig, optimistisk
- Hög problemlösningsförmåga
- Högt självförtroende, hög självkänsla
- Tillgång till natur (t.ex. träd, parker mm.)
- Hög copingförmåga
- Meningsfullt liv/känsla av sammanhang (t.ex. ha personliga relationer, partner, vara förälder, ha en karriär, känna egenmakt mm.)
- Starka moraliska eller religiösa invändningar mot suicid
- Tryggt anknytningsmönster till viktiga personer (vårdnadshavare/partner)
- Aktivt föräldraskap (skyddsfaktor för barnet)
- God skol-/arbetsmiljö

Kliniska (vårdrelaterade) riskfaktorer

- Tidigare suicidförsök
- Beroendesjukdom
- Somatisk sjukdom (t.ex.cancer, epilepsi, diabetes, KOL, smärttillstånd)
- Psykiatrisk sjukdom (alla, men t.ex. psykossjukdom, bipolaritet, personlighetssyndrom)
- Samsjuklighet (av alla slag)
- Funktionsnedsättning (t.ex. autism)
- Hinder för vårdsökande (t.ex. på grund av stigma, distans, oförmåga)
- Dålig följsamhet till vård/behandling
- Ärftlighet för suicid (samt för alla ovan listade sjukdomar)

Icke-kliniska riskfaktorer

- Hög ålder
- Manligt kön
- HBTQ+
- Ursprung från vissa minoritetsgrupper
- Ursprung från länder som har höga suicidtal (Ungern, Ryssland, baltiska länder m.fl.)
- Anhörig eller närstående till person som har suiciderat/gjort suicidförsök, eller exponering för suicid på annat sätt
- Personlighetsdrag: introversion, hopplöshet, aversion mot förluster, impulsivitet, aggression, ängslighet
- Dålig problemlösningsförmåga
- Förlust (jobb/dödsfall/brutna relationer/pengar etc.), sorg, ofrivillig ensamhet, abort
- Socioekonomisk status (fattigdom/låg utbildningsnivå/arbetslöshet)
- Social isolering/ensamhet
- Erfarenhet av krig/väpnad konflikt/katastrof
- Migration/Asylprocess (stressorer i samband med acklimatisering men också erfarenhet av krig/vapenkonflikt/katastrof)
- Diskriminering/kränkande särbehandling/trauma/våld/sexuella övergrepp/våld i nära relationer
- Dålig sömn (subklinisk nivå)
- Intoxikationsinriktad alkoholkonsumtion (som t.ex. vid nyårsfirande)
- Existentiell ångest

Remiss av ”Länsgemensam suicidpreventiv strategi i Västerbotten”

Initiativet till att ta fram en länsgemensam suicidpreventiv strategi togs av länets kommuner och regionen i den dåvarande länssamordningsgruppen (LSG). Strategin har utarbetats i samverkan mellan representanter från nio av Västerbottens kommuner och representanter från Region Västerbotten.

Suicid är ett folkhälsoproblem som behöver beaktas och hanteras utifrån olika perspektiv. För att effektivt förebygga suicid krävs bred samverkan mellan bland annat beslutsfattare, myndigheter, kommuner, region, utbildningsanordnare, frivilligorganisationer och anhöriga.

Syftet med strategin är att definiera gemensamma mål och strategier för ett långsiktigt suicidpreventivt arbete i Västerbotten med utgångspunkt i forskningsbaserad kunskap och Västerbottens förutsättningar. Strategin ska fungera som vägvisare vid samverkan på övergripande nivåer samt vara vägledande och stödjande i arbetet med lokala styrdokument, där strategins områden konkretiseras och prioriteras utifrån lokala behov och förutsättningar.

Strategin innefattar en nollvision kring suicid som konkretiseras i fem målområden och tolv strategiska områden. Målen inkluderar hållbara och fungerande samarbetsstrukturer, kompetensförsörjning, effektiv behandling, säkra miljöer och tillgång till hälsofrämjande och förebyggande insatser. De strategiska områdena utgår från en struktur som Storumans kommun har använt i systematisk samverkan kring suicidprevention kallad B4. Modellen baserar suicidpreventiva insatser utifrån områdena *Bemöta, Behandla, Bygga* och *Begränsa*. Området *Bygga* innefattar strategier kring samarbete och samverkan på strategisk och operativ nivå. Områdena *Bemöta* och *Behandla* innefattar strategier kring rutiner och kompetensutveckling. Inom området *Begränsa* finns strategier gällande suicidpreventiva miljöer men också hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Det suicidpreventiva arbetet spänner över många arenor och kan gälla t ex samhällsplanering, teknik och fastighet, utbildning, stöd och omsorg, äldreomsorg kultur och fritid, räddningstjänst, regional utveckling, hälso- och sjukvård på primär- och specialistnivå.

Remissperiod

- 18 maj – 31 oktober 2022
- Återkoppling på remissen skickas till regionen@regionvasterbotten.se med kopia till emma.wasara@regionvasterbotten.se . Ange diarienummer RS 935-2022 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissinstanser

Det önskvärt att remissen kan passera en politisk instans inom regionen och kommunerna för att få en god förankring.

Remissen ställs till följande aktörer:

- Västerbottens kommuner
- Region Västerbotten
- Civilsamhället: Funktionsrätt Västerbotten, Hjärnkoll Västerbotten, Kvinnojourer, RSFL, Rädda barnen, Bris, Samforma
- Kunskapsnätverket för samisk hälsa
- Polisen
- Länsstyrelsen Västerbotten

I remissen önskas synpunkter på innehållet i strategin.

För region och kommuner gäller följande: Efter remissrundan kommer strategin åter skickas för antagande. Region och kommuner uppmanas därför att svara på remissen. Region och kommuner avgör dock på själva om de har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om region eller kommuner inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För andra remissinstanser innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.