

# Livsviktigt lärande

– fler vägar till kunskap  
för att förebygga suicid

*Betänkande av Suicidanalysutredningen*

*Stockholm 2024*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

**SOU 2024:66**

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

*Svara på remiss – hur och varför*  
*Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.*

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslagsfoto: SergeyIT

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2024

ISBN 978-91-525-1015-5 (tryck)

ISBN 978-91-525-1016-2 (pdf)

ISSN 0375-250X

# Till statsrådet Jakob Forssmed, Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 19 januari 2023 att uppdra åt en särskild utredare att utreda vissa frågor inom det suicidpreventiva området för att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete (dir 2023:3). Samma dag förordnades generalsekreteraren Emma Henriksson som särskild utredare. Utredningen har antagit namnet *Suicidanalysutredningen* (S 2023:01).

Som sekreterare i utredningen anställdes från den 1 april 2023 strategen Erik Klingenberg och den 1 respektive 8 maj 2023 anställdes seniorkonsulten Malin Forssell och revisionsdirektören Emma Wallin som sekreterare i utredningen. Den 28 augusti samma år anställdes juristen Kerstin Burman. Filosofie doktorn Henrik Ahlenius anställdes den 17 juni 2024 och avslutade sin anställning den 17 augusti samma år.

Den 17 maj 2023 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreterare Sofia Aslamatzidou, departementssekreterare Lisa Dahlgren, kansliråd Andrea Larsson och kansliråd Marie Törn. Samma dag förordnades som experter undervisningsråd Louise Boudin, utredare Victoria Wahlgren Carlsson, medicinsk rådgivare Hanna Edberg, utredare Karin Günther, haveriutredare Alexander Hurtig, förbundsordförande Inger Händestam, utredare Kenneth Kaartinen, kvalificerad handläggare Marcus Lindskog, handläggare Mikael Malm, handläggare Lisa Minell, medicinalråd Urban Nylén, senior sakkunnig Helena Rådbo, avdelningsjurist Patrick Wik Torsson och handläggare Martin Åberg.

Den 1 september 2023 förordnades psykologen och utredaren Elin Valentin som expert. Den 12 oktober förordnades avdelningschefen Marie Åberg som expert och den 18 oktober förordnades juristen Caroline Löfling som expert. Den 16 november samma år entledi-

gades handläggaren Lisa Minell. Samma dag förordnades handläggaren Anna Östbom att vara expert.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Livsviktigt lärande – fler vägar till kunskap för att förebygga suicid* (SOU 2024:66). I och med detta betänkande är uppdraget slutfört.

Stockholm i oktober 2024

Emma Henriksson

Kerstin Burman  
Malin Forssell  
Erik Klingenberg  
Emma Wallin

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>15</b>
<b>1 Författningsförslag</b> .....	<b>19</b>
1.1 Förslag till lag (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid .....	19
1.2 Förslag till förordning om ändring i begravningsförordningen (1990:1147) .....	22
1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade .....	23
1.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	24
1.5 Förslag till lag om ändring i lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten .....	25
1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten .....	27
1.7 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	29
1.8 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	30
1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.....	31

<b>2</b>	<b>Utredningens uppdrag och arbete .....</b>	<b>33</b>
2.1	Utredningens uppdrag .....	33
2.2	Begrepp .....	35
2.2.1	Suicid och självmord .....	35
2.2.2	Utredningar .....	36
2.2.3	Lärande .....	37
2.2.4	Närstående, anhöriga, efterlevande och efterlevandestöd .....	37
2.3	Metod och genomförande.....	38
2.3.1	Kartläggning av arbetet med utredningar och stödet till efterlevande.....	39
2.3.2	Barnperspektiv.....	39
2.3.3	Etiska avvägningar.....	40
2.3.4	Ekonomiska beräkningar .....	41
2.4	Disposition.....	41
	<b>DEL 1 – Utredningar och lärande efter suicid.....</b>	<b>43</b>
<b>3</b>	<b>Om suicid och suicidtalens utveckling.....</b>	<b>45</b>
3.1	Suicidtalens utveckling över tid i Sverige .....	45
3.2	Suicid bland barn i Sverige .....	48
3.3	Skillnader mellan kvinnors och mäns suicidhandlingar.....	49
3.4	Metoder vid suicid .....	52
3.5	Suicid i en internationell kontext .....	53
3.6	Risk- och skyddsfaktorer .....	55
3.7	Grupper med förhöjd suicidrisk.....	57
3.8	Vad gör en människa suicidal? .....	58
3.8.1	Modeller och teoretiska förklaringar till suicidalitet.....	59
3.9	Suicidprevention och vetenskaplig evidens.....	60
3.10	Samhällskostnader vid suicid .....	62

<b>4</b>	<b>Rättsliga regleringar.....</b>	<b>65</b>
4.1	Barnkonventionen.....	66
4.2	Regelverket för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete vid suicid och suicidförsök .....	67
4.2.1	Lex Maria.....	67
4.2.2	Skyldigheten att anmäla och utreda suicid och suicidförsök.....	69
4.2.3	Regleringen för utredningar av suicid som vårdskada.....	70
4.3	Regelverket för socialtjänstens kvalitetsarbete vid suicid och suicidförsök.....	73
4.3.1	Lex Sarah .....	73
4.3.2	Skyldigheten att rapportera, utreda och anmäla suicid och suicidförsök.....	74
4.3.3	Regleringen för utredningar av suicid vid missförhållanden.....	75
4.4	Tillsyn över lex Sarah och lex Maria-regelverken.....	76
4.5	Sekretess, tystnadsplikt och andra bestämmelser till skydd för den personliga integriteten.....	78
4.5.1	Hantering av personuppgifter.....	79
4.5.2	Sekretess och sekretessens gränser.....	81
4.5.3	Menprövning.....	83
4.5.4	Sekretessbrytande bestämmelser och undantag från sekretessen.....	85
4.5.5	Särskilt om sekretess när det gäller barn.....	88
4.5.6	Straffansvar och nöd.....	89
4.5.7	Sekretess och samverkan vid lex Sarah- och lex Maria-utredningar .....	90
4.6	Rättsmedicinsk undersökning och dödsorsaksintyg .....	91
4.7	Utredningar av vissa dödsfall .....	93
4.8	Lagen om skydd mot olyckor .....	94
4.8.1	Förebyggande verksamhet mot vissa olyckor.....	94
4.8.2	Handlingsprogram.....	96

<b>5</b>	<b>Ansvar och roller</b> .....	<b>99</b>
5.1	Regeringen .....	99
5.1.1	Statliga satsningar inom psykisk hälsa .....	99
5.1.2	En ny nationell strategi.....	102
5.1.3	Nationell styrning av lärandet efter suicid .....	104
5.2	Nationella aktörer med centrala roller .....	107
5.2.1	Folkhälsomyndigheten .....	108
5.2.2	Socialstyrelsen .....	109
5.2.3	Inspektionen för vård och omsorg .....	109
5.2.4	Nationellt centrum för suicidforskning och prevention.....	110
5.2.5	En nationell samordnare för ett samlat suicidpreventivt arbete.....	110
5.3	Andra myndigheter med kunskap om suicid.....	111
5.3.1	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....	111
5.3.2	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.....	111
5.3.3	Läkemedelsverket.....	112
5.3.4	Trafikverket.....	112
5.3.5	Skolverket.....	113
5.3.6	Statliga myndigheter som ansvarar för boenden .....	113
5.3.7	Suicidpreventiv forskning och statistiska analyser .....	114
5.4	Nationella aktörer med ansvar i anslutning till suicid.....	115
5.4.1	Aktörer som rycker ut eller utreder.....	115
5.4.2	Fastställande av suicid som dödsorsak.....	116
5.4.3	Statistiska utmaningar vid fastställande av dödsorsak.....	118
5.5	Regionalt och kommunalt suicidpreventivt ansvar .....	120
5.5.1	Utvärdering av statliga satsningar på psykisk hälsa inom regioner och kommuner .....	121
5.6	Civilsamhällets roll i det suicidpreventiva arbetet.....	122
5.7	Suicidprevention har blivit en fråga för fler .....	123



<b>6</b>	<b>Samhällets lärande efter suicid.....</b>	<b>125</b>
6.1	Utredningar inom statliga verksamheter.....	125
6.1.1	Särskilda utredningar vid suicidhändelser .....	125
6.1.2	Uppföljning av suicid som en del av myndigheters verksamhetsuppföljning.....	127
6.2	Utredningar på regional nivå.....	128
6.2.1	Utredningar inom hälso- och sjukvården .....	129
6.2.2	Olika utredningsmetoder inom hälso- och sjukvården .....	133
6.2.3	Regionala skillnader i arbetet med utredningar ...	134
6.2.4	Utmaningar vid utredningar av suicid som vårdskada.....	136
6.2.5	Lärandet genom lex Maria-utredningar är begränsat .....	138
6.3	Utredningar på kommunal nivå .....	139
6.3.1	Utredningar inom socialtjänsten och LSS-verksamhet .....	140
6.3.2	Utredningsmetoder i kommunal verksamhet.....	140
6.3.3	Utmaningar vid utredningar av suicid enligt lex Sarah.....	141
6.3.4	Utredningar i skolan och elevhälsan.....	143
6.4	Kunskaper från tillsynen .....	144
6.4.1	Tillsyn av utredningar enligt lex Maria och lex Sarah.....	144
6.4.2	Aggregerad analys och återföring av kunskap .....	147
6.4.3	Tillsyn av skolan .....	151
6.5	Användning av befintlig kunskap om suicid .....	152
6.5.1	Sammanställningar av händelseanalyser inom hälso- och sjukvården .....	153
6.5.2	Samverkan och analys av kunskap på lokal nivå ..	154
6.5.3	Samverkan och analys av individdata på nationell nivå.....	158
6.6	Samhällets lärande efter suicid kan utvecklas.....	159
6.6.1	Brist på kännedom begränsar möjligheten att lära .....	160

6.6.2	Bredare utredningar kan bidra till en ny typ av lärande.....	160
6.6.3	Få och färre lex Maria- och lex Sarah-anmälningar leder till begränsad kunskap på nationell nivå .....	161
6.6.4	Utvecklingspotential i lex Maria- och lex Sarah-utredningar .....	162
6.6.5	IVO:s tillsyn skulle kunna bidra till djupare utredningar .....	164
6.6.6	Begränsat nationellt lärande av lex Maria- och lex Sarah-utredningar .....	165
6.6.7	Samverkan ökar möjligheterna till suicidpreventivt lärande .....	166
6.7	Sammanfattande slutsatser.....	166
6.7.1	Nationell nivå .....	166
6.7.2	Lex Maria- och lex Sarah-regelverken.....	167
6.7.3	Samverkan på lokal nivå.....	167
<b>7</b>	<b>Utredningar efter allvarliga händelser.....</b>	<b>169</b>
7.1	Haveriutredningar .....	169
7.1.1	Haveriutredningarnas användning och värde .....	171
7.2	Djupstudier av dödsfall i vägtrafiken .....	175
7.2.1	Djupstudiernas användning och värde.....	177
7.3	Utredning av dödsfall och skador .....	180
7.3.1	Utredningarnas användning och värde .....	182
7.4	Att utreda suicid som en allvarlig händelse.....	186
7.4.1	Stort behov och stor potential .....	186
7.4.2	Begränsad tillgång till information.....	187
7.4.3	Begränsade kunskaper och stigma.....	187
7.4.4	Komplexa orsakssamband .....	188
7.5	Lärdomar från utredningar inom andra områden.....	188
7.5.1	Viktigt med ett renodlat fokus på lärande.....	189
7.5.2	Utredningar av allvarliga händelser kan leda till systemförbättring.....	189
7.5.3	Det går att lära av enskilda fall .....	190
7.5.4	Masshantering behöver undvikas .....	191

7.5.5	Utredningarna kan skapa värde på flera sätt .....	191
7.5.6	Utredningsverksamheten behöver ha utrymme att utvecklas .....	192
7.5.7	Det finns olika sätt att organisera en utredningsverksamhet för att stimulera förändring .....	192
7.5.8	Kunskapspridning och implementering .....	193
<b>8</b>	<b>Fler vägar till kunskap för att förebygga suicid .....</b>	<b>195</b>
8.1	Ett nationellt ansvar för breda utredningar efter suicid .....	196
8.1.1	En nationell utredningsfunktion som bidrar till samhällets lärande om suicid .....	197
8.1.2	Den nationella utredningsfunktionen bör inrättas i en befintlig myndighet och uppdraget regleras i en ny lag.....	203
8.1.3	Utredningarnas syfte och genomförande .....	208
8.1.4	Tillämpningsområde – under vilka förutsättningar får en utredning inledas.....	214
8.1.5	Utredningsfunktionen bör ha ett tematiskt arbetssätt .....	224
8.1.6	Utredningsfunktionens kompetens .....	225
8.1.7	Uppgiftsskyldighet till utredningsmyndigheten .....	227
8.1.8	Dödsfall som inträffat i Sverige får utredas .....	235
8.1.9	Rättsmedicinalverkets tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör utredas .....	236
8.1.10	Förhållandet till tillsyn.....	237
8.1.11	Personuppgiftsbehandling .....	239
8.1.12	Nya bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt .....	251
8.1.13	Utredningsfunktionen bör utvärderas .....	255
8.1.14	Två praktiska exempel.....	255
8.2	Bättre förutsättningar för lex Maria- och lex Sarah- utredningar .....	261
8.2.1	Kunskapshöjande insatser från Socialstyrelsen ...	262
8.2.2	Nya uppdrag till IVO.....	268

8.2.3	Förbättrade möjligheter till bredare utredningar .....	272
8.2.4	Kännedom om suicid via Rättsmedicinalverket ..	280
8.3	Suicidpreventiva analyser i lokal samverkan .....	288
8.3.1	Utveckling av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan .....	288
8.3.2	Statlig satsning för att stödja utvecklingen av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan....	291
8.3.3	Kunskapsstöd för suicidpreventivt arbete utifrån lagen om skydd mot olyckor.....	294
8.4	Övrig iakttagelse om sekretess vid risk för suicid .....	298
8.4.1	Sekretessbrytande bestämmelser.....	298
8.4.2	Straffansvar, nöd och menprövning.....	300
8.4.3	Sammanfattning om sekretess vid risk för suicid.....	301
<b>9</b>	<b>Konsekvenser av utredningens förslag .....</b>	<b>303</b>
9.1	Krav på konsekvensanalysen.....	303
9.2	Problemet och vad som ska uppnås.....	304
9.3	Utredningens förslag i korthet .....	306
9.4	Vilka är berörda av utredningens förslag? .....	307
9.4.1	Staten .....	308
9.4.2	Regioner.....	312
9.4.3	Kommuner.....	314
9.4.4	Övriga som berörs .....	315
9.5	Samhällsekonomiska konsekvenser.....	320
9.5.1	Kostnader för staten .....	320
9.5.2	Kostnader för regioner .....	334
9.5.3	Kostnader för kommuner .....	338
9.5.4	Nyttor.....	340
9.6	Konsekvenser för folkhälsan.....	345
9.7	Konsekvenser för barn och unga .....	346
9.7.1	Barn.....	347
9.7.2	Unga.....	348

9.8	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.....	349
9.9	Konsekvenser av att inte genomföra förslagen .....	351
<b>DEL 2 – Stödet till efterlevande .....</b>		<b>355</b>
<b>10</b>	<b>Stöd till efterlevande vid suicid.....</b>	<b>357</b>
10.1	Efterlevandestöd .....	357
10.1.1	Olika typer av efterlevnadsstöd.....	358
10.2	Att förlora en närstående i suicid.....	361
10.2.1	Efterlevande riskerar försämrad hälsa .....	361
10.2.2	Barn som efterlevande.....	362
10.3	Styrningen av stödet till efterlevande .....	365
10.3.1	Nationell styrning .....	366
10.3.2	Reglering av stöd till närstående vid suicid.....	367
10.4	Det efterlevandestöd som erbjuds i dag .....	370
10.4.1	Regionernas och kommunernas stöd till efterlevande .....	370
10.4.2	Civilsamhällets insatser .....	375
10.4.3	Två regionala exempel .....	377
10.5	Begränsade kunskaper om efterlevandestödets effekter.....	378
<b>11</b>	<b>Stödet till efterlevande behöver utvecklas.....</b>	<b>381</b>
11.1	Utmaningar i stödet till efterlevande vid suicid.....	381
11.1.1	Behov av tydligare styrning.....	381
11.1.2	Stora skillnader i landet .....	382
11.1.3	Viktigt med uppsökande stöd.....	383
11.1.4	Brister i stödet till barn .....	384
11.1.5	Behov av stöd i den akuta fasen .....	385
11.1.6	Ett stort ansvar för civilsamhället.....	386
11.1.7	Risker med att se efterlevandestöd som en del av utredningsarbetet.....	387
11.2	Behov av förbättringar av efterlevandestöd efter suicid .....	388
11.2.1	Stödet till efterlevande behöver förbättras.....	388

11.2.2	Behov av fortsatt utredning av utveckling av efterlevandestöd efter suicid .....	391
<b>12</b>	<b>Ikraftträdande och övergångsbestämmelser .....</b>	<b>393</b>
12.1	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser .....	393
<b>13</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>397</b>
13.1	Förslaget till lag om utredningar för att förebygga suicid.....	397
13.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade .....	409
13.3	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....	411
13.4	Förslaget till lag om ändring i lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten .....	413
13.5	Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) .....	415
13.6	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) .....	416
	<b>Referenser.....</b>	<b>419</b>
	<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2023:3 .....	439
Bilaga 2	Etiska aspekter på suicid och suicidanalysutredningens förslag .....	449
Bilaga 3	Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid.....	463
Bilaga 4	Samhällskostnader av suicid och ”break-even-analys” av att inrätta ett nationellt centrum för suicidutredningar .....	503

# Sammanfattning

Suicid är ett folkhälsoproblem som, direkt eller indirekt, påverkar en stor del av världens befolkning. Förutom förlusten av människoliv föranleder suicid också ett stort lidande och försämrad hälsa hos de som blir efterlevande. Över tid har arbetet med att förebygga suicid intensifierats, men fortfarande dör cirka 1200 människor i Sverige av suicid varje år. Samhällskostnaderna till följd av suicid är omfattande.

Denna utredning tillsattes med syftet att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete. Av regeringens direktiv framgår att det bör införas någon form av analys för att samhällets aktörer ska lära mer av suicid, och upptäcka eventuella brister i samhällets skyddsnet. För att bedöma vilka åtgärder som behöver vidtas har utgångspunkten i utredningens arbete varit vilken typ av utredningar som sker efter suicid i dag, och i vilken utsträckning de bidrar till ett lärande som kan användas för att förebygga suicid.

Utredningen konstaterar att det är ovanligt att det görs utredningar efter suicid i samhället generellt. Cirka 10 procent av de suicid som inträffar i Sverige blir utredda inom hälso- och sjukvården, i enlighet med den så kallade lex Maria-lagstiftningen. Vissa verksamheter är överrepresenterade, framför allt psykiatrisk verksamhet. Utredningarna involverar sällan flera verksamheter eller samhällsaktörer, utan avgränsas ofta till hur en enskild verksamhet har följt befintliga rutiner. Det innebär att ett visst lärande kan göras utifrån en del inträffade suicid, dock inom områden där ganska mycket redan är känt. De lärdomar som ändå dras av utredningarna har ofta svårt att nå ut utanför den berörda verksamheten.

Den övergripande bedömningen är därför att det finns behov av ett bredare lärande efter suicid där fler samhällsaktörer bidrar till att öka förståelsen för vad som kan göras för att förebygga och förhindra suicid. Det handlar om såväl aktörer på regional nivå som primärvård

eller somatisk specialistvård, aktörer på kommunal nivå som socialtjänsten och skolan, som om statliga myndigheter som exempelvis Kriminalvården, Kronofogdemyndigheten, Migrationsverket, Statens institutionsstyrelse och Försäkringskassan.

För att utveckla det suicidpreventiva lärandet i samhället lämnar utredningen tre övergripande förslag.

- En nationell utredningsfunktion som ska bidra till samhällets lärande om suicid inrättas vid Folkhälsomyndigheten.
- Bättre förutsättningar för lex Maria- och lex Sarah-utredningar skapas genom större möjligheter att utbyta information samt kunskapshöjande uppdrag till Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). För att bidra till förhöjt lärande efter suicid och suicidförsök får IVO i uppdrag att genomföra en särskild tillsynsinsats.
- En statlig satsning genomförs för att stimulera arbetet med suicidpreventiva analyser i lokal samverkan.

Utredningens huvudförslag innebär att det inrättas en nationell utredningsfunktion i form av ett centrum för suicidutredningar med uppdrag att utreda och analysera suicid ur ett systemperspektiv. Syftet är att systematiskt bygga upp kunskap som ska bidra till att öka förståelsen för vad som kan göras för att förebygga och förhindra suicid. Centrumet föreslås inrättas i Folkhälsomyndigheten och verksamheten föreslås regleras i en ny lag om utredningar för att förebygga suicid samt i myndighetens instruktion.

Utredningsfunktionen föreslås arbeta med urval av suicid i form av olika teman, som till exempel ekonomisk utsatthet, eller en viss grupp där antalet suicid ökar. Ett tematiskt arbetssätt bedöms kunna bidra till en ny typ av lärande än det som sker i dag. Det innebär också att alla suicid inte behöver utredas. Att utreda samtliga suicid skulle medföra en så omfattande utredningsapparat att det sannolikt skulle ske på bekostnad av det djup som behöver finnas för att utredningarna ska bidra till ökad kunskap. Det skulle även bli en omfattande belastning för exempelvis hälso- och sjukvården och därmed riskera att belasta viktiga kompetenser och gå ut över andra suicidpreventiva insatser.

En viktig slutsats som dras i utredningen är att kunskapen om varför barn tar sitt liv är begränsad. Mot bakgrund av det och att



samhället har ett särskilt stort ansvar för barns välbefinnande bedömer utredningen att samtliga suicid bland barn bör utredas. Detta bedöms öka kunskapen om vad som kan göras för att försöka förhindra suicid bland barn.

Utredningen har också haft i uppgift att analysera regelverken för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och för socialtjänstens kvalitetsarbete som rör suicid och suicidförsök. Utredningen konstaterar att det finns behov av förändringar i regelverken för att utredningarna ska leda till ett bättre lärande efter inträffade suicid. Mot bakgrund av det föreslår utredningen att det införs en sekretessbrytande bestämmelse mellan hälso- och sjukvården, verksamheter inom socialtjänsten och LSS-verksamhet som gör det möjligt att bredda de utredningar efter suicid som görs inom lex Maria och lex Sarah genom att kunna involvera fler berörda aktörer i arbetet med utredningarna. Förslaget innebär att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd för utredningar efter suicid enligt lex Maria och lex Sarah utifrån de utmaningar med gällande regelverk som utredningen identifierat. För att bidra till ett ökat lärande om suicid och suicidförsök föreslår utredningen även att IVO får i uppdrag att genomföra en särskild tillsynsinsats avseende lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som avser suicid. IVO föreslås också få i uppdrag att sammanställa och analysera de kunskaper myndigheten får in via anmälningarna och utredningarna. Vidare innebär förslaget att Rättsmedicinalverket, som utreder de allra flesta inträffade suiciden, får en uppgiftsskyldighet till hälso- och sjukvården, LSS-verksamheter samt socialtjänsten så att de på ett mer systematiskt sätt än i dag ska få kännedom om inträffade suicid.

Utredningen bedömer att det finns potential att utveckla arbetet med suicidprevention genom att analysera suicidhändelser på lokal nivå. Därför handlar det tredje förslaget om att staten bör stimulera till sådana analyser. Folkhälsomyndigheten föreslås få i uppdrag att, med stöd av Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, genomföra en satsning för att stimulera samverkan kring lokala suicidpreventiva analyser. Syftet är framför allt att involvera fler aktörer i det suicidpreventiva arbetet, öka samverkan mellan aktörer på lokal nivå och att tillvarata den kunskap och de erfarenheter som finns efter suicidhändelser.

Efterlevande till en person som tagit sitt liv har både en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa och egna suicidhandlingar. Utredningen har

kartlagt och analyserat stödet till de som blir efterlevande vid suicid och konstaterar att tillgången till efterlevandestöd skiljer sig åt över landet samt att barns behov av stöd många gånger inte tillgodoses. Ett stort ansvar faller på de drabbade att själva hitta och söka upp det stöd som finns. En förklaring kan dels vara svårigheten för verksamheter att få information om vem som blivit efterlevande vid suicid, dels att det i lag inte finns någon specifik skyldighet för någon aktör att erbjuda stöd till en enskild som förlorat en närstående. Utredningen konstaterar att efterlevandestödet skulle behöva vara mer uppsökande, mer uppföljande och mer likvärdigt än i nuläget. Utredningen bedömer att det finns flera frågor kring behov, förutsättningar och utformning av efterlevandestöd vid suicid som kan behöva utredas vidare.

Utredningen har utrett konsekvenserna av förslagen enligt kommittéförordningen (1998:1474), förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning och utredningens direktiv. Förslagen innebär ökade kostnader för staten, i huvudsak genom inrättandet av en permanent nationell utredningsfunktion. Utredningen lämnar också förslag som innebär tillfälligt ökade kostnader för staten. Kommuner och regioner uppskattas få en begränsad kostnadsökning till följd av utredningens förslag. Förslagen påverkar även enskilda näringsidkare och andra enskilda som bedriver näringsmässig verksamhet inom hälso- och sjukvård, verksamhet på uppdrag av socialnämnden eller LSS-verksamhet.

Slutligen konstaterar utredningen att ett samhälles insatser för att förebygga och förhindra suicid bygger på en strävan efter att rädda liv, vilket är ett viktigt samhällsintresse. Samtidigt finns det andra värden som också behöver värnas, såsom individers självbestämmande och rätt till personlig integritet. Utredningen har därför låtit göra en etisk analys av de förslag som lämnas för att synliggöra utredningens etiska resonemang och ställningstaganden. Utredningens bedömning är att förslagen innebär proportionerliga åtgärder i syfte att förbättra samhällets arbete med att förebygga och förhindra suicid.

# 1 Författningsförslag

## 1.1 Förslag till lag (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid

Härigenom föreskrivs följande.

### Syfte och tillämpningsområde

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om utredningar efter suicid i syfte att förebygga och förhindra suicid.

2 § En utredning ska genomföras när ett barn har avlidit i suicid och ett dödsorsaksintyg efter en rättsmedicinsk undersökning är utfärdat.

En utredning får också genomföras när ett dödsorsaksintyg efter en rättsmedicinsk undersökning är utfärdat och

– en vuxen person avlidit i suicid och det finns skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid, eller

– ett barn eller en vuxen avlidit av annan dödsorsak av suicid, eller när dödsorsaken är oklar, och det finns särskilda skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid.

### Utredningsmyndigheten

3 § Utredningsverksamheten ska bedrivas av den myndighet som regeringen bestämmer (utredningsmyndigheten).

**4 §** Utredningsmyndigheten får anlita experter och sakkunniga för att biträda utredningsmyndigheten.

Statliga förvaltningsmyndigheter som bedriver tillsyn över verksamhet som berörs av en utredning eller vars ansvarsområde berörs av en utredning ska, efter begäran från utredningsmyndigheten, biträda utredningsmyndigheten genom att ställa experter till förfogande.

Skyldigheten att ställa experter till utredningsmyndighetens förfogande enligt andra stycket gäller inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern.

**5 §** När ett ärende inleds ska utredningsmyndigheten informera statliga förvaltningsmyndigheter som är ansvariga för tillsyn eller intern tillsyn av verksamhet som berörs av utredningen eller vars ansvarsområde berörs av en utredning enligt denna lag.

Skyldigheten i första stycket gäller inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern.

## Uppgiftsskyldighet

**6 §** Följande myndigheter och yrkesverksamma är skyldiga att på utredningsmyndighetens begäran lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 2 §:

1. myndigheter vars verksamhet berör barn,
2. myndighet som ansvarar för rättsmedicinsk undersökning,
3. andra myndigheter som i sin verksamhet har kommit i kontakt med, eller fått information om, personen vars dödsfall utreds,
4. anställda hos sådana myndigheter som avses i 1–3,
5. de som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet och fullgör uppgifter som berör barn eller annan sådan verksamhet inom hälso- och sjukvården, på socialtjänstens område, inom skolväsendet eller annan utbildningsverksamhet, och som har kommit i kontakt med, eller på annat vis erhållit information om personen som avses i 2 §, och
6. de myndigheter som utövar tillsyn över de verksamheter som avses i 1–5, dock inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern.

## Utredningens genomförande

### 7 § Utredningsmyndigheten ska i en utredning

1. klarlägga omständigheter kring personens livssituation som bedöms vara relevanta för utredningen,

2. analysera om, och i så fall hur, de kan ha inverkat på dödsfallet, samt

3. analysera om det finns faktorer eller insatser som har, eller skulle kunna ha, fungerat som stöd eller förebyggt eller förhindrat dödsfallet.

I de fall utredningsmyndigheten finner det lämpligt ska utredningarna utgöra underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga eller förhindra framtida suicid.

8 § Utredningsmyndigheten ska höra närstående vid genomförande av en utredning enligt 2 § om det inte är uppenbart olämpligt.

## Behandling av personuppgifter

9 § Bestämmelser om behandling av personuppgifter i verksamhet enligt denna lag finns i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

## Tystnadsplikt

10 § En enskild person eller den som är eller varit verksam inom enskild verksamhet och som medverkat i en utredning enligt denna lag får inte obehörigen röja vad denne då har fått veta om enskilda personliga förhållanden.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2026.

## 1.2 Förslag till förordning om ändring i begravningsförordningen (1990:1147)

Härigenom föreskrivs i fråga om begravningsförordningen (1990:1147) att det ska införas en ny paragraf, 16 a §, av följande lydelse.

**16 a §** Om dödsorsaken efter en rättsmedicinsk undersökning bedöms vara suicid är Rättsmedicinalverket skyldig att sända dödsorsaksintyget till följande verksamheter:

1. Yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område,
2. Statens institutionsstyrelse,
3. socialnämnden,
4. verksamhet som utför insatser enligt 9 § 2–10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, och
5. vårdgivare enligt 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Rättsmedicinalverkets skyldighet enligt första stycket gäller bara för sådana verksamheter myndigheten identifierat haft kontakt med den avlidne och

– kontakten med den avlidne skedde inom fyra veckor före dödsfallet, eller

– om det finns anledning att anta att uppgift om dödsorsaken kan vara av betydelse för verksamhetens skyldighet att utreda vårdskador enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen respektive missförhållanden i verksamheten enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) eller 24 e § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2026.

### 1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade att det införs en ny paragraf, 23 h §, med följande lydelse.

**23 h §** Den som bedriver verksamhet enligt 9 § 2–10 ska på begäran av annan sådan verksamhet lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 23 g § som berör en enskild som avlidit i suicid.

Den som bedriver verksamhet enligt 9 § 2–10 ska också på begäran av

- yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område,
- Statens institutionsstyrelse,
- socialnämnden, eller
- en vårdgivare

lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), respektive en utredning enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), som berör en enskild eller en patient som avlidit i suicid.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

## 1.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453) att det i 14 kap. införs en ny paragraf, 7 a §, av följande lydelse.

**7 a §** Statens institutionsstyrelse, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område ska, på begäran av den som genomför en utredning enligt 6 § som berör en enskild som avlidit i suicid, lämna de uppgifter som behövs för utredningen.

Statens institutionsstyrelse, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område ska också, på begäran av

– verksamhet som genomför en utredning enligt 23 g § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som berör en enskild som avlidit i suicid, eller

– vårdgivare som genomför en utredning enligt 3 kap. 3 § patient-säkerhetslagen (2010:659) som berör en patient som avlidit i suicid, lämna de uppgifter som behövs för utredningen.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.



## 1.5 Förslag till lag om ändring i lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

*dels att 2 § och 7 a § ska ha följande lydelse,*

*dels att det införs en ny paragraf, 3 a §, av följande lydelse.*

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 2 §<sup>1</sup>

I denna lag avses med socialtjänst

1. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst, den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare och den särskilda lagstiftningen om insatser för barn i form av skyddat boende,

2. verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd,

3. verksamhet som i övrigt bedrivs av Statens institutionsstyrelse,

4. verksamhet hos kommunal invandrarbyrå,

5. verksamhet enligt lagstiftning om stöd och service till vissa funktionshindrade,

6. handläggning av ärenden om bistånd som lämnas av socialnämnd enligt lagstiftning om mottagande av asylsökande m.fl.,

8. handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade, *och*

9. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

8. handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade,

9. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, *och*

*10. verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid.*

Med socialtjänst avses även tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administra-

Med socialtjänst avses även tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administra-

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2024:86.

tion av verksamhet som avses i första stycket 1–9.

tion av verksamhet som avses i första stycket 1–10.

### 3 a §

Lagen gäller i tillämpliga delar även uppgifter om avlidna personer i verksamhet *enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid*.

### 7 a §<sup>2</sup>

I sammanställningar av personuppgifter får det inte tas in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden.

Undantag från första stycket gäller för

1. uppgifter om åtgärder som har beslutats inom socialtjänsten som innebär myndighetsutövning och om den bestämmelse som ett sådant beslut grundar sig på,

2. uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring,

3. tillsynsverksamhet som bedrivs av Inspektionen för vård och omsorg,

4. administration som bedrivs av Statens institutionsstyrelse centralt, *och*

5. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

4. administration som bedrivs av Statens institutionsstyrelse centralt,

5. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, *och*

6. *verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid*.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2026.

---

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2018:1376.

## 1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten att det införs fyra nya paragrafer, 25 a–d §§, samt närmast före 25 a–d §§ nya rubriker av följande lydelse.

*Verksamhet enligt lagen  
(0000:000) om utredningar för  
att förebygga suicid*

*Personuppgiftsansvar*

*25 a § Folkhälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som görs i socialtjänsten i dess verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid.*

*Ändamålen för behandling av personuppgifter*

*25 b § Folkhälsomyndigheten får behandla personuppgifter för sådan verksamhet som avses i lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid. Sådana uppgifter får behandlas endast i syfte att ge underlag för beslut om åtgärder för att förebygga eller förhindra framtida suicid.*

*Direktåtkomst*

*25 c § Folkhälsomyndigheten får i verksamhet som avses i lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid inte medge andra*

*myndigheter eller enskilda direkt-  
åtkomst till personuppgifter.*

*Sökbegrepp*

*25 d § Folkhälsomyndigheten får  
i verksamhet som avses i lagen  
(0000:000) om utredningar för att  
förebygga suicid använda de sök-  
begrepp vid sökning efter uppgifter  
eller i samband med sammanställ-  
ningar som behövs för utrednings-  
verksamheten.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juni 2026.

## 1.7 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs i fråga om offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) att det i 26 kap. införs en ny paragraf, 10 b §, och närmast före 10 b § en ny rubrik av följande lydelse.

### *Utredningar för att förebygga suicid*

*10 b § Sekretess gäller för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som hänför sig till myndighets verksamhet som avser utredningar enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.*

*Sekretessen enligt första stycket gäller även för uppgift som hänför sig till myndighets verksamhet för att biträda verksamhet som avses i första stycket.*

*För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juni 2026.

## 1.8 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659) att det i 3 kap. införs en ny paragraf, 3 a §, av följande lydelse.

*3 a § En vårdgivare ska lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 3 § som berör en patient som avlidit i suicid på begäran av en annan vårdgivare.*

*En vårdgivare ska också lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), respektive en utredning enligt 23 g § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, som berör enskild som avlidit i suicid på begäran av*

- Statens institutionsstyrelse,*
- socialnämnden,*
- yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område, eller*
- verksamhet som utför insatser enligt 9 § 2–10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

## 1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten att det införs en ny paragraf, 10 a §, av följande lydelse.

*10 a § Vid myndigheten finns ett nationellt centrum för suicidutredningar.*

*Folkhälsomyndigheten ska genom centrumet:*

- 1. genomföra utredningar enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid, och*
- 2. sprida lärdomar baserade på utredningarna och övrig tillgänglig kunskap om suicid till relevanta aktörer.*

*Utredningscentrumet ska vid utförandet av sitt uppdrag använda myndighetens samlade kompetens inom sina olika verksamhetsområden.*

*Myndigheten ska vartannat år redovisa en rapport med de underlag för beslut om åtgärder myndigheten har tagit fram enligt 7 § andra stycket lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid till Regeringskansliet (Socialdepartementet).*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juni 2026.





## 2 Utredningens uppdrag och arbete

Suicid är ett samhällsproblem som berör oss alla. Förutom förlusten av människoliv leder suicid till ett stort lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och närstående. Utöver det psykiska lidandet innebär suicid stora samhällsekonomiska kostnader. Även om arbetet med att förebygga suicid har intensifierats under senare år dör fortfarande cirka 1 200 människor i suicid varje år. Enligt regeringen behöver Sverige ta krafttag för att motverka förekomsten av suicid. Mot bakgrund av detta beslutade regeringen den 19 januari 2023 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över vissa frågor inom det suicidpreventiva arbetet.<sup>1</sup>

I det här kapitlet redovisar Suicidanalysutredningen (S 2023:01), fortsättningsvis kallad utredningen, hur regeringens utredningsdirektiv har tolkats och hur utredningsarbetet har genomförts. Kapitlet innehåller en redogörelse av hur vi har valt att använda centrala begrepp och avslutas med en beskrivning av betänkandets disposition.

### 2.1 Utredningens uppdrag

Den huvudsakliga uppgiften för utredningen har varit att föreslå hur ett nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid kan utformas. Enligt direktiven skulle breda händelseanalyser innebära att relevanta aktörer analyserar inträffade suicid och, utifrån dessa analyser, vidtar åtgärder för att förbättra det suicidpreventiva arbetet i respektive verksamhet. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete, genom ett

---

<sup>1</sup> Dir. 2023:3.

ökat lärande i berörda verksamheter, samt ett stärkt samarbete mellan samhällsaktörer på lokal, regional och nationell nivå.

Enligt direktiven bör det införas någon form av analys för att samhällets aktörer ska lära mer av suicid, och upptäcka eventuella brister i samhällets skyddsnät. Redan i dag görs utredningar efter suicid inom en del verksamheter. Vi har tolkat direktiven som att syftet är att åstadkomma bredare analyser än de som görs i dag. Det skulle i praktiken innebära att utredningarna skulle omfatta fler aktörer och perspektiv än hittills. Förutom hälso- och sjukvården skulle till exempel även skola, socialtjänst, kriminalvård och polis kunna involveras. Regeringen har inte på förhand pekat ut vilka aktörer som bör omfattas av systemet. Utredningen har betraktat det som en del av uppdraget att avgöra på vilket sätt olika aktörer bör involveras i det arbetet. Ambitionen har varit att utforma ett system som skapar så mycket lärande som möjligt, men som samtidigt är kostnadseffektivt.

Det framgår av direktiven att regeringen anser att utredningarna bör vara ett nationellt ansvar, bland annat för att inte påverka tillgängligheten i vården. Detta har varit en tydlig utgångspunkt för utredningens arbete och innebär att alternativ till ett nationellt ansvar inte har utretts.

Det är svårt att på ett vetenskapligt sätt undersöka om analyser efter suicid är effektiva för att minska självmordstalen. Vi har utgått från att breda utredningar efter suicid kan vara ett sätt att förbättra det suicidpreventiva arbetet genom att skapa bättre förutsättningar för lärande, och göra det möjligt att upptäcka systembrister. Det är dock viktigt att understryka att utredningarna aldrig – hur klokt de än utformas och utförs – kan förväntas utgöra mer än en av flera viktiga pusselbitar i det suicidpreventiva arbetet.

Utredningen har också haft i uppgift att analysera regelverken för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och för socialtjänstens kvalitetsarbete som rör suicid och suicidförsök och om det finns behov att förändra dessa för att utveckla det suicidförebyggande arbetet. Vår tolkning är att det handlar om att analysera och utveckla den del av patientsäkerhetsarbetet respektive kvalitetsarbetet som avser just analyser efter suicid och suicidförsök, och inte det suicidförebyggande arbetet i stort. Det senare är en mycket större fråga.

Ett uttryckligt syfte med uppdraget har varit att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete genom ett ökat lärande i berörda verksamheter samt ett stärkt

samarbete mellan samhällsaktörer på lokal, regional och nationell nivå. Därför har frågan om hur vi kan öka lärandet efter suicid och öka samverkan mellan olika aktörer väglett hela utredningens arbete. Ambitionen har varit att, i våra förslag, hantera den stora utmaningen att åstadkomma så mycket lärande som möjligt samtidigt som vi eftersträvat en effektiv användning av samhällets resurser.

Slutligen har utredningen haft i uppdrag att kartlägga och analysera stödet till de som blir efterlevande vid suicid. Att vara efterlevande till någon som avlidit i suicid innebär en ökad risk för psykisk ohälsa och suicid. Därför är det viktigt att efterlevande erbjuds stöd. Eftersom kunskapen om hur stödet till efterlevande vid suicid ser ut är begränsad har en viktig del av vårt uppdrag varit att beskriva och analysera det efterlevandestöd som finns.

## 2.2 Begrepp

### 2.2.1 Suicid och självmord

Både suicid och självmord beskriver handlingen att ta sitt liv. Bakgrunden till suicid är komplex och det är vanligt att flera samverkande faktorer ligger bakom dödsfallet. Ofta beskrivs suicid som en konsekvens av ett svårt lidande, som i sin tur kan orsakas av exempelvis ett psykiatriskt tillstånd, en fysisk sjukdom eller svåra livshändelser. Det finns inget enhetligt språkbruk kring begreppen suicid och självmord utan de används synonymt. I betänkandet används i huvudsak begreppet suicid. Det är också det begrepp som används i det underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention som togs fram 2023.<sup>2</sup>

I Socialstyrelsens databas dödsorsaksregistret kategoriseras suicid som avsiktlig självdestruktiv skada. När begreppet suicid används i utredningen syftar vi på de dödsfall som Socialstyrelsen fastställt som avsiktligt självdestruktiv skada.

---

<sup>2</sup> Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention*, 2023.

## 2.2.2 Utredningar

Vårt uppdrag har varit att föreslå ett system med ett nationellt ansvar för att utreda suicid, i syfte att öka lärandet, och därmed förutsättningarna för att förbättra det suicidpreventiva arbetet. Det finns en stor flora av begrepp som används för olika typer av utredningar som görs för att lära av olika händelser; djupstudier (Trafikverket), haveriutredningar (Statens haverikommission) samt skade- och dödsfallsutredningar (Socialstyrelsen) är tre exempel inom olika områden. Hur utredningarna benämns kan ha stor betydelse för hur de uppfattas av berörd personal och efterlevande. Suicidanalysutredningen har fört en diskussion med olika aktörer kring användningen av olika begrepp för att hitta en lämplig benämning.

Liknande analyser av allvarliga händelser i syfte att dra lärdomar för framtiden kallas ofta för händelseanalyser.<sup>3</sup> Händelseanalys är också ett begrepp som förekommer i utredningens direktiv.<sup>4</sup> Suicidanalysutredningen tolkar skrivningarna som att regeringen syftar på den mer allmänspråkliga innebörden av begreppet händelseanalys, det vill säga att utreda och analysera en allvarlig händelse för att lära inför framtiden, och inte på en specifik analysmetod. Vi har därför valt att använda begreppet *utredningar efter suicid*. Det huvudsakliga skälet är att utredningar är ett mer metodneutralt begrepp än händelseanalyser, även om den språkliga innebörden i princip är densamma. Vår bedömning är att det skulle kunna leda till viss begreppsförvirring att använda händelseanalys som begrepp. Framför allt eftersom händelseanalys inom vården är en specifik analysmetod bland flera. Det finns lagstiftning kring liknande system för att utreda allvarliga händelser såsom *lex Maria*<sup>5</sup> och *lex Sarah*-utredningar<sup>6</sup> samt lag (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall (LUB). I dessa lagstiftningar används termen utredningar.

De utredningar som görs efter suicid sker i dag framför allt inom vården och i synnerhet inom specialistpsykiatrin. Vårdgivare är enligt lag skyldiga att utreda händelser som har medfört en vårdskada, eller hade kunnat göra det, en så kallad *lex Maria*-utredning.<sup>7</sup> Händelseanalys är en analysmetod som används av vårdgivare för att systematiskt iden-

<sup>3</sup> SOU 2010:45.

<sup>4</sup> Dir. 2023:3.

<sup>5</sup> Se 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL.

<sup>6</sup> Se 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 e § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

<sup>7</sup> Se 3 kap. 3 § PSL.

tifiera orsaker till uppkomst, eller risk för uppkomst av en skada på patienten.<sup>8</sup> Syftet är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och orsakerna till det. Utredningen ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt. Inom vården används även andra metoder för att lära efter suicid såsom retrospektiva genomgångar och markörbaserad journalgranskning.

En djupare genomgång av olika metoder för att utreda allvarliga händelser som används inom olika områden finns i kapitel 7.

### 2.2.3 Lärande

Av utredningens direktiv framgår att det behövs ett ökat *lärande* i berörda verksamheter för att förebygga suicid. Trots att begreppet lärande används i många sammanhang finns det ingen entydig definition av vad som avses.

Lärande kan betraktas både som en produkt och en process, där processen är de aktiviteter som utförs från att händelsen uppmärksammas och omvandlas till erfarenheter, till dess att åtgärder genomförs. När vi i det följande använder begreppet lärande syftar vi på den process som sker när kunskap och erfarenhet förändrar personers och organisationers agerande. När vi använder begreppet lärdom syftar vi på den specifika kunskap (produkt) som uppstått till följd av den processen.

Att genomföra utredningar av enskilda suicid för att komma fram till vad som hänt och upptäcka eventuella brister i samhällets skyddsnät kan vara ett sätt för aktörer att lära sig vad som kan göras för att i förlängningen minska antalet suicid. För att utredningar efter suicid i förlängningen ska kunna bidra till att minska antalet suicid behöver utredningarna leda till utveckling hos olika samhällsaktörer.

### 2.2.4 Närstående, anhöriga, efterlevande och efterlevandestöd

Suicid är ett samhällsproblem som berör många och leder till ett stort lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och närstående. I betänkandet berörs därför anhöriga och närstående på olika sätt. Begreppen anhörig och närstående kan ha olika innebörd i olika lagstiftningar.

---

<sup>8</sup> Löf, *Utredning av allvarliga vårdskador. Vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys*, 2023.

I många andra texter kan begreppen också blandas eller användas synonymt. I Socialstyrelsens termbank definieras anhörig som ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna”. Med närstående avses enligt Socialstyrelsens termbank ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”. I betänkandet använder vi i huvudsak begreppet *närstående* och med det menar vi att närstående kan vara anhöriga eller annan person som den avlidne haft en nära relation till, exempelvis en särskild nära vän. När vi refererar till andra texter eller andra sammanhang kan även begreppet anhörig användas.

Utredningen har haft i uppdrag att kartlägga och analysera vilket stöd och vilka insatser olika samhällsaktörer ger närstående till en person som har tagit sitt liv. När vi använder begreppet *efterlevande* har vi utgått från den definition av närstående som vi använder i betänkandet.

Med *efterlevandestöd vid suicid* menar vi alla de insatser som erbjuds till en person som förlorat någon anhörig eller annan närstående genom suicid. Det omfattar såväl insatser i det akuta skedet som insatser som pågår under en längre tid och även insatser som sätts in i ett senare skede.

## 2.3 Metod och genomförande

Utredningen har haft en expertgrupp med representanter från statliga myndigheter, Sveriges kommuner och regioner (SKR) och civilsamhället. En del av utredningens arbete har bestått av att analysera relevanta regelverk och kartlägga olika aktörers ansvar. Arbetet har i stor utsträckning genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med företrädare för olika myndigheter. Vidare har utredningen träffat en rad forskare inom suicidprevention och samtalat med företrädare för civilsamhället.

Det har varit en tydlig ambition från utredningens sida att bygga vidare på den kunskap som finns. Vi har därför utgått från tidigare studier och utredningar om suicidprevention och lärande. Till exempel har vi studerat kunskap och erfarenheter från det arbete med utredningar efter suicid som görs inom vården, såsom händelseanalyser och retrospektiva genomgångar. Detta har gjorts genom att intervjua både forskare och praktiker med kunskap och erfarenhet från sådant utredningsarbete. För att dra lärdom från fler erfarenheter har utredningen även studerat olika typer av utredningar i lärandesyfte inom

andra sektorer, utanför vården. Det handlar till exempel om dödsfalls- och skadeutredningar som utförs av Socialstyrelsen och haveriutredningar som utförs av Statens haverikommission. Utredningen har därför intervjuat personer som arbetar med den typen av utrednings- och analysarbete för att ta del av deras erfarenheter.

Suicidanalysutredningen har haft två uppdrag inom det suicidpreventiva området; det ena handlar om *utredningar efter suicid* och det andra om *stöd till efterlevande vid suicid*. Både när det gäller utredningar och efterlevandestöd vid suicid har vi tagit del av kunskapsunderlag som tagits fram av myndigheter och civilsamhällesorganisationer.

### 2.3.1 Kartläggning av arbetet med utredningar och stödet till efterlevande

Eftersom det inte finns någon samlad bild av hur arbetet med utredningar och stödet till efterlevande ser ut i landet har utredningen låtit genomföra en kartläggning av hur arbetet med olika typer av utredningar efter suicid och stödet till efterlevande vid suicid ser ut i olika län. Kartläggningen genomfördes under 2023 och består dels av frågor som ställts till samtliga regioner och kommuner i form av en enkät, dels av en fördjupad studie av arbetet med utredningar efter suicid och efterlevandestöd vid suicid i tre län. De län som studerades närmare valdes ut för att fånga så stor spridning som möjligt. Därför består urvalet av län som är olika stora, har olika demografi och olika höga suicidtal. Undersökningen har utförts av Governo AB.<sup>9</sup>

För att komplettera bilden av stödet till efterlevande vid suicid och få en bättre bild av vilka behov som finns har vi också genomfört en hearing med företrädare för civilsamhällesorganisationer och trossamfund som på olika sätt kommer i kontakt med psykisk ohälsa och suicid.

### 2.3.2 Barnperspektiv

Utredningens bedömning är att arbetet med suicidprevention berör barn eftersom det förekommer att barn tar sitt liv. Bland de cirka 1 200 personer som tar sitt liv varje år finns ungefär 20 barn.<sup>10</sup> Den mer specifika frågan om utredningar efter suicid har inte en direkt på-

---

<sup>9</sup> Se bilaga 3 *Kartläggning: efterlevandestöd och utredningar efter suicid*.

<sup>10</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicid bland barn i Sverige*, 2021.

verkan på barns levnadsvillkor. Barn berörs dock indirekt eftersom utredningar efter suicid skulle kunna innebära en möjlighet att få fram mer kunskap om vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga och förhindra suicid bland barn.

Barn påverkas även som efterlevande till föräldrar, syskon och vänner som avlidit i suicid. På så sätt påverkar ett förbättrat lärande om suicid bland vuxna och unga vuxna även barn som grupp. Utredningens uppdrag att kartlägga det stöd som finns till efterlevande vid suicid kan också påverka barn eftersom en kartläggning kan synliggöra om barn som blir efterlevande vid suicid får sina behov tillgodosedda.

Utredningen har tagit del av relevant forskning, kunskap och dokumentation av barns synpunkter om stödet till efterlevande vid suicid. I december 2023 bjöd utredningen in flera organisationer som arbetar med barn med psykisk ohälsa och suicidalitet till en hearing för att diskutera frågan om utredningar efter suicid och stödet till efterlevande vid suicid. Utöver det har enskilda intervjuer genomförts med företrädare för Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, Rädda barnen, Ericastiftelsen, BRIS och Barnombudsmannen. Utredningen har inte genomfört egna intervjuer med barn. Skälet är att vi bedömt att det dels skulle krävas särskild kompetens för att prata med barn till exempel utifrån deras erfarenheter som efterlevande, dels skulle det vara svårt att göra ett representativt urval för att fånga barns perspektiv på ett bra sätt. För att kunna analysera våra utredningsfrågor utifrån ett barnperspektiv har vi i stället tagit del av befintlig dokumentation av barns synpunkter och intervjuat personer som i sin profession har stor erfarenhet av att prata med barn.

### 2.3.3 Etiska avvägningar

De förslag utredningen lämnar har inneburit avvägningar mellan olika värden, såsom samhällets lärande efter suicid å ena sidan, och skyddet av den personliga integriteten å andra sidan. För att synliggöra de etiska avvägningar förslagen innebär har vi tagit hjälp av Henrik Ahlenius, fil.dr i praktisk filosofi, Stockholms universitet, som bidragit i utredningsarbetet.<sup>11</sup> Ahlenius har gjort en etisk analys av utredningens förslag. Analysen har använts som en kvalitetssäkring av utredningens

---

<sup>11</sup> Henrik Ahlenius var anställd i utredningen mellan den 17 juni och 17 augusti 2024.



etiska avvägningar och viktiga delar lyfts fram i utredningens förslagskapitel (kapitel 8). Analysen redovisas i sin helhet i bilaga 2.<sup>12</sup>

### 2.3.4 Ekonomiska beräkningar

Utredningen har försökt få en bild av de samhällsekonomiska kostnaderna för suicid. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) genomförde 2014 en beräkning av samhällets kostnader för suicid. Eftersom det gått nästan tio år sedan beräkningen gjordes har utredningen låtit Uppsala universitet göra en ny beräkning av kostnaderna och dessutom försöka uppskatta kostnaderna för suicidförsök samt inkludera kostnader som följer av att anhöriga förlorar närstående i suicid. I arbetet med att utreda samhällsekonomiska konsekvenser av utredningens förslag har utredningen tagit hjälp av Ramboll Management Consulting AB, bland annat för att göra en break-even analys av förslaget om ett nationellt ansvar för att utreda suicid.<sup>13</sup>

## 2.4 Disposition

Betänkandet är uppdelat i två delar. Del 1 (kap. 3–10) handlar om utredningar och lärande efter suicid. Där presenterar vi utredningens huvudförslag och en analys av förslagets konsekvenser. Del 2 (framför allt kap. 10–11) består av en kartläggning och analys av stödet till efterlevande. Författningsförslagen finns i betänkandets första kapitel.

### Del 1. Utredningar och lärande efter suicid

- Kapitel 3 ger en historisk kontext till suicid som folkhälsoproblem. Här beskriver vi hur suicidtalerna utvecklats över tid och redogör för bakomliggande orsaker till suicidalitet.
- Kapitel 4 innehåller en beskrivning av de rättsliga regleringar som berör utredningar efter suicid.
- Kapitel 5 beskriver olika samhällsaktörers ansvar och roller i arbetet med suicid och suicidprevention.

---

<sup>12</sup> Se bilaga 2 *Etiska aspekter på suicid och Suicidanalysutredningens förslag*.

<sup>13</sup> Se bilaga 4 *Break-even analys av att inrätta ett nationellt centrum för suicidutredningar*.

- Kapitel 6 redogör för hur suicid utreds i dag och hur den kunskap som tas fram om suicid omhändertas på aggregerad nivå.
- Kapitel 7 innehåller en genomgång av modeller för att lära av allvarliga händelser inom olika politikområden och en analys av hur erfarenheterna skulle kunna användas vid utformningen av ett nationellt ansvar för att utreda suicid.
- Kapitel 8 innehåller utredningens förslag på hur lärandet efter suicid kan förbättras.
- Kapitel 9 redogör för konsekvenser av utredningens förslag.

## **Del 2. Stödet till efterlevande**

- Kapitel 10 ger en bild av hur efterlevande påverkas av att förlora en närstående i suicid och hur stödet till efterlevande ser ut i dag.
- Kapitel 11 innehåller vår analys och bedömning av behovet av att utveckla stödet till efterlevande vid suicid.

Betänkandet avslutas med ett avsnitt om när förslagen föreslås träda i kraft (kap. 12) respektive författningskommentarer (kap. 13).

## DEL 1

Utredningar och lärande efter suicid



## 3 Om suicid och suicidalens utveckling

Suicid är ett folkhälsoproblem som påverkar en omfattande del av befolkningen över hela världen. Världshälsoorganisationen WHO uppskattar att fler än 700 000 personer avlider i suicid årligen. En siffra som sannolikt är mer underskattad än överskattad då exakta uppgifter bland annat förutsätter en kvalitetssäkrad inrapportering av dödsfall till följd av suicid.<sup>1</sup>

Detta kapitel innehåller en redogörelse för utvecklingen av suicidalens i Sverige, tillsammans med viss internationell utblick. Vi beskriver även kunskaper om bakomliggande orsaker till suicid samt risk- och skyddsfaktorer och vissa grupper med förhöjd risk för suicid. Kapitlet avslutas med en redogörelse för de samhällsekonomiska kostnaderna för suicid.

### 3.1 Suicidalens utveckling över tid i Sverige

I Sverige avlider cirka 1 200 personer årligen i suicid enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister. I registret benämns suicid som avsiktligt självdestruktiv handling. Antalet suicid är dock sannolikt högre än 1 200 personer årligen eftersom det varje år även sker cirka 300 dödsfall som kategoriseras som skadehändelser med oklar avsikt i dödsorsaksregistret. Skadehändelse med oklar avsikt handlar om dödsfall där dödsorsaken inte har kunnat fastställas av Rättsmedicinalverket (RMV). Det finns sannolikt suicid bland skadehändelser med oklar avsikt utan att RMV har kunnat fastställa det exempelvis då det inte funnits tillräckligt tydliga underlag som styrker det. I kapitel 5 skriver vi om hur RMV fastställer dödsorsak. Olika studier har tittat på om-

---

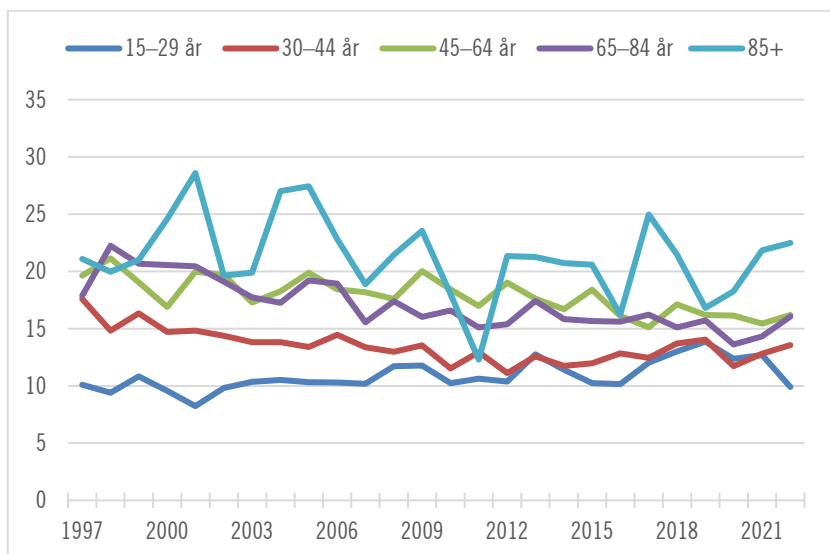
<sup>1</sup> WHO, *Suicide*, hämtad 23-09-29.

fattningen av suicid bland skadehändelser med oklar avsikt och kommit fram till olika slutsatser. En gemensam nämnare är att en andel suicid även ingår i denna kategori. Omfattningen är däremot oklar.<sup>2</sup> När vi, i betänkandet redovisar siffror om suicid är det dödsfall på grund av avsiktligt självdestruktiv handling som avses.

För att möjliggöra jämförelser och för att följa utveckling och förändring i suicid används begreppet suicidal. Ett suicidal återger andelen suicid per 100 000 invånare. Förekomsten av antalet fall kallas för incidens. I Sverige var suicidtalet för kvinnor och män tillsammans under 2022, 14 per 100 000 invånare.

Under den senaste 20-årsperioden har suicidtalet i befolkningen minskat i de flesta åldersgrupperna, förutom bland unga. Skillnaderna i suicidal mellan de olika åldersgrupperna har även blivit mindre. I den äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre, varierar suicidtalet väldigt mycket över tid. Det beror på grund av att hela åldersgruppen består av förhållandevis få personer. Enstaka suicid kan då ge stor effekt på suicidtalet från år till år.

**Figur 3.1** Antal suicid i Sverige per 100 000 invånare, fördelat på åldersgrupper



Källa: Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret.

<sup>2</sup> Se exempelvis Tøllöfsen, *Are suicide deaths under-reported? Nationwide re-evaluations of 1 800 deaths in Scandinavia?*, 2015, eller Ahlm, *Alla dödsfall i trafiken är inte "dödsolyckor" – en analys av officiell statistik över dödsfall i svensk vägtrafik år 1999, 2001.*

En analys av suicidtalerna i Sverige åren 1980–2020 visar tre tydliga trender:

- Suicidtalet har minskat över tid.
- Störst minskning har skett bland äldre män.
- I den yngre befolkningen minskar inte suicidtalerna.

Sett till hela befolkningen minskar alltså suicidtalet i Sverige. Men minskningen har stannat av med tiden, och under de senaste tjugo åren är minskningen cirka 0,5 procent i genomsnitt per år. Det är en betydligt långsammare minskning än den som skedde under 1990-talet då suicidtalerna minskade med 25 procent sett över en tioårsperiod. Orsakerna bakom de stora minskningarna under 1990-talet har inte fastställts, men tänkbara förklaringar är bland annat framsteg gällande diagnostisering och behandling av depressioner.<sup>3</sup> Användningen av antidepressiva läkemedel ökade till exempel fyrfaldigt i befolkningen under 1990-talet.<sup>4</sup>

Den främsta anledningen till att suicidtalet fortsatt att sjunka efter det, om än i begränsad takt, är att suicid minskar bland personer i åldersgrupperna 45–64 år och i åldersgrupperna 65 år och äldre. Männens bidrar ungefär dubbelt så mycket till minskningen som kvinnorna. Bland män över 65 år sker minskningen i genomsnitt med nästan 1 procent per år. Män över 65 år är samtidigt fortfarande den grupp som har de högsta suicidtalerna, därefter följt av män i åldrarna 45–64 år. I den yngre befolkningen ses inte någon signifikant minskning, utan snarare en ökning, eller i bästa fall en stagnation.<sup>5</sup>

Folkhälsomyndigheten har tidigare rapporterat att suicidtalerna i åldersgruppen 15–29 år har ökat sedan 2006. Nya åldersstratifierade analyser visar dock att ökningen inte gäller hela åldersgruppen, utan enbart 20–29-åringar. I den åldersgruppen ökade suicid med genomsnitt 1,8 procent per år under perioden 2006–2020. I åldersgruppen 15–19 år var suicidtalerna oförändrade. Under perioden 2006–2020 registrerades totalt 3 139 suicid i åldersgruppen 15–29 år. Av de avlidna var 70 procent pojkar och 88 procent var födda i Sverige. I åldersgruppen 15–19 år var suicidtalet lägst och relativt oförändrat under hela tidsperioden. För 20–24-åringarna började suicidtalet öka runt 2015 och

---

<sup>3</sup> NASP, *Själmord i Sverige*, hämtad 2023-09-29.

<sup>4</sup> Isacsson, *Själmordsfrekvensen ner med 25 procent*, 2000.

<sup>5</sup> NASP, *Själmord i Sverige*, hämtad 2023-09-29.

i gruppen 25–29 år ökade det gradvis under hela perioden. Sett till hela åldersspannet (15–29 år) ser trenden också ut att vara ökande, men analyser visar alltså att denna utveckling inte skett i alla åldrar.<sup>6</sup>

Det går också att studera suicid i relation till andra dödsfall i varje åldersgrupp. Bland unga personer (15–29 år), som har lägre risk än äldre att avlida till följd av sjukdom, stod suicid för en tredjedel av alla dödsfall. För personer över 65 år var suicid mindre än 1 procent av samtliga dödsfall.<sup>7</sup>

### 3.2 Suicid bland barn i Sverige

Dödligheten bland barn är låg i Sverige. Samtidigt är vart fjärde dödsfall i åldern 10–19 år ett suicid. Under 2000-talet har i genomsnitt 22 barn dött i suicid varje år i landet, ungefär lika många flickor som pojkar. De allra flesta barn som dog i suicid under 2000-talet var mellan 13–17 år. Fler flickor (14 procent) än pojkar (7 procent) hade fått vård för suicidförsök före sin död. Totalt hade även 36 procent av barnen fått psykiatrisk vård året före sin död. Andelen var nästan dubbelt så hög bland flickor (48 procent) som bland pojkar (27 procent).<sup>8</sup>

En skillnad mellan barn och vuxna, när det gäller bakomliggande orsaker vid suicid, är att ju yngre barnet är desto ovanligare är det att det finns en koppling till någon form av psykisk sjukdom. En dansk studie har exempelvis konstaterat att risken för att barn under 18 år skulle diagnosticeras med någon form av psykisk sjukdom var cirka 15 procent.<sup>9</sup> Många psykiska sjukdomar med förhöjd statistisk risk för suicid, så som exempelvis bipolär sjukdom, debuterar sällan före 16 års ålder. Enligt de företrädare för barn och ungdomspsykiatri som utredningen varit i kontakt med saknas det generellt sett kunskaper och forskning om varför barn och unga tar livet av sig.<sup>10</sup>

Yngre personer, men framför allt yngre kvinnor är överrepresenterade i statistiken för genomförda suicidförsök (se figur 3.3). Kvinnor i åldrarna 15–29 år hade ett suicidförsökstal på 398,5 per 100 000 invånare. Motsvarande siffra för män i samma ålder var 151,8 per 100 000 invånare. Under de senaste 20 åren har antalet suicidförsök

<sup>6</sup> Folkhälsomyndigheten, *Ökning av suicid bland unga vuxna 20–29 år*, 2022.

<sup>7</sup> Folkhälsomyndigheten, *Statistik om suicid*, hämtad 2023-09-01.

<sup>8</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicid bland barn i Sverige*, 2021.

<sup>9</sup> Dalsgaard, *Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence*, 2019.

<sup>10</sup> Intervju med företrädare för SFBUP 2024-04-25.



som lett till slutenvård minskat i alla åldersgrupper i Sverige, där den största minskningen observerats i åldersgruppen unga personer mellan 15 och 24 år.

### 3.3 Skillnader mellan kvinnors och mäns suicidhandlingar

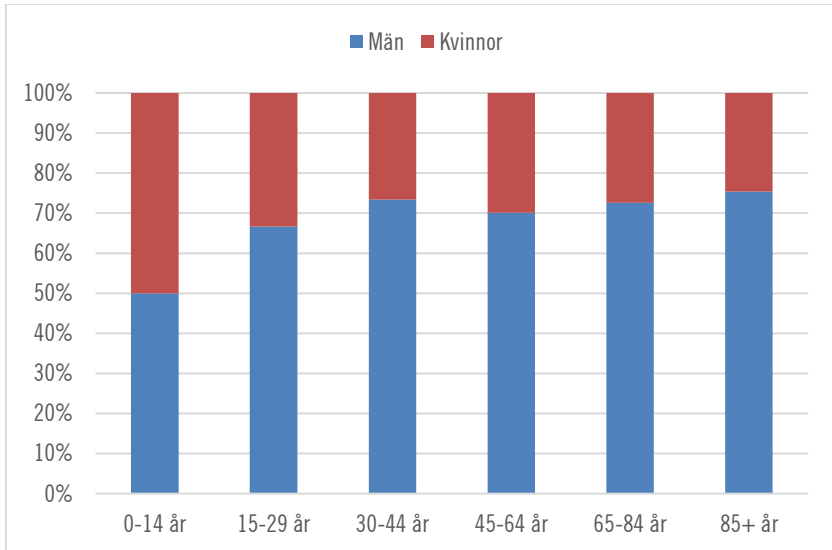
Det är vanligare att män dör i suicid än att kvinnor gör det. Två tredjedelar av de som avled i suicid i Sverige 2022, var män. Det är samtidigt vanligare att kvinnor gör suicidförsök än att män gör det. Det är också vanligare att kvinnor vårdas på sjukhus för skador till följd av suicidhandlingar.

Skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller suicid ökar med åldern. Antalet suicid är högst i åldersgruppen 45–65 år för män (300 män 2022).<sup>11</sup> Det högsta suicidtalet i Sverige 2022 fanns bland män som var 85 år eller äldre. I denna grupp var suicidtalet dubbelt så högt som bland män i de yngre åldersgrupperna. Antalet suicid i den äldsta åldersgruppen är dock det lägsta bland samtliga manliga åldersgrupper. Att andelen kan vara högst samtidigt som antalet är lägst kommer sig av att det är ett begränsat antal män som blir 85 år eller äldre. Det lägsta suicidtalet 2022 fanns bland kvinnor 15–29 år.

---

<sup>11</sup> Folkhälsomyndigheten, *Statistik om suicid*, hämtad 2024-06-18.

**Figur 3.2** Suicid i olika åldersgrupper i Sverige, andel kvinnor och män, 2023

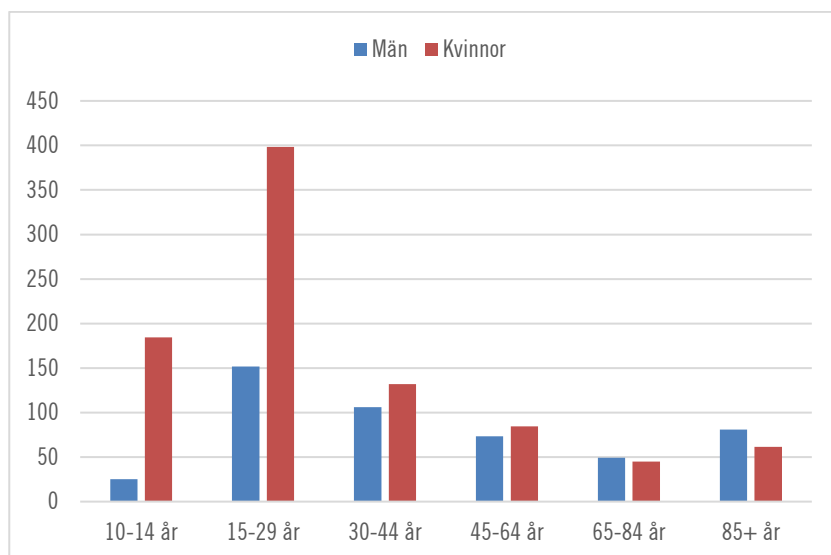


Källa: Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret.

Skillnaderna mellan könen beror på ett flertal faktorer. En förklaring är att män är mindre benägna än kvinnor att söka professionell hjälp till följd av psykiska hälsoproblem. Män är också mindre benägna att söka hjälp i ett tidigt skede av ett sjukdomsstadie vilket medför att sjukdomstillstånd hinner förvärras och kompliceras. Kvinnor har traditionellt sett ett större kontaktnät som kan ge känslomässigt stöd än vad män tenderar att ha.<sup>12</sup> Män använder dessutom våldsammare metoder, vilket oftare leder till fullbordade suicid.

<sup>12</sup> Stain och Wasserman, *Mäns självmordsnärlighet och ovilja att söka hjälp*, 2019.

**Figur 3.3** Antal personer per 100 000 invånare, som vårdats för suicidförsök eller andra självdestruktiva handlingar i sluten och/eller specialiserad öppenvård år 2022



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Cirka 60 procent av de som vårdas på sjukhus till följd av ett suicidförsök eller annan avsiktligt självdestruktiv handling är kvinnor.<sup>13</sup> Runt 11 000 personer vårdades 2022 i samband med ett suicidförsök eller annan avsiktligt självdestruktiv handling.<sup>14</sup> En kraftig ökning av självskador med eller utan suicidavsikt har noterats bland flickor i åldern 12–17 år sedan 2015 och framåt, med en dramatisk ökning pandemiåret 2021.<sup>15</sup> Analyser av suicid inom 12 månader efter utskrivning från vården visar att män oftare tar sitt liv i nära anslutning till utskrivning, medan kvinnor oftare tar sitt liv mot slutet av en uppföljningsperiod.

<sup>13</sup> Socialstyrelsen, *Sjukhusvård och eftervård vid avsiktlig självskada*, 2023.

<sup>14</sup> Folkhälsomyndigheten, *Tema Suicidprevention – Aktuell kunskap från Folkhälsomyndigheten 2023*, 2023.

<sup>15</sup> Socialstyrelsen, *Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021, 2022*.

### 3.4 Metoder vid suicid

De flesta suicid i Sverige sker genom hängning eller förgiftning. Metoderna skiljer sig dock mellan kvinnor och män. Den metod som används mest bland män är hängning, följt av förgiftning och skjutning. Bland kvinnor är både förgiftning och hängning vanliga metoder medan skjutning knappt förekommer. Andra metoder som förekommer i mindre utsträckning är exempelvis hopp från hög höjd och hopp framför rörligt föremål. Årligen sker cirka 130 suicid inom det svenska transportsystemet, de flesta inom järnväg och tunnelbana.<sup>16</sup> Bland barn är den vanligaste suicidmetoden hängning både för flickor och pojkar, följt av hopp framför fordon. Skjutning som metod är relativt ovanligt och förekommer nästan uteslutande bland pojkar.<sup>17</sup>

Nationellt center för suicidforskning och prevention (NASP) menar att det finns god evidens för att restriktioner av suicidmetoder minskar dödligheten i suicid, och att det är ovanligt att en person använder olika metoder för att ta sitt liv. Att ha kunskaper om vilken metod som använts vid ett suicid i kombination med vilka möjligheter som finns att försvåra tillgången till den metoden, i synnerhet för personer som kan vara suicidala, är alltså ett exempel på en suicidpreventiv insats med god evidens.

Tillvägagångsättet vid ett tidigare suicidförsök kan i viss mån visa på risken för ett efterföljande fullbordat suicid. Personer som vid suicidförsöket använt sig av någon annan metod än förgiftning löpte betydligt högre risk för att inom en nära framtid ta sitt liv. Risken för ett senare suicid visade sig också vara högre bland män som genomfört ett suicidförsök än bland kvinnor. Ytterligare faktorer som förstärker risken för ett fullbordat suicid hos någon som genomfört ett suicidförsök är om personen vid suicidförsökstillfället var diagnostiserad med bipolär sjukdom, psykossjukdom eller depression, oavsett kön.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Folkhälsomyndigheten, *Statistik om suicid*, hämtad 2023-09-01.

<sup>17</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicid bland barn i Sverige*, 2021.

<sup>18</sup> Runeson, *Suicide Risk After Nonfatal Self-Harm: A National Cohort Study, 2000–2008*, 2016.

### 3.5 Suicid i en internationell kontext

Det finns betydande variationer i hur länder registrerar suicid. I vissa länder är suicid en kriminell handling och suicid omfattas ofta inte av livförsäkringar. Över lag är suicid tabubelagt i merparten av världen, särskilt i länder med stark religiositet. Alla dessa faktorer kan bidra till hur dödsfall registreras i de olika länderna vilket påverkar möjligheterna till bra jämförelser.<sup>19</sup>

Internationellt är proportionerna mellan kvinnor och män som avlider i suicid ännu tydligare än i Sverige. I vissa fall står män för upp emot 80 procent av dödsfallen. Under de senaste decennierna har suicidtalet minskat i världen, både bland kvinnor och män. Minskningen inleddes i slutet av 1990-talet och har gradvis sjunkit för varje år. Det finns stora geografiska skillnader i hur vanligt suicid är, både bland kvinnor och män. De högsta suicidtalerna i världen 2019 – för båda könen – hade Lesotho i södra Afrika. Suicidtalet där var 147 för män och 35 för kvinnor. Det lägsta suicidtalet hade kvinnor på Barbados, (mindre än 1) och män i önationen Antigua och Barbuda (0). Även i Europa finns det stora skillnader i förekomst av suicid, särskilt bland män. För män var suicidtalet högst i Ryssland och lägst i Turkiet. I dessa länder avled 38 respektive 4 män per 100 000 invånare 2019. För kvinnor fanns det högsta suicidtalet i Belgien (8) och det lägsta i Armenien (1). För hela Europa var suicidtalet 17 för män och 4 för kvinnor. För länder som saknar nationell registrering av dödsorsaker har WHO uppskattat suicidtalerna med hjälp av andra tillgängliga datakällor och statistiska modeller. Skillnader i suicidtal mellan länder bör tolkas med försiktighet.<sup>20</sup>

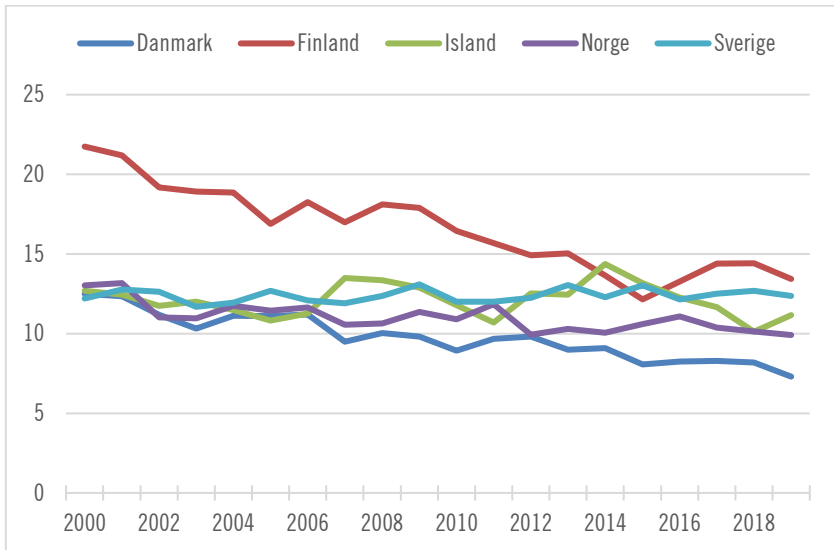
---

<sup>19</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicid i världen*, hämtad 2023-11-20.

<sup>20</sup> Ibid.

**Figur 3.4 Suicidtalens utveckling över tid i de nordiska länderna, 2000–2019**

Antal suicid per 100 000 invånare, kvinnor och män, 15 år och äldre



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Suicidtalerna varierar även mellan de nordiska länderna, men skillnaderna är mindre än i andra delar av världen. Som vi konstaterat ovan låg suicidtalet i Sverige 2022 på 14 och figuren 3.4 visar var det svenska suicidtalet placerar sig i förhållande till de nordiska suicidtalerna. Bland såväl kvinnor som män hade Finland det högsta och Danmark det lägsta suicidtalet 2019. Suicidtalet för män var 20 i Finland och 11 i Danmark. Motsvarande tal för kvinnor var 13 respektive 4. Under 2000-talet har suicidtalerna minskat i Danmark, Finland och Norge medan Sverige har legat kvar på ungefär samma nivå. På Island har suicidtalerna både ökat och minskat under perioden. Statistiken kommer från WHO och är baserad på de uppgifter som länderna har rapporterat in till organisationen.

Finland var ett av de första länderna i världen som tog initiativ till ett nationellt suicidpreventivt handlingsprogram. Handlingsprogrammet baserades bland annat på en nationell studie av suicid. I dag har en majoritet av de nordiska länderna nationella planer för suicidprevention. Utvecklingen av suicidtalerna i de nordiska länderna påverkas av

många olika faktorer vilket försvårar jämförelser och analyser av bakomliggande förklaringar till suicidtalens utveckling.<sup>21</sup>

### 3.6 Risk- och skyddsfaktorer

Suicidala handlingar och beteenden kan beskrivas som heterogena och komplexa. De enskilt starkaste riskfaktorerna för suicid är tidigare genomförda suicidförsök och psykisk sjukdom.<sup>22</sup>

Cirka 10 procent av de individer som genomför ett suicidförsök dör av det. Upp till hälften av de personer som avlider av suicid gör det vid sitt första suicidförsök. Majoriteten av de personer som genomför ett suicidförsök överlever det och dör sedan av helt andra orsaker än suicid. Suicidrisken är som högst tiden direkt efter försöket och avtar därefter, men den förhöjda risken kan hålla i sig i årtionden. I synnerhet individer som tidigare gjort suicidförsök med våldsamma metoder så som skjutningar löper särskilt hög risk att dö i suicid.<sup>23</sup>

Suicidrisken efter ett genomfört suicidförsök är högre om personen vid suicidförsöket har en kliniskt påvisbar psykisk störning. Självskador utan suicidalt uppsåt kan vara svåra att skilja från suicidförsök med suicidalt uppsåt. Det finns en ökad risk för suicidförsök och suicid också hos de som gör upprepade självskador.<sup>24</sup> Bland patienter som vårdats på sjukhus på grund av suicidförsök har man funnit att risken att avlida genom suicid är 30–40 gånger högre jämfört med risken för övriga befolkningen och att den kvarstår under flera decennier.<sup>25</sup>

Hur suicidrisken förändras för en person är olika från riskfaktor till riskfaktor. Den som dör av suicid har sällan enbart en riskfaktor, det är vanligare att de som avlider har flera riskfaktorer.<sup>26</sup> Några exempel på statistiska riskfaktorer för suicid är:

- psykiatriska faktorer som allvarlig depression, ångesttillstånd
- användning av alkohol och andra droger

---

<sup>21</sup> Nordic Council of Ministers, *Prevention of suicide and suicide attempts in the Nordic countries: a situation analyses*, 2024, s. 38.

<sup>22</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidförebyggande arbete*, hämtad 2023-11-17.

<sup>23</sup> Fröding, *Patient safety and suicide – learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, 2022.

<sup>24</sup> Internetmedicin, *Suicidriskbedömning*, hämtad 2023-11-17.

<sup>25</sup> Region Stockholm, *Suicidnära patienter – kunskapsstöd för vårdgivare*, hämtad 2023-11-17.

<sup>26</sup> Fröding, *Patient safety and suicide – learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, 2022, s. 10.

- biologiska eller genetiska faktorer som sårbarhet eller familjehistoria med suicid
- ogynnsamma livshändelser som förlust av en närstående, en relation, ett arbete, status eller pengar; en större besvikelse som utebliven befordran; mobbning eller kränkning
- psykologiska faktorer som konflikter med andra personer, våld eller erfarenheter av fysisk misshandel eller sexuellt utnyttjande i barndomen samt känslor av hopplöshet
- sociala faktorer och miljöfaktorer som tillgång till medel och metoder för suicid
- social isolering och ekonomiska svårigheter.<sup>27</sup>

Folkhälsomyndigheten har konstaterat att det finns ett tydligt samband mellan socioekonomisk situation och suicidalt beteende. I socioekonomiskt utsatta områden finns en ökad risk för suicidalt beteende i jämförelse med områden med högre socioekonomisk standard. Detta samband kan ses i olika länder, åldersgrupper och kön men är starkast bland män.<sup>28</sup> Socialstyrelsen har även konstaterat att sjukhusvård för avsiktlig självskada är mycket vanligare bland biståndsmottagare, både året innan och efter biståndet beviljades. Biståndstagare hade också en påtagligt högre dödlighet, framför allt i suicid, under året efter biståndet.<sup>29</sup>

Det finns också faktorer som kan fungera skyddande mot suicid. Exempel på skyddande faktorer kopplade till personligheten är god problemlösningsförmåga och goda relationer. Kontinuitet i och god tillgänglighet till vård kan också fungera skyddande.<sup>30</sup> Riskfaktorer kan i vissa fall kompenseras av skyddsfaktorer, hos både individen själv och omgivningen. Några exempel på skyddsfaktorer är:

---

<sup>27</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidförebyggande arbete*, hämtad 2023-11-17.

<sup>28</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicid förekommer oftare i socioekonomiskt utsatta områden*, 2018.

<sup>29</sup> Socialstyrelsen, *Högre risk för psykisk ohälsa och suicid bland mottagare av ekonomiskt bistånd*, 2023. Se också liknande resonemang i Socialstyrelsen, *Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning – aspekter av betydelse*, 2023.

<sup>30</sup> NASP, *RESPI – Om suicid*, hämtad 2023-08-27.



- goda, stabila relationer och stödjande sociala nätverk
- god självkänsla och tilltro till sig själv och till möjligheterna att kunna påverka och förändra den egna situationen
- upplevelse av mening och sammanhang i livssituationen
- hälsosamma levnadsvanor såsom regelbunden fysisk aktivitet och goda sömnvanor.

### 3.7 Grupper med förhöjd suicidrisk

Det går inte med exakthet att förutspå vem som kommer att genomföra ett suicid eller ett suicidförsök och när det kommer att ske. Det finns dock vissa grupper som har konstaterats ha en statistiskt förhöjd risk. Det finns kunskapsstöd gällande kända riskgrupper bland annat på Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och NASP:s hemsidor. Riskgrupperna är dock många till antalet och i takt med att forskning tillkommer ökar kunskaperna om nya statistiska riskgrupper. Att en grupp har en statistiskt förhöjd suicidrisk innebär samtidigt inte att alla individer i den gruppen har en förhöjd risk för suicid. Grupper är heterogena och individer i en grupp har olika förutsättningar och förmågor att hantera riskfaktorer.

Som exempel på olika förutsättningar inom grupper med statistiskt förhöjd suicidrisk har Folkhälsomyndigheten undersökt några minoritetsgrupper i Sverige som har en förhöjd risk för suicid eller psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten har då exempelvis konstaterat att det bland samer finns både en större andel än i befolkningen i övrigt som uppger ett gott psykiskt välbefinnande, men samtidigt uppger en större andel samer än befolkningen i övrigt att de någon gång försökt att ta sitt liv eller allvarligt övervägt att göra det. Bland sverigefinnar är suicidtankar och självrapporterade suicidförsök mer vanligt förekommande än i befolkningen i övrigt. Samtidigt ses ingen större skillnad i minoritetsgruppen i jämförelse med befolkningen i övrigt vad gäller psykiskt välbefinnande och ängslan, oro och ångest.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention – slutredovisning av regeringsuppdrag 2023*, 2023.

### 3.8 Vad gör en människa suicidal?

Att en person bedöms vara suicidnära behöver inte innebära att den kommer att genomföra en suicidhandling, även om risken finns. Svårigheten är att det, med de verktyg som finns i dag, inte går att skilja de som kommer att ta sitt liv från de som inte kommer göra det på ett tillförlitligt sätt. Många suicidhandlingar är impulsiva och utförs i anslutning till en drabbande livshändelse som utlöst en akut kris. Det kan ibland vara svårt för utomstående att inse vilken effekt händelsen har och vilka konsekvenser den kan få.<sup>32</sup>

En betydande andel allvarliga suicidförsök sker inom ett litet tidsfönster från det att en suicidtanke kan bli en suicidplan och eller ett suicidförsök. I flera studier har man visat att tidsspannet för cirka 50 procent av fallen är så kort som 10–15 minuter. Vidare har andra studier visat att en betydande andel (upp till cirka 90 procent) av personer som har genomfört ett suicidförsök men överlevt, senare i livet avlider till följd av andra dödsorsaker än just suicid. Att begränsa tillgängligheten till medel med vilka en person kan utföra ett suicidförsök är således en preventiv strategi som i princip handlar om att ”köpa tid”, så att den suicidala individen ges möjligheten att ändra sig eller hinner få hjälp.<sup>33</sup>

Suicid kan även vara slutet på långvarig outhärdlig smärta och lidande, och i vissa länder, till exempel Schweiz, Belgien och Luxemburg, är suicid assisterat av sjukvårdspersonal tillåtet vid särskilda omständigheter. Det är en komplicerad etisk fråga huruvida människor i vissa situationer med samhällets stöd ska kunna avsluta sina liv. Att det inom en vårdkontext både ska finnas en tolerans för assisterat suicid parallellt med vårdens uppdrag att förebygga suicid är en mycket komplex fråga och en situation som kan skapa en etisk osäkerhet bland vårdpersonal.<sup>34</sup> Det har inte varit en del av utredningens uppdrag att utreda frågan om assisterat suicid.

---

<sup>32</sup> NASP, *RESPI – Om suicid*, hämtad 2023-08-27.

<sup>33</sup> NASP, *Restriktion av medel som används i suicidsyfte*, hämtad 2024-01-22.

<sup>34</sup> Fröding, *Patient safety and suicide – learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, 2022, s. 7–8.

### 3.8.1 Modeller och teoretiska förklaringar till suicidalitet

Det finns flera olika teoretiska modeller som förklarar hur de bakomliggande faktorerna hos en människa kan leda fram till suicidala handlingar. En modell är *Stress- och sårbarhetsmodellen*. I modellen beskrivs negativa faktorer i livet som lidande. Lidandet kan finnas i många olika former så som svår psykisk eller fysisk sjukdom, olika former av trauma eller stressfyllda livshändelser. Lidande kan vara temporärt eller permanent. Ett lidande kan även adderas till ett annat lidande för att på så vis skapa en svårhanterlig livssituation. I motsats till lidande finns det förutsättningar och förmågor som avgör hur en människa förhåller sig till lidande. Det kan handla om medfödda faktorer, miljöfaktorer så som vilken omgivning som individen finns i, problemlösningsförmågor och förmågor till återhämtning efter svårare perioder. Även dessa faktorer kan vara temporära eller permanenta. Dessa förmågor och förutsättningar skyddar och stärker möjligheten att motstå och hantera lidande. Stress- och sårbarhetsmodellen visar på så vis att en rörlig balans pågår i människors liv där det i vissa lägen kan uppstå en obalans där lidandefaktorerna överstiger individens förutsättning och förmågor att hantera dem. Det är i de momenten som risken för en självskadande handling uppstår. Modellen visar på så vis även att det som blir en svårhanterlig livssituation för en person inte behöver bli det för en annan. Däri ligger svårigheten att upptäcka och bedöma vem som riskerar att bli suicidal och vem som inte blir det.<sup>35</sup>

Begreppet *psykologiskt misstag*, i vissa sammanhang omnämnt som *psykologiskt olycksfall*, återfinns bland annat i En förnyad folkhälspolitik<sup>36</sup> och det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention från 2008. Begreppet beskriver suicidhandlingar som olyckor där det inte behöver finnas någon enskild ansvarig för det inträffade utan situationer där antalet och typen av riskfaktorer överstigit en persons förmåga och förutsättningar att hantera dessa, likt Stress- och sårbarhetsmodellen, vilket föranlett suicidhandlingen. Begreppet ska förmedla att ansvaret för suicidprevention ligger hos flera aktörer med påverkansmöjlighet över riskfaktorer.<sup>37</sup> En ytterligare funktion med begreppet har varit att möjliggöra för verksamheter som exempelvis kommunal räddningstjänst att inkludera suicidhandlingar som en del

---

<sup>35</sup> SOU 2010:45, s. 30.

<sup>36</sup> Prop. 2007/08:110.

<sup>37</sup> Ibid. s. 112–113.

av sitt olycksförebyggande arbete. Över tid har dock begreppets betydelse och förekomst avtagit.

En teoretisk förklaringsmodell som härstammar ur Stress- och sårbarhetsmodellen är Ideation to Action (ITA). ITA-Modellen förklarar hur suicidtankar uppstår och vad det är som avgör om suicidtankar övergår till suicidhandlingar eller inte. Suicidtankar och suicidhandlingar ses då som två olika fenomen med olika förklaringar och bakomliggande faktorer. Suicidtankar beskrivs som ett resultat av en kombination av smärta, vanligtvis psykisk, och hopplöshet. Vad som avgör om suicidtankar övergår till suicidhandlingar förklaras bland annat med vilken möjlighet personen har, både i form av tillgång till en metod och förmåga att genomföra handlingen, att genomföra ett suicidförsök.<sup>38</sup> Suicidtankar är en nödvändighet men inte en tillräcklig orsak för att genomföra ett suicidförsök. När en person med hög suicidal önskan också har förmågan att genomföra ett suicidförsök ökar risken för ett fullbordat suicid. Att det är vanligare med suicidtankar än suicidala handlingar förklaras med att det krävs fler förmågor och andra förutsättningar för en suicidal handling än en suicidal tanke.<sup>39</sup>

### 3.9 Suicidprevention och vetenskaplig evidens

Möjligheten att förutse vem eller vilka grupper som har en förhöjd risk att ta sitt liv har utvärderats i olika studier. Forskning visar att möjligheten att förutse suicidrisk, oavsett om det görs genom kliniska intervjuer med strukturerade skattningsskalor eller i andra former till exempel med hjälp av algoritmer på större elektroniska hälsodataregister, är starkt ifrågasatt. Evidensen för suicidriskbedömning har bedömts vara svag av NASP. Suicidriskbedömningar kan ändå fylla en viktig funktion i kliniska kontexter, som komplement till kliniska intervjuer, då de exempelvis kan hjälpa till att identifiera riskfaktorer som kan bemötas och eller behandlas, eller fungera som en struktur för samtal som kan vara komplicerade. Det finns heller inte evidens för att riskbedömningar är skadliga i någon form.<sup>40</sup>

En utmaning när det gäller att bedöma vilka suicidpreventiva insatser som är evidensbaserade, är förutsättningarna för vissa typer av

---

<sup>38</sup> Fröding, *Patient safety and suicide – learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, 2022, s. 14.

<sup>39</sup> *Ibid.* s. 16.

<sup>40</sup> NASP, *RESPI – Om suicid*, hämtad 2023-08-27.

vetenskapliga studier inom området suicidprevention. Förekomsten av suicid inom befolkningen, så kallad incidens, är låg i de allra flesta grupperingar. Detta i kombination med att möjligheten att på individnivå förutse vem som kommer att ta sitt liv inte finns, skapar en utmaning för vetenskapliga studier.

Eftersom suicidtalet i befolkningen trots allt är lågt genomförs många studier på en population där de flesta inte skulle ta livet av sig. Även om en studie skulle genomföras inom en population som har ett mycket högt suicidtal, exempelvis 50 per 100 000, blir det så omfattande stickprovsstorlekar som krävs till studien att den inte är genomförbar. De vetenskapliga utmaningarna leder därför ofta till att antalet studier som genomförs blir begränsade. Detta gäller framför allt så kallade randomiserade kontrollerade studier (RCT), som är vanliga inom exempelvis hälso- och sjukvård. En annan konsekvens av problematiken är att det genomförs väldigt få upprepande studier som granskar tidigare resultat.<sup>41</sup>

Ett sätt att förhålla sig till den vetenskapliga utmaningen är att genomföra studier inriktade på suicidförsök. Suicidförsök har som visats tidigare en högre incidens än fullbordade suicid. Problemet som uppstår då är att det inte nödvändigtvis finns en korrelation mellan att en insats som visat sig ha effekt på suicidförsök i en grupp kommer att ha samma effekt i en annan grupp, eller att insatsen har effekt på fullbordade suicid. Detta på grund av komplexiteten bakom suicidalitet. Ett annat sätt är att i stället för att genomföra RCT-studier använda andra metoder med en för- och eftermätning. Då förändras behovet av och utmaningen med kontrollgrupper men samtidigt tillkommer nya problem i form av att det inte går att utesluta att andra faktorer än själva insatsen orsakat den eftersökta effekten. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, har konstaterat att de vetenskapliga förutsättningarna som tidigare nämnts påverkar möjligheterna till studier och därmed tillgången till evidensbaserade insatser.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> SBU, *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*, 2021. Samt mejl från företrädare för NASP, 2023-11-17.

<sup>42</sup> SBU, *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*, 2021.

### 3.10 Samhällskostnader vid suicid

Utöver förlusten av människoliv, det lidande och de konsekvenser det medför, kostar suicid och suicidhandlingar samhället miljontals kronor årligen. Uppsala universitet har därför på uppdrag av Suicidanalysutredningen beräknat samhällskostnaden av suicid baserat på ett år, 2022. I rapporten konstateras att de totala kostnaderna för samhället för de suicid som fullbordades under 2022 uppgick till 7,3 miljarder kronor. I beräkandet av dessa siffror har studien tittat på samhällets kostnader för de insatser som görs från vården i anslutning till händelsen, insatser från andra samhällsinstanser som polis och kommunal räddningstjänst samt kostnaden för produktionsbortfall. Den största enskilda kostnaden för samhället i samband med fullbordade suicid är det produktionsbortfall vad gäller förvärvs- och hemarbete som uppstår när en människa avlidit. Produktionsbortfallet utgör 99 procent av kostnaderna.<sup>43</sup>

Detta gäller alltså enbart kostnaderna för fullbordade suicid. Till detta kommer även kostnaderna för suicidförsök. Det finns dock ett mörkertal när det gäller registrering av suicidförsök som skiljer sig något från fullbordade suicid. Detta gör att kostnadsberäkningen för suicidförsök inte blir lika heltäckande. I rapporten framkommer dock att utifrån de suicidförsök som registrerades under 2022 så var samhällets kostnader för vårdens insatser 428,8 miljoner kronor. Det pågår utvecklingsarbeten när det gäller hur suicidförsök ska registreras. På längre sikt kan det medföra att kostnadsberäkningar för suicidförsök blir mer heltäckande. I kostnadsberäkningen ovan finns inte heller kostnader för efterlevande inräknade.

Det finns få studier om kostnaderna för suicid, särskilt i Sverige. Myndigheten för samhällsberedskap (MSB) har i sin rapport Samhälls-ekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid från 2015 beräknat de samhälls-ekonomiska konsekvenserna av fullbordade suicid som inträffade 2014 till mellan 46–60 miljoner kronor i direkta kostnader och 9 miljarder konor i indirekta kostnader. Därutöver uppskattade MSB antalet förlorade levnadsår för de som avlidit i suicid till sammanlagt mer än 38 000 år.<sup>44</sup> Att siffrorna skiljer sig åt mellan Uppsala universitets rapport och MSB:s rapport förklaras i huvudsak av vilka metoder

---

<sup>43</sup> Feldman och Martínez de Alva, *Samhällskostnader för suicid i Sverige 2022 – en sjukdomskostnadsstudie*, 2024.

<sup>44</sup> MSB, *Samhälls-ekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid*, 2015.

som använts vid sammanställningarna och vilka data som legat till grund för kostnadsberäkningarna.





## 4 Rättsliga regleringar

I det här kapitlet redogör vi för de rättsliga regleringar som på olika sätt berör utredningar efter suicid. För verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns lagstadgade skyldigheter att utreda vissa händelser. Bestämmelserna om hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och i socialtjänstens kvalitetsarbete reglerar anmälnings- och utredningsskyldighet för händelser som lett till vårdskador respektive missförhållanden i verksamheten. Kapitlet innehåller en övergripande redogörelse för de regelverk om anmälnings- och utredningsskyldighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som är aktuella vid suicid och suicidförsök, inklusive bestämmelser om skydd för den personliga integriteten.

De suicid som registreras i Socialstyrelsens dödsorsaksregister registreras i huvudsak utifrån uppgifter som framkommit vid en rättsmedicinsk undersökning. I kapitlet beskriver vi därför bestämmelserna kring dödsorsaksintyg efter rättsmedicinsk undersökning. Vidare har Socialstyrelsen ett ansvar för att utreda vissa dödsfall bland barn och vuxna, dock inte suicid. Det framgår av utredningens direktiv att erfarenheter från den verksamheten ska beaktas i utredningsarbetet. Kapitlet innehåller en redogörelse för Socialstyrelsens ansvar för sådana utredningar.

Vidare finns ett ansvar för kommuner att ha ett handlingsprogram för sin verksamhet att förebygga olyckor som kan leda till räddningsinsats. En del suicid kan vara en bakomliggande orsak till en olycka som leder till en räddningsinsats. I kapitlet redogör vi för regleringen om kommuners ansvar för det förebyggande arbetet mot olyckor som kan leda till räddningsinsats.

Eftersom barn berörs av den lagstiftning som återges här, inleds kapitlet med en övergripande redogörelse av barnkonventionen, vars bestämmelser ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i ärenden som rör barn.

## 4.1 Barnkonventionen

FN:s konvention om barnets rättigheter, den s.k. barnkonventionen, gäller sedan den 1 januari 2020 som svensk lag, se lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Införandet av konventionen som svensk lag innebär att Sveriges åtaganden enligt barnkonventionen ska säkerställas på alla nivåer inom offentlig verksamhet och att domstolar och rättstillämpare på alla nivåer ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn.<sup>1</sup>

Nedan redogör vi för lagstiftning som handlar om utredningar och uppgiftshandling av enskilda. De aktuella verksamheterna som tillämpar lagstiftningen ska också göra det utifrån ett barnrättsperspektiv i enlighet med barnkonventionen.

I barnkonventionen finns fyra grundläggande principer; barnets rätt till icke-diskriminering (artikel 2), barnets bästa (artikel 3), barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling (artikel 6) samt barnets rätt att uttrycka sina åsikter och bli hörd (artikel 12). Principerna ska vara vägledande vid tolkningen och tillämpningen av de övriga bestämmelserna i konventionen, men har också en självständig betydelse.<sup>2</sup> I konventionen finns även andra viktiga artiklar avseende till exempel barnets rätt till bästa möjliga hälsa (artikel 24), föräldrarnas ansvar (artikel 5 och 18) och barnets rätt till skydd för privatliv och personlig integritet (artikel 16).

Barnkonventionens principer har kommit till uttryck i ett flertal svenska författningar, bland annat i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, patientlagen (2014:821), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, och föräldrabalken. Enligt föräldrabalken har barn exempelvis rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Den som har vårdnaden om ett barn har ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov blir tillgodosedda. Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Barnet ska alltså ha ett medinflytande

---

<sup>1</sup> Prop. 2017/18:186 s. 76.

<sup>2</sup> Ibid. s. 84.

som med tiden närmar sig eller, under vissa omständigheter, övergår till ett självbestämmande.<sup>3</sup>

## 4.2 Regelverket för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete vid suicid och suicidförsök

### 4.2.1 Lex Maria

Hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete regleras i 3 kapitlet patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.<sup>4</sup> Där anges bland annat att vårdgivaren<sup>5</sup> ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls, samt att vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador<sup>6</sup>. En del av patientsäkerhetsarbetet är de så kallade *lex Maria*-bestämmelserna. Det är regler om vårdgivarens skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och personalens rapporteringsskyldighet av händelser som medfört vårdskador eller risker för vårdskador.<sup>7</sup>

Med *vårdskada* avses enligt 1 kap. 5 § PSL lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En vårdskada är allvarlig om den är bestående och inte ringa, eller om den har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Som ett led i patientsäkerhetsarbetet ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.<sup>8</sup> Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående

---

<sup>3</sup> Se 6 kap. 1, 2, 11 och 13 §§ föräldrabalken.

<sup>4</sup> Med hälso- och sjukvård avses verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel, se 1 kap. 2 § PSL.

<sup>5</sup> Med vårdgivare avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, se 1 kap. 3 § PSL.

<sup>6</sup> Se 3 kap. 1, 2 och 6 §§ PSL.

<sup>7</sup> Se 3 kap. 5 § PSL respektive 6 kap. 4 § PSL.

<sup>8</sup> Se 3 kap. 3 § PSL.

möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet<sup>9</sup> under förutsättning att det inte strider mot sekretessregler eller regler om tystnadsplikt inom vården. Vem som är närstående avgörs från fall till fall. Det kan vara en familjemedlem, dvs. make, registrerad partner, sammanboende, barn, föräldrar och syskon. Det kan också vara någon annan som patienten har en särskilt djup vänskap med.<sup>10</sup>

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en *allvarlig* vårdskada till IVO. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter också skicka in sin utredning av händelsen till IVO.<sup>11</sup>

Hälso- och sjukvårdspersonal<sup>12</sup> har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska personalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört, eller hade kunnat medföra en vårdskada, till vårdgivaren<sup>13</sup>.

Vårdgivare inom vissa verksamheter i psykiatri<sup>14</sup> har ytterligare skyldigheter i form av utredningsskyldighet och anmälningsskyldighet för händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Med andra skador än vårdskador avses till exempel att en anställd eller en patient skadas av en annan patient. Om en sådan skada bedöms vara en följd av säkerhetsbrister i verksamheten finns alltså också utredningsskyldighet, och om skadan är allvarlig, en anmälningsskyldighet enligt regelverket. Hälso- och sjukvårdspersonal inom sådan verksamhet har också rapporteringsskyldighet när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.<sup>15</sup>

I tidigare lagstiftning reglerades lex Maria genom en anmälningsskyldighet till tillsynsmyndigheten när en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av,

---

<sup>9</sup> Se 3 kap. 4 § PSL.

<sup>10</sup> Jfr prop. 1993/94:149 s. 118 f.

<sup>11</sup> Se 3 kap. 5 § PSL.

<sup>12</sup> Se 1 kap. 4 § PSL för vilka som avses med hälso- och sjukvårdspersonal. Regeringen får även meddela föreskrifter om att andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården ska omfattas av lagen.

<sup>13</sup> Se 6 kap. 4 § PSL.

<sup>14</sup> Den som bedriver verksamhet där det får ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning, se 3 kap. 6 § och 7 kap. 7 § PSL.

<sup>15</sup> Se 6 kap. 4 § andra stycket PSL.

allvarlig skada eller sjukdom.<sup>16</sup> När PSL trädde i kraft den 1 januari 2011 ändrades bestämmelserna avseende vilken typ av skada som skulle rapporteras och anmälas samt under vilka förhållanden detta skulle ske. Lex Maria-bestämmelserna omfattade alltså tidigare skador som en patient drabbats av i samband med en hälso- och vårdkontakt, men numer ska skadan alltså bedömas dels ha orsakats av händelser i verksamheten, dels ha kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, för att vårdgivaren ska vara utredningsskyldig.

#### 4.2.2 Skyldigheten att anmäla och utreda suicid och suicidförsök

Det finns i dag inte någon specifik reglering av hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete vid suicid eller suicidförsök.

I tidigare lagstiftning reglerades lex Maria genom en anmälnings-skyldighet till tillsynsmyndigheten när en patient *i samband* med hälso- och sjukvård drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av, allvarlig skada eller sjukdom<sup>17</sup>. Utifrån den lagstiftningen utfärdade Socialstyrelsen föreskrifter<sup>18</sup> som trädde i kraft den 1 februari 2006 och som innebar att det var obligatoriskt för vårdgivare i Sverige att utreda och anmäla samtliga suicid som kommit till vårdgivarens kännedom, där den avlidna haft kontakt med vården inom fyra veckor före dödsfallet. De tidigare föreskrifterna från Socialstyrelsen innehöll också allmänna råd om att en handling som av behandlingsansvarig yrkesutövare bedömts som suicidförsök och som föranletts av brister i undersökning, vård eller behandling skulle lex Maria-anmälas. Avseende suicidförsöken var det alltså en fråga om en sambandsbedömning mellan suicidförsöket och brister i undersökning, vård eller behandling, till skillnad från obligatoriet som gällde vid samtliga fullbordade suicid.

När PSL trädde i kraft den 1 januari 2011 ändrades bestämmelserna avseende vilken typ av skada som skulle rapporteras och anmälas samt under vilka förhållanden detta skulle ske. Lex Maria-bestämmelserna omfattade alltså tidigare skador som en patient drabbats av *i samband* med en hälso- och vårdkontakt. Numer ska vårdgivare i stället utreda

<sup>16</sup> Se de numer upphävda 2 kap. 7 § samt 6 kap. 4 § lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

<sup>17</sup> Se den numer upphävda 6 kap. 3 § lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

<sup>18</sup> Se de numer upphävda Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälnings-skyldighet enligt lex Maria.

händelser i verksamheter som har medfört, eller kunnat medföra, en vårdskada som de bedömer hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Eftersom ändringen av reglerna om lex Maria i PSL innebär att det inte längre fanns rättslig grund att ställa ett krav på vården att anmäla och utreda alla suicid, upphävdes föreskrifterna. Föreskrifterna upphörde att gälla den 1 september 2017, och har ersatts av andra föreskrifter som reglerar hur patientsäkerhetsarbete ska bedrivas inom verksamheter. I de nya föreskrifterna regleras även utredning av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada respektive hur en anmälan till tillsynsmyndigheten ska göras.<sup>19</sup> Föreskrifterna reglerar dock inte något specifikt kring suicid eller suicidförsök. IVO har utvärderat antalet inkomna anmälningar som rör suicid före respektive efter obligatoriets upphörande. IVO konstaterade att antalet lex Maria-anmälningar gällande suicid hade legat på en relativt konstant nivå under åren 2014–2017, men att det skett en betydande minskning av anmälningarna under perioden den 1 september 2017–30 juni 2018 i förhållande till jämförbar period före anmälningsplikten togs bort, dvs. den 1 september 2016–30 juni 2017.<sup>20</sup>

För att en vårdgivare ska vara skyldig att anmäla och utreda suicid och suicidförsök krävs i dag alltså att vårdgivaren bedömer att en händelse i verksamheten medfört, eller hade kunnat medföra, en vårdskada (suicid/suicidförsök) som hade kunnat undvikas med adekvata åtgärder från vårdens sida.

#### 4.2.3 Regleringen för utredningar av suicid som vårdskada

Om ett suicid eller ett suicidförsök bedömts som en vårdskada som berott på en händelse i verksamheten ska alltså vårdgivaren utreda händelsen. I 3 kap. 3 § PSL anges att utredningen ska dokumenteras och att syftet med utredningen ska vara att

---

<sup>19</sup> Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete och 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>20</sup> Inspektionen för vård och omsorg, *Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017*, 2018.

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska syfta till att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser, om de inte helt går att förhindra.

Socialstyrelsen har genom ett bemyndigande i 8 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ett mandat att utfärda föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. PSL, hur information ska ges till patienter och deras närstående enligt 3 kap. 8 § PSL, vilka uppgifter som ska ingå i en patientsäkerhetsberättelse enligt 3 kap. 10 § PSL samt föreskrifter om verkställighet av PSL.

I Socialstyrelsens föreskrifter<sup>21</sup> finns närmare bestämmelser och allmänna råd kring utredningar av vårdskada. Föreskrifterna anger att utredningens omfattning ska anpassas till händelsens karaktär. När det gäller *utredningar av allvarliga vårdskador*, som suicid torde klassas som, ska de enligt 3 kap. 4–6 §§ HSLF-FS 2017:40 bland annat innehålla:

- en beskrivning av händelseförloppet, när händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades
- vilka konsekvenser som händelsen har medfört eller hade kunnat medföra för patienten,
- vårdgivarens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen,
- vilka åtgärder som är beslutade och har vidtagits eller ska vidtas för att förhindra att en liknande händelse inträffar igen,
- vem eller vilka som ansvarar för uppföljningen av åtgärderna, samt
- hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet.

---

<sup>21</sup> Se 3 kap. HSLF-FS 2017:40.

Det är inte ovanligt att personer som har kontakt med en vårdgivare, exempelvis specialistspsykiatri, också kan ha insatser från andra verksamheter. Det kan handla om kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården eller med andra offentliga aktörer såsom socialtjänsten, skolan, Statens institutionsstyrelse (SiS), Kronofogdemyndigheten, Försäkringskassan eller Kriminalvården. Det finns inget krav i gällande lagstiftning på att vårdgivare ska göra gemensamma utredningar av vårdskador eller att utredningen ska ske i samverkan med eventuellt andra berörda aktörer.

I PSL och i Socialstyrelsens föreskrifter anges dock att patienten eller närstående ska ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen vid allvarliga vårdskador.<sup>22</sup> Enligt föreskrifterna ska annan vårdgivare informeras om vårdskadan bedöms helt eller delvis ha sitt ursprung i dennes verksamhet, detta under förutsättning att det inte finns hinder enligt gällande regler om sekretess eller tystnadsplikt. Socialstyrelsen har även publicerat en handbok<sup>23</sup> till stöd för de verksamheter som ska genomföra utredningarna. I handboken konstateras bland annat att patientsäkerheten kan äventyras av brister i samverkan och samarbete, både inom en enskild verksamhet<sup>24</sup> och mellan olika vård- och omsorgsgivare.<sup>25</sup> I handboken konstaterar Socialstyrelsen vidare att gemensamma utredningar skulle kunna öka och fördjupa förståelsen av orsakerna till händelserna.<sup>26</sup> Gemensamma utredningar eller samverkan kring en utredning samt kontakt med efterlevde och närstående kan hindras av regler om sekretess och tystnadsplikt.

---

<sup>22</sup> Se 3 kap. 4 § PSL, 3 kap. 6 § resp. 4 kap. 4 § HSLF-FS 2017:40.

<sup>23</sup> Socialstyrelsen, *Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete*, 2019.

<sup>24</sup> Till exempel mellan olika enheter eller olika organisatoriska delar i samma verksamhet och olika personalgrupper.

<sup>25</sup> Till exempel andra vårdgivare eller givare av insatser enligt SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

<sup>26</sup> Socialstyrelsen, *Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete*, 2019, s. 54 f.



## 4.3 Regelverket för socialtjänstens kvalitetsarbete vid suicid och suicidförsök

### 4.3.1 Lex Sarah

En del av socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete är de regler som brukar kallas *lex Sarah* och som gäller missförhållanden i den verksamhet som bedrivs inom socialtjänsten, SiS eller verksamhet som bedrivs enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).<sup>27</sup> Härefter i detta kapitel benämns dessa verksamheter som ”socialtjänsten eller LSS-verksamhet”.<sup>28</sup>

Centrala skyldigheter i bestämmelserna om *lex Sarah* är rapporteringsskyldighet, utredningsskyldighet och anmälningsskyldighet av missförhållanden samt skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet. Syftet med bestämmelserna om *lex Sarah* är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till och inte upprepas.<sup>29</sup> Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer.

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller LSS-verksamhet ska genast rapportera till ansvarig<sup>30</sup> om den får kännedom om ett missförhållande eller någon påtaglig risk för missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för insatser. Den ansvariga ska utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet.<sup>31</sup> Rapporteringsskyldigheten gäller missförhållanden som drabbar/kan drabba såväl den som får insatser som den som kan komma i fråga för insatser. Rapporteringsskyldigheten gäller under hela handläggningen. Utöver pågående insatser gäller den exempelvis även under prövningen av om någon är berättigad till en insats som kan falla inom socialtjänstens eller LSS-verksamhetens område samt i uppsökande verksamhet.<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> Se 14 kap. 3, 5–7 §§ SoL samt 24 b, d–f §§ LSS.

<sup>28</sup> I SOU 2020:47 föreslås en ny socialtjänstlag. I den föreslagna lagen regleras vilka verksamheter som omfattas av skyldighet att ta emot rapporter om missförhållanden samt att utreda, anmäla och avhjälpa missförhållanden i kap. 26. Någon ändring i sak föreslås inte. I skrivande stund har någon proposition om ny socialtjänstlag inte lagts fram.

<sup>29</sup> Prop. 2009/10:131 s. 21 f. och 32 f.

<sup>30</sup> Rapporteringen ska ske till i lag utpekade ansvariga beroende på vilken verksamhet det rör sig om.

<sup>31</sup> Se 14 kap. 3, 5 och 6 §§ SoL samt 24 b, d och e §§ LSS.

<sup>32</sup> Se prop. 2009/10:131 s. 38 f.

Ett *allvarligt missförhållande* eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska snarast anmälas till IVO. Den utredning som gjorts med anledning av det inträffade ska bifogas anmälan. Anmälan ska göras av den som i lag utpekats vara ansvarig att motta rapporteringen.<sup>33</sup>

Socialstyrelsen har enligt 8 kap. 5 § 1 socialtjänstförordningen (2001:937) bemyndigats att utfärda verkställighetsföreskrifter om socialtjänstlagen. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter<sup>34</sup> som bland annat närmare definierar vad som ska rapporteras, utredas respektive anmälas som ett missförhållande. Enligt föreskrifterna avses med *missförhållanden* såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med en *påtaglig risk för ett missförhållande*, som också ska rapporteras, avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.<sup>35</sup> Om hotet eller konsekvenserna för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa bedöms som allvarliga är det fråga om ett *allvarligt missförhållande* eller *påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande*<sup>36</sup>, och ska alltså anmälas till IVO.

#### 4.3.2 Skyldigheten att rapportera, utreda och anmäla suicid och suicidförsök

Precis som i den nuvarande regleringen för hälso- och sjukvården, finns ingen uttrycklig skyldighet för socialtjänsten eller LSS-verksamheter att rapportera, anmäla eller utreda just suicid eller suicidförsök. Det krävs att verksamheten i fråga bedömer att det rör sig om ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande, som rör någon som fått eller kunnat komma i fråga att få insatser av verksamheten. Ett missförhållande i sammanhanget är att någon har utfört en handling eller underlåtit att utföra en handling som borde ha utförts.

Socialstyrelsen har gett ut en handbok om lex Sarah.<sup>37</sup> I handboken exemplifieras missförhållanden som olika övergrepp, brister i bemötande och användning av tvångsåtgärder, men också brister vid

<sup>33</sup> Se 14 kap. 6 och 7 §§ SoL respektive 24 e och f §§ LSS.

<sup>34</sup> Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5).

<sup>35</sup> Se 2 kap. 3 § SOSFS 2011:5.

<sup>36</sup> Se 6 kap. 1 § SOSFS 2011:5.

<sup>37</sup> Socialstyrelsen, *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, 2014.

utförande av en beviljad insats eller brister i handläggningen av ett ärende. Handlingar som inte har utförts, av försummelse eller andra skäl som tidsbrist eller glömska, kan till exempel vara insatser eller delar av insatser som inte har utförts, eller brister i utförandet av en insats eller handläggningen av ett ärende.<sup>38</sup> För att socialtjänsten eller en LSS-verksamhet ska vara skyldig att utreda en händelse krävs att missförhållandet bedöms ha inneburit hot mot, eller konsekvenser för, den enskildes liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa. Suicid och suicidförsök ska således utredas om de genomförts på grund av ett missförhållande i verksamheten.

### 4.3.3 Regleringen för utredningar av suicid vid missförhållanden

Som konstaterats ovan ska ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande i en verksamhet, dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Bestämmelserna om lex Sarah är en del av kvalitetsarbetet i verksamheten, syftet är att missförhållanden inte ska uppstå eller upprepas.<sup>39</sup> Därför är det viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på systemnivå. Syftet med utredningen är alltså inte att peka ut en enskild anställd som syndabock, utan att förstå varför missförhållandet kunde inträffa i verksamheten.<sup>40</sup>

Socialstyrelsens föreskrifter reglerar närmare hur utredningen ska dokumenteras.<sup>41</sup> Dokumentationen av utredningen ska bland annat innehålla vad det rapporterade missförhållandet eller risken för ett missförhållande har bestått i och vilka konsekvenser det har fått eller kunde ha fått för den enskilde, de orsaker till missförhållandet eller risken för ett missförhållande som har identifierats, om något liknande har inträffat i verksamheten tidigare och i så fall varför det har inträffat igen, och bedömningen av om något liknande skulle kunna inträffa igen. Av dokumentationen ska det vidare framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att undanröja eller avhjälpa missförhållandet eller risken för ett missförhållande. De åtgärder som har vidtagits

<sup>38</sup> Socialstyrelsen, *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, 2014, s. 48 och s. 51 f.

<sup>39</sup> Prop. 2009/10:131 s. 21 f. och s. 32 f.

<sup>40</sup> Socialstyrelsen, *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, 2014, s. 72.

<sup>41</sup> Se 5 kap. SOSFS 2011:5.

eller planeras i verksamheten för att förhindra att liknande missförhållanden eller risker för missförhållanden uppkommer igen ska dokumenteras. Dokumentationen ska också innehålla vad som i övrigt har framkommit under utredningen, och vilket beslut eller ställningstagande som utredningen har avslutats med.

Föreskrifterna innehåller inte någon skyldighet att höra den enskilde i fråga eller närstående, däremot ett allmänt råd om att den enskilde som berörs alltid bör underrättas om ett missförhållande som har inträffat. Socialstyrelsen framhåller dock i sin handbok att utredaren i de flesta utredningar behöver tala med den enskilde, den som har lämnat rapporten, den närmaste arbetsledaren och den eller de som enligt rapporten har varit med i den situation som har rapporterats för att ta reda på vad som hänt.<sup>42</sup>

Föreskrifterna innehåller inte någon bestämmelse om samverkan med andra verksamheter eller andra aktörer om den enskilde i fråga varit föremål för insatser från olika håll. Gemensamma utredningar eller samverkan kring en utredning samt kontakt med efterlevde och närstående kan hindras av regler om sekretess och tystnadsplikt.

#### 4.4 Tillsyn över lex Sarah och lex Maria-regelverken

Hälso- och sjukvården står enligt 7 kap. PSL under tillsyn av IVO. Som nämnts ovan har hälso- och sjukvården en skyldighet att anmäla allvarliga vårdskador till IVO och att skicka in sin utredning av händelsen. IVO ska i sin tur säkerställa att händelser som vårdgivare har anmält till myndigheten har utretts i nödvändig omfattning, samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet.<sup>43</sup>

Inom ramen för sin tillsyn ska IVO granska att verksamheter och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Det innebär bland annat att IVO kan granska om hälso- och sjukvårdsverksamheter bedrivs så att kraven på en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) uppfylls eller kraven på patientsäkerhet enligt PSL uppfylls. Tillsynen inriktas främst på just granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter avseende patientsäkerhetsfrågor. IVO ska, inom ramen för sin tillsyn, kontrollera att bris-

---

<sup>42</sup> Socialstyrelsen, *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, 2014, s. 73.

<sup>43</sup> Se 7 kap. 8 § PSL.

ter och missförhållanden avhjälpas och har möjlighet att fatta beslut om förelägganden och förbud vid exempelvis missförhållanden som utgör fara för patientsäkerheten.<sup>44</sup>

IVO ska höra patienter och deras närstående om de förhållanden som tillsynen rör, om det inte bedöms som olämpligt eller obehövt.<sup>45</sup> Vid tillsyn som rör barns förhållanden får barnet höras om det kan antas att barnet inte tar skada av samtalet. Barnet får höras utan vårdnadshavarens samtycke och utan att vårdnadshavaren är närvarande.<sup>46</sup> IVO ska vidare säkerställa att patienters erfarenheter fortlopande används som underlag för beslut om tillsynens inriktning.<sup>47</sup> I IVO:s instruktion framkommer också att ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen<sup>48</sup>. Vidare ska IVO också följa Barnkonventionen vid sin tillsyn, vilken bland annat också innebär att barns åsikter ska beaktas.

Vidare ska IVO sprida information till vårdgivare och berörda myndigheter om inträffade händelser som har anmälts till myndigheten samt i övrigt vidta de åtgärder som anmälan motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet.<sup>49</sup> Lagstiftaren har uttalat att lex Maria-anmälningar sedan länge varit en av de viktigaste informationskällorna till stöd för arbetet med förbättrad patientsäkerhet och kvalitet i vården samt att anmälningar om risksituationer och riskhändelser har stor betydelse för tillsynsmyndighetens förebyggande tillsynsarbete. En anmälan från en vårdgivare innebär att risker blir kända och kan analyseras på nationell nivå och att erfarenheterna sedan återförs till hälso- och sjukvården.<sup>50</sup>

De verksamheter som lex Sarah-bestämmelserna gäller för står också under tillsyn av IVO.<sup>51</sup> Inom ramen för sin tillsyn ska IVO granska att verksamheter uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter, exempelvis att kraven på insatser som ställs i socialtjänstlagen och LSS uppfylls. IVO ska inom ramen för sin tillsyn kontrollera att brister och missförhållanden avhjälpas. Om ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, har IVO möjlighet att fatta beslut att förelägga den som sva-

---

<sup>44</sup> Se 7 kap. 3 och 4 §§ PSL.

<sup>45</sup> Se 7 kap. 4 a § PSL.

<sup>46</sup> Se 7 kap. 5 § PSL.

<sup>47</sup> Se 7 kap. 6 § PSL.

<sup>48</sup> Se 2 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

<sup>49</sup> Se 7 kap. 9 § PSL.

<sup>50</sup> Prop. 1995/96:176 s. 67.

<sup>51</sup> Se 13 kap. SoL och 25–26 §§ LSS.

rar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. I vissa situationer vid allvarliga missförhållanden eller vid missförhållanden som innebär fara för enskildas liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt kan IVO helt eller delvis förbjuda fortsatt verksamhet respektive helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten.<sup>52</sup>

Det finns inga uttryckliga bestämmelser i SoL eller LSS som reglerar enskildas och närståendes delaktighet i IVO:s tillsyn, utöver när det gäller barnperspektivet. Vid tillsyn som rör barns förhållanden får barnet höras om det kan antas att barnet inte tar skada av samtalet. Barnet får höras utan vårdnadshavarens samtycke och utan att vårdnadshavaren är närvarande<sup>53</sup>. I IVO:s instruktion finns dock angivet att ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen.<sup>54</sup> Vidare ska IVO också följa Barnkonventionen vid sin tillsyn, vilken bland annat också innebär att barns åsikter ska beaktas.

IVO ska också inom ramen för sin tillsyn bland annat lämna råd och ge vägledning, samt förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen.<sup>55</sup>

#### 4.5 Sekretess, tystnadsplikt och andra bestämmelser till skydd för den personliga integriteten

Som tidigare konstaterats kan det finnas vinningar med att olika aktörer samverkar kring utredningar efter suicid, men att sådan samverkan kan hindras av regler som är till för att skydda enskildas personliga integritet.

Det finns ingen definition i lag av begreppet *personlig integritet*. Integritetskommittén kartlade och analyserade risker för integritetsintrång i den personliga integriteten ur ett individperspektiv i samband med användning av it. En utgångspunkt för kommitténs arbete var den enskildes rätt till privata tankar och förtrolig kommunikation med andra, samt den enskildes möjligheter att själv avgöra vem som i olika sammanhang ska få ta del av uppgifter.<sup>56</sup> I den svenska rättsordningen är offentlighetsprincipen central och innefattar bland annat rätten att ta del av allmänna handlingar, den så kallade hand-

<sup>52</sup> Se 13 kap. 2, 3 och 8–10 §§ SoL respektive 26, 26 a samt 26 d–h §§ LSS.

<sup>53</sup> Se 13 kap. 4 § SoL respektive 26 b § LSS.

<sup>54</sup> Se 2 § förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

<sup>55</sup> Se 13 kap. 3 § SoL respektive 26 a § LSS.

<sup>56</sup> Se SOU 2016:41 s. 148.

lingsoffentligheten, vilken skulle kunna innebära en inskränkning av den personliga integriteten i de fall allmänna handlingar innefattar personuppgifter. Det finns dock bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt som begränsar rätten att ta del av allmänna handlingar till förmån för enskildas integritet med hänsyn till skyddet för enskilda personliga eller ekonomiska förhållanden. Vidare finns regler om olika verksamheters hantering av enskildas personuppgifter och särskilt känsliga personuppgifter.

Bestämmelserna om sekretess, tystnadsplikt och hantering av personuppgifter är ett omfattande regelverk som innehåller komplexa bedömningar. Sekretessbestämmelserna innebär att det i varje enskild situation ska göras en bedömning av om uppgifter kan lämnas ut över en sekretessgräns. För att sekretessreglerade uppgifter ska kunna lämnas ut krävs att det finns en sekretessbrytande bestämmelse som tillåter att sekretessbelagda uppgifter kan lämnas ut, att det föreligger en nödsituation (nödrätten), eller att en menprövning gör det möjligt.

Nedan återges några av de centrala bestämmelser som kan vara relevanta när vårdgivare, socialtjänsten eller LSS-verksamheter behöver samverka eller inhämta information av andra. Det kan handla om en vårdgivare, socialtjänst eller LSS-verksamhet som behöver samverka eller inhämta information av varandra, olika delar av hälso- och sjukvården, andra offentliga aktörer eller närstående, i en lex Sarah eller lex Maria-utredning vid suicid eller suicidförsök.

#### 4.5.1 Hantering av personuppgifter

I dataskyddsförordningen<sup>57</sup> finns de grundläggande reglerna för personuppgiftsbehandling. Dataskyddsförordningen är bindande och ska tillämpas direkt i varje EU-medlemsstat, nationell rätt får endast reglera frågor där dataskyddsförordningen medger kompletterande nationell reglering. Dataskyddsförordningen tillämpas i huvudsak, med vissa undantag, på all behandling av personuppgifter som helt eller delvis görs på automatisk väg, samt på annan behandling än automatisk av personuppgifter som ingår i, eller kommer att ingå i, ett register. Personuppgifter kan sägas vara uppgifter som kan knytas till en levande person. I detta sammanhang kan det vara en person som

---

<sup>57</sup> Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

överlevt suicidförsök och dess närstående eller närstående till någon som avlidit i suicid.

En förutsättning för att personuppgifter ska få behandlas är att det finns en rättslig grund i artikel 6 i dataskyddsförordningen. Om det finns en rättslig grund som tillåter personuppgiftsbehandlingen behöver personuppgiftsansvariga också beakta de grundläggande principerna i artikel 5 om laglighet, korrekthet och öppenhet, ändamålsbegränsning, uppgiftsminimering, lagringsminimering, integritet och konfidentialitet.

Känsliga personuppgifter har ett starkare skydd i dataskyddsförordningen. I artikel 9 finns ett generellt förbud mot att behandla särskilda kategorier av uppgifter inklusive uppgifter om hälsa. För att få behandla sådana personuppgifter måste det finnas något tillämpligt undantag mot förbudet. Behandlingen måste också i vissa angivna fall även ha stöd i nationell rätt, i Sverige finns det stödet i bland annat i patientdatalagen (2008:355), PDL, och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoL-PuL). Uppgifter som omfattas av sekretess är normalt sett att anse som känsliga. De uppgifter om hälsa och personliga förhållanden som socialtjänsten, LSS-verksamheter och hälso- och sjukvården behandlar omfattas som huvudregel av sekretess i 25 respektive 26 kapitlet OSL.

I PDL finns bestämmelser om hur personuppgifter får hanteras i hälso- och sjukvården. Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården, vilket brukar kallas *hälso- och sjukvårdens inre sekretess*<sup>58</sup>. Till skydd för enskildas personliga integritet finns också regleringar i lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring under vilka förutsättningar vårdgivare kan dela journaler med varandra, så kallad *sammanhållen journalföring*, samt med vissa delar av socialtjänsten. Detta bygger bland annat på patientens samtycke. En vårdgivare eller omsorgsgivare får använda/behandla uppgifter som en annan vårdgivare eller omsorgsgivare lagt in i registret under vissa förutsättningar, bland annat att det ska finnas en existerande patient-/omsorgsrelation, det finns samtycke från den enskilde och uppgifterna behövs för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten alternativt har betydelse för omsorgsinsatsen. Uppgifterna är också be-

---

<sup>58</sup> Se 4 kap. 1 § PDL.



lagda med absolut sekretess (dvs. att uppgifterna inte får användas) om inte ovan nämnda förutsättningar är uppfyllda.<sup>59</sup>

I SoL-PuL finns ytterligare regleringar för hur bland annat socialtjänsten och LSS-verksamheter får hantera personuppgifter. Personuppgifter inom socialtjänsten eller en LSS-verksamhet får bara behandlas om det är nödvändigt för att arbetsuppgifter inom verksamheten ska kunna utföras, även här finns alltså en s.k. inre sekretess<sup>60</sup>. För att en anställd inom socialtjänsten eller inom en LSS-verksamhet ska vara behörig att ha en viss tillgång till uppgifter krävs att socialtjänsten eller verksamheten har ett behov av att den anställde har sådan tillgång. Vidare regleras vilken typ av personuppgifter som får behandlas och att känsliga personuppgifter får behandlas<sup>61</sup> med stöd av artikel 9.2 h i EU:s dataskyddsförordning under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt.

#### 4.5.2 Sekretess och sekretessens gränser

Bestämmelser om sekretess för den offentliga hälso- och sjukvården finns i huvudsak i 25 kap. OSL och för socialtjänsten och LSS-verksamheter i 26 kap. OSL. Huvudregeln är att hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter inte utan samtycke får lämna ut uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, såvida det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

Vid en utredning efter ett suicid eller ett suicidförsök kan socialtjänsten, LSS-verksamheter och hälso- och sjukvården ha behov av att kunna lämna ut uppgifter om berörd person. Det får alltså bara göras om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men eller om en sekretessbrytande bestämmelse tillåter det. Se mer om menprövningen under avsnitt 4.5.3 och om sekretessbrytande bestämmelser under avsnittet 4.5.4 nedan.

OSL gäller myndigheters verksamhet. Bestämmelserna är till för att skydda enskildas integritet och begränsar vilka som får ta del av uppgifterna. På motsvarande sätt finns det bestämmelser om tystnadsplikt för verksamhet som bedrivs av privata vårdgivare eller enskilda verk-

<sup>59</sup> Se 25 kap. 2 § OSL och 3 kap. 1, 2, 3, 4, 5 samt 6 §§ lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

<sup>60</sup> Se 6 § SoL-PuL.

<sup>61</sup> Se 7 § SoL-PuL.

samheter. Tystnadsplikten innebär att en uppgift inte obehörigen får lämnas ut från en privat vårdgivare, se i 6 kap. 12 § PSL. Den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet enligt SoL eller LSS får inte obehörigen röja vad man fått veta om enskildas personliga förhållanden enligt 15 kap. 1 § SoL samt 29 § LSS. Det saknas bestämmelser som tydligt definierar vad ett obehörigt röjande är, men viss ledning kan sökas i den menprövning som ska göras enligt OSL samt andra bestämmelser i OSL, till exempel de som reglerar när sekretessen kan brytas. Enligt förarbeten är ståndpunkten från lagstiftarens sida att den enskilde ska ha samma skydd för sin personliga integritet vare sig den står i kontakt med en offentlig eller privat verksamhet.<sup>62</sup>

*Sekretessgränsen* definierar i förhållande till vem sekretessen gäller och innebär att sekretessbelagda uppgifter inte får lämnas ut över gränsen om inte en sekretessbrytande bestämmelse eller menprövningen tillåter det. Sekretessen gäller i förhållande till den enskilde själv, till dess närstående, till andra enskilda men också mellan myndigheter. Sekretess gäller även mellan olika verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet om verksamhetsgrenarna är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra. All hälso- och sjukvård som lyder under samma nämnd inom en region eller en kommun utgör en och samma verksamhetsgren i OSL:s mening.<sup>63</sup>

Sekretessgränsen runt en myndighet gäller till exempel i förhållande till en privat vårdgivare eller till en enskild verksamhet. Samma regler om handlingars offentlighet och sekretess gäller också för regionala och kommunala bolag<sup>64</sup>, dvs. aktiebolag, handelsbolag, ekonomiska föreningar och stiftelser där regioner och kommuner utövar ett rättsligt bestämmande inflytande. Sådana bolag, föreningar och stiftelser är således jämställda med myndigheter när man tillämpar OSL.

Även om det inte finns någon sekretessgräns inom en myndighet (eller mellan myndigheter inom samma verksamhetsgren) är det inte fritt fram för personal inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller en LSS-verksamhet att utbyta sekretessbelagda uppgifter. Då gäller den så kallade *inre sekretessen*: att personalen får ta del av doku-

---

<sup>62</sup> Prop. 1980/81:28 s. 23 och s. 28, prop. 1981/82:186 s. 26. Se också prop. 2007/08:126 s.46, 133 samt s. 248 som i sin tur hänvisar till prop. 2005/06:141, s. 63 och prop. 2005/06:161 s. 82 och 93.

<sup>63</sup> Se prop. 2007/08:126 s. 163.

<sup>64</sup> Prop. 1993/94:48 s. 16 f.

menterade uppgifter om en enskild, endast om han eller hon behöver uppgifterna för sitt arbete, inom den aktuella verksamheten.

### 4.5.3 Menprövning

Vilken menprövning som ska göras beror på vilken nivå av sekretess som gäller för uppgiften. Nivån på sekretessen är olika inom olika myndigheter och för olika uppgifter. Inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter råder sekretess med omvänt skaderekvisit för uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga uppgifter. Det innebär att sekretess råder som huvudregel och uppgiften får röjas endast om det står klart att uppgiften kan lämnas ut utan att det medför men för den uppgiften rör eller skada för det intresse som ska skyddas. Hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter ska vid en menprövning pröva om den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden lämnas ut.

Menprövningen ska vara vid och avser i huvudsak de olika kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifterna lämnas ut. Med *men* avses sådant som att någon blir utsatt för andras missaktning om hans eller hennes personliga förhållanden blir kända. Redan den omständigheten att vissa personer får kännedom om en ömtålig uppgift kan alltså vara tillräcklig för att ett men ska föreligga. Utgångspunkten för bedömningen ska vara den enskilde personens egen upplevelse.<sup>65</sup> En prövning av om uppgiften kan lämnas ut ska utgå från den enskildes situation och hur den enskilde skulle uppleva det om uppgiften om honom eller henne förs vidare till en eller flera personer eller myndigheter.

Hälso- och sjukvårdssekretessens utformning och den innebörd som lagts i begreppet *men* medför att möjligheterna att efter en menprövning lämna ut uppgifter är mycket begränsade. I princip kan uppgifter inte lämnas ut utan den enskildes samtycke om de inte är helt harmlösa. Om det inte kan uteslutas att den enskilde skulle tycka att det var obehagligt om andra fick kännedom om uppgiften som rör den enskilde och dennes situation kan uppgifterna som regel inte

---

<sup>65</sup> Se prop. 1979/80:2 Del A s. 83.

lämnas ut.<sup>66</sup> En liknande bedömning gäller inom socialtjänsten och i LSS-verksamheter.

Menprövningen innebär alltså en prövning av om den enskilde, eller någon närstående till denne, lider men och uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden lämnas ut. Begreppet närstående är inte definierat i lagtexten. Vem som ska anses som närstående kan inte anges generellt, utan utrymme måste finnas för olika bedömningar i det enskilda fallet. En närstående kan vara make, partner, sambo, särbo, barn, föräldrar eller syskon. Det behöver inte vara frågan om ett faktiskt släktskap, en mycket nära vän kan också omfattas. I övrigt får göras en bedömning i det enskilda fallet med utgångspunkt i hur nära relationen är eller varit.<sup>67</sup>

Sekretesskyddet för den som är avlidnen består i huvudsak. Detta följer i många fall redan av att uppgift inte får lämnas ut om det inte är tillräckligt klart att uppgiften inte kommer att missbrukas till skada eller förklenande av den avlidnes nära anhöriga. Men sekretesskyddet kan också gälla till förmån för den avlidne själv.<sup>68</sup> Sekretess kan exempelvis gälla för integritetskänsliga uppgifter som det med fog kan antas att den avlidne inte skulle velat komma till någon annans kännedom ens efter hans eller hennes död.<sup>69</sup> Sekretessen kan alltså gälla både för att skydda den avlidnes minne och för att skydda de efterlevande mot att det kommer fram uppgifter om den avlidne som de med fog kan uppfatta som sårande.

I de fall hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller en LSS-verksamhet behöver inhämta uppgifter i samband med en utredning från annan offentlig aktör, kan olika nivåer av sekretesskydd gälla beroende på vilken myndighet som ska lämna uppgifterna. Det gäller också att inhämtandet av uppgifterna i sig inte avslöjar sekretessbelagda uppgifter, vilket kan vara svårt, exempelvis kan det avslöjas att en person varit patient vid en rättspsykiatrisk enhet eller fått insatser via SiS. Samma överväganden måste göras när uppgifter ska inhämtas från anhöriga eller andra aktörer. Vid en samverkan som förutsätter utbyte av personuppgifter behöver hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten och en LSS-verksamhet göra en sekretessprövning och menprövning enligt ovan, likaså behöver en offentlig samverkanspart göra sin sekretessprövning.

---

<sup>66</sup> Se JO 1982/83 s. 224.

<sup>67</sup> Se prop. 1993/94:149 s. 69 och 118–119, RÅ 2009 ref. 17 samt RÅ 1992 not 270.

<sup>68</sup> Prop. 1979/80:2 Del A s. 84.

<sup>69</sup> RÅ 2007 ref. 16.

Menprövningen ska sammanfattningsvis göras i varje enskilt fall utifrån de omständigheter som föreligger i det specifika fallet. Det innebär att huruvida uppgifter kan lämnas ut vid en utredning efter suicid eller suicidförsök kan variera mellan olika ärenden och beroende på vilken aktör det är fråga om att samverka med.

#### 4.5.4 Sekretessbrytande bestämmelser och undantag från sekretessen

Utöver möjligheten att lämna ut uppgifter efter en menprövning finns vissa sekretessbrytande bestämmelser som innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas ut under vissa förutsättningar. Om det finns en sekretessbrytande bestämmelse är hälso- och sjukvården, socialtjänsten och en LSS-verksamhet skyldig att lämna ut en uppgift på begäran av en annan myndighet eller enskild.<sup>70</sup> Nedan återges några sekretessbrytande bestämmelser som kan vara relevanta för lex Maria/lex Sarah-utredningar efter suicid och suicidförsök.

Det finns sekretessbrytande bestämmelser som kan tillämpas i all offentlig verksamhet. De är

- om den enskilde samtyckt till utlämnandet (10 kap. 1 § samt 12 kap. 2 § OSL)
- om utlämnandet är nödvändigt för fullgörandet av myndighetens uppgift (10 kap. 2 § OSL)
- om myndigheten har en lagstadgad uppgiftsskyldighet till annan myndighet (10 kap. 28 § OSL).

#### Samtycke

Samtycke till utlämnande av uppgifter kan vara partiellt, det kan antingen avse en viss uppgift i en större informationsmängd eller handla om att utlämnandet får ske till en viss utpekad person. Om uppgiften rör flera personer, exempelvis anhöriga, krävs samtycke av alla berörda för att ett utlämnande ska få ske. Ett samtycke får inte ges ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt förklarar sig avstå från sekretessen hos en viss myndighet eller tjänsteman.

---

<sup>70</sup> Se 6 kap. 4 och 5 §§ OSL.

## Nödvändigt utlämnade

När det gäller bestämmelsen om nödvändigt utlämnande kan en myndighet lämna ut sekretessbelagda uppgifter till andra myndigheter och enskilda om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet. Bestämmelsen möjliggör inte utlämnande av uppgifter som bara behövs i en annan myndighets verksamhet och enligt förarbetena ska bestämmelsen tillämpas restriktivt. Möjligheten att lämna ut uppgifter gäller bara om det verkligen krävs för att myndigheten ska kunna sköta sin verksamhet. Det kan handla om att uppgifter får lämnas till enskilda i delgivning med parter och andra underrättelser till enskilda som ett led i behandlingen av ett ärende.<sup>71</sup> Exempelvis för socialtjänsten att, i samband med en utredning avseende barn och misstanke om missförhållanden i hemmet, lämna ut de uppgifter som behöver lämnas för att den som tillfrågats i utredningsarbetet ska kunna lämna nöjaktiga svar till socialtjänsten.<sup>72</sup> Det kan vara svårt i det enskilda fallet att motivera att det är nödvändigt med samverkan och utlämnande av känsliga personuppgifter vid en lex Maria/lex Sarah utredning för att en myndighet verkligen ska kunna sköta sin uppgift utifrån dagens regelverk.

## Uppgiftsskyldighet

Om det enligt lag finns uppgiftsskyldighet till en annan myndighet kan utlämning ske. Att det föreligger en uppgiftsskyldighet gentemot en annan myndighet innebär dock inte att myndigheten på eget initiativ får kontakta den andra myndigheten och lämna ut uppgifterna, jfr nedan om anmälningsplikt.

Det är den berörda myndigheten som själv ska begära att uppgifterna lämnas ut. Exempel på bestämmelser som reglerar uppgiftsskyldighet i specifika situationer för hälso- och sjukvården är exempelvis 14 kap. 1 § andra stycket SoL där det anges att hälso- och sjukvården är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för en utredning om ett barns behov av skydd.

En ytterligare reglering av uppgiftsskyldighet finns i 6 kap. 15 § PSL som anger att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att lämna ut uppgifter om någon vistas på en sjukvårdsinrättning, om till exempel

---

<sup>71</sup> Prop. 1979/80:2 Del A s. 122, 465 och 494.

<sup>72</sup> JO 1990/91 s. 366.

en domstol eller en polismyndighet begär det eller om uppgifterna behövs för en rättsmedicinsk undersökning.

Sekretess för uppgifter inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården hindrar enligt 26 kap. 9 § respektive 25 kap. 12 § OSL heller inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet, eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
3. vårdas med stöd av LPT eller LRV.

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Bestämmelsen möjliggör samverkan kring vård- och omsorgsinsatser för de utpekade grupperna men kan inte användas enbart för en lex Maria/lex Sarah-utredning.

Uppgiftsskyldigheten kan vara utformad som en anmälningsskyldighet. Vid en anmälningsskyldighet gentemot en annan myndighet ska myndigheten på eget initiativ kontakta den andra myndigheten och lämna ut uppgifter om förutsättningarna för det är uppfyllda. Sådana bestämmelser för hälso- och sjukvården är exempelvis bestämmelserna om lex Maria, se 3 kap. 5–7 §§ PSL samt anmälan om barn som far illa i 14 kap. 1 § SoL. Bestämmelserna kan inte användas för att inhämta uppgifter till en lex Maria/lex Sarah-utredning.

Sekretess hindrar heller inte att en uppgift lämnas till en myndighet, om uppgiften behövs där för tillsyn över den myndighet där uppgiften finns. Sekretessbelagda uppgifter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter får lämnas till bland annat Riksdagens ombudsmän (JO), Justitiekanslern (JK) och IVO enligt 10 kap. 17 § OSL.

I 10 kap. 27 § OSL finns ett brett undantag från sekretess när det gäller att lämna uppgift till en annan myndighet. Bestämmelsen kallas ofta *generalklausulen* och innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas till en annan myndighet (eller verksamhetsgren) om det är uppenbart att intresset av att uppgifterna lämnas har företräde framför

det intresse som sekretessen ska skydda. Hälso- och sjukvårdssekretessen samt socialtjänstsekretessen har dock undantagits från general-klausulens tillämpningsområde.

I 25 kap. 10 § OSL föreskrivs vissa undantag från hälso- och sjukvårdssekretessen. Undantagen gäller främst vissa beslut som avser myndighetsutövning mot enskilda. Bland annat gäller bestämmelsen personer med skadligt bruk och beroende och som innebär att hälso- och sjukvården får lämna uppgifter till socialtjänsten om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd.

Sammanfattningsvis finns vissa sekretessbrytande bestämmelser i specifika situationer, men ingen som specifikt avser utredningar efter suicid. Det innebär att huruvida uppgifter kan lämnas ut vid en utredning efter suicid eller suicidförsök kan variera mellan olika ärenden. Det beror på vilken typ av information det handlar om, utfallet av en eventuell menprövning och vilka aktörer som ska dela information, eller samverka med varandra.

#### 4.5.5 Särskilt om sekretess när det gäller barn

Som tidigare nämnts har den som har vårdnaden om ett barn ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov blir tillgodosedda. Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Barnet ska alltså ha ett medinflytande som med tiden närmar sig eller, under vissa omständigheter, övergår till ett självbestämmande.<sup>73</sup>

I OSL finns särskilda bestämmelser om sekretess i förhållande till ett barns vårdnadshavare.<sup>74</sup> Enligt bestämmelsen gäller sekretess till skydd för ett barn även i förhållande till dennes vårdnadshavare. Sekretess gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den underåriges personliga angelägenheter, såvida inte det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren. Det innebär att vårdnadshavaren i regel har rätt att ta del av uppgifter som rör barnet.

---

<sup>73</sup> Se 6 kap. 1, 2, 11 och 13 §§ föräldrabalken.

<sup>74</sup> Se 12 kap. 3 § OSL.



I takt med att barnet blir äldre och mognare, och får en ökad självbestämmanderätt, övergår dock rätten att förfoga över sekretessen mer och mer till barnet. Men även om en vårdnadshavare har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter får en uppgift inte lämnas ut till vårdnadshavaren om det kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren. Det men som avses vid utlämnande ska vara betydande, till exempel genom att den unge kan skadas allvarligt psykiskt, fysiskt eller på annat sätt lida skada om uppgiften lämnas ut. Det torde i praktiken betyda att det i det enskilda fallet ska finnas speciella skäl som tyder på att en uppgift om den underårige kan komma att missbrukas av vårdnadshavaren i något avsevärt avseende.<sup>75</sup> Sekretessen mot vårdnadshavare gäller oberoende av barnets ålder, således även när det rör sig om yngre barn.

Bestämmelsen i OSL innebär också att om sekretess inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren förfogar denne ensam eller, beroende på barnets ålder och mognad, tillsammans med barnet över exempelvis frågan om att samtycka till att sekretessbelagda uppgifter lämnas ut. Vårdnadshavaren kan alltså i regel även ha rätt att häva sekretessen och bestämma om andra personer ska få ta del av sekretessbelagda uppgifter om barnet. I förarbetena<sup>76</sup> anges att vårdnadshavarnas samtycke till utlämnande är tillräckligt om barnet på grund av bristande mognad saknar all förmåga till bedömning av sekretessfrågan. För ungdomar måste dock, beroende på ålder och utveckling, personens eget samtycke många gånger anses vara tillräckligt. Mellan dessa två olika situationer ligger de fall när samtycke för utlämnande bör krävas både från barnet (eftersom allt större hänsyn ska tas till barnets vilja i takt med ålder och mognad) och från dess vårdnadshavare.

#### 4.5.6 Straffansvar och nöd

De tystnadsplikts- och sekretessbestämmelser som finns för att skydda den personliga integriteten för enskilda i myndighets- och verksamhetskontakter är förenade med straffansvar. Den som röjer en uppgift som han eller hon är skyldig att hemlighålla enligt OSL, patientdata-

---

<sup>75</sup> Prop. 1988/89:67 s. 38 och prop. 2008/09:150 s. 370 f.

<sup>76</sup> Prop. 1979/80:2 s. 330 och prop. 2008/09:150 s. 370 f.

lagen eller annan författning, kan enligt 20 kap. 3 § brottsbalken, BrB, dömas för brott mot tystnadsplikt till böter eller fängelse i högst ett år. Den som har lämnat ut uppgifter av oaktsamhet kan bara dömas till böter. I ringa fall döms inget straff ut alls.

Det kan dock finnas situationer när en uppgift behöver lämnas ut till en myndighet eller anhörig för att avvärja fara för liv och hälsa, en så kallad nödsituation. Nöd föreligger när fara hotar bland annat liv och hälsa. Eftersom det ska vara fråga om ett konkret (uppfattat) hot i en akutsituation kan bestämmelsen inte tillämpas vid utredning om vårdskada, eller vid socialtjänstens respektive en LSS-verksamhets utredning av missförhållanden vid suicid eller suicidförsök. Där-  
emot skulle den kunna vara aktuell i vissa suicidpreventiva situationer när en anställd vid en myndighet tagit emot ett självmordshot eller noterat akut suicidalt beteende och behöver bryta sekretess genom att lämna ut uppgifter till exempelvis en vårdgivare eller anhörig. Enligt 24 kap. 4 § BrB är en handling som begåtts i nöd ett brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Bedömningen utgår ifrån om handlingen varit nödvändig i den akuta situationen, det betyder också att handlingar som faller under nödrätten inte kan vara planerade. Handlingen, i detta sammanhang: utlämnandet av uppgiften, ska också stå i proportion till den fara som föreligger och situationen ska inte kunna lösas på ett mindre ingripande sätt. Nödrätten utgör inte en sekretessbrytande bestämmelse utan är en bedömning som görs i efterhand av domstol, om agerandet varit försvarligt och därmed är befriat från straffansvar, eller JO om ett utlämnande av uppgift varit försvarlig i situationen. Det innebär också att ansvaret för ett sådant utlämnande ligger på den anställde i fråga och inte på myndigheten.

#### **4.5.7 Sekretess och samverkan vid lex Sarah- och lex Maria-utredningar**

Sammanfattningsvis ska en sekretessprövning ske i varje enskilt fall när hälso- och sjukvården och socialtjänsten/en LSS-verksamhet behöver samverka med varandra eller andra vid en lex Maria/lex Sarah-utredning. De sekretessbrytande bestämmelserna som finns kan inte användas i någon större, generell omfattning i syfte att göra en lex Maria/lex Sarah-utredning efter suicid eller suicidförsök. I vissa en-

skilda fall kan dock sekretessbrytande bestämmelser möjliggöra samverkan kring vård- och omsorgsinsatser där ett led skulle kunna vara att utreda ett suicidförsök för att förstå vad som hänt och för att förhindra att det händer igen. Uppgifter som verksamheten fått genom de sekretessbrytande bestämmelserna kan också användas i en sådan utredning.

Om det däremot finns samtycke från samtliga berörda kan uppgifter lämnas ut för att samverkan kring utredning ska kunna ske, vilket i praktiken torde vara aktuellt främst när det gäller utredningar efter suicidförsök eller i de fall vårdnadshavare kan samtycka till utredning å sitt barns vägnar. Vidare kan menprövningen och nödbedömningen vara komplex och svår att tillämpa för att lämna ut uppgifter i en samverkan kring lex Maria/lex Sarah-utredningar.

Nödbestämmelsen blir dock inte aktuell att tillämpa i utredningar efter fullbordade suicid eftersom det inte handlar om att avvärja fara för liv och hälsa i en akut situation.

## 4.6 Rättsmedicinsk undersökning och dödsorsaksintyg

Socialstyrelsen för statistik över dödsfall och dödsorsak i Sverige i dödsorsaksregistret. Uppgifterna grundar sig på vad som framkommer av dödsorsaksintyget. De suicid som registreras i Socialstyrelsens dödsorsaksregister registreras i huvudsak utifrån uppgifter i det dödsorsaksintyg som utfärdats efter en rättsmedicinsk undersökning.

I 4 kap. 2 § begravningslagen (1990:1144) anges att vid dödsfall i Sverige ska bevis om dödsfallet (dödsbevis) och intyg om dödsorsaken utfärdas utan dröjsmål samt att dessa ska utfärdas av läkare.

Enligt 4 kap. 4 § begravningslagen ska läkare som fastställt att döden har inträtt eller som i annat fall ska utfärda dödsbeviset snarast möjligt anmäla dödsfallet till Polismyndigheten om förhållandena vid ett dödsfall är sådana att det kan finnas skäl för en rättsmedicinsk undersökning enligt lagen (1995:832) om obduktion m.m. (obduktionslagen).

En rättsmedicinsk undersökning av en avliden får göras enligt 13–15 §§ obduktionslagen bland annat om:

- undersökningen kan antas vara av betydelse för utredningen av ett dödsfall som inträffat under sådana omständigheter att det inte skäligen kan bortses från möjligheten att dödsfallet har samband med ett brott,
- undersökningen kan antas vara av betydelse för utredningen av ett dödsfall som inträffat under sådana omständigheter det kan misstänkas ha förekommit fel eller försummelse inom hälso- och sjukvården, eller
- om ett dödsfall kan antas ha orsakats av yttre påverkan och undersökningen behövs för att fastställa dödsorsaken.

Beslut om rättsmedicinsk undersökning som avses i 13–15 §§ obduktionslagen meddelas av Polismyndigheten och ska utföras av läkare.<sup>77</sup>

I 5 § första stycket begravningslagen anges att det är läkaren eller, om den avlidne vid dödsfallet vårdades på en sjukvårdsinrättning, inrättningen i fråga, som ska sända dödsorsaksintyget till den myndighet som regeringen bestämmer. I bestämmelsens andra stycke anges dock att efter en rättsmedicinsk undersökning ska dödsorsaksintyget sändas in av den myndighet som regeringen bestämmer.

Enligt 8 § begravningslagen får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om intyg om dödsorsaken. I 16 § andra och tredje stycket begravningsförordningen (1990:1147) anges bland annat att dödsorsaksintyget ska sändas till Socialstyrelsen inom tre veckor från det att dödsbeviset utfärdades. Efter den rättsmedicinska undersökningen svarar Rättsmedicinalverket för att intyget utfärdas och sänds in.

Enligt sin myndighetsinstruktion ansvarar RMV för bland annat rättsmedicinsk verksamhet i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan statlig myndighet. Myndigheten ansvarar särskilt för rättsmedicinska obduktioner och andra rättsmedicinska undersökningar.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Se 18 och 20 §§ obduktionslagen.

<sup>78</sup> Se 1 § och 2 § 2 förordning (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.

## 4.7 Utredningar av vissa dödsfall

Socialstyrelsen har ansvar för de så kallade skade- och dödsfallsutredningarna, som regleras i lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUB. Syftet med utredningarna är att ge regeringen underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga att barn far illa, eller vuxna utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller tidigare närstående personer, se 1 § LUB.

I 2 och 2 a §§ LUB anges när en utredning får genomföras. Det är bland annat när ett grovt våldsbrott har begåtts mot ett barn av en närstående och det finns anledning att anta att brottet har samband med något förhållande som har inneburit att barnet varit i behov av skydd. En utredning får också genomföras bland annat när en vuxen person avlidit med anledning av att ett brott begåtts mot dem av en närstående person, och det finns anledning att anta att brottet har samband med något förhållande som har inneburit att den vuxna personen varit i behov av skydd eller stöd och hjälp, för att förändra sin situation.

Utredningsmyndigheten får anlita experter och sakkunniga för att biträda utredningen och det är reglerat vilka myndigheter som har en skyldighet att ställa experter till förfogande, se 3 § LUB.

Enligt 3 a § LUB ska statliga förvaltningsmyndigheter, dock inte JO, JK och Riksrevisionen, genomföra tillsyn eller intern tillsyn av verksamhet som berörs av en utredning. Utredningsmyndigheten ska informera den myndighet som är ansvarig för tillsynen att ett ärende har inletts.

Polismyndigheten och åklagare har en underrättelseskyldighet avseende de ärenden som är aktuella för utredningsmyndigheten, se 4 § LUB. Andra relevanta myndigheter har en uppgiftsskyldighet till utredningsmyndigheten avseende de uppgifter som behövs för en utredning, se 5 och 5 a § LUB. Bestämmelserna om underrättelse- respektive uppgiftsskyldighet är sekretessbrytande.

Avseende utredningens genomförande regleras bland annat att en utredning ska klarlägga det händelseförlopp som föregått brottet i fråga, möjliga orsaker till händelsen och vilka åtgärder som har vidtagits eller kunnat vidtas för att skydda barnet eller skydda eller stödja och hjälpa den vuxna personen, se 7 § LUB.

Bestämmelser om behandling av personuppgifter i verksamhet enligt LUB finns i SoL-PuL. I LUB finns också en bestämmelse om

tystnadsplikt för en enskild person eller den som är eller varit verksam inom enskild verksamhet och som medverkat i en utredning som innebär att den inte obehörigen får röja vad denne då har fått veta om enskilds personliga förhållanden, se 10 § LUB. I övrigt finns en sekretessbestämmelse i 26 kap. 10 a § OSL som innebär att sekretess med omvänt skaderekvisit ska gälla för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som hänför sig till utredningsmyndighetens verksamhet. Bestämmelsen gäller även när experter från andra myndigheter biträder utredningsmyndigheten samt reglerar att för uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

I 5 och 6 §§ förordning (2007:748) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall anges bland annat att utredningsmyndigheten ska färdigställa en rapport till regeringen om utredningsverksamheten vartannat år. Rapporten ska bland annat innehålla de slutsatser som utredningsverksamheten gett upphov till, uppgifter om de åtgärder som redan har vidtagits av en statlig förvaltningsmyndighet samt eventuella förslag till ytterligare åtgärder som har som mål att förebygga att barn far illa eller att vuxna utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller tidigare närstående personer. Rapporten ska utformas på ett sådant sätt att den inte ger upphov till förmodan om skuld eller ansvar i samband med en händelse som utretts och inte heller till att personer som förekommer i utredningsmaterialet kan identifieras.

## 4.8 Lagen om skydd mot olyckor

Suicid kan vara en bakomliggande orsak till en olycka som leder till en räddningsinsats. Kommuner har ett ansvar för visst förebyggande arbete mot olyckor som kan leda till räddningsinsats samt för kommunal räddningstjänst.

### 4.8.1 Förebyggande verksamhet mot vissa olyckor

Enligt 3 kap. 1 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, LSO, ska kommunen, för att skydda människors liv och hälsa samt egendom och miljön, se till att åtgärder vidtas för att förebygga bränder och skador till följd av bränder samt, utan att andras ansvar inskränks, verka för att åstadkomma skydd mot andra olyckor än bränder. Kom-

munerna ska ta till vara möjligheterna att nyttja varandras resurser för förebyggande verksamhet.

Enligt 1 kap. 6 § LSO ska kommunerna, och de statliga myndigheter som ansvarar för verksamhet, enligt LSO samordna verksamheten samt samarbeta med varandra och med andra som berörs. I 1 kap. 3 a § LSO anges att förebyggande verksamhet som kommunerna ansvarar för enligt LSO ska planeras och organiseras så att den effektivt bidrar till att förebygga bränder och andra olyckor samt förhindra eller begränsa skador till följd av bränder och andra olyckor. Särskild vikt ska läggas vid att förhindra människors död och andra allvarliga skador.

Enligt förarbetena<sup>79</sup> till LSO var syftet med kommunens utpekade ansvar inte att kommunerna ska ha ett självständigt ansvar för förebyggande åtgärder mot olika typer av olyckor.<sup>80</sup> Kommunerna har ett ansvar att främja samordning och verka för att brister i säkerheten vid olika anläggningar och verksamheter rättas till. Tanken i LSO är att kommunen i större utsträckning ska ta initiativ till samordning av olycksförebyggande och skadebegränsande verksamheter inom kommunen.<sup>81</sup>

Genom samordningen är syftet att en samsyn mellan de olika inblandade aktörerna beträffande tryggheten och säkerheten i kommunen ska kunna uppnås. Denna samsyn ska sedan kunna ligga till grund för kommunens planering för det förebyggande arbetet. I förarbetena uttalas vidare att kommunerna också ska ta till vara möjligheterna att utnyttja varandras resurser för förebyggande verksamhet. Kommunerna får själva, utan inblandning från staten, bestämma formerna för ett sådant samarbete. Särskilt för mindre kommuner kan det vara en fördel att söka samarbete för att utveckla verksamheten. Det kan till exempel vara svårt att anställa personal med särskild kompetens. Ett samarbete mellan kommuner kan då vara en lösning. Samarbete kan ske genom särskilda avtal men också i kommunalförbund eller gemensam nämnd.<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> Prop. 2002/03:119 s. 55 f.

<sup>80</sup> Undantaget är brand där kommunerna har ett sådant självständigt ansvar.

<sup>81</sup> Det kan gälla samverkan med aktörer med ansvar inom till exempel trafiksäkerhetsområdet, plan- och byggsektorn, miljöförvaltningen, folkhälsoverksamheten, där verksamheten bland annat styrs av speciallagstiftning.

<sup>82</sup> Prop. 2002/03:119 s. 55 f.

## 4.8.2 Handlingsprogram

Enligt 3 kap. 3 § LSO ska en kommun ha ett handlingsprogram för förebyggande verksamhet. I programmet ska kommunen ange målen för verksamheten, de risker för olyckor som finns i kommunen och som kan leda till räddningsinsatser, och hur verksamheten är ordnad och hur den planeras. Innan kommunen antar ett handlingsprogram eller beslutar om betydande förändringar i programmet ska den samråda med de myndigheter som särskilt berörs av förändringarna.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har tillsyn över att kommunerna följer LSO och föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, se 5 kap. 1 a § LSO. MSB har vidare mandat att utfärda föreskrifter avseende kommunernas handlingsprogram för förebyggande verksamhet och räddningstjänst.<sup>83</sup>

MSB:s föreskrifter och allmänna råd (MSBFS 2021:1) om innehåll och struktur i kommunens handlingsprogram för förebyggande verksamhet och räddningstjänst definierar vad kommunernas handlingsprogram för förebyggande verksamhet ska innehålla. Av föreskrifterna framgår bland annat följande:

- I handlingsprogrammet ska framgå vilka risker för olyckor som kommunen har inventerat.
- Innan kommunen antar ett handlingsprogram eller beslutar om betydande förändringar i programmet ska den samråda med de myndigheter som särskilt berörs av förändringarna.
- Handlingsprogrammet ska också innehålla en beskrivning av kommunens risker, i form av bedömningar av vilka olyckor inom kommunens geografiska område som kan föranleda räddningsinsatser, hur ofta de kan förväntas inträffa och förväntade konsekvenser i de fall att de inträffar. Beskrivningen bör innefatta allt från olyckor som är vanligt förekommande till olyckor som kan inträffa sällan.
- Kommunen bör även beskriva den framtida, förväntade utvecklingen av risker för olyckor. Beskrivningen ska ske per olyckstyp utifrån lokala förhållanden enligt föreskriften. Exempelvis kan

---

<sup>83</sup> Se 10 kap. 1 § LSO och 5 kap. 3 § tredje stycket förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.



olyckstypen nödställd person utgöra en olyckstyp som ska beskrivas.<sup>84</sup>

Kommunens beskrivning per olyckstyp bör ta hänsyn till och beskriva den variation av risker som finns i kommunen inom respektive olyckstyp, exempelvis när det gäller objektstyp, plats eller omfattning. Kommunen ska också beskriva hur den har värderat riskerna. Värderingen bör innehålla slutsatser, som ska ligga till grund för de lokala mål kommunen ska fastställa för den förebyggande verksamheten.<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> Den vanligaste formen av nödställd person i räddningstjänsternas händelserapporter är suicid eller suicidförsök. Olyckstypen nödställd person definieras i räddningstjänsternas händelserapporter som "Avser människor i ett livsfarligt läge p.g.a. annat än brand, trafikolycka, utsläpp eller drunkning, och annat än ren hälso- och sjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen" se MSB, *Beskrivning av olyckor som kan leda till räddningsinsats Nationellt underlag som stöd och fördjupning till arbetet med kommunernas handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor*, 2021, s. 77–80.

<sup>85</sup> MSBFS 2021:1.



## 5 Ansvar och roller

Historiskt sett har arbetet med suicidprevention haft en nära koppling till hälso- och sjukvården, i synnerhet till psykiatrin. Över tid har dock fler aktörer involverats i arbetet och suicid ses alltmer som ett folkhälsoproblem som berör hela samhället, och inte bara den psykiatriska vården. Samhällets ansvar vid inträffade suicid är uppdelat på många olika aktörer. Statliga myndigheter, regioner, kommuner och civilsamhället spelar alla viktiga roller i det suicidpreventiva arbetet. Det handlar till exempel om förebyggande insatser för att undvika psykisk ohälsa och suicidhandlingar, akuta insatser i samband med risk för suicidhandlingar och uppföljning av inträffade suicid. Andra delar av arbetet handlar om att i efterhand fastställa vilka dödsfall som är suicidhandlingar och inte, samt att analysera hur förekomsten av suicid utvecklas över tid.

Utredningen vill understryka att det lärande som kan ske efter inträffade suicid är en av många pusselbitar i det stora arbetet med suicidprevention. I det här kapitlet beskriver vi därför olika aktörers ansvar och roller i arbetet med suicid och suicidprevention. Syftet är inte att ge en fullständig beskrivning av respektive aktörs insatser. Ambitionen är att det här kapitlet ska ge en relevant bakgrund till utredningens mer avgränsade frågeställning om hur vi kan öka lärandet efter suicid.

### 5.1 Regeringen

#### 5.1.1 Statliga satsningar inom psykisk hälsa

Staten har under en längre tid genomfört omfattande satsningar på området psykisk hälsa och suicidprevention. Under 1990-talet och början av 2000-talet var satsningarna i första hand inriktade på psy-

kiatri, socialtjänst och rehabilitering. Följande statliga satsningar har gjorts under perioden 1995–2023:

- Psykiatrireformen (1995–1998)
- Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 1: 2001–2004)
- Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 2: 2005–2007)
- Nationell psykiatrisamordning (2003–2006)
- Statens satsning på psykiatri och socialtjänst (2005–2006)
- Statens psykiatrisatsning (2007–2011)
- Rehabiliteringsgarantin (2008–2015)
- Nationellt handlingsprogram för suicidprevention (2008–pågående)
- Regeringens plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO) (2012–2016)
- Nationell strategi för psykisk hälsa ”Fem fokusområden fem år framåt” (2016–2020)
- Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (2016–2018)
- ”Det handlar om livet” förslag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.<sup>1</sup>

Det första nationella handlingsprogrammet för suicidprevention, som togs fram av dåvarande Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, antogs 2008 och utgick från ett bredare samhällsperspektiv på insatserna. Handlingsprogrammet omfattade även befolkningsinriktade insatser<sup>2</sup> och ingick som underlag till propositionen En förnyad folkhälsopolitik (2007/08:110). Där framgår riksdagens vision att ingen människa ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att suicid ses

---

<sup>1</sup> Utredningen har inte gjort en heltäckande sammanställning av regeringens samtliga insatser utan lyfter i det här kapitlet fram de som bedöms som relevanta för att beskriva det suicidpreventiva arbetet i stort och hur det utvecklats över tid.

<sup>2</sup> Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, *Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag*, 2006.

som den enda utvägen.<sup>3</sup> I handlingsprogrammet finns nio punkter för hur antalet suicid ska minska:

- Främja goda livschanser för mindre gynnade grupper.
- Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid.
- Minska tillgängligheten till medel och metoder för suicid.
- Se suicid som psykologiska misstag.
- Förbättra de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna.
- Sprid kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid.
- Höj kompetensen hos nyckelpersoner.
- Gör händelseanalyser vid suicid.
- Stöd frivilligorganisationer.

I dag används handlingsprogrammet av många aktörer som ett ramverk för det suicidpreventiva arbetet.<sup>4</sup>

Under 2015 initierade regeringen en översyn av arbetet med psykisk hälsa<sup>5</sup>, vilket bland annat innebar att regeringen tillsatte en nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. I en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (i dag Sveriges Kommuner och Regioner), för området psykisk hälsa redogjorde regeringen för en strategi för psykisk hälsa. Strategin fokuserade på såväl hela befolkningen som på de med olika former av psykisk ohälsa.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Prop. 2007/08:110.

<sup>4</sup> Folkhälsomyndigheten, *Nationellt handlingsprogram för suicidprevention*, hämtad 2023-10-31.

<sup>5</sup> Dir. 2015:138.

<sup>6</sup> Regeringskansliet och Sveriges kommuner och landsting, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*, 2015.

### 5.1.2 En ny nationell strategi

Strategin Fem fokusområden fem år framåt sträckte sig fram till 2020.<sup>7</sup> I juli 2021 gav regeringen därför Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med 24 andra myndigheter inkomma med underlag till en nationell strategi inom psykisk hälsa och suicidprevention.<sup>8</sup> Underlaget till den nya strategin överlämnades till regeringen den 1 september 2023 och kommer behandlas i riksdagen under hösten 2024.<sup>9</sup>

I arbetet med att ta fram underlaget till en ny strategi framkom att det finns ett relativt stort antal nationella styrdokument som på olika sätt berör psykisk hälsa eller suicidprevention. Det beror till stor del på att området är brett, sektorsövergripande och har anknytning till många andra perspektiv och samhällsfrågor.<sup>10</sup> Sammantaget har följande myndigheter ingått i arbetet med strategin.

- Arbetsmiljöverket
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
- Försäkringskassan
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Jämställdhetsmyndigheten
- Kriminalvården
- Läkemedelsverket
- Migrationsverket
- Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak)
- Myndigheten för delaktighet (MFD)
- Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF)
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

---

<sup>7</sup> Regeringen, *Fem fokusområden fem år framåt. Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020*, 2015.

<sup>8</sup> Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention Slutredovisning av regeringsuppdrag*, 2023.

<sup>9</sup> Prop. 2023/24:99.

<sup>10</sup> Lumell Associates AB, *Analys av svenska styrdokument som berör området psykisk hälsa och suicidprevention. Underlag inför framtagandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention*, 2021.

- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF)
- Polismyndigheten
- Rättsmedicinalverket (RMV)
- Sametinget
- Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- Statens institutionsstyrelse (SiS)
- Statens medieråd
- Statens skolverk
- Trafikverket
- Vetenskapsrådet
- Vinnova.

Den nationella strategin syftar bland annat till att stärka den statliga styrningen och skapa bättre förutsättningar för samordning och samverkan. Det är en stor mängd myndigheter som involverats i arbetet med strategin. Utöver myndigheterna har även 48 organisationer och föreningar bidragit med underlag till strategin. Att arbetet behövde breddas och involvera fler myndigheter och aktörer var något som hade lyfts fram av den nationella samordnaren för psykisk hälsa.<sup>11</sup> I underlaget till strategin föreslås den nya visionen vara:

Ett samhälle som främjar en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen, och där ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara suicid.<sup>12</sup>

De myndigheter som arbetat fram underlaget har bedömt att det är särskilt viktigt att samhällets ansvar lyfts fram. Det går även i linje med hur det övergripande målet för folkhälsopolitiken är formulerat. Målet är att folkhälsopolitiken ska skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Formuleringarna har i stort sett

---

<sup>11</sup> SOU 2018:90 s. 247.

<sup>12</sup> Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention Slutredovisning av regeringsuppdrag*, 2023, s. 39.

samma lydelse som i den folkhälsopolitiska propositionen från 2008. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bedömer att det är viktigt att suicidpreventionsområdet ingår i visionen, med i stort sett samma lydelse som tidigare, eftersom formuleringen är etablerad bland aktörerna inom området. Ett av de föreslagna övergripande målen är färre liv förlorade i suicid. I underlaget till strategin framgår att målet skulle innebära en ambitionshöjning i arbetet med suicidprevention:

Målet handlar om att åstadkomma en tydlig förflyttning mot den del av visionen som anger att ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara suicid. Det handlar om att minska suicidtalet i mycket snabbare takt jämfört med de senaste 20 åren.<sup>13</sup>

Utredningen noterar att regeringen har involverat en stor bredd av myndigheter i arbetet med den nationella strategin, men konstaterar också att det finns myndigheter som har kontakter med individer i utsatta situationer, såsom till exempel Kronofogdemyndigheten och Arbetsförmedlingen, som inte haft uppdrag att bidra till arbetet med strategin.<sup>14</sup>

### 5.1.3 Nationell styrning av lärandet efter suicid

De statliga ambitionerna för lärandet om suicid på nationell nivå består framför allt av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) tillsyn av utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök enligt lex Maria och lex Sarah och vissa utredningar som görs efter suicid inom trafiken och i samband med bränder. Vi återkommer till detta och på vilket sätt dessa utredningar bidrar till kunskap om suicid i kapitel 6.

I underlaget till den folkhälsopolitiska propositionen framgår att händelseanalyser är ett sätt att bidra till suicidprevention. Regeringen tillsatte 2009 en utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla händelseanalyser av inträffade suicid inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.<sup>15</sup> Utredningen tog namnet

---

<sup>13</sup> Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention Slutredovisning av regeringsuppdrag*, 2023, s. 40.

<sup>14</sup> Arbetsförmedlingen har dock, liksom Barnombudsmanen, Brottsförebyggande rådet, Diskrimineringsombudsmanen, Myndigheten för tillgängliga medier, Boverket, Delegationen mot segregation, E-hälsomyndigheten, Kulturrådet, Naturvårdsverket och länsstyrelserna, bjudits in för att bidra i arbetet med strategin.

<sup>15</sup> SOU 2010:45.



Självordspreventionsutredningen och lämnade sitt slutbetänkande den 30 juni 2010.<sup>16</sup>

Självordspreventionsutredningen konstaterade att det inte fanns förutsättningar att utöka skyldigheten att göra utredningar vid suicid till fler samhällsaktörer än socialtjänsten. Ju fler samhällsaktörer som åläggs en utredningsskyldighet vid suicid, desto större skulle integritetsintrånget bli. Utredningen föreslog därför att skyldigheten för hälso- och sjukvården att göra en utredning vid suicid skulle slopas från lex Maria-systemet och att en motsvarande skyldighet i stället skulle införas i en separat lag som utvidgas till att gälla även socialtjänsten. Rapporterings- och anmälningsskyldigheten inom hälso- och sjukvården skulle kvarstå, men utvidgas till att inkludera socialtjänsten.

En nationell aktör skulle vara mottagare av utredningarna, analysera dem och vidta de åtgärder som krävs. Den nationella aktören skulle även ges möjlighet att genomföra en egen samlad utredning i de fall där den avlidne haft kontakt med både hälso- och sjukvården och socialtjänsten eller flera verksamheter inom samma sektor och verksamheterna därför gjort varsin utredning. För att genomföra den samlade utredningen skulle den nationella aktören också få vissa möjligheter att inhämta kompletterande uppgifter inte bara från hälso- och sjukvården och socialtjänsten utan även från andra samhällsaktörer med hjälp av en lagstadgad uppgiftsskyldighet.

Rättsmedicinalverket och polisen skulle ges en rapporteringsskyldighet gentemot hälso- och sjukvården vid suicid. På så vis skulle fler suicid bli kända för hälso- och sjukvården och socialtjänsten och kunna bli föremål för en utredning. Alla suicid som inträffat inom sex månader efter kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten skulle kunna bli föremål för en utredning. Socialstyrelsen föreslogs få i uppdrag att utveckla ett it-system för att behandla utredningarna och därmed underlätta för verksamheterna och den nationella aktören att genomföra utredningarna.<sup>17</sup> Utredningens förslag har inte genomförts.

Med nuvarande regelverk ska hälso- och sjukvården och socialtjänsten utreda suicidhandlingar i de fall de går att koppla till en vårdskada respektive ett missförhållande. Det finns en handbok som

---

<sup>16</sup> Självordspreventionsutredningen definierade den utredning som skulle vidtas enligt lex Maria-reglerna som en händelseanalys, se SOU 2010:45 s. 41.

<sup>17</sup> SOU 2010:45.

vägleder arbetet med analyserna.<sup>18</sup> När det gäller andra aktörer än hälso- och sjukvården är styrningen inte lika tydlig. Det finns en skrift som riktar sig till kommuner, som handlar om att arbeta med utredningar vid suicid bland barn och unga, som togs fram av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen 2016. För några år sedan beslutade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen att skriften skulle tas bort från myndigheternas webbplatser. Anledningen var främst att det fanns delar i skriften som inte var tillräckligt utredda och som därmed uppfattades av målgruppen som oklara eller kunde misstolkas. I en rapport från Folkhälsomyndigheten framkommer det att kommuner upplever att det finns oklarheter och hinder när det gäller breda händelseanalyser. Oklarheterna handlar framför allt om juridiska hinder kopplade till sekretessbestämmelser och oklarheter i exempelvis anmälnings- och rapporteringsskyldigheter, vilket leder till att huvudmännen blir mindre benägna att göra breda händelseanalyser.<sup>19</sup>

Något senare kunskapsstöd eller vägledning om utredningar efter suicid har inte tagits fram. Regeringen har dock gett Socialstyrelsen i uppdrag<sup>20</sup> att, tillsammans med IVO, genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende utredningar av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och anmälningar av allvarliga vårdskador som rör suicid och suicidförsök.

Socialstyrelsen har i sin analysfas identifierat flera parametrar för arbetet och planerar utifrån analysresultaten att genomföra insatser som syftar till att förstärka det systematiska lärandet och kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vården planeras och genomförs. Dessa insatser ska utveckla arbetet med utredningar av suicid och suicidförsök och stödja hälso- och sjukvården i att vidta adekvata åtgärder utifrån utredningarna och följa upp förbättringar i verksamheterna.<sup>21</sup> Inom ramen för uppdraget ingår även att stödja kommuner och andra aktörer inom socialtjänstområdet att uppmärksamma suicidhändelser och känna till sina skyldigheter när det gäller utredningar och anmälningar

---

<sup>18</sup> Löf, *Utredning av allvarliga vårdskador. Vägledning vid utredning och handbok för metoden Händelseanalys*, 2023.

<sup>19</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention 2017 En lägesrapport om det suicidpreventiva arbetet med att förebygga självmord*, 2017, s. 8.

<sup>20</sup> Regeringsbeslut, S2022/03299 (delvis).

<sup>21</sup> Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök*, delredovisning 2022.

av missförhållanden och allvarliga missförhållanden. Uppdraget pågår fram till 2026.<sup>22</sup>

I den gemensamma analysen som gjordes av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i samband med framtagandet av förslaget till den kommande nationella strategin framkommer behovet av ett nationellt regelverk som säkerställer att utredningar genomförs vid suicid.<sup>23</sup>

## 5.2 Nationella aktörer med centrala roller

En stor del av statens satsningar på psykisk hälsa och suicidprevention har de senaste åren bestått av statsbidrag till regioner, kommuner och civilsamhällesorganisationer. Utöver det har olika regeringsuppdrag getts till myndigheter. Några myndigheter arbetar operativt vid suicid och en del arbetar kunskapsstödande med frågor som rör suicidprevention.

Utredningen bedömer att det finns tre större nationella myndigheter som har särskilt centrala roller kopplade till suicidprevention. Det handlar om Folkhälsomyndigheten som ansvarar för kunskapsuppbyggnad och nationell samordning, Socialstyrelsen som arbetar med kunskapsstyrning och implementeringsstöd och IVO som ansvarar för tillsyn av lex Maria och lex Sarah-anmälningar.

Det finns också ett expertorgan inom suicidprevention vid Karolinska institutet, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP). Sedan april 2024 finns det även en nationell samordnare med uppdrag att under tre års tid samordna insatserna inom det suicidpreventiva området. Därutöver finns det en mängd myndigheter och civilsamhällesorganisationer som på olika sätt spelar en viktig roll i det suicidpreventiva arbetet.

---

<sup>22</sup> Regeringsbeslut, S2022/03299 (delvis).

<sup>23</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar*, 2022.

### 5.2.1 Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att samordna det suicidförebyggande arbetet på nationell nivå.<sup>24</sup> I myndighetens uppdrag ingår att utveckla det förebyggande arbetet mot suicid och samordningen mellan berörda myndigheter och aktörer. Det finns en samordningsstruktur på nationell nivå med dels en myndighetssamverkansgrupp med cirka 20 myndigheter, dels en intressentgrupp där det ingår forskare och representanter från ideella organisationer. Myndigheten sammankallar också ett nätverk av regionala samordnare inom suicidprevention. Folkhälsomyndigheten har även i uppdrag att utveckla kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning inom suicidprevention. Inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och SKR fick Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen 2020 i uppdrag att stödja, följa och utvärdera insatserna inom psykisk hälsa och suicidprevention på regional och lokal nivå. Myndigheten fördelar även statsbidrag till frivilligorganisationer inom psykisk hälsa och suicidprevention och följer upp utvecklingen inom suicidområdet.

Regeringen har de senaste åren förtydligat Folkhälsomyndighetens samordningsuppdrag inom psykisk hälsa och suicidprevention. Detta har skett genom att myndighetens samordnande, samverkande och uppföljande uppgifter inom psykisk hälsa och suicidprevention skrivits in i myndighetens instruktion. Det anges också i instruktionen att myndigheten ska stödja utvecklingsarbetet på lokal och regional nivå och inom den ideella sektorn. Det framgår också att myndigheten både ska utveckla och förmedla kunskap inom området.<sup>25</sup> Vidare har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att inrätta en ny funktion för psykisk hälsa och suicidprevention inom myndigheten. Syftet är att sprida kunskap om psykisk ohälsa och suicid till allmänheten och att föra en dialog med allmänheten inom området.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Förordning (2021:48) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

<sup>25</sup> Se 10 § förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Ändringarna trädde i kraft den 4 maj 2021.

<sup>26</sup> Regeringsbeslut S2020/00438/FS (delvis).

## 5.2.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har en kunskapsstödjande uppgift inom området psykisk hälsa i stort. Historiskt sett har myndigheten haft många regeringsuppdrag som handlat om psykisk hälsa på olika sätt, men färre uppdrag specifikt riktade mot suicidprevention. Socialstyrelsen medverkade i några regeringsuppdrag i samband med den riksdagsbeslutade visionen 2008, men först 2019 fick myndigheten specifika uppdrag inom suicidprevention. Några av uppdragen har myndigheten fått tillsammans med Folkhälsomyndigheten.

När riksdagen beslutade om den övergripande visionen fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen ta fram förslag till utbildningsinsatser för vård och omhändertagande av personer med suicidalitet. 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 suicid i befolkningen. Uppdraget innebar även att föreslå hur informationen skulle spridas inom hälso- och sjukvården, i samverkan med NASP och frivilligorganisationen Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES).

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.

## 5.2.3 Inspektionen för vård och omsorg

IVO ansvarar för tillsyn av vård och omsorg.<sup>27</sup> Det är vårdgivarnas ansvar att utreda och anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada enligt lex Maria och lex Sarah. Bland dessa händelser finns suicid och suicidförsök. Utredningarna skickas sedan till IVO som har till uppgift att granska om de utredningar som gjorts enligt lex Maria och lex Sarah efter inträffade suicid uppfyller de formella kraven.<sup>28</sup> De senaste två åren har IVO haft i uppdrag att följa upp antalet lex Maria-anmälningar om allvarliga vårdskador som rör suicid.<sup>29</sup> Myndigheten för statistik över antalet lex Maria anmälningar och lex Sarah som rör suicid.

---

<sup>27</sup> Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

<sup>28</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659).

<sup>29</sup> Regleringsbrev för Inspektionen för vård och omsorg 2022 och 2023.

### 5.2.4 Nationellt centrum för suicidforskning och prevention

NASP är statens expertorgan för suicidprevention och tillhör organisatoriskt Karolinska Institutet (KI). De övergripande målen med NASP:s verksamhet är bland annat att varaktigt minska antalet suicid och suicidförsök, upptäcka och bryta negativa trender av suicid och suicidförsök hos utsatta grupper. NASP ska också öka kunskapsnivån om suicid och stödja personer med suicidtankar och anhöriga till personer som gjort suicidförsök eller avlidit i suicid. NASP finansieras både av Region Stockholm och staten, (via Folkhälsomyndighetens ramanslag). Sedan 2019 får NASP drygt 8 miljoner kronor via Folkhälsomyndighetens ramanslag. NASP tar bland annat fram årliga litteraturoversikter med den senast tillgängliga forskningen om suicidpreventiva insatser och dess evidens.<sup>30</sup> Utöver det bedriver de utbildningsinsatser i olika former, och fungerar som ett stöd i strategiskt suicidpreventivt arbete inom regioner och kommuner. Precis som Folkhälsomyndigheten arbetar NASP med folkbildning och informations-spridning för att minska stigmat kring suicid.

### 5.2.5 En nationell samordnare för ett samlat suicidpreventivt arbete

I april 2024 inrättade regeringen en nationell samordnare med uppdrag att under tre års tid bistå regeringen och berörda myndigheter i arbetet med att samordna insatserna inom det suicidpreventiva området. Uppdraget bedrivs inom en arbetsgrupp vid Socialdepartementet och består, utöver samordnaren, av två sekreterare. Syftet är att skapa förutsättningar för ett utvecklat och ändamålsenligt suicidförebyggande arbete som i förlängningen ska stärka samhällets samlade förmåga att förebygga suicid. Samordnaren ska engagera och mobilisera aktörer på olika samhällsnivåer, sprida kunskap om verkningsfulla insatser och effektiva arbetsätt och informera om pågående insatser inom området. Uppdraget ska bedrivas i nära samverkan med Regeringskansliet och berörda myndigheter och ska utföras så att det inte påverkar nuvarande ansvarsfördelning eller arbetsuppgifter.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> NASP, *Rekommendationer för suicidpreventiva insatser*, hämtad 2023-10-31.

<sup>31</sup> Regeringsbeslut S2024/00816.

## 5.3 Andra myndigheter med kunskap om suicid

### 5.3.1 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är en myndighet som har i uppdrag att sammanställa befintlig forskning inom vissa områden. Syftet är att sammanställningarna ska kunna fungera som ett stöd för andra myndigheter, regeringen, beslutsfattare samt professioner, patienter och brukare. I SBU:s arbete med att sammanställa forskning synliggörs även områden där kunskapen om effekter av insatser är otillräcklig, så kallade vetenskapliga kunskapsluckor. SBU har haft flera regeringsuppdrag inom området psykisk hälsa och suicidprevention de senaste åren och har tagit fram flera publikationer inom området. SBU har inga egna register över psykisk hälsa eller suicidprevention som avser individer, uppdraget handlar primärt om att sammanställa befintlig forskning.<sup>32</sup>

### 5.3.2 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) arbetar bland annat med lagen (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO), där MSB till exempel ansvarar för att samordna och stödja kommunerna i deras arbete med att förebygga bränder och andra olyckor samt deras ansvar att genomföra räddningsinsatser vid olyckor och överhängande fara för olyckor. Suicid, suicidförsök och situationer där det finns risk för suicid kan i många fall vara sådana händelser som kan definieras som olyckor och därför potentiellt sett omfattas av kommunernas ansvar att bedriva räddningstjänst. MSB samlar in data som på olika sätt rör suicid och suicidförsök, med stöd av uppgifter från räddningstjänsternas insatser, dödsbränder, olycksundersökningar och kommunernas arbete utifrån LSO. MSB har en särskild insamling av uppgifter för dödsbränder, bland annat med bedömning om dödsfallet inträffar till följd av suicid.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> SBU, *Underlagsrapport till Folkhälsomyndigheten samt Socialstyrelsen. Underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. En individuell analys av nuläge samt långsiktiga behov inom ramen för SBU*, 2022.

<sup>33</sup> MSB, *Individuell analys inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Underlag till en kommande nationell strategi*, 2022.

### 5.3.3 Läkemedelsverket

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 ett pågående uppdrag från regeringen om att stärka och utveckla insatserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention med fokus på en effektivare och säkrare läkemedelsanvändning.<sup>34</sup> Läkemedelsverket har tagit initiativ till att kartlägga användningen av opioider<sup>35</sup> och har fått ett regeringsuppdrag om att öka kunskapen om användningen av lugnande medel och sömnmedel.<sup>36</sup>

### 5.3.4 Trafikverket

Trafikverket arbetar sedan länge med olika suicidpreventiva åtgärder för att minska antalet suicid i transportsystemet. Regeringen beslutade 2020 om ett etappmål för trafiksäkerhet som innebär att antalet omkomna till följd av trafikolyckor i vägtrafiken, sjöfarten respektive luftfarten ska halveras till 2030, och att antalet omkomna inom bantrafiken också ska halveras till 2030.<sup>37</sup> Enligt uppgift från företrädare för Trafikverket är etappmålet starkt styrande för myndighetens verksamhet.<sup>38</sup> Suicidprevention är dessutom ett prioriterat insatsområde i aktionsplanen för säker vägtrafik.<sup>39</sup> Trafikverket har tagit fram underlag och information till berörda aktörer i samhället och har utvecklat samarbetet med blåljusmyndigheterna. Trafikverket har också försökt identifiera riskpersoner och riskplatser för att förhindra suicid. Myndigheten ser flera fysiska åtgärder som viktiga, till exempel mötesseparering, spärrstaket mellan spår och kameraövervakning.<sup>40</sup>

---

<sup>34</sup> Regeringsbeslut, S2022/03170.

<sup>35</sup> Läkemedelsverket, *Förskrivning av opioider i Sverige. Användning över tid*, 2020.

<sup>36</sup> Regeringsbeslut, S2019/04312/FS.

<sup>37</sup> Regeringsbeslut, I2020/00423/US.

<sup>38</sup> Mejl från företrädare för Trafikverket, 2024-01-29.

<sup>39</sup> Trafikverket, *Aktionsplan för säker vägtrafik 2022–2025*, 2022.

<sup>40</sup> Riksrevisionen, *Statens suicidpreventiva arbete – samverkan med verkan?* 2021.



### 5.3.5 Skolverket

Skolverket är en myndighet med ansvar att styra och stödja den svenska förskolan, skolan och vuxenutbildningen. Skolverket har inte något uttalat uppdrag vad gäller suicidprevention, utan arbetar förebyggande och hälsofrämjande för att utveckla goda lärmiljöer. Skolverket ansvarar för att administrera statliga bidrag till skolsektorn. Statsbidrag kan användas för att ge barn och elever bättre förutsättningar för att lära sig och nå målen. I arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa har Skolverket utformat kunskapsstöd och vägledningar för arbetet med en hälsofrämjande skolutveckling. Skolpersonal är en yrkesgrupp som i sitt arbete kan komma i kontakt med suicidnära personer.<sup>41</sup> När ett suicid har inträffat vid en skola, eller när elever uttalar tankar om suicid, hanteras det vanligtvis genom kommunens handlingsplaner eller skolans krisplaner. Elevhälsans professioner kan ge råd och stöd både till personal och elever och vid behov även samverka med hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

### 5.3.6 Statliga myndigheter som ansvarar för boenden

Det finns även statliga myndigheter som ansvarar för boenden eller bedriver vård i öppen eller slutet verksamhet som drabbas av suicid eller suicidförsök i verksamheten. Några sådana myndigheter är Statens institutionsstyrelse (SiS), Migrationsverket och Kriminalvården. Den kunskap om suicid och suicidförsök som tas fram vid dessa myndigheter används framför allt i myndigheternas egen uppföljning av verksamheten.

### Kriminalvården

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

---

<sup>41</sup> Skolverket, *Skolverkets individuella analys inför en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention*, 2021.

klienter i Kriminalvården ska riskbedömas för suicid.<sup>42</sup> Kriminalvården har ett pågående regeringsuppdrag om att stärka och utveckla kompetensen om psykisk hälsa och suicid.<sup>43</sup> Inom ramen för uppdraget har myndigheten utbildat medarbetare för att öka kompetensen bland annat när det gäller suicidbedömningar.<sup>44</sup>

### Statens institutionsstyrelse

SiS arbetar suicidförebyggande, främst genom nationella utbildningar som all behandlingspersonal inom SiS återkommande ska delta i. Myndigheten har också arbetat med att utbilda psykologer i att bedöma och hantera suicidrisk vid handläggning av klienter.

### Migrationsverket

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 i att upptäcka och stödja nyinskrivna som har ökad suicidrisk eller annan psykisk ohälsa.

## 5.3.7 Suicidpreventiv forskning och statistiska analyser

I SBU:s uppdrag ingår att göra oberoende utvärderingar inom suicidområdet. Även NASP bidrar, i rollen som statens expertråd vid suicid, med kunskaper gällande evidens av suicidpreventiva insatser. NASP bidrar i synnerhet inom områden för befolkningsinriktade insatser. Befolkningsinriktade insatser innefattar alla metoder där åtgärder utförs på samhällsnivå och/eller för befolkningsgrupper som är kända som riskgrupper.

När det gäller statistiska databaser hanterar Socialstyrelsen dödsorsaksregistret och patientregistret. Dödsorsaksregistret ger underlag för den officiella statistiken om dödsorsaker i Sverige. Registrets data används också för beskrivningar av befolkningens hälsa som

---

<sup>42</sup> Uppgift från Kriminalvården via mejl 2023-09-04.

<sup>43</sup> Kriminalvårdens regleringsbrev för 2022.

<sup>44</sup> Kriminalvården, *Kunskapsbärande insatser för att stärka och utveckla kompetensen bland myndighetens personal om psykisk hälsa, ohälsa och suicidalitet (JU2022/02207)*, 2023.

underlag för insatser i hälso- och sjukvården och för forskning. Patientregistret ger underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar i den svenska specialistvården. Registrets data används för statistik om exempelvis psykiatrisk tvångsvård, skador och förgiftningar och väntetider på akutmottagningar.

Folkhälsomyndigheten bearbetar statistik, bland annat från dödsorsaksregistret, och tar exempelvis fram kunskap om utveckling av suicidtalerna eller fördjupade analyser av suicidalitet i olika befolkningsgrupper. Även NASP bearbetar statistik och publicerar olika statistiska sammanställningar eller vetenskapliga artiklar.

## 5.4 Nationella aktörer med ansvar i anslutning till suicid

### 5.4.1 Aktörer som rycker ut eller utreder

Bland de mer operativa aktörerna finns Polismyndigheten, SOS alarm och RMV som berörs direkt i samband med suicid och eller suicidförsök. Polisen har till exempel ett operativt ansvar när det gäller suicid. Enligt statistik från myndigheten ingriper polisen cirka 40 gånger om dagen i suicidrelaterade ärenden.<sup>45</sup> Antalet uttryckningar som är kopplade till psykisk ohälsa och suicidförsök har ökat över tid. Myndighetens statistik visar en uppgång i antalet händelser som är relaterade till suicid eller suicidförsök.<sup>46</sup>

SOS Alarm AB besvarar cirka 34 000–35 000 suicidrelaterade samtal varje år. 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 prata med personen tills hjälp är på plats.<sup>47</sup>

Till polisens uppgifter hör att utreda onaturliga eller misstänkt onaturliga dödsfall i syfte att bland annat upptäcka eller utesluta brott. Om polisen ansvarar för dödsfallsutredningen bör den avlid-

<sup>45</sup> Polisens egen statistik över så kallade händelserapporter (HR) baseras på handräckningar som antingen kategoriseras som psykiskt sjuk (kod 9010), eller självmordsförsök (kod 9011). Det är svårt att ge en bild av skillnad och gränsdragning mellan de olika koderna vid handräckning så den sammantagna bilden av antalet uttryckningar redovisas.

<sup>46</sup> Polismyndigheten, *Årsredovisning 2023*, 2023, s. 33.

<sup>47</sup> Riksrevisionen, *Statens suicidpreventiva arbete, samverkan med verkan?*, 2021, s. 26.

nes närstående underrättas så snart som möjligt. Enligt polisens riktlinjer bör detta i första hand ske genom ett personligt besök och de närstående bör tillfrågas om de önskar kontakt med en stödperson. Om det inte finns någon misstanke om brott är en rättsmedicinsk undersökning särskilt påkallad vid några utpekade situationer. Suicid är ett sådant fall. När det inte finns misstanke om brott finns det inget uttryckligt författningsstöd för att med tvång genomföra åtgärder som exempelvis avspärningar eller platsundersökningar.<sup>48</sup> I polisens utredning ingår att inhämta uppgifter om den avlidnes levnadsförhållanden och tidigare hälsotillstånd. Vid behov ska den läkare som fastställde döden höras. Polisen bör också inhämta en kopia av relevanta delar av den avlidnes journal.

De rättsmedicinska obduktionerna utförs av RMV, på uppdrag av polisen, i syfte att fastställa dödsorsaken. RMV hanterar cirka 5 500 ärenden varje år. Underlaget för utredningarna består av uppgifter från polisen, fynd från de rättsmedicinska och rättstoxikologiska undersökningarna, slutsatser från den obducerande läkaren och ibland från inhämtade journaler och anhöriga. RMV:s utredning ger polisen underlag för eventuell fortsatt brottsutredning och Socialstyrelsen underlag till dödsorsaksregistret.<sup>49</sup>

#### 5.4.2 Fastställande av suicid som dödsorsak

Vid så kallade onaturliga dödsfall, det vill säga de dödsfall där det finns misstanke om yttre påverkan, tar polisen i regel hjälp av RMV. Det primära uppdraget för RMV är att utreda om det går att utesluta att ett brott har begåtts. Därefter fastställer myndigheten dödsorsak och dödssätt. Det finns fem olika dödssätt som myndigheten kan använda för att klassificera ett ärende; *sjukdom*, *suicid*, *mord*, *olycksfall* eller *oklart*.

För att utreda dödsorsak och dödssätt genomförs en rättsmedicinsk obduktion. RMV utgår ifrån de underlag som inkommer, underlag som de själva kan begära in och sina egna utredningar. De underlag som inkommer är vanligen polisrapporter som beskriver fynden på den fysiska platsen för dödsfallet. Polisrapporterna kan även innehålla uppgifter från anhöriga. RMV hämtar också löpande uppgifter

<sup>48</sup> Polismyndigheten, *Polismyndighetens riktlinjer om åtgärder vid dödsfall som kan ha orsakats av yttre påverkan*, 2016.

<sup>49</sup> RMV, *Årsredovisning 2023, 2024*, s. 22.

från hälso- och sjukvården i sin verksamhet, för sådana ändamål finns olika bestämmelser om uppgiftsskyldighet och sekretessbrytande bestämmelser. Om RMV vet var vårddokumentationen ska begäras ut får myndigheten tillgång till de uppgifter som behövs.

Den ansvarige läkaren gör en sammantagen bedömning utifrån samtliga uppgifter för att, om möjligt, fastställa dödsorsak och döds-sätt i ett så kallat dödsintyg. RMV använder sig av en sannolikhets-skala för att gradera säkerheten i sin bedömning.<sup>50</sup> En utmaning för RMV i utredningsarbetet är att de inte på ett enkelt sätt kan få en överblick över vilka vårdkontakter den avlidne haft eftersom olika vårdgivare har olika journalsystem. RMV har inte möjlighet att få tillgång till den sammanhållna journalföring som tjänsten Nationell patientöversikt, NPÖ, erbjuder. Den skulle möjliggöra för RMV att få en överblick av var den avlidna sökt vård och kunna begära ut patientjournaler därifrån. RMV uppger att eftersom myndigheten inte klassas som en vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård i den lag som reglerar sammanhållna journalföring<sup>51</sup> har myndigheten inte tillgång till tjänsten, vilket medför ett stort merarbete för RMV för att hitta aktuella vårdkontakter, alternativt att de inte får tillgång till de material de behöver för en säkrare bedömning. Myndigheten uppger att dialog hållits med olika delar av Regeringskansliet i frågan.<sup>52</sup>

RMV:s utredning ger polisen underlag för en eventuell fortsatt brottsutredning och Socialstyrelsen ett intyg till dödsorsaksregistret. I utlåtandet till polisen framgår med vilken säkerhet bedömningen görs. I dödsorsaksintyget till Socialstyrelsen saknas den typen av nyanser. Socialstyrelsen å sin sida fastställer den kodning som ligger till grund för statistik och som bland annat återfinns i dödsorsaksregistret. Den genomsnittliga handläggningstiden för rättsmedicinska obduktioner var 80 dagar under 2022 med en median på 70 dagar från inkommen begäran till att utlåtande skickats till polisen.<sup>53</sup>

RMV hanterade 5 916 onaturliga dödsfallsärenden 2022. Av dessa bedömdes 1 259 vara dödsfall på grund av avsiktlig självdestruktiv handling, det vill säga suicid, och ytterligare 357 som dödsfall på grund av skadehändelse med oklar avsikt. Det innebär att RMV i dessa fall inte kunnat bedöma om händelsen skett genom en annan persons påverkan (till exempel mord), om det var en olyckshändelse eller om

<sup>50</sup> Möte med företrädare för RMV, 2023-12-11.

<sup>51</sup> Lag (2022:913) om sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation.

<sup>52</sup> Intervju med företrädare för RMV 2023-12-11.

<sup>53</sup> RMV, *Årsredovisning 2022, 2023*.

det var ett suicid. Enligt RMV utgörs en stor del av gruppen dödsfall med oklar avsikt av fall där dödsorsaken varit intag av alkohol, läkemedel eller narkotika.<sup>54</sup> Enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten är det ofta svårt att veta om en person som avlidit till följd av en läkemedels- eller narkotikaförgiftning hade för avsikt att ta sitt liv.<sup>55</sup>

Utöver de ärenden som RMV hanterar finns även en möjlighet för den läkare som konstaterar dödsfallet att fastställa att suicid har inträffat och rapportera detta direkt till Socialstyrelsen utan att RMV gjort en dödsorsaksutredning. Detta är dock ovanligt. Under tidsperioden 1997–2022 var antalet ärenden där läkare fastställde dödsorsak som suicid utan RMV:s delaktighet som lägst 17 och som högst 43 per år. Det motsvarar 1–3 procent av de totala antalen suicid som fastställts årligen.<sup>56</sup>

### 5.4.3 Statistiska utmaningar vid fastställande av dödsorsak

När det gäller de dödsfall där RMV inte kunnat fastställa dödsorsaken som suicid eller annat dödsätt, varierar användandet av dessa uppgifter mellan myndigheter och i landet i övrigt. Socialstyrelsen, som är statistikansvarig myndighet när det gäller dödsorsaker, redovisar enbart fastställda suicid eller dödsfall på grund av avsiktlig självdestruktiv handling i den officiella statistiken. Det finns myndigheter och andra aktörer som även inkluderar dödsfall med oklar avsikt när de redovisar statistik för suicid. Siffrorna redovisas då antingen sammanslaget eller så redovisas bägge kategorierna parallellt. Detta har lett till att begreppen ”säkra” och ”osäkra” suicid ibland förekommer i sammanhang där statistik över suicid redovisas. Dödsfall på grund av avsiktlig självdestruktiv handling redovisas då som säkra suicid och dödsfall med oklar avsikt redovisas då som osäkra suicid. Från RMV:s sida är det dock enbart kategorin avsiktlig självdestruktiv handling som innebär att myndigheten kunnat fastställa suicid som dödsorsak.

En annan statistisk utmaning som förekommer är den regionala skillnad som finns mellan avsiktligt självdestruktiv handling och dödsfall med oklar avsikt. Vissa regioner har en högre andel registrerade

---

<sup>54</sup> Intervju med företrädare för RMV, 2024-02-01. 189 av de 300 dödsfall RMV klassat med oklar avsikt år 2021.

<sup>55</sup> Folkhälsomyndigheten, *Tema Suicidprevention Aktuell kunskap från Folkhälsomyndigheten*, 2023, s. 17.

<sup>56</sup> Mejl från företrädare för Socialstyrelsen 2024-01-14.

avsiktligt självdestruktiva handlingar i förhållande till skadehändelse med oklar avsikt än andra, det omvända förekommer också. Detta medför att det blir svårt att jämföra antalet suicid mellan länen. RMV har kännedom om denna skillnad och ett utvecklingsarbete pågår.<sup>57</sup>

## Utvecklingsbehov vid registrering av suicidförsök

När det gäller suicidförsök är det ännu svårare att få en bild av den totala omfattningen. Det finns inget enhetligt sätt att registrera och klassificera suicidförsök eftersom det är svårt att separera suicidförsök från övriga självdestruktiva handlingar. Världshälsoorganisationen (WHO) har gett ut den 11:e revideringen av den internationella klassifikationen av sjukdomar (ICD). ICD är grunden för statistik över dödsorsaker, sjukdomar och andra hälsoproblem. I ICD-11 finns en klassifikation för suicidförsök: *MB23.R Suicide attempt* (A specific episode of self-harming behaviour undertaken with the conscious intention of ending one's life.) Socialstyrelsen arbetar med språkgranskning och medicinsk fackgranskning av den svenska översättningen, samt utredning av vissa ord och begrepp. Enligt Socialstyrelsens tidplan ska ICD-11 publiceras på svenska under 2025 på WHO:s plattform. Det är ännu inte fastställt i föreskrift när rapporteringen med ICD-11 ska påbörjas.<sup>58</sup>

Det är möjligt att via patientregistret få fram statistik om hur många som vårdats för suicidförsök och eller annan avsiktlig självdestruktiv handling. Antalet personer som under 2021 vårdades i samband med ett suicidförsök eller annan avsiktligt självdestruktiv handling var cirka 11 000. All information i patientregistret skyddas av absolut sekretess. Det finns möjlighet att lämna ut uppgifter för bland annat forskning, men bara efter särskild prövning i varje enskilt fall. Användningen av registeruppgifterna är begränsad till statistik, forskning och epidemiologiska undersökningar, samt uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

---

<sup>57</sup> Intervju med företrädare för RMV 2024-02-01.

<sup>58</sup> Socialstyrelsen, *Internationell klassifikation av sjukdomar (ICD-11)*, hämtat 2024-02-27.

## 5.5 Regionalt och kommunalt suicidpreventivt ansvar

Regioner och kommuner har ansvar för att erbjuda invånarna god vård och omsorg. Dagligen möter regionerna personer med olika former av koppling till suicid. I kapitel 10 och 11 skriver vi mer om regionernas, och kommunernas roll, vid efterlevandestöd till de som förlorat någon i suicid. Regionerna möter dagligen personer med akut suicidrisk inom många verksamheter till exempel ambulanssjukvården eller den akuta psykiatrin. Inom många andra regionala verksamheter som exempelvis primärvård eller habilitering möter man och jobbar dagligen med människor inom olika kända riskgrupper för suicid. I de flesta regioner finns även samordnare, eller motsvarande funktioner, med uppdrag kopplat till regionens övergripande och strategiska suicidpreventiva arbete. I kapitel 6 skriver vi mer om lärandet efter inträffat suicid ur ett regionalt och kommunalt perspektiv.

Kommunerna möter också dagligen individer med suicidrisk exempelvis i det operativa arbetet genom den kommunala räddningstjänsten. De senaste åren har landets kommunala räddningstjänstorganisationer ryckt ut vid suicid eller suicidförsök cirka 2 000 tillfällen per år.<sup>59</sup> Hur den kommunala räddningstjänsten är organiserad och hur arbetet med psykisk ohälsa och suicidprevention bedrivs inom en kommun varierar mycket mellan olika kommuner. I vissa kommuner arbetar räddningstjänstorganisationen inte bara med den akuta utryckningsverksamheten, utan är också en central aktör i det lokala arbetet med suicidprevention. I andra kommuner finns centrala suicidpreventiva funktioner motsvarande regionens inom andra delar av den kommunala verksamheten.<sup>60</sup>

Kommunerna, precis som regionerna, arbetar förebyggande med suicid inom många verksamheter, och möter individer med psykisk ohälsa under hela livet, i skolan, socialtjänsten och äldreomsorgen. En del kommuner har suicidpreventiva samordnare eller motsvarande funktioner. Kommunerna har också ett ansvar att arbeta med att förebygga bränder och andra olyckor samt att genomföra räddningsinsatser vid olyckor och överhängande fara för olyckor. Suicid, suicidförsök och situationer där det finns risk för suicid kan i många

---

<sup>59</sup> MSB, *Individuell analys inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Underlag till en kommande nationell strategi*, 2022, s. 14.

<sup>60</sup> MSB, *Kommunal räddningstjänst inom området psykisk ohälsa och suicidprevention – en Behovsanalys*, 2022.



fall vara sådana händelser som kan definieras som olyckor och därför potentiellt sett omfattas av kommunernas ansvar att bedriva räddningstjänst.<sup>61</sup> Kommunen ska även ha ett handlingsprogram för förebyggande verksamhet och räddningstjänst. Bland annat ska det innehålla en beskrivning av kommunens risker, i form av bedömningar av vilka olyckor inom kommunens geografiska område som kan föranleda räddningsinsatser, hur ofta de kan förväntas inträffa och förväntade konsekvenser för de fall att de inträffar. Beskrivningen bör innefatta allt från olyckor som är vanligt förekommande till olyckor som kan inträffa sällan. Kommunen bör även beskriva den framtida, förväntade utvecklingen av risker för olyckor. Beskrivningen ska ske per olyckstyp utifrån lokala förhållanden. Exempelvis kan olyckstypen nödställd person eller brand (där suicid kan vara en bidragande orsak, eller del av, olyckan) utgöra en olyckstyp som ska beskrivas. Kommunens beskrivning per olyckstyp bör ta hänsyn till och beskriva den variation av risker som finns i kommunen inom respektive olyckstyp, exempelvis när det gäller objektstyp, plats eller omfattning. Kommunen ska också beskriva hur den har värderat riskerna och värderingen bör innehålla slutsatser, som grund för de lokala mål som kommunen också ska fastställa för den förebyggande verksamheten.<sup>62</sup> Bedömningen av de risker som finns i kommunen avseende olyckor i form av suicid förutsätter en analys av befintliga data inom kommunen. Data kan till exempel bestå av statistik eller slutsatser av enskilda, eller flera, suicidhändelser som har samband med kommunens verksamheter.

### 5.5.1 Utvärdering av statliga satsningar på psykisk hälsa inom regioner och kommuner

Sedan 2020 har regeringen tagit initiativ till flera insatser inom området psykisk hälsa bland annat i form av stimulansmedel till regioner och kommuner och civilsamhällesorganisationer. Vissa av satsningarna har beskrivits, följts upp eller utvärderats av olika statliga myndigheter genom åren, bland annat Riksrevisionen 2009<sup>63</sup>, Myndig-

<sup>61</sup> MSB, *Individuell analys inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Underlag till en kommande nationell strategi*, 2022.

<sup>62</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter och allmänna råd om innehåll och struktur i kommunens handlingsprogram för förebyggande verksamhet och räddningstjänst (MSBFS 2021:1).

<sup>63</sup> Riksrevisionen, *Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet*, 2009.

heten för vård- och omsorgsanalys 2015<sup>64</sup>, Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa 2018<sup>65</sup> och Socialstyrelsen<sup>66</sup>. När det gäller riktade stimulansmedel till regioner och kommuner har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten sedan 2020 i uppdrag att följa utvecklingen, utvärdera resultaten och stödja de insatser som kommuner och regioner genomför inom ramen för överenskommelsen 2020–2023.<sup>67</sup> Uppdraget ska slutredovisas den 30 september 2024.

Enligt Folkhälsomyndigheten har stimulansmedlen inom ramen för överenskommelsen om psykisk hälsa och suicidprevention bidragit till att kommuner, regioner och län stärkt sitt suicidpreventiva arbete på olika sätt. Samtidigt menar Folkhälsomyndigheten att det finns en stor variation i de insatser som görs och att viss avgränsning och tydligare ramar skulle vara bra för framtida satsningar. En annan slutsats är att det är problematiskt att statsbidragen är kortsiktiga (årsvisa) och att satsningarna skulle tjäna på att bli mer strategiska och långsiktiga.<sup>68</sup> Detta var också något som lyftes fram av den nationella samordnaren för psykisk hälsa, det vill säga att den utvecklingskraft som skapas genom stimulansmedlen är temporär, vilket gör det svårt att åstadkomma långsiktiga förändringar i kommuner och regioner.<sup>69</sup>

## 5.6 Civilsamhällets roll i det suicidpreventiva arbetet

Stora insatser inom det suicidpreventiva området utförs av ideella organisationer. Det handlar till exempel om kunskapsstöd till anställda i kommuner och regioner och driften av stödlinjen Självmordslinjen<sup>70</sup> och om stöd till efterlevande. Enligt en granskning från Riksrevisionen har stödet till civilsamhällets arbete med suicidprevention har ökat över tid; under perioden 2017–2021 från 25 miljoner kronor årligen till 79 miljoner kronor. Fyra ideella organisationer som i huvudsak arbetar med suicidprevention; Suicide Zero, Mind, SPES och SPIV

---

<sup>64</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Psykisk hälsa ett gemensamt ansvar*, 2015.

<sup>65</sup> SOU 2018:90.

<sup>66</sup> Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa – Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018*, 2019.

<sup>67</sup> Regeringsbeslut S2020/01044/FS (delvis).

<sup>68</sup> Folkhälsomyndigheten, *Psykisk hälsa och suicidprevention. Kommuners och regioners arbete med stöd av statliga stimulansmedel*, 2023.

<sup>69</sup> SOU 2018:90 s. 126 f.

<sup>70</sup> Självmordslinjen är en stödlinje för den som har tankar på att ta sitt liv eller har en närstående med sådana tankar. Linjen drivs av civilsamhällesorganisationen MIND.

fick tillsammans cirka en femtedel av det totala bidraget. Det civila samhället tar ett stort ansvar för det suicidpreventiva arbetet, något som flera aktörer, inklusive organisationerna själva, är kritiska mot.<sup>71</sup> En synpunkt som utredningen tagit del av i möten med civilsamhällesrepresentanter är att det civila samhället snarare ska komplettera det offentliga än att vara bärande i arbetet med suicidprevention och efterlevandestöd.

## 5.7 Suicidprevention har blivit en fråga för fler

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att de politiska ambitionerna om att minska antalet suicid är höga. Över tid har styrningen bredats och i dag involveras fler aktörer och politikområden i arbetet med suicidprevention än tidigare. Suicid ses mer och mer som en tvärsektoriell fråga som berör hela samhället och kräver ett gemensamt ansvarstagande, och därmed en bred involvering av olika samhällsaktörer. Det är på många sätt en nödvändighet. Ett gemensamt ansvarstagande krävs sannolikt för att utveckla det suicidpreventiva arbetet för att kunna vidta suicidförebyggande åtgärder inom flera delar av samhället. Samtidigt är det en stor utmaning att det inte finns en enskild aktör som har ett samlat ansvar för suicidfrågorna. Det präglar styrningen av området, på ett sätt som liknar styrningen av andra tvärsektoriella frågor. Det kommunala självstyret gör dessutom att det finns utrymme för stora regionala och lokala variationer i det suicidpreventiva arbetet, samtidigt som statens satsningar historiskt sett varit tillfälliga och saknat kontinuitet och långsiktighet.

De senaste åren har regeringen genomfört flera initiativ i syfte att stärka styrningen inom det suicidpreventiva området i stort, bland annat genom att involvera fler myndigheter i arbetet med den nationella strategin, och genom att tydliggöra Folkhälsomyndighetens samordnande roll. När det gäller lärandet efter suicid är det dock framför allt det regelverk som finns kring lex Maria och lex Sarah-utredningar som i dag har det syftet. I övrigt finns det ingen sammanhållen nationell styrning av hur samhället ska dra lärdom efter suicid.

---

<sup>71</sup> Riksrevisionen, *Statens suicidpreventiva arbete, samverkan med verkan?*, 2021, s. 56 f.



## 6 Samhällets lärande efter suicid

Suicidanalysutredningens huvudsakliga uppdrag har varit att lämna förslag i syfte att öka samhällets lärande efter suicid. För att bedöma vilka åtgärder som behöver vidtas för att åstadkomma ett bättre lärande har utredningen undersökt vilken typ av lärande som sker efter suicid i dag. I det här kapitlet beskriver vi först hur suicid utreds inom statliga myndigheter, regioner och kommuner. Därefter redogör vi för hur kunskaper omhändertas på aggregerad nivå. Vi avslutar kapitlet med en analys av hur samhällets lärande efter suicid skulle kunna utvecklas.

### 6.1 Utredningar inom statliga verksamheter

Hur mycket och på vilket sätt suicidärenden utreds på statlig nivå varierar mellan olika myndigheter. De flesta myndigheter utreder inte suicidhändelser med koppling till myndighetens verksamhet, medan exempelvis Trafikverket utreder alla dödsolyckor på väg och järnväg.

#### 6.1.1 Särskilda utredningar vid suicidhändelser

Suicid utgör cirka 85 procent av dödsolyckorna inom järnvägen och cirka 20 procent inom vägtrafiken, vilket gör det angeläget för Trafikverket att identifiera verksamma suicidpreventiva åtgärder.<sup>1</sup> Inom järnvägstrafiken utreds och klassificeras alla dödsolyckor. Händelserna är avidentifierade men inte sekretesskyddade. När och var händelser sker dokumenteras i Trafikverkets it-system. I många fall finns vittnesuppgifter från lokförare om hur händelsen har gått till. Åtgärder genomförs sedan i infrastrukturen för att på så sätt påverka och försöka förhindra att järnvägstrafiken används som en suicidmetod.

---

<sup>1</sup> Trafikanalys, *Bantrafikskador 2023*, 2024.

Samtliga dödsolyckor inom vägtrafiken följs upp av Trafikverket genom så kallade djupstudier. Djupstudierna genomförs av särskilda olycksutredare på myndigheten. Syftet med djupstudierna är att få fram kunskap som kan användas för att förhindra att liknande dödsfall inträffar igen. I djupstudierna analyseras händelseförlopp med tonvikt på beteendet hos inblandade trafikanter, vägens beskaffenhet och fordonssäkerhet. Djupstudierna är sekretesskyddade och hanteras i Trafikverkets databas över dödsfall i vägtrafiken, den så kallade djupstudieklienten.

Dödsolyckor klassificeras på samma sätt inom väg och järnväg. Vid misstanke om suicid utreds ärendet av en särskild utredningsgrupp som klassificerar suicid genom ytterligare utredning. I gruppen ingår en rättsläkare från Rättsmedicinalverket (RMV). I Trafikverkets utredning kan ny information som till exempel ett avskedsbrev upptäckas. Trafikverket kan då klassificera ärendet som suicid, men skickar inte informationen till RMV eller Socialstyrelsen för ny bedömning och eventuell korrigering av uppgifterna i dödsorsaksregistret.<sup>2</sup>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) gör i likhet med Trafikverket vissa egna utredningar efter suicid. Vid bränder där någon avlidit görs en utredning för att undersöka om dödsorsaken var suicid. Först bedöms om själva händelsen (branden) var oavsiktlig, avsiktlig eller om avsikten inte gick att bedöma. Därefter noteras sannolikheten för denna bedömning utifrån kategorierna mycket trolig eller trolig. Slutligen bedöms avsiktstypen i kategorierna suicid, övergrepp av annan person eller om avsiktstypen inte gick att bedöma. Källor till denna bedömning hittas i obduktionsprotokoll, polisens tekniska undersökning på plats, polisens övriga rapporter samt i räddningstjänstens händelserapport, dödsbrandsrapport och i förekommande fall olycksutredningsrapport. Preliminära uppgifter från MSB visar att runt 15 procent av de som omkommer i bränder gör det till följd av suicid. Om MSB bedömer ärendet som suicid klassificeras det som suicid hos MSB. I likhet med Trafikverket gör inte heller MSB någon återkoppling till RMV eller till Socialstyrelsen för ny bedömning av dödsorsak och eventuell justering i dödsorsaksregistret.<sup>3</sup> MSB har även ytterligare data om suicid och suicidförsök i räddningstjäns-

---

<sup>2</sup> Trafikverket, *Trafikverkets årsredovisning 2022*, 2022.

<sup>3</sup> Intervju med företrädare för MSB, 2024-01-17, samt MSB, *Individuell analys inom området psykisk hälsa och suicidprevention: underlag till en kommande nationell strategi*, 2022, s. 16.

tens insatsstatistik som bygger på de händelserapporter som räddningstjänsten skriver efter alla sina insatser.<sup>4</sup>

Kriminalvården har infört en årlig systematisk analys av suicidfall i verksamheten, för att uppmärksamma eventuella behov av nationella åtgärder. I myndighetens riktlinjer för rapportering och utredning av incidenter framgår att suicid och allvarliga suicidförsök ska utredas av sektionen för särskilda utredningar. I samband med utredningen görs, enligt uppgift från Kriminalvården, en analys av den dokumentation som finns i ärendet. De utredningar som bedöms bidra till lärande distribueras sedan i kortform till hela eller delar av myndigheten.<sup>5</sup>

### 6.1.2 Uppföljning av suicid som en del av myndigheters verksamhetsuppföljning

Statens institutionsstyrelse (SiS) faller in under rapporteringsskyldigheten när det gäller lex Maria i den del de bedriver hälso- och sjukvård och är vårdgivare.<sup>6</sup> Inom den verksamhet där de bedriver socialtjänst omfattas SiS av lex Sarah.<sup>7</sup> Under tidsperioden 2013–2022 inkom 29 lex Maria-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) från SiS om fullbordade suicid och mellan 1–5 anmälningar om suicidförsök.<sup>8</sup> Utöver att ärendena rapporteras till IVO använder SiS även sammanställda data om suicid i myndighetens verksamhetsutveckling.

SOS Alarm gör också analyser av avvikelser. Syftet är att lära sig mer om den egna insatsen. Däremot görs sällan analyser tillsammans med andra som också varit inblandade i vårdkedjan.

Migrationsverket rapporterar suicid internt, som ett underlag till den egna verksamhetsutvecklingen. Allvarligare avvikelser utreds av Migrationsverket, men myndigheten gör inga särskilda utredningar efter suicid eller suicidförsök.

Det finns ingen systematisk återkoppling mellan olika myndigheter som har eller har haft en pågående kontakt med en person vid inträffade suicid. Eftersom inträffade suicid betraktas som känsliga personuppgifter omfattas uppgifterna som huvudregel av sekretess. I de fall myndigheter får kännedom sker det därmed i regel genom

<sup>4</sup> MSB, *Individuell analys inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2022, s. 13.

<sup>5</sup> Mejl från företrädare för Kriminalvården 2023-09-04.

<sup>6</sup> Se 1 kap. 2 och 3 §§ PSL.

<sup>7</sup> Se 14 kap. 2–7 §§ socialtjänstlag (2001:453), SoL.

<sup>8</sup> Mejl från Inspektionen för vård och omsorg, 2023-12-15. På grund av sekretesskäl uppges inte den exakta siffran i statistiken från IVO.

egen upptäckt eller genom att informationen kommer från anhöriga. Varken Försäkringskassan<sup>9</sup>, Arbetsförmedlingen<sup>10</sup> eller Kronofogdemyndigheten gör några egna utredningar efter suicid. Det beror framför allt på att myndigheterna inte får kännedom om suicid. När det gäller Kronofogdemyndigheten kan det förekomma att inspektörerna vid exempelvis en avhysning påträffar en person som tagit sitt liv. I myndighetens incidentrapportering går det dock inte att urskilja vilka dödsfall som är suicid. Enligt uppgift från myndigheten gör inspektörerna ibland noteringar om suicid, men det görs ingen systematisk analys av incidentrapporteringen. Säkerhetschefen gör en manuell genomgång av incidentrapporterna och kan då uppmärksamma suicidhändelser, men det görs inga särskilda utredningar efter suicid. Kronofogdemyndigheten har inte heller något uppdrag från regeringen att arbeta med suicidprevention.<sup>11</sup>

Arbetsmiljöverket får kännedom om suicid via de anmälningar och eventuella utredningar arbetsgivare gör vid olycksfall som har samband med arbete, men antal suicid redovisas inte i statistiken över anmälningar från arbetsgivare eller i statistiken över arbetsrelaterad dödlighet.<sup>12</sup>

## 6.2 Utredningar på regional nivå

Utredningar efter suicid inom hälso- och sjukvården är, som vi konstaterat i kapitel 4, en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. När hälso- och sjukvården får kännedom om att en patient tagit sitt liv, eller gjort ett suicidförsök, ska vårdgivaren göra en bedömning av om händelsen hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits. Om så är fallet betraktas händelsen i regel som en allvarlig vårdskada och ska utredas och anmälas till IVO, som är ansvarig tillsynsmyndighet.<sup>13</sup> Hälso- och sjukvård bedrivs på statlig, regional och kommunal nivå. Utredningen har i första hand analyserat hälso- och sjukvård inom den regionala nivån där den mest omfattande hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs.

---

<sup>9</sup> Mejl från företrädare för Försäkringskassan 2023-11-10.

<sup>10</sup> Mejl från företrädare för Arbetsförmedlingen 2023-10-16.

<sup>11</sup> Intervju med företrädare för Kronofogdemyndigheten 2023-11-09.

<sup>12</sup> Mejl från företrädare för Arbetsmiljöverket 2023-10-02.

<sup>13</sup> Se 7 kap. 1 § PSL.



## 6.2.1 Utredningar inom hälso- och sjukvården

I de flesta fall gör vårdgivaren först en mindre utredning när vården fått kännedom om att ett suicid inträffat. Här finns dock skillnader i vilka rutiner som gäller inom olika regioner. Den initiala utredningen syftar till att avgöra om en utredning av allvarlig vårdskada ska inledas.<sup>14</sup> Viktiga delar av utredningen består av att klarlägga vad som hänt och vilka faktorer som påverkat händelseförloppet. När det gäller utredningar av allvarliga vårdskador, som suicid klassas som, krävs en mer omfattande utredning. De utredningar som genomförs efter suicid och suicidförsök inom hälso- och sjukvården blir således en källa till suicidpreventiv kunskap på regional nivå. Vidare blir de utredningar om suicidhändelser som anmäls till IVO en källa till suicidpreventiv kunskap på nationell nivå.

På grund av regelverket kring lex Maria har den regionala hälso- och sjukvården under lång tid byggt upp erfarenheter och kunskaper om utredningar efter inträffade suicidhandlingar. Kunskap om suicid och utredningar efter suicid är större inom vissa vårdverksamheter än andra. Psykiatrin är den verksamhet inom hälso- och sjukvården som oftast rapporterar lex Maria-utredningar. Det finns således en större vana av att utreda suicidhandlingar där, medan kunskaperna och erfarenheterna av att utreda suicidhandlingar är mer begränsade inom den övriga hälso- och sjukvården. I de underlag utredningen tagit del av via IVO framgår att psykiatrisk specialistvård står för ungefär 70 procent (2 372) av samtliga lex Maria-anmälningar vid suicid (cirka 3 476)<sup>15</sup> under tidsperioden 2013–2022. Det verksamhetsområde som har näst flest anmälningar är primärvård med cirka 15 procent (508) av samtliga lex Maria-anmälningar.<sup>16</sup>

En förutsättning för att utredningarna ska kunna ske är att vården får kännedom om att ett suicid har inträffat. Om en suicidhändelse inte inträffat inom hälso- och sjukvården förutsätter det exempelvis att en anhörig informerar om händelsen för att verksamheten ska få kännedom. Det sker ingen systematisk återkoppling till vårdgivaren när en patient, eller enskild som haft kontakt med hälso- och sjukvården avlider i suicid.

---

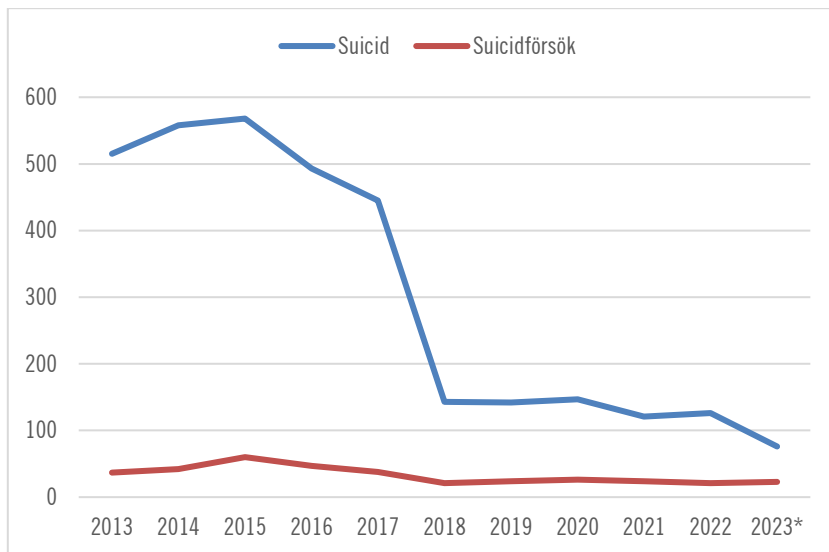
<sup>14</sup> Intervju med företrädare för Region Uppsala, 2023-08-15 samt Governo, *Kartläggning: efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024.

<sup>15</sup> På grund av sekretess uppges inte det exakta antalet då ett verksamhetsområde har färre än fem inskickade anmälningar.

<sup>16</sup> Underlag från IVO, 2023-12-15.

Sedan den obligatoriska anmälningsplikten togs bort syns en tydlig minskning i antalet lex Maria-utredningar. Efter 2017 rapporteras cirka 70 procent färre ärenden gällande fullbordade suicid till IVO. Motsvarande minskningar har inte skett gällande lex Maria-anmälningar vid suicidförsök.<sup>17</sup>

**Figur 6.1** Antal inkomna lex Maria-anmälningar som avser suicid och suicidförsök, 2013–2023



Anm. År 2023 omfattar inte helår. Uppgifterna avser registrerade data (beslutade ärenden) till och med 2023-12-03.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Sedan 2017 inkommer mellan 120–140 lex Maria-anmälningar gällande fullbordade suicid till IVO varje år. Det innebär att ungefär 10 procent av det totala antalet suicid (cirka 1 200) som inträffar i landet per år anmäls. Det är stor skillnad mot tiden innan den obligatoriska anmälningsplikten avskaffades, då antalet anmälningar som mest uppgick till 568 under ett år. Det sjunkande antalet utredningar som inkommer till IVO innebär att vårdgivarnas utredningar inte bidrar till

<sup>17</sup> Mot bakgrund av inrättandet av PSL år 2010 avskaffades anmälningskyldigheten vid suicid och i stället omfattas suicid nu enbart av bestämmelserna i 3 kap. 3, 5 §§ PSL. Där föreskrivs det att vårdgivaren ska utreda och anmäla allvarliga händelser i vården som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Det är fortfarande IVO som tar emot anmälningarna.

kunskapen om suicid på nationell nivå i samma utsträckning som tidigare.

Efter 2017 utgör andelen lex Maria-anmälningar som rör barn som tagit sitt liv omkring 4–5 procent av det totala antalet anmälningar årligen. I jämförelse med det genomsnittliga antalet suicid hos barn i Sverige om 22 personer årligen, så kommer alltså de flesta år cirka en fjärdedel av dessa suicid till IVO:s kännedom via lex Maria-utredningar.

**Tabell 6.1** Antal inkomna lex Maria-anmälningar för fullbordade suicid bland barn, år 2013–2022

Årendår	Antal barn 0–18 år
2013	1–5 <sup>1</sup>
2014	7
2015	16
2016	1–5
2017	13
2018	1–5
2019	6
2020	7
2021	1–5
2022	6

<sup>1</sup> Antalet ligger mellan 1–5 och uppges inte på grund av statistiksekretess.

Källa: Inspektionen för Vård och Omsorg, 2023.

Det framgår av IVO:s statistik att det varierar mellan regioner när det gäller hur många suicidhändelser som anmäls till IVO. Det minskade antalet anmälningar till IVO behöver inte nödvändigtvis innebära att följsamheten till regelverket har försämrats. Det kan också handla om att det görs mer noggranna analyser av om de inträffade suicidfallen kan betecknas som undvikbara eller inte. Här finns det olika uppfattningar inom hälso- och sjukvården, där en del i stället menar att anmälningsfrekvensen skulle behöva öka.<sup>18</sup>

Som konstaterats ovan kommer majoriteten av anmälningarna från psykiatrin. Samtidigt visar undersökningar av vårdkontakter att två tredjedelar av de som tagit sitt liv inte haft någon pågående kontakt

<sup>18</sup> Lumell Associates, *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023.

med den psykiatriska vården de sista fyra veckorna av sitt liv.<sup>19</sup> I en svensk studie som tittat på vårdkonsumtionen hos individer som senare avlidit i suicid konstateras flera skillnader mellan kvinnors och mäns våldsökande mönster. Kvinnor tenderar att söka vård mer frekvent och i ett tidigare stadiet av sin sjukdom. Män har över lag en lägre benägenhet att söka vård, och tenderar att söka vård i ett senare skede av sin sjukdom, ofta först när symtomen blivit mycket svåra eller livshotande. Mäns psykiska ohälsa är också ofta kopplad till skadligt bruk och beroende, vilket kan komplicera vårdbehovet och tillgången till adekvat vård. Kvinnor är mer benägna att följa vårdens rekommendationer, vilket kan leda till bättre behandlingsutfall. Män däremot söker oftare hjälp under akuta omständigheter, vilket kan försvåra behandling och öka risken för allvarliga utfall som suicid. Kvinnor är både överrepresenterade inom primärvården och inom specialistpsykiatri.<sup>20</sup> I den statistik från IVO över lex Maria-utredningar, som utredningen tagit del av, framgår att det är vanligare att utredningarna rör mäns suicid än kvinnors.<sup>21</sup> Detta kan sägas återspegla överrepresentationen av män bland fullbordade suicid. Däremot återspeglar det inte att det är fler kvinnor än män som söker vård, både inom primärvård och specialistvård, som är de två verksamheter som oftast anmäler suicid för lex Maria.

Utöver de lex Maria-anmälningar som görs av vårdgivaren inkommer även enskildas klagomål rörande suicid och suicidförsök till IVO. Det kan både gälla ärenden där en lex Maria-anmälan gjorts på samma ärende och ärenden där en lex Maria-anmälan inte gjorts. IVO har, på uppdrag av utredningen, tagit fram statistik gällande enskildas klagomål rörande suicid och suicidförsök för tidsperioden 2013–2023. IVO gör viss analys av enskildas klagomål som en del av det pågående regeringsuppdraget med Socialstyrelsen<sup>22</sup>, men i övrigt inte. Statistiken visar att det i genomsnitt inkommit 31 klagomål årligen som rör suicidhändelser. I 60 procent av dessa har det redan funnits en lex Maria-anmälan. IVO kan inte på ett enkelt sätt urskilja om klagomålen gäller suicid eller suicidförsök. Det skulle i dagsläget kräva en mer omfattande manuell insats från IVO.<sup>23</sup>

---

<sup>19</sup> Se bland annat Bergqvist m.fl., *Health care utilisation two years prior to suicide in Sweden: a retrospective explorative study based on medical records*, 2022.

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> Inkomna underlag från IVO 2023-12-15.

<sup>22</sup> S2022/03299 (delvis).

<sup>23</sup> Inkomna underlag från IVO 2024-08-13 samt 2024-05-08.

## 6.2.2 Olika utredningsmetoder inom hälso- och sjukvården

Det har utvecklats flera olika metoder för att utreda suicidhändelser inom hälso- och sjukvården. Lagstiftningen är metodneutral och anger inte vilken metod som ska användas av vårdgivarna.

*Händelseanalys* är både ett allmänt begrepp för att systematiskt utreda en händelse i syfte att ge svar på vad som inträffat och varför, och namnet på en specifik analysmetod som används inom hälso- och sjukvården. Analysmetoden används av de flesta vårdgivare i Sverige för att systematiskt identifiera orsaker till uppkomst, eller risk för uppkomst av en skada på en patient. Händelseanalysen ska klarlägga händelseförloppet, dess orsaker och ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt. Det kan också handla om att begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra. Genomförandet av händelseanalys beskrivs generellt som relativt resurskrävande. Detta då det både kräver tillgång till analysteam med olika kompetenser samt förutsätter involvering av flera olika funktioner och personer. Andra menar att det inte är metoden i sig som är resurskrävande, utan snarare hur utredningen genomförs.

En del av de händelseanalyser som genomförs inom hälso- och sjukvården samlas i ett nationellt it-stöd, Nitha, där vårdgivarna själva registrerar sina analyser.<sup>24</sup> Nitha finns tillgängligt för alla vårdgivare i Sverige som bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård och är en öppen och sökbar kunskapsbank.

*Psykologisk autopsi* eller psykologisk obduktion är en metod för att komma åt de bakomliggande orsakerna till suicid. Metoden används huvudsakligen inom psykiatrisk forskning om suicid. Vid en psykologisk obduktion tittar man på de händelser som lett fram till dödsfallet och försöker fastställa omständigheterna kring dödsfallet inklusive avsikt och andra betydande riskfaktorer för suicid. Här är intervjuer med anhöriga en central informationskälla.<sup>25</sup>

Metoden *retrospektiv genomgång* är ett personalstöd som hälso- och sjukvårdspersonal kan använda efter suicid eller suicidförsök. Vid en retrospektiv granskning bjuds berörda yrkesprofessionella in till en strukturerad genomgång av de insatser som getts till patienten. Metoden ger en möjlighet för personal att bearbeta det som inträffat. Fokus är hur organisation, arbetssätt och rutiner kan förändras och förbätt-

---

<sup>24</sup> Inera, Nitha – it-stöd för händelseanalys, hämtad 2024-06-18.

<sup>25</sup> Bhushan D. m.fl. *The psychological autopsy: An overview of its utility and methodology*, 2023.

ras, inte enskilda individers agerande, känslomässiga reaktion eller ställningstaganden.<sup>26</sup>

*Funktionell resonansanalysmetod* (FRAM) är en analysmetod som används inom exempelvis Västra Götalandsregionen. Metoden kan bland annat användas för att analysera och förstå avvikande händelser i komplexa system. Underlagen för en FRAM-analys kan komma från olika källor. Det kan röra sig om vårddokumentation, avvikelserapporter eller gjorda processkartläggningar. FRAM-metoden fungerar bäst i sammanhang där aktiviteter upprepas men där någonting avviker, exempelvis ett suicid inom ett långt vårdförlopp. FRAM-metoden fungerar bäst i sammanhang där aktiviteter upprepas men där någonting avviker, exempelvis ett suicid inom ett långt vårdförlopp.<sup>27</sup>

Metoden *markörbaserad journalgranskning* används för att mäta förekomsten av skador i vården i Sverige. Markörbaserad journalgranskning innebär att journaler granskas från ett slumpvis urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer som kan indikera skada. Ett team bedömer uppgifterna för att fastställa om en skada skett och i så fall vilken typ, konsekvens, allvarlighetsgrad samt om den anses vara undvikbar.<sup>28</sup>

### 6.2.3 Regionala skillnader i arbetet med utredningar

Hur utredningsarbetet genomförs och organiseras skiljer sig åt från region till region. Flera regioner har exempelvis valt att centralisera utredningsarbetet medan andra regioner organiserar det inom olika förvaltningar. Den kartläggning av arbetet med utredningar som utredningen låtit göra bekräftar att det finns ett antal skillnader i hur regionerna arbetar med utredningar efter suicid. Kartläggningen har skett via en enkät som har besvarats av 17 av 21 regioner samt 156 av 290 kommuner.<sup>29</sup>

Kartläggningen visar att det huvudsakligen är psykiatrin som är involverad i suicidutredningar. Somatisk vård och primärvård inkluderas i utredningarna, men hur och i vilken omfattning skiljer sig åt

<sup>26</sup> Intervju med överläkare i region Stockholm, 2023-08-23.

<sup>27</sup> Intervju med chefsläkare i Västra götalandregionen, 2023-06-29.

<sup>28</sup> SKR *Markörbaserad journalgranskning (MJG)*, hämtad 2024-02-21. Enligt uppgift från SKR kommer den nationella markörbaserade journalgranskningen att avvecklas under 2024.

<sup>29</sup> Svaren inkluderar även privata utförare med regional eller kommunal finansiering.

mellan regionerna. De flesta regioner uppgav att det inte finns någon formell tidsgräns för när senaste vårdkontakt ska ha inträffat för att ett suicid ska utredas, men det finns exempel på regioner som har tidsgränser för detta. Majoriteten av regionerna uppgav att de ofta samarbetar internt för att genomföra utredningar efter suicid, men det är ovanligt att samarbetet inkluderar externa aktörer. Om regionerna bjuder in externa aktörer är det i första hand kommunala verksamheter följt av privat vårdverksamhet, men även här syns skillnader mellan regionerna. Endast en region uppgav att de hade rutiner för samarbetet mellan olika huvudmän.<sup>30</sup> Utredningen kan dock konstatera att det finns regioner som arbetar med bredare analyser eller utredningar efter inträffade suicid. Här ges två exempel:

- I Region Stockholm genomförs en retrospektiv genomgång när en patient avlidit i suicid. Genomgången syftar till att lyfta fram kunskap och lärdomar som gör det möjligt att undvika en upprepning. All berörd personal som har varit inblandad ska kallas till exempel från psykiatrin, primärvård, beroendeverksamhet, andra medicinska verksamheter och kommunal verksamhet. Arbetsmodellen upplevs, av de företrädare utredningen träffat, stärka samverkan och underlätta processandet av det inträffade dödsfallet för personal som haft kontakt med personen som avlidit.<sup>31</sup>
- I Uppsala län finns en rutin för händelseanalys i samverkan vid suicid hos barn under 18 år. Rutinen omfattar regional hälso- och sjukvård, kommunal socialtjänst och kommunal skolverksamhet. Syftet med rutinen är bland annat att stärka samverkan mellan Region Uppsala och länets kommuner vid suicid hos barn. Rutinen syftar till att lära och att upptäcka förbättringsområden så att risker kan förebyggas och negativa händelser kan förhindras. Efter kännedom om ett inträffat suicid inhämtas samtycke från vårdnadshavare för att möjliggöra informationsutbyte mellan huvudmännen. Barn- och ungdomspsykiatrin har en central roll i att dela kännedom om suicid med andra lokala aktörer exempelvis socialtjänst. Varje huvudman genomför en egen utredning av händelsen innan kunskaper, lärdomar och erfarenheter baserade på respektive utredning går igenom gemensamt.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024, s. 10–13.

<sup>31</sup> Mejl från företrädare för Region Stockholm, 2023-08-23.

<sup>32</sup> Region Uppsala *Händelseanalys i samverkan vid suicid hos barn under 18 år*, hämtad 2024-03-07.

I en rapport om kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök som Lumell Associates tagit fram på uppdrag av Socialstyrelsen framkommer att det finns stora skillnader mellan de fall som utreds inom psykiatri respektive den somatiska vården och primärvården. Psykiatri uppges ha ett större fokus på suicid eller suicidförsök som sker i anslutning till vård, och har ofta mer utarbetade utredningsrutiner. Utmaningar vad gäller samverkan och förutsättningarna för att inhämta flera relevanta perspektiv i utredningarna framhålls som ett generellt problem i vården bland respondenterna i rapporten. Det finns både strukturella och kulturella förutsättningar som hindrar och försvårar möjligheten att få till stånd en ändamålsenlig samverkan. Från psykiatrins håll lyfter man till exempel fram primärvården som en viktig instans för samverkan. Detta då många patienter har eller har haft mer eller mindre frekventa kontakter med sin vårdcentral innan ett suicid eller ett suicidförsök.<sup>33</sup>

#### 6.2.4 Utmaningar vid utredningar av suicid som vårdskada

Det finns flera utvärderingar av lex Maria-bestämmelserna som identifierat utmaningar med att utreda suicid inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. En sådan utmaning är att i utrednings- och analysarbetet av suicid undvika skam och skuld hos berörda. I Lumells analys av kunskapsläget kring utredningar efter suicid framkommer att medarbetare i vården uttrycker att de har svårt att tillämpa ett systemperspektiv i utredningarna. Detta då de känner sig anklagade för att ha begått fel, och tenderar att gå i försvarsställning.<sup>34</sup> God patientsäkerhetskultur innebär enligt den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården bland annat att ett förhållningssätt som inte är skuldbeläggande och ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om olika patientsäkerhetsaspekter etableras.<sup>35</sup> Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, lägger grunden för ett tydligt systemperspektiv i patientsäkerhetsarbetet men det finns tydliga indikationer på att

<sup>33</sup> Lumell Associates *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023, s. 24–29.

<sup>34</sup> Lumell Associates *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023, s. 35.

<sup>35</sup> Socialstyrelsen, *Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*, 2021.



systemperspektivet behöver utvecklas vid utredningar av suicid som vårdskada.

Det finns dessutom en grundläggande utmaning som handlar om att definiera suicid som en vårdskada. Begreppet undvikbarhet i PSL tycks i större utsträckning vara anpassat för vårdskador där det är lättare att bedöma och fastställa samband. Det skulle till exempel kunna handla om att bedöma en vårdskada vid ett trycksår.<sup>36</sup> Den suicidala processen är i stället ofta fluktuerande och flera olika faktorer kan ha påverkat utfallet. Chefläkare Elin Fröding betonar i sin avhandling att det är svårt att bedöma undvikbarhet vid suicidhändelser vilket hon menar också begränsar hälso- och sjukvårdens möjligheter att lära av suicid.<sup>37</sup>

Svårigheterna att bedöma och utreda suicid som en vårdskada bekräftas också i Lumells rapport, där det framgår att hälso- och sjukvården efterfrågar stöd för att kunna bedöma när suicid är att beteckna som undvikbart. Bedömningen framhålls som svår och föranleder komplexa diskussioner kring vilka tolkningar som ska göras. Mot den bakgrunden blir det en utmaning för vården att avgöra vilka fall som ska rapporteras till IVO och vilka som inte ska rapporteras. Enligt Lumells bedömning kan analysledare och analysteam behöva stöd i denna typ av bedömningar i samband med utredningar och anmälningar. Den här bilden bekräftas i många av de intervjuer som utredningen gjort.<sup>38</sup>

Vidare utgår lex Maria-utredningarna som rör suicid ofta från ett linjärt orsakssamband, där man söker felhändelser och avvikelser. Det leder ofta till ett snävt organisatoriskt perspektiv med fokus på de senaste vårdkontaktarna, även vid förlopp som pågått över längre tid. Utredningarna leder till lärdomar knutna till den specifika verksamheten och fungerar som en påminnelse om vilka rutiner som måste följas. Det finns flera svagheter i utredningsmetodiken. Det handlar till exempel om brister i att belysa relevanta faktorer för den suicidala processen och att de inte i tillräcklig utsträckning integrerar anhöriga och närståendes perspektiv.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> Lumell Associates *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023.

<sup>37</sup> Fröding, *Patient safety and suicide: learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, 2022.

<sup>38</sup> Lumell Associates *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023, s. 43.

<sup>39</sup> Fröding, *Patient safety and suicide: learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, 2022.

### 6.2.5 Lärandet genom lex Maria-utredningar är begränsat

Det finns flera indikationer på att utredningar av suicid respektive suicidförsök inom hälso- och sjukvården inte används som ett underlag för lärande och förbättring i önskvärd utsträckning.<sup>40</sup> Enligt en analys i Frödings avhandling bidrog 56 procent av utredningarna till ett lärande inom den egna vårdavdelningen, och endast fyra procent resulterade i ett lärande utanför den egna vårdavdelningen. I 40 procent av utredningarna beskrevs inget lärande överhuvudtaget, eller så bedömdes det inte som relevant.<sup>41</sup> En analys som IVO gjort av lex Maria och lex Sarahs bidrag till en säkrare vård visar att vid knappt tre av fyra lex Maria-anmälningar (inte specifikt suicid) genomförde vårdgivaren de riskförebyggande åtgärder som redovisats, men i ungefär var tionde anmälan genomfördes inga åtgärder.<sup>42</sup>

I de intervjuer Suicidanalysutredningen gjort med representanter från olika regioner framkommer att det trots kända brister sätts ett stort värde på de utredningar som genomförs. Samtliga intervjuade regioner kan ge exempel på konkreta insatser som utredningarna föranlett som man upplever har höjt patientsäkerheten.<sup>43</sup> Lärandet verkar dock framför allt vara begränsat till den egna verksamheten. Den bilden bekräftas även av Lumells rapport där det är tydligt att utredningsarbetet ofta präglas av stuprörstänkande, vilket försvårar möjligheten att inhämta och komplettera varandras perspektiv. Ansatsen påverkar utredningarnas kvalitet negativt, och minskar utrymmet för att breda utredningar ska kunna göras. Befintlig sekretesslagstiftning uppges vara en kritisk faktor som bidrar till tydliga barriärer mellan vårdgivare, särskilt mellan verksamheter som drivs av olika huvudmän. Önskemål om att lagstiftningen bör ses över i syfte att underlätta överföring av information mellan huvudmän framkommer även i rapporten. Vissa respondenter påpekar samtidigt att det finns möjligheter att dela relevant information, utan att lämna ut känsliga sekretessbelagda uppgifter. Det handlar i dessa fall om att i dialogen och kommunikationen, snarare fokusera på uppgifter som rör verksamheternas orga-

<sup>40</sup> Ibid. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Händelseanalyser av suicid inom hälso-och sjukvården. En sammanställning av analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank*, 2019.

<sup>41</sup> Fröding, *Patient safety and suicide: learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, 2022.

<sup>42</sup> IVO, *Blev det någon verkstad? Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg?* 2016.

<sup>43</sup> Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024, s. 24.

nisation, riktlinjer och rutiner för att gemensamt kunna identifiera eventuella brister eller fallgropar.<sup>44</sup>

Enligt Lumell används utredningarna generellt inte som ett underlag till lärande och förbättringsarbete i önskvärd utsträckning. Dels kan det handla om att åtgärdsförslagen inte är relevanta, eller att de inte sätts i relation till redan initierat eller pågående förbättringsarbete. Dels verkar det finnas allmänna utmaningar när det gäller implementering av åtgärder.<sup>45</sup>

Utredningarna utförs med ett strikt vårdgivarperspektiv med fokus på vårdens sista kontakt med patienten, rutiner och det som gått fel. Det leder till åtgärder på organisatorisk mikronivå snarare än att åtgärda brister i systemet på organisatorisk nivå.<sup>46</sup> En försvårande omständighet är att det i vissa fall saknas tillgång till adekvat kompetens för att utreda suicid respektive suicidförsök, och att resurser inte alltid avsätts för att kunna genomföra utredningar av tillfredsställande kvalitet.<sup>47</sup>

### 6.3 Utredningar på kommunal nivå

Suicidhandlingar är inte enbart kopplade till hälso- och sjukvården. Som vi utvecklat i kapitel 3 finns underlag som visar att det inom socialtjänstens målgrupper finns flera grupper med förhöjd risk för suicidhandlingar och det är sannolikt att socialtjänsten möter dessa människor återkommande.<sup>48</sup> Om en händelse, i form av ett suicid eller ett suicidförsök, bedöms bero på missförhållanden inom socialtjänsten eller inom LSS-verksamhet ska missförhållandet utredas och anmälas till IVO i enlighet med lex Sarah.

---

<sup>44</sup> Lumell Associates *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023, 29–30.

<sup>45</sup> *Ibid.* s. 44.

<sup>46</sup> Fröding, *Patient safety and suicide: learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, 2022.

<sup>47</sup> Lumell Associates *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023, s. 43.

<sup>48</sup> Socialstyrelsen *Högre risk för psykisk ohälsa och suicid bland mottagare av ekonomiskt bistånd*, 2023.

### 6.3.1 Utredningar inom socialtjänsten och LSS-verksamhet

Det tycks finnas en generell underrapportering enligt lex Sarah. Det handlar både om att missförhållanden inte rapporteras alls eller att de rapporteras fel. Exempelvis kan en viss händelse rapporteras som en avvikelse, trots att händelsen beskrivs som ett missförhållande eller risk för missförhållande.<sup>49</sup> Om en händelse inte rapporteras internt kan verksamheten heller inte utreda den. IVO har också sett att flera huvudmän inte sammanställer och analyserar sina lex Sarah-rapporter i tillräcklig utsträckning.<sup>50</sup> Då begränsas också möjligheten att se mönster och tendenser som indikerar brister i verksamhetens kvalitet, och möjligheten att vidta åtgärder.

En förutsättning för att suicid ska kunna utredas enligt lex Sarah är att verksamheten får kännedom om att ett suicid inträffat. Om en suicidhändelse inte inträffat i samband med att en insats ges eller i annat direkt samband med verksamheten, förutsätter kännedomen att exempelvis en anhörig informerar verksamheten om händelsen. Precis som när det gäller hälso- och sjukvården finns det ingen systematisk återkoppling till socialtjänsten när en enskild som haft kontakt med verksamheten avlider i suicid.

När det gäller lex Sarah har det aldrig funnits ett obligatorium att anmäla suicidhändelser inom verksamheterna till IVO så som vid lex Maria. Historiskt sett har det alltid varit få suicidhändelser som anmäls via lex Sarah. Under tidsperioden 2013–2023 inkom cirka 10 anmälningar per år, och som högst 14 anmälningar för ett år, i hela landet. Även suicidförsök som anmäls via lex Sarah är få, för samma tidsperiod var det högsta antalet anmälda ärenden för ett år 10.

### 6.3.2 Utredningsmetoder i kommunal verksamhet

Även om många verksamheter omfattas av lex Sarah-lagstiftningen har vi huvudsakligen tittat på hur arbetet fungerar inom kommunal verksamhet. Det är tydligt att arbetet med utredningar efter suicid är mindre utvecklat inom kommunerna än i regionerna. Det framkommer bland annat i den kartläggning Suicidanalysutredningen låtit göra där det framgår att samtliga regioner gör någon form av utredningar efter suicid, något som inte gäller kommunal verksamhet. Det märks även

---

<sup>49</sup> IVO, *Lex Sarah – för att brukarna ska få det bättre*, 2017.

<sup>50</sup> Ibid.

i statistiken från IVO, som över tid visar ett lågt antal lex Sarah-anmälningar. Socialstyrelsen har gett ut en handbok till stöd för tillämpningen av lex Sarah. Handboken anger inte vilken typ av metod som ska användas vid en lex Sarah-anmälan, det är upp till verksamheten i fråga att avgöra.<sup>51</sup>

I kartläggningen framkommer att kommunernas arbets sätt för utredningar efter suicid ser olika ut och, som vi tidigare nämnt, är det många kommuner som inte gör utredningar efter suicid. Den vanligaste metoden som används av de kommuner som jobbar med utredningar efter suicid är händelseanalys. Vilka metodstöd som används varierar mellan kommunerna och det är flera kommuner som inte använder något metodstöd.<sup>52</sup>

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten tog 2016 fram ett stödmaterial till kommuner där händelseanalys beskrivs som ett stöd till de kommuner som vill utreda suicid. I materialet betonas fördelar med att bredda händelseanalyserna och inkludera fler verksamheter för att få en mer detaljerad bild av suicid och dess orsaker. En gemensam händelseanalys kan till exempel identifiera förbättringsområden mellan verksamheterna vad gäller samverkan eller kommunikation.<sup>53</sup> I praktiken är det ovanligt med länsövergripande överenskommelser mellan kommuner och regioner för utredningar efter suicid. Endast en av de 17 regioner som svarade på enkäten uppgav att de har en länsövergripande rutin för utredningar efter suicid. Den rutinen gällde enbart barn. Stödmaterialiet från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har sedermera tagits bort efter att det visade sig att till exempel ansvarsfördelning, begrepp och vissa lagstiftningsfrågor inte var tillräckligt utredda.<sup>54</sup>

### 6.3.3 Utmaningar vid utredningar av suicid enligt lex Sarah

I en rapport från Folkhälsomyndigheten framkommer att många kommuner upplever att det finns oklarheter och hinder för breda utredningar. Det handlar huvudsakligen om juridiska hinder kopplade till sekretessbestämmelser men även om frågor om anmälnings- och rap-

<sup>51</sup> Socialstyrelsen, *Lex Sarah - Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, 2014.

<sup>52</sup> Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024, s. 19.

<sup>53</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. *Att utreda suicid bland barn och unga genom händelseanalyser. Ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet*, 2016.

<sup>54</sup> Uppgifter från företrädare för Folkhälsomyndigheten, 2023-12-20.

porteringsskyldigheter. Det leder till att huvudmännen blir mindre benägna att göra breda utredningar.<sup>55</sup>

I den kartläggning Suicidanalysutredningen har låtit genomföra inom kommunal verksamhet uppgav 42 procent av de svarande kommunerna (156) att de genomför utredningar efter att de fått kännedom om att ett suicid har inträffat, medan 47 procent av kommunerna uppgav att de inte gör det. Av de kommuner som uppgav att de utreder suicid svarade 70 procent att de utreder ett urval av de ärenden kommunen får kännedom om, medan 20 procent av kommunerna angav att de utreder alla suicid kommunen får kännedom om. Den främsta anledningen till om en kommun utreder ett ärende eller inte verkar vara vilken verksamhet individen haft kontakt med. 80 procent av respondenterna uppgav att socialtjänst och LSS-verksamhet genomför utredningar medan cirka 30 procent av skolverksamhet och 8 procent av räddningstjänstverksamhet uppgav att utredningar genomförs vid kännedom. Andra faktorer som påverkar om en utredning genomförs eller inte är om ett missförhållande upptäckts samt om kommunen får kännedom om suicid eller inte.<sup>56</sup>

Av kartläggningen framgår även att kommunerna inte blir inbjudna regelbundet till att delta i regioners utredningar efter suicid. Endast 13 procent (20) av kommunerna svarade att de får sådana inbjudningar, 48 procent (76) uppgav att de inte får det och 39 procent (61) var osäkra. Bland de kommuner som uppgav att de får inbjudningar väljer ungefär hälften att alltid delta. Två huvudsakliga utmaningar som kommunerna upplever hindrar deltagande i bredare utredningar är sekretessen mellan verksamheter och huvudmän, samt att kommunerna inte får kännedom om att ett suicid har inträffat.<sup>57</sup>

I Lumells rapport om utredningar av suicid och suicidförsök framgår att förutsättningarna för att göra gemensamma utredningar eller analyser generellt kan förbättras. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunal verksamhet beskriver att vissa mer informella kontakter har upprättats med den regionala patientsäkerhetsenheten, men att dessa kan struktureras och formaliseras i större utsträckning.<sup>58</sup>

---

<sup>55</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention 2017 – En lägesrapport om det nationella arbetet med att förebygga självmord*, 2017.

<sup>56</sup> Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024, s. 17–19.

<sup>57</sup> *Ibid.* s. 20.

<sup>58</sup> Lumell Associates *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023, s. 29.

### 6.3.4 Utredningar i skolan och elevhälsan

Att ett barn i Sverige tar sitt liv är som vi beskrivit i kapitel 3 ett relativt ovanligt fenomen. För en enskild kommun med ansvar över förskola, grundskola eller gymnasieskolverksamhet blir suicid därför en händelse som inträffar väldigt sällan. Det är mycket ovanligt att en skola återkommande är involverad i ärenden som rör suicid. Varken skolan eller elevhälsan får per automatik kännedom om inträffade suicid bland elever.

Om skolan befarar att en elev inte kommer att uppfylla de betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar, se 3 kap. 5 § skollagen (2010:800). Om sådana anpassningar bedöms som otillräckliga ska en utredning ske, vilket kan ligga till grund för särskilt stöd, se 3 kap. 7 § skollagen. Samråd ska då ske med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövligt. Skolan har även ett ansvar enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) att utreda olycksfall som drabbat elever som har samband med skolan.<sup>59</sup> I de fall där suicid har inträffat blir skolan och elevhälsans roll dock oftast fokuserad på krishantering och det är ovanligt att ärenden utreds i lärande syfte. Den här bilden bekräftas av den kartläggning utredningen låtit genomföra. Där framkommer att av de 156 kommuner som svarat på enkäten är det enbart 21 kommuner som uppger att utredningar efter suicid förekommer inom förskola, grundskola eller gymnasium. Det framkommer även i undersökningen att det är ovanligt att skolan eller elevhälsan blir inbjudna till att delta i en utredning oavsett om det gäller utredningar inom lex Maria eller lex Sarah.<sup>60</sup>

I Socialstyrelsen och Skolverkets vägledning för elevhälsan framkommer att om en elev tagit sitt liv ska skolan använda de krisplaner som tagits fram i händelse av olyckor eller andra svåra omständigheter. I vägledningen står ingenting om utredningar efter suicid.<sup>61</sup> De företrädare för elevhälsan som utredningen träffat bekräftar bilden av att skolan och elevhälsan oftast fokuserar på krishanteringen vid ett eventuellt suicid och att det är ovanligt att skolan utreder suicid eller blir tillfrågade att delta i någon utredning efter suicid. Den läns-

---

<sup>59</sup> Se 1 kap. 3 § 1 samt 3 kap. 2 a § andra stycket och 3 a § arbetsmiljölagen.

<sup>60</sup> Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024.

<sup>61</sup> Socialstyrelsen och Skolverket, *Vägledning för elevhälsan*, hämtad 2024-03-06.

gemensamma överenskommelse för utredning efter suicid för barn under 18 år som tidigare nämnts är ett exempel på ett undantag.<sup>62</sup>

I det stödmaterial som Folkhälsomyndigheten tillsammans med Socialstyrelsen tog fram 2016 gällande att utreda suicid bland barn och unga står bland annat att genom att utreda suicid kan en skola visa att den tar suicidproblematik och ungas hälsa på allvar. I underlaget betonas att skolan oftast är en central organisation för ungdomar där det finns mycket kunskaper om det aktuella fallet. I materialet framkommer även att det i Umeå kommun gjorts en händelseutredning efter att några ungdomar tog livet av sig kort tid efter varandra. I det fallet var skolan initiativtagare. Även Gotland nämns som ett exempel på när skolan tagit en aktiv roll i utredningar efter suicid.<sup>63</sup>

## 6.4 Kunskaper från tillsynen

Så här långt i kapitlet har vi redogjort för hur statlig, regional och kommunal verksamhet utreder eller följer upp inträffade suicidhändelser i lärande syfte. Ett annat sätt att få kunskaper från inträffade suicid är den tillsyn som bedrivs. I följande avsnitt beskriver vi hur kunskaper genereras från IVO:s tillsyn av lex Maria och lex Sarah-utredningar samt av Skolinspektionens tillsyn av skolan.

### 6.4.1 Tillsyn av utredningar enligt lex Maria och lex Sarah

Inom ramen för sin tillsyn ska IVO granska att verksamheter och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. IVO:s tillsynsuppdrag är brett. Vi har inte gjort någon genomlysning av myndighetens tillsyn generellt. En sådan har dock gjorts nyligen på socialtjänstens område.<sup>64</sup> I genomlysningen lyfts många positiva aspekter av IVO:s tillsyn fram, samt förslag på nya verktyg för hur den kan utvecklas. I vår utredning har vi endast tittat på den del av IVO:s uppdrag som rör tillsyn av de utredningar som görs inom ramen för lex Maria och lex Sarah-bestämmelserna efter suicid och suicidförsök.

---

<sup>62</sup> Intervju med företrädare för elevhälsonätverk 2023-10-24.

<sup>63</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser Ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet*, 2016.

<sup>64</sup> SOU 2020:47.



Lagstiftaren har uttalat att lex Maria-anmälningar är en av de viktigaste informationskällorna till stöd för arbetet med förbättrad patient-säkerhet och kvalitet i vården samt att anmälningar om risksituationer och riskhändelser har stor betydelse för tillsynsmyndighetens förebyggande tillsynsarbete. En anmälan från en vårdgivare innebär att risker blir kända och kan analyseras på nationell nivå och att erfarenheterna sedan kan återföras till hälso- och sjukvården.<sup>65</sup> Tanken med det systematiska patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet är att kunskaper från tillsynen ska kunna tillvaratas på nationell nivå och förmedlas tillbaka till berörda verksamheter. IVO:s tillsyn är därför inte bara ett verktyg för att säkerställa att vården- och omsorgen uppfyller de krav som gäller enligt lagar och regler, den kan också vara en betydelsefull källa till kunskap om suicid på nationell nivå.

## IVO:s uppdrag

IVO planerar så kallad egeninitierad tillsyn utifrån riskanalyser.<sup>66</sup> IVO har inte genomfört någon egeninitierad tillsynsinsats som avser just suicid och suicidförsök. Socialstyrelsen har tillsammans med IVO i uppdrag att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Inom ramen för uppdraget har IVO bidragit till arbetet utifrån sitt tillsynsuppdrag.<sup>67</sup> IVO har dock inte haft något särskilt regeringsuppdrag att specifikt bedriva tillsyn avseende suicid och suicidförsök.

Det ingår i IVO:s uppdrag att säkerställa att händelser som vårdgivare har anmält till myndigheten har utretts i nödvändig omfattning, samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. IVO ska vidare kontrollera att eventuella brister och missförhållanden som anmäls inom socialtjänsten utreds enligt regelverket och avhjälpas. I IVO:s tillsynsroll ingår också att bland annat granska myndighetsutövning, till exempel ärendehandläggning, hur kommuner bedriver uppsökande verksamhet samt själva utförandet av insatser. IVO har dock uppgett till utredningen att de inte utreder den anmälda händelsen i sig.<sup>68</sup>

<sup>65</sup> Prop. 1995/96:176 s. 67.

<sup>66</sup> I förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg anges att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen.

<sup>67</sup> S2022/02399 (delvis).

<sup>68</sup> Uppgift från företrädare för IVO, 2024-07-01.

## IVO:s granskning av utredningar

IVO har i samtal med utredningen uppgett att deras roll är att kontrollera att formaliakraven i anmälningarna är uppfyllda. Ansvaret för att kontrollera kvaliteten på åtgärderna ligger enligt IVO på verksamheten i fråga. Majoriteten av de utredningar som skickas in till IVO godtas utan krav på åtgärder. Mellan 2020 och 2022 har IVO fattat beslut i 474 lex Maria-ärenden avseende suicid och suicidförsök. 60 procent (286) av ärendena har IVO godkänt utan anmärkning. I 36 procent (170) av ärendena har IVO efterfrågat kompletteringar innan godkännande. Andelen ärenden där IVO begär komplettering är lägre vid lex Maria-anmälningar vid suicid och suicidförsök än vid övriga lex Maria-ärenden.<sup>69</sup>

Under hösten 2020 gjorde IVO på eget initiativ en översyn av myndighetens arbete med lex Maria- och lex Sarah-ärenden.<sup>70</sup> Rapporten innehåller flera viktiga iakttagelser när det gäller IVO:s tillsyn av lex Maria och lex Sarah-utredningar. IVO har uppgett att översynen ska tolkas försiktigt då myndigheten menar att det är för få ärenden i underlaget.<sup>71</sup> Utredningen bedömer dock, i likhet med Riksrevisionen<sup>72</sup>, att det urval som gjorts i översynen är tillräckligt stort för de slutsatser som dras.

Enligt översynen avslutar IVO ärenden med brister i verksamheternas utredningar utan åtgärder. Vidare konstaterar IVO att myndigheten inte fullt ut kontrollerar att vårdgivare och verksamheter inom socialtjänst och LSS uppfyller sina skyldigheter att utreda vårdskador respektive missförhållanden. Omkring hälften av de undersökta ärendena avslutades trots att vårdgivare respektive verksamheter inom socialtjänst och LSS inte lämnat de uppgifter som ska framgå av en utredning eller de uppgifter som IVO efterfrågat. IVO avslutar också ärenden utan att verksamheten vidtagit åtgärder för att komma till rätta med identifierade systembrister och utan att redovisade åtgärder kopplar till de bakomliggande orsakerna till en händelse. Det finns en risk för att myndigheten därmed ger verksamheterna en signal om att kvali-

<sup>69</sup> Uppgift från företrädare för IVO, 2024-07-01.

<sup>70</sup> IVO, *Bidrar IVO till kvaliteten i vården och omsorgen? En översyn av IVO:s handläggning av anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah*, 2021.

<sup>71</sup> Översynen baseras i huvudsak på intervjuer med handläggare på IVO och en aktgranskning som genomförts av 107 lex Maria-ärenden och 85 lex Sarah-ärenden som inkommit 1 januari–30 mars 2019. Det motsvarar ungefär 20 respektive 29 procent av samtliga ärenden som IVO beslutade om per kvartal 2019.

<sup>72</sup> Riksrevisionen, *Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre*, 2023 s. 49.

teten i utredningarna är tillräcklig, trots att den inte är det. Det kan i sin tur leda till en risk för att IVO befäster eller förstärker en för låg utredningsnivå.<sup>73</sup> Den här bilden bekräftas av Frödings forskning som visar att lex Maria-utredningarna om suicid har anpassats till kraven från tillsynsmyndigheten, vilket bidragit till att lärandet från vårdens utredningar av suicid har avstannat. Det är samma brister och åtgärder som rapporteras återkommande över tid.

## 6.4.2 Aggregerad analys och återföring av kunskap

### IVO:s roll

Som en del av sitt tillsynsuppdrag ska IVO också sprida information till vårdgivare och berörda myndigheter om inträffade händelser som har anmälts till myndigheten samt i övrigt vidta de åtgärder som anmälan motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet. För att förhindra och förebygga att fel och brister, missförhållanden, negativa händelser och tillbud uppstår ska IVO återföra kunskap, lärdomar och information från anmälningarna till berörda huvudmän, vårdgivare och andra mottagare. Information från anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah ska också kunna aggregeras och användas i tillsynsarbetet samt vid utarbetandet av föreskrifter. Det kan också vara ett viktigt underlag för att kunna utforma relevanta kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Exempelvis har lagstiftaren uttalat att alla allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden ska anmälas till tillsynsmyndigheten i sig innebär ett viktigt komplement av kunskaper och erfarenheter i myndighetens samlade tillsynsuppdrag. Lärdom kan dras av tidigare missförhållanden eller risker. Information och de åtgärder som vidtagits kan på så sätt spridas till andra liknande verksamheter och förhindra att liknande missförhållanden uppstår någon annanstans.<sup>74</sup>

I IVO:s tillsynsuppdrag ingår därför också att bland annat lämna råd och ge vägledning, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och informera och ge råd till allmänheten. När be-

---

<sup>73</sup> IVO, *Bidrar IVO till kvalitet i vården och omsorgen? En översyn av IVO:s handläggning av anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah*, 2021.

<sup>74</sup> Prop. 2009/10:131, s. 41 f., jfr också förarbetsuttalandena till lex Maria-bestämmelserna i prop. 1995/96:176 s. 67.

stämelsen infördes i socialtjänstlagen<sup>75</sup> uttalade lagstiftaren att i tillsynsmyndighetens uppgifter måste även rymmas andra aktiviteter som kompletterar den granskande tillsynen med syfte att vara lärande, förebyggande och stödjande. Rådgivning och vägledning är sådana uppgifter. Det ingår i tillsynsmyndighetens roll att kunna lämna upplysningar om gällande rätt, det vill säga vilka regler som gäller i ett visst fall, och bistå med råd om hur och var man kan finna vägledning för sina överväganden i ett konkret fall. I myndighetens tillsynsroll ligger både att granska ärenden samt att uttala kritik i de fall handläggningen eller beslutet inte motsvarar de krav som framgår av lagstiftningen, och att under pågående handläggning kunna komma med råd och vägledning med stöd av de regler som styr verksamheten.

Vidare har lagstiftaren angett att återkoppling av kunskap är betydelsefullt för kommunernas och andra aktörers fortsatta arbete med kvalitetssäkring. Därigenom innehåller tillsynen också ett lärande och pedagogiskt moment. Att de som utför uppgifterna inom socialtjänsten tar del av resultatet av tillsynen är ett sätt att förhindra att misstag upprepas. Det är också viktigt att resultatet av tillsynen delges alla berörda parter och också sprids och görs enkelt tillgängligt för andra intressenter. En viktig uppgift i tillsynsrollen är att anordna konferenser, seminarier och andra träffar i syfte att sprida de erfarenheter myndigheten får genom tillsynen. Det är också en viktig förutsättning för att tillsyn ska kunna bedrivas mot målen i lagstiftningarna.

## Aggregerade analyser från tillsynen

IVO har analyserat det generella antalet lex Maria och lex Sarah-anmälningar. Myndigheten får in cirka 2 000 lex Maria-anmälningar för samtliga vårdskador varje år. Enligt IVO talar resultat från journalgranskningar och försäkringsärenden för att det faktiska antalet vårdskador generellt sett kraftigt överstiger den inrapporterade nivån för lex Maria-anmälningar generellt<sup>76</sup>, inte bara vid suicid och suicidförsök. Myndigheten drar liknande slutsatser om en underrapportering när det gäller lex Sarah-ärenden i en annan granskning av sådana

---

<sup>75</sup> Se 13 kap. 3 § SoL och prop. 2008/09:160, s. 76–78. Motsvarande bestämmelse finns i 26 a § LSS avseende LSS-verksamheter och i 7 kap. 4 § PSL avseende hälso- och sjukvården.

<sup>76</sup> IVO, *Årsredovisning 2022, 2023*, s. 37.

ärenden.<sup>77</sup> I övrigt har IVO inte gjort så mycket aggregerade analyser utifrån tillsynen av lex Maria och lex Sarah-utredningar.

I regleringsbrevet för 2022 fick IVO ett återrappporteringskrav som innebar att myndigheten bland annat skulle redovisa hur arbetet med suicidprevention omhändertagits i myndighetens verksamhet. Uppdraget omfattade tillsyn över verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, myndighetens arbete med riskanalyser samt anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria. Myndigheten skulle också redogöra för antalet inkomna och beslutade anmälningar av vårdskador enligt lex Sarah och lex Maria som rör suicid och suicidförsök, dels på aggregerad nivå dels per verksamhetsområde. I sin årsredovisning för 2022 redogör myndigheten för arbetet med det uppdrag regeringen har gett IVO att tillsammans med Socialstyrelsen att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar som rör suicid och suicidförsök. Vidare redovisas kvantitativa data över antalet inkomna anmälningar enligt lex Maria som rör suicid och suicidförsök, totalt och per verksamhetsområde.

Någon statistisk sammanställning över lex Sarah-ärendena tog IVO inte fram som svar på regeringens återrappporteringskrav. IVO uppger i årsredovisningen att det beror på att Socialstyrelsens föreskrifter för lex Sarah avser missförhållanden, och inte enskilda händelser, som till exempel suicid.<sup>78</sup> När Suicidanalysutredningen begärde ut statistik avseende lex Sarah-anmälningar kunde IVO, genom en manuell genomgång av ärenden, ta fram data om lex Sarah-anmälningar som rörde suicid och suicidförsök.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag S2022/03299 (delvis) ska IVO bidra till arbetet och uppdragets fullgörande utifrån sitt tillsynsuppdrag. Uppdraget ska slutredovisas den 30 november 2026.<sup>79</sup> IVO har sammanställt data och statistik kring utredningarna och i sin delredovisning av sitt regeringsuppdrag<sup>80</sup> fokuserat på utredningarnas följsamhet till regelverket. En ytterligare analys av utredningarna kommer presenteras i en rapport i september 2024.<sup>81</sup> I årsredovisningen för

---

<sup>77</sup> IVO, *Lex Sarah – för att brukarna ska få det bättre*, 2017.

<sup>78</sup> IVO, *Årsredovisning 2022*, 2023.

<sup>79</sup> S2022/03299 (delvis).

<sup>80</sup> S2022/03299 (delvis).

<sup>81</sup> Enligt uppgift från företrädare för IVO, 2024-07-01.

2023 har IVO inom ramen för detta uppdrag analyserat kvaliteten av vårdgivarnas lex Maria-utredningar i samband med anmälan av suicid.<sup>82</sup>

Det är utredningens bedömning att aggregerade analyser av lex Maria och lex Sarah-utredningar kan bidra med viktig kunskap på nationell nivå. Ett exempel på hur analyser av lex Maria-utredningar kan bidra till nya lärdomar är den granskning SVT gjort av 109 anmälningar om suicid, med tillhörande utredningar, som inkom till IVO 2023. I 32 av de fall som SVT granskade hade patienten inte fått rätt vård i tid på grund av brist på personal eller vårdplats.<sup>83</sup> Ett annat exempel är den analys av inkomna lex Maria-anmälningar som Socialstyrelsen gjorde när myndigheten hade ansvar för tillsynen. Socialstyrelsen menade att det gick att urskilja vissa mönster när det gäller systembrister, trots att den information som hade samlats in var ofullständig och knapphändig i en del avseenden. Socialstyrelsen kunde dra flera slutsatser om mönstret i anmälningarna och föreslog åtgärder som myndigheten själv, respektive vården, kunde vidta för att komma till rätta med bristerna. Sammanställningen innehåller också slutsatser reflektioner om Socialstyrelsens egen tillsyn i de lex Maria-ärenden som gällde suicid.<sup>84</sup>

I andra redovisningar av regeringsuppdrag som IVO haft har myndigheten redovisat och analyserat vilka brister som den tillsynade vården haft i sak och analyserat om föreslagna åtgärder varit tillräckliga.<sup>85</sup> Dessa redovisningar och slutrapporter har dock avsett särskilda tillsynsinsatser och inte enbart varit analyser av inkomna lex Maria eller lex Sarah-anmälningar.

## Återkoppling till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Utredningens uppfattning är att det finns en stor efterfrågan på återkoppling om de utredningar som görs inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riksrevisionen har granskat statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre. I granskningen framkommer att verksamheterna önskar mer återkoppling från IVO på de lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som de skickat in.

---

<sup>82</sup> IVO, *Årsredovisning 2023*, 2023.

<sup>83</sup> SVT, *Patienter tar livet av sig i brist på läkarvård inom psykiatrin*, hämtad 2024-06-04.

<sup>84</sup> Socialstyrelsen, *Själmord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria*, 2010, s. 24 och 26 f.

<sup>85</sup> Jfr exempelvis IVO, *Tillsyn av SiS särskilda ungdomshem 2021–2022, 2023* samt IVO, *Tillsyn av verksamheter som utför estetiska ingrepp och behandlingar*, 2023.

Generellt anser vård- och omsorgsverksamheterna att deras kontakter med IVO är positiva när de ringer eller hör av sig till myndigheten, men företrädare för vård- och omsorgsverksamheter beskriver att de saknar återkoppling på om utredningen var tillräcklig. De är osäkra på om de anmäler för mycket eller för lite och på vilken allvarlighetsnivå det som skickas in till IVO ska ligga. Företrädare för vård- och omsorgsverksamheterna menar också att IVO:s beslut inte bidrar till lärande. Besluten är kortfattade och ofta avslutas ärendet utifrån att händelsen bedöms vara utredd i tillräcklig omfattning. Verksamheten får då inte någon ytterligare återkoppling i besluten. Inspektörer på IVO för fram samma sak i Riksrevisionens intervjuer.<sup>86</sup>

IVO:s egen översyn av lex Maria- och lex Sarah processerna bekräftar bilden att besluten inte är utformade så att de leder till lärande till en vidare krets.<sup>87</sup> I de intervjuer med regionala företrädare som utredningen genomfört betonas behovet av återkoppling från IVO:s tillsyn. Återkoppling och en bra dialog med IVO behövs för att kunna bedöma att innehållet i utredningarna motsvarar tillsynsmyndighetens krav och förväntningar.<sup>88</sup>

Lumells rapport visar att företrädare för hälso- och sjukvården ser ett behov av tydligare vägledning och engagemang från nationell nivå när det gäller det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det beskrivs som att det saknas anvisningar kring en 'lägsta nivå' vad gäller spridning av kunskap och lärande från tidigare gjorda utredningar. Det framhålls också en efterfrågan på såväl riktlinjer som stöd från nationellt håll samt nationell uppföljning för att skapa tydligare incitament för att bedriva uthålliga förändringsarbeten.<sup>89</sup>

### 6.4.3 Tillsyn av skolan

Skolinspektionen har tillsyn över bland annat skolväsendet, särskilda utbildningsformer och annan pedagogisk verksamhet enligt skollagen.<sup>90</sup> Det händer att Skolinspektionen får in uppgifter om suicid bland elever, som enligt uppgiftslämnarna ska ha uppstått till följd av

<sup>86</sup> Riksrevisionen, *Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre*, 2023, s. 54–56.

<sup>87</sup> IVO, *Vad har IVO sett 2022? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2022*, 2023.

<sup>88</sup> Intervju med företrädare för Region Uppsala 2023-08-15.

<sup>89</sup> Lumell Associates, *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023, s. 39.

<sup>90</sup> 26 kap. 3 § skollagen (2010:800).

elevens skolsituation, men Skolinspektionen följer inte upp skolors eventuella lärande- eller utredningsprocess med anledning av sådana uppgifter. Detta mot bakgrund av hur skolförfattningarna ser ut i dag.<sup>91</sup> Den tillsyn som utförs av skolan bidrar således inte med kunskap om suicid eller suicidförsök på nationell nivå exempelvis genom analyser av statistik eller utredningar.

I arbetet med underlag till en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention betonade flera involverade aktörer att det finns ett behov av kunskap och kompetens kopplat till suicid och suicidprevention för de som arbetar i skolan. I skolans uppdrag ingår att erbjuda en hälsofrämjande lärmiljö för elevers lärande, utveckling och hälsa vilket kan sägas var en form av suicidpreventivt arbete. I synnerhet personal som i sin profession möter personer med risk för suicidalt beteende har, enligt Folkhälsomyndigheten, ett behov av ökade kunskaper och kompetens för att förebygga och hantera suicid.<sup>92</sup>

## 6.5 Användning av befintlig kunskap om suicid

I det här kapitlet har vi så här långt beskrivit hur suicid utreds på olika nivåer och vilken kunskap staten får genom tillsynen. För att utredningar och annan kunskap ska kunna bidra till att olika samhällsaktörer lär sig mer om vad som kan göras för att förhindra suicid, behöver dessa kunskaper tas om hand. En synpunkt som utredningen har fått i flera olika sammanhang är att det finns mycket kunskap om suicid, och suicidpreventiva åtgärder, men att den kunskapen inte används i tillräcklig utsträckning. I följande avsnittet ger vi vår bild av hur den kunskap som tas fram om suicid, exempelvis genom tillsyn och statistik, förvaltas i suicidpreventivt syfte.

---

<sup>91</sup> Mejl från företrädare för Skolinspektionen, 2024-03-07.

<sup>92</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention. Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar*, 2022, s. 46–47.



### 6.5.1 Sammanställningar av händelseanalyser inom hälso- och sjukvården

Det har gjorts tre större nationella sammanställningar och analyser av händelseanalyser som berör suicid. Sammanställningarna har utgått från fullbordade suicid.<sup>93</sup> Två av sammanställningarna omfattar suicid under perioden 2006–2008 och utfördes av Socialstyrelsen.<sup>94</sup> Den senaste sammanställningen omfattar suicid som begicks 2006–2018 och baseras på vårdgivarnas händelseanalyser i Nitha kunskapsbank. Den studien genomfördes av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.<sup>95</sup>

Det framgår av Socialstyrelsens första sammanställning att syftet var att få kunskap om suicid och att den kunskapen skulle kunna spridas, framför allt till de verksamhetsansvariga.<sup>96</sup> Erfarenheterna skulle tas till vara och användas för att ytterligare stärka patientsäkerheten och höja kvaliteten på vården. Socialstyrelsen menade att det gick att urskilja vissa mönster när det gäller systembrister och kunde dra flera slutsatser om mönstret i anmälningarna. Socialstyrelsen reflekterade också kring sin tillsyn i lex Maria-ärenden som gällde suicid. Exempelvis menade myndigheten att den kunde bli mer aktiv i sin tillsyn och begära in vårdplaner eller uppgifter som saknades. Socialstyrelsen identifierade brister i 62 procent av fallen, medan vården bara identifierade brister i 40 procent av fallen. Det visade, enligt myndigheten, att tillsynen var mycket betydelsefull och behövdes för att uppmärksamma vården på eventuella brister.<sup>97</sup>

Resultaten av de tre sammanställningarna visar att de flesta händelseanalyser handlar om patienter inom specialistpsykiatrin. Majoriteten av patienterna var män och drygt hälften var 18–49 år. Sammanställningen visade att suiciden oftast ägde rum i nära anslutning till pågående vård. I merparten av händelseanalyserna framkom det att det fanns närstående till patienten, men i endast en tredjedel av fallen hade de varit delaktiga i vården. Huvudsakliga bakomliggande orsaker till de identifierade felhändelserna via händelseanalyserna var framför allt brister inom rutiner och procedurer (50 procent), kommuni-

<sup>93</sup> Det finns inga liknande sammanställningar om suicidförsök.

<sup>94</sup> Socialstyrelsen, *Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria en sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007*, 2007. Socialstyrelsen, *Själv mord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria*, 2010.

<sup>95</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården. En sammanställning av analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank*, 2019.

<sup>96</sup> Socialstyrelsen, *Själv mord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria*, 2010. Samt Socialstyrelsen, *Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria – En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007*, 2007.

<sup>97</sup> Socialstyrelsen, *Själv mord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria*, 2010, s. 24 och 26 f.

kation (20 procent), organisation (18 procent), utbildning och kompetens (10 procent). De flesta åtgärdsförslagen handlade om att åtgärda brister i organisation och arbetssätt, och införa nya rutiner.<sup>98</sup> Av de personer som tog sitt liv under 2004 hade 40 procent haft kontakt med vården den senaste månaden innan dödsfallet. I realiteten var siffran sannolikt högre då primärvården inte inkluderades i beräkningarna från Socialstyrelsen i kombination med det mörkertal som finns avseende de suicid som vården inte får kännedom om.<sup>99</sup>

Den här typen av sammanställningar görs i dag inte regelbundet och det saknas en systematik för hur kunskaperna från de rapporter som tas fram ska spridas. Det saknas även uppgifter om i vilken utsträckning de kunskaper som finns i databasen Nitha sprids, sammanställs eller på annat sätt bidrar till ett lärande om suicid.

### 6.5.2 Samverkan och analys av kunskap på lokal nivå

Även på lokal nivå finns exempel på hur kunskaper och erfarenheter från inträffade suicidhändelser används för att göra analyser i suicidpreventivt syfte (se faktarutor nedan). För att bedöma de risker som finns inom en kommun avseende olyckor i form av suicid är en analys av befintliga data nödvändigt. Många kommuner arbetar med förebyggande åtgärder mot suicid, men i vilken omfattning och hur arbetet är organiserat varierar över landet. Vilka verksamheter som deltar i gemensamt arbete och vilken verksamhet som håller ihop samordningen i kommunen kan se olika ut. En del kommuner har centrala suicidpreventiva samordnare eller motsvarande funktioner. I vissa kommuner arbetar den kommunala räddningstjänstorganisationen inte bara med den akuta utryckningsverksamheten, utan är också en central aktör i det lokala arbetet med suicidprevention.<sup>100</sup>

MSB har gjort en behovsanalys av den kommunala räddningstjänstens arbete inom området psykisk ohälsa och suicidprevention. Där konstateras bland annat att den datainsamling som sker vid inträffade händelser, exempelvis insatsstatistik baserad på händelserapporter, är en framgångsfaktor. MSB ser utifrån behovsanalysen bland annat

<sup>98</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården. En sammanställning av analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank*, 2019, s. 7–8.

<sup>99</sup> Socialstyrelsen, *Självmod 2006 anmälda enligt lex Maria – En sammanställning av de beslut som har fattats till och med mars 2007*, 2007.

<sup>100</sup> MSB, *Kommunal räddningstjänst inom området psykisk ohälsa och suicidprevention – en behovsanalys*, 2022.

ett behov av uppföljning och analys på såväl regional som nationell nivå i det förebyggande arbetet. Data behöver bearbetas och återföras ut i praktiken. I behovsanalysen beskrivs att det finns oklarheter inom kommunerna om vad området suicidprevention innebär och vem som ansvarar för vad. Det är oklarheter som skulle behöva åtgärdas genom riktlinjer eller vägledningar. Det beskrivs även finnas ett behov av förtydligande om suicid som olycka och hur det landar inom kommunens ansvar.<sup>101</sup>

I Jönköpings kommun används en tvärprofessionell samverkansmodell som bland annat innebär att den kommunala räddningstjänstorganisationens uppgift i det suicidpreventiva arbetet breddas, från att enbart rycka ut vid akuta suicidalarm, till att ha ett samordningsansvar för det fortlöpande suicidpreventiva arbetet. Modellen innebär även en bred samverkan mellan olika aktörer såsom polis, SOS Alarm, delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den kommunala räddningstjänstorganisationen samordnar arbetet. De olika aktörerna träffas och analyserar aggregerade kunskaper från verksamheternas erfarenheter av inträffade suicidhandlingar. Kunskaper som analyseras kan till exempel vara statistik från polisens uttryckningar vid hot om suicid eller vid genomförda suicidhandlingar. Exempelvis har en analys om var suicid inträffat visat vilken typ av platser som är vanliga vid suicidhandlingar. Dessa kunskaper har gjort det möjligt att styra insatserna för att söka efter försvunna individer till särskilda platser, vilket visat sig vara framgångsrikt.<sup>102</sup>

Det finns flera exempel i landet på sammanhang där kunskaper som genererats från suicidhändelser analyserats gemensamt mellan olika lokala aktörer vilket bidragit till suicidpreventiva insatser och åtgärder. Nedan ges några exempel på hur lokalt lärande kan uppstå genom analytiskt samarbete i suicidpreventivt syfte utifrån inträffade suicidhändelser. Det bör dock framhållas att dessa exempel är anpassade efter de specifika sammanhang de formats i.

---

<sup>101</sup> MSB, *Kommunal räddningstjänst inom området psykisk ohälsa och suicidprevention – en behovsanalys*, 2022, s. 17–19.

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

### Jönköping

I Jönköpings kommun finns sedan flera år ett samarbete mellan olika huvudmän i suicidpreventiva frågor.

Polisen sammanställer varje månad ett underlag på de uttryckningar som gjorts i samband med suicidhändelser. För att hantera sekretessen i frågan aggregeras data och fullbordade suicid avläses på länsnivå medan suicidförsök avläses på kommunal nivå. Polisens egen uppskattning är att det tar cirka två timmar en gång i månaden att ta fram rätt data.<sup>103</sup> Polisens data kan sedan sorteras utifrån kategorier som analysgruppen bedömt som relevanta. Detta kan exempelvis vara val av metod eller geografisk plats. En gemensam larmplansgrupp med aktörer från polisen, kommunal räddningstjänst, regional hälso- och sjukvård och SOS alarm analyserar sedan dessa data gemensamt.

Analyserna har exempelvis föranlett kunskaper om en överrepresentation eller potentiell smittoeffekt i vissa grupper bland exempelvis män i ett visst åldersintervall med koppling till jaktvapen. Denna typ av kunskap som larmplansgruppen kan identifiera har sedan kunnat tas vidare till olika samhällsinstanser, bland annat till primärvården som kunnat återkoppla till sina vårdcentraler om en förhöjd medvetenhet om den pågående trenden. Efter att ha följt trenden i larmgruppen har man sedan kunnat konstatera att den misstänkta smittoeffekten trappats av.<sup>104</sup>

Den kommunala räddningstjänsten arbetar även med riskinventering av platser där suicid och suicidförsök genomförts. Riskinventeringen har sedan kunnat stämmas av med Trafikverket som kartlägger i vilken utsträckning och var människor rör sig i spårssystemet på ett otillåtet sätt. Att kunskaperna delats i den lokala samverkan har legat till grund för effektivare förebyggande åtgärder längs med spårssystemet på de platser som analysen visat är högriskområden. Larmplansgruppen har sedan kunnat följa utvecklingen och konstaterat att uttryckningarna och antalet olyckor minskat.

<sup>103</sup> Intervju med företrädare för polisen 2023-12-06.

<sup>104</sup> Intervju med företrädare för Jönköpings kommun, 2024-04-11.

### Storuman

Storumans kommun har i två omgångar under 2000-talet drabbats av flera suicid bland unga. Händelserna har bidragit till att skapa en stark samverkan mellan olika lokala aktörer och huvudmän för att hantera och förebygga suicid. En samverkansgrupp med verksamheter bland annat från Storumans kommun, Region Västerbotten och polisen har formats (gruppen kallas B4).<sup>105</sup> Efter den första omgången av suicid jobbade B4-gruppen gemensamt med att analysera kunskaper från de olika aktörerna om vad som hade inträffat. Genom dessa gemensamma analyser har man bland annat kunnat identifiera mönster avseende tider och platser för suicid och specifika riskgrupper. Dessa kunskaper har sedan legat till grund för de suicidpreventiva insatser som görs i kommunen.

Under de specifika riskperioderna som identifierats har exempelvis utökad vuxennärvaro på specifika platser genom nattvandringar införts. Extra öppet på fritidsgårdar och återkommande program och aktiviteter för ungdomar har säkerställts. Storumans kommun har tillsammans med Region Västerbotten även skapat specifika informationskort om var och hur man kan söka hjälp om man mår dåligt som sedan har spridits brett i samhället.

### Västervik

I Västervik finns ett etablerat forum (Vi i Västervik tillsammans) där skattefinansierade resurser samverkar och delar resurser i olika frågor på olika nivåer. I Västerviks kommun har riskanalyser gjorts för att identifiera vilka områden som kan utgöra riskplatser för suicidhändelser. Utifrån dessa analyser har åtgärder, till exempel vid broar och järnvägsspår, genomförts i samarbetet med Trafikverket.<sup>106</sup>

<sup>105</sup> Storumans kommun, *B4 (Before) arbetar mot psykisk ohälsa*, hämtad 2024-05-21.

<sup>106</sup> Underlag från företrädare för MSB 2024-05-30.

### Halmstad

I Halmstad kommun genomför räddningstjänsten analyser av sitt arbete vid inträffade suicidhändelser med hjälp av en systematisk och dialogbaserad reflektionsmetod (After Action Review). Resultatet av räddningstjänstens analyser delas sedan med andra berörda aktörer i syfte att bistå det suicidpreventiva arbetet. Det har bland annat handlat om att informera om riskfyllda miljöer vilket resulterat i förbättringar som kraftigare belysning vid järnvägar, högre staket och minskad tåghastighet.<sup>107</sup>

### 6.5.3 Samverkan och analys av individdata på nationell nivå

Det finns flera exempel på hur myndigheter, i samverkan, använder aggregerade data för att öka lärandet om suicid. Utöver att genomföra djupstudier har Trafikverket samarbetat med RMV för att öka kunskaperna om suicid i trafiken. Ett arbete pågår till exempel med att ta fram en metod för att kunna uppskatta hur många dödsfall som sker till följd av hopp från broar, och var de sker.<sup>108</sup>

Trafikverket har även jämfört sina egna klassificeringar av suicid med dödsorsaksregistret och upptäckt fel åt båda hållen, det kan alltså både handla om fall som blivit klassade som suicid, där Trafikverket i sin utredning landat i en annan dödsorsak, och fall som inte blivit klassade som suicid av RMV, där Trafikverket efter sin utredning, bedömt händelsen som suicid.<sup>109</sup>

MSB har precis som Trafikverket visat intresse för att ta del av uppgifter om suicid från RMV. Till skillnad från Trafikverket har MSB inte fått tillgång till data från RMV.<sup>110</sup> Skälet är att MSB inte är statistikansvarig myndighet. En hemställan har skickats till regeringen med anledning av detta, men ännu har MSB inte fått tillgång till uppgifterna.

Läkemedelsverket följer inom ramen för sitt uppdrag rapporteringen om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Det är en del av myndighetens arbete med att minska medel och metoder för suicid. Signaler om nya risker kan till exempel komma från

<sup>107</sup> Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd rapporten och utredningar efter suicid*, 2024, s. 25.

<sup>108</sup> Trafikverket, *Trafikverkets analys inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2021 s. 20.

<sup>109</sup> Transportstyrelsen och Trafikverket, *Klassificering av suicid i vägtrafiken En jämförelse mellan två sätt att klassificera dödsfall*, 2018, s. 11.

<sup>110</sup> MSB, *Individuell analys inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2022, s. 16.

RMV eller Giftinformationscentralen. Läkemedelsverket har tillsammans med RMV publicerat en artikel i Läkartidningen för att uppmärksamma förskrivare på vissa läkemedels potentiella toxicitet.<sup>111</sup> Läkemedelsverket har även tillsammans med RMV, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten publicerat en rapport över dödsfall till följd av suicid med läkemedels- och narkotikaförgiftningar.<sup>112</sup>

Polisen har i ett samarbetsprojekt med Folkhälsomyndigheten kartlagt myndighetens händelserapporter om suicidförsök 2017–2020, baserat på data från polisens operativa ledningssystem (STOR MA). Rapporten är enligt polisen ett första försök att följa upp polisens arbete med suicidförsök genom att använda data från polisens operativa ledningssystem. I rapporten jämförs olika polisregioners hantering av suicidärenden för första gången. Det övergripande syftet med rapporten var att kartlägga och analysera innehållet i polisens händelserapporter om suicidförsök 2017–2020 och till dem kopplade faktorer som kön, ålder, plats och tidpunkt (datum, veckodag, tid på dygnet) samt tidsåtgång för ärendena. Studien visar att antalet ärenden med suicidförsök ökade med 33 procent 2017–2020, från ungefär 17 000 till 22 500 ärenden. Ökningen och omfattningen av polisens arbete med suicidärenden varierade något mellan polisregionerna. Polisen konstaterar i sin rapport att det går att ta fram statistik för att följa upp polisens verksamhet genom att använda data från polisens operativa ledningssystem samt att det är angeläget att polisen fortsatt tar fram kunskap och följer upp sin verksamhet genom att använda data från sitt operativa ledningssystem. Dock behöver polisen utveckla och förbättra förutsättningarna för det.<sup>113</sup>

## 6.6 Samhällets lärande efter suicid kan utvecklas

Utredningen kan konstatera att det finns olika kunskaper om fullbordade suicid hos olika samhällsaktörer. Det handlar om såväl grundläggande uppgifter om suicid i dödsorsaksregistret som forskning, tillsyn, statistiska analyser och kunskapsöversikter. Den här kunskapen gör det exempelvis möjligt att följa och analysera suicidtalens utveck-

<sup>111</sup> Läkemedelsverket, *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2021.

<sup>112</sup> Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Rättsmedicinalverket, *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistisksammansättning*, 2022.

<sup>113</sup> Polismyndigheten, *Kartläggning av Polismyndighetens händelserapporter om självmordsförsök 2017–2020 – en deskriptiv analys*, 2022.

ling i olika befolkningsgrupper. Dessutom görs utredningar efter suicid inom vissa sektorer såsom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och trafiken.

Det är dock utredningens uppfattning att det finns vissa begränsningar i det lokala lärandet och att förutsättningarna för utredningar av suicid enligt lex Maria och lex Sarah skulle kunna förbättras. Även på nationell nivå finns det hinder för lärandet efter suicid.

### **6.6.1 Brist på kännedom begränsar möjligheten att lära**

Mot bakgrund av komplexiteten vid suicid, är det sannolikt att flera myndigheter och verksamheter som faller in under lex Maria och lex Sarah-bestämmelserna kan ha haft en pågående kontakt med en person innan ett suicid. För många myndigheter och andra verksamheter aktualiseras dock aldrig frågan om att utreda ett suicid i lärande syfte eftersom verksamheten inte får kännedom om att ett suicid har inträffat.

Som tidigare beskrivits har varken Socialstyrelsen eller RMV, som fastställer och registrerar dödsorsak, en rapporteringsskyldighet till andra myndigheter eller berörda verksamheter inom exempelvis hälso- och sjukvård. Verksamheter får därmed inte på något systematiskt sätt kännedom om suicid, utan är beroende av att exempelvis en anhörig återkopplar dödsorsak till verksamheten i fråga. Detta gör att ett endast ett begränsat antal suicid kan bli föremål för exempelvis en lex Sarah eller lex Maria-utredning. Detsamma gäller statliga myndigheter som kan vara centrala utifrån en individs livssituation. Det kan till exempel handla om Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller Kronofogdemyndigheten. De nås inte heller av information om att en individ avlidit till följd av suicid. Någon efterföljande utredning görs därmed inte och något lärande ur samhälleligt suicidpreventivt perspektiv uppstår inte.

### **6.6.2 Bredare utredningar kan bidra till en ny typ av lärande**

Vi kan konstatera att det sällan görs breda utredningar efter suicid i dag. De utredningar som görs efter suicid är avgränsade till enskilda verksamheter.



På nationell nivå finns några få exempel på hur ett lärande kan breddas. Läkemedelsverket och Trafikverket har båda använt data från RMV för att öka kunskaperna om suicid inom sina ansvarsområden. Även om i princip samtliga suicid utreds av RMV finns inget annat uttalat syfte med utredningarna än att ge underlag till dödsorsaksregistret och att verka som ett stöd i polisens utredningar. Utredningens bedömning är att de utredningar som görs inom RMV innehåller viktig baskunskap för att jobba med samhällets suicidpreventiva lärande.

Det finns ingen nationell aktör som har i uppdrag att samla information från olika verksamheter som haft kontakt med en individ som tagit sitt liv. De statistiska analyser som beskrivits i det här kapitlet bygger på individdata och kan ge viktig information om till exempel trender när det gäller metoder och platser för suicid. Den typen av information kan och bör användas i ett lokalt suicidpreventivt arbete. Däremot säger sådan data sällan något om hur samhällets aktörer agerat, eller hade kunnat agera, i en viss situation. För det krävs bredare utredningar som involverar fler aktörer och tar ett helhetsgrepp kring individen, snarare än att följa de vanliga stuprören.

På regional och lokal nivå lyfts också sekretessbestämmelser som ett problem för bredare lex Maria- och lex Sarah-utredningar. Det begränsar möjligheten till att inhämta information om hur olika verksamheter har agerat kring en person och begränsar därmed också möjligheten att utreda, upptäcka och åtgärda brister eller vidta andra åtgärder i ärenden där fler verksamheter varit involverade.

### **6.6.3 Få och färre lex Maria- och lex Sarah-anmälningar leder till begränsad kunskap på nationell nivå**

De systematiska utredningar som görs av enskilda suicidhändelser sker inom lex Maria- och lex Sarah-regelverken. År 2022 inkom 126 lex Maria-anmälningar samt 10 lex Sarah-anmälningar till IVO avseende fullbordade suicid, det totala antalet suicid enligt dödsorsaksregistret var 1 254. Av det totala antalet suicid blir alltså få föremål för anmälan och utredning.

Antalet lex Maria-utredningar om suicid som inkommer till IVO har minskat över tid och är numer förhållandevis få till antalet. Anmälningarna och utredningarna från hälso- och sjukvården kommer till största delen från hälso- och sjukvården, och framför allt från specia-

listpsykiatrin. Antalet utredningar som inkommer från vårdgivare inom andra verksamhetsområden är lågt.

När det gäller anmälningar och utredningar om suicid från verksamheter inom socialtjänst och LSS enligt lex Sarah har antalet alltid varit litet. Antalet är så pass lågt att det ger ytterst begränsad information om suicid.

IVO har dragit slutsatsen att det råder en generell underrapportering när det gäller lex Maria- och lex Sarah-ärenden. Det minskade underlaget av lex Maria-anmälningar och det sedan tidigare låga antalet lex Sarah-anmälningar om suicid får även konsekvenser för möjligheterna till ett aggregerat lärande på nationell nivå. Ett lågt och alltjämt minskande kunskapsunderlag för beslutsfattare, forskare och yrkesverksamma begränsar möjligheten att lära efter suicid på flera sätt. Det begränsar möjligheten för regeringen att få en god uppfattning om brister och behov inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det gäller suicid och det begränsar underlaget för forskare som vill öka kunskapen om suicidrelaterade frågor.

#### **6.6.4 Utvecklingspotential i lex Maria- och lex Sarah-utredningar**

Av de olika sammanställningar, översyner och granskningar som gjorts av tillsynen av lex Maria och lex Sarah-anmälningar framgår att det är viktigt att tillsynen innebär en granskning av bakomliggande orsaker och att systembrister verkligen identifierats. Tanken med regelverken är just att identifiera sådana orsaker och brister, men samtidigt tyder mycket på att de utredningar som genomförs blivit för ytliga och rutinmässiga.

Utredningen kan också konstatera att det finns ett flertal geografiska skillnader i hur utredningar enligt lex Maria- och lex Sarah-bestämmelserna utförs i praktiken. Skillnaderna medför olikheter i vilka ärenden som utreds, på vilket sätt de utreds och i vilken omfattning de utreds.

Vidare har flera verksamheter inom hälso- och sjukvården lyft utmaningar med att anmäla just suicid som vårdskada. Samtidigt visar de studier som gjorts att lärandet tenderar att stanna på en mikronivå och sällan når en bredare organisatorisk nivå. Många gånger är det samma slutsatser som repeteras i utredningarna. Det finns också stora utmaningar i att säkerställa spridning av kunskaper.

Utredningen konstaterar att det finns ett behov av stöd hos verksamheterna när det gäller utredningar efter suicid och suicidförsök.

Regleringen av lex Maria innebär att en vårdgivare ska undersöka händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Med vårdskada avses att skadan hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska således bedöma om en händelse<sup>114</sup> i verksamheten medfört ett suicid och vidare om detta suicid hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Det är en komplicerad bedömning som är svår att göra när det gäller suicid. Vårdgivare verkar uppfatta kravet på undvikbarhet som att det innebär att de säkert kan säga vad som hade hindrat ett suicid och att de i många fall då behöver veta orsaken till att någon tagit sitt liv. Det kan finnas många förklaringar till varför en människa tagit sitt liv vilket gör att det kan vara svårt att bedöma vad som bidragit och hur ett suicid hade kunnat undvikas. Det ligger också i sakens natur att när en människa avlidit, och inte kan delta i utredningsprocessen, blir de faktiska orsakerna svåra att säkerställa. Suicid är en handling som utförs av patienten själv och vanligen i slutet av ett komplext samspel mellan flera olika variabler över tid.

Att en skada ska bedömas som undvikbar genom adekvata åtgärder kan riskera att utredningarna avgränsas till skador där verksamheten bedömer att de brustit i sina skyldigheter som vårdgivare, eller inte följt redan existerande rutiner. Om vårdgivaren fokuserar på brister i verksamhetens uppdrag och skyldigheter finns en risk att det begränsar möjligheterna att undersöka vad verksamheten hade kunnat göra annorlunda.

När det gäller utredningar från verksamheter inom socialtjänsten och LSS ska de utgå ifrån ett missförhållande i verksamheten som inneburit konsekvenser för den enskildes hälsa. Det innebär att även dessa verksamheter ska göra en bedömning av ett slags samband mellan insatser, uteblivna insatser etcetera. En sådan bedömning kan alltså upplevas svår att göra vid suicid.

---

<sup>114</sup> En händelse kan vara en särskild åtgärd, underlåtenhet att agera, en rad mänskliga handlingar, latenta tillstånd i verksamheten eller tillfälliga omständigheter som tillsammans genom tillfälliga interaktioner urholkat patientsäkerheten, se prop. 2009/10:210, s. 196.

### 6.6.5 IVO:s tillsyn skulle kunna bidra till djupare utredningar

Tillsyn är ett verktyg som staten kan använda för att påverka hur utredningar av suicid görs. Suicidanalysutredningens sammantagna bild är att IVO:s tillsyn skulle kunna utvecklas för att bidra till bättre utredningar av suicid i hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter. De förbättringsområden vi identifierat handlar om att den tillsyn IVO gör av lex Maria- och lex Sarah anmälningar framför allt fokuserar på formalia och inte gör någon analys av just suicid. Det finns en risk att tillsynen på så sätt inte motverkar ytliga utredningar av suicid.

Verksamheterna efterfrågar också generellt återkoppling avseende de lex Maria och lex Sarah-anmälningar som gjorts. Majoriteten av de utredningar som inkommer till IVO godtas utan krav på åtgärder. Samtidigt visar forskning att de åtgärdsförslag som kommer av utredningarna avseende suicid oftast pekar på insatser som inte kommer åt eventuella systembrister eller bakomliggande orsaker och att utredningarna är ytliga och rutinmässiga. Frågan blir då om tillsynen omhändertar de bristerna på bästa sätt. IVO:s egen granskning visar också att lex Maria- och lex Sarah-ärenden avslutas för tidigt.

När det gäller lex Maria- och lex Sarah-utredningar granskar IVO inte själva händelsen i sig eller utredningens kvalitet. Suicidanalysutredningen konstaterar dock att det ingår i IVO:s uppdrag att se till att missförhållanden och brister utreds och avhjälpas, samt att granska själva utförandet av de insatser som ges. I detta torde ligga viss bedömningsmån av om konstaterade orsaker och åtgärder är rimliga. IVO har också i andra tillsynsinsatser granskat verksameters brister, insatser och åtgärder i sak i sin egeninitierade tillsyn. Utredningen bedömer därför att det kan finnas en utvecklingspotential i tillsynen av lex Maria och lex Sarah-ärenden kopplade till suicid. Det skulle kunna bidra till ett större lärande hos verksamheterna i fråga samt i förlängningen till bättre underlag för kvalificerade aggregerade analyser.

### 6.6.6 Begränsat nationellt lärande av lex Maria- och lex Sarah-utredningar

IVO har i sitt uppdrag att sprida erfarenheterna från sin tillsyn till vårdgivare och verksamheter inom socialtjänst och LSS.<sup>115</sup> Lagstiftarens intention med lex Maria-reglerna var att en anmälan från en vårdgivare skulle innebära att risker blev kända och kunde analyseras på nationell nivå så att erfarenheterna kunde återföras till hälso- och sjukvården samt verksamheter inom socialtjänst och LSS.<sup>116</sup> Någon sådan analys på nationell nivå och återföring av kunskaper och erfarenheter av tillsynen sker dock inte, trots att IVO har tillgång till information om suicidhändelser inom hälso- och sjukvården och till viss del inom verksamheter i socialtjänsten och LSS. Samtidigt finns många källor som anger att verksamheterna i fråga efterfrågar just sådan återföring och kunskap.

Den analys som IVO gjort handlar i huvudsak om sammanställning av statistik samt formaliabrister i anmälningarna. Det gör det svårt att använda resultaten från tillsynen för att vidta relevanta åtgärder. Bättre aggregerade analyser om bristerna hade kunnat användas som underlag för Socialstyrelsen i arbetet med att ta fram kunskapsstöd. Utredningen kan konstatera att det finns exempel på andra tillsynsområden där IVO gjort djupare analyser av brister i insatser och vård.

Ett annat hinder för lärandet är att IVO uppger att de saknar ett it-stöd för att systematiskt sammanställa data om suicidhändelser när det gäller lex Sarah-anmälningar. Det gör att den sammanlagda kunskapen om utredningar som rör suicid enligt lex Sarah är väldigt otillgänglig. Suicidanalysutredningens bedömning är också att det finns viss utvecklingspotential för lärande för IVO kopplat till enskilda klagomål vid suicid eller suicidförsök. I nuläget saknar IVO även där ett systematiskt sätt att sammanställa data för enskilda klagomål som rör suicidhändelser. Det finns inte några sammanställda analyser från IVO gällande dessa klagomål annat än de som tagits fram på uppdrag av Suicidanalysutredningen.

---

<sup>115</sup> 7 kap. 9 § PSL, 13 kap. 3 § 3 SoL och 26 a § 3 LSS.

<sup>116</sup> Se prop. 1995/96:176 s. 67 och prop. 2009/10:131, s. 41 f.

### **6.6.7 Samverkan ökar möjligheterna till suicidpreventivt lärande**

Det genereras kunskaper utifrån inträffade suicidhandlingar hos myndigheter, regioner och kommuner men utredningens bedömning är att det i dag görs för lite gemensamt analysarbete. Gemensamma analysarbeten skulle kunna lyfta lärandet ytterligare. Flera aktörer på såväl nationell som lokal och regional nivå uttrycker dock att det finns sekretessbegränsningar och att det är svårt att veta var sekretessgränserna går, men efterlyser möjligheten att samverka i lärandesyfte.

Ur ett samhällsperspektiv blir de utredningar och det lärande som görs smalt. Utredningen har redogjort för exempel på att när olika lokala aktörer möts för att dela kunskap och erfarenheter så skapas en typ av lärande som inte uppstår annars. Lokala samarbeten, som till exempel i Storuman, är exempel på ett sådant arbete. Betänkandet innehåller flera exempel på hur sådan samverkan kan gå till. Det finns även ett uttalat önskemål hos flertalet aktörer, exempelvis inom regioner, som jobbar med uppföljning av suicidhändelser att få bättre förutsättningar för det arbetet. Utredningen bedömer att det finns en outnyttjad potential i lokal samverkan utifrån kunskaper och erfarenheter från suicidhändelser.

## **6.7 Sammanfattande slutsatser**

Suicidanalysutredningens huvudsakliga uppdrag har varit att lämna förslag i syfte att öka samhällets lärande efter suicid. I detta kapitel har vi undersökt samhällets lärande efter suicid ur flera olika perspektiv och utifrån flera olika nivåer. Här sammanfattar vi våra slutsatser.

### **6.7.1 Nationell nivå**

På nationell nivå bedömer utredningen att det finns kunskaper och information om suicidhändelser i olika delar av samhället, men att lärandet efter suicid blir smalt och ofta sker i stuprör. Vidare finns det många verksamheter som saknar kännedom om att ett suicid skett som kan ha koppling till verksamheten i fråga och där det finns ett potentiellt lärande.

Mot bakgrund av detta ser vi att det saknas en systematik för att utreda, sammanställa, analysera och sprida olika aktörers kunskap och information om suicid. En sådan systematik skulle kunna leda till beslutsunderlag för olika aktörer för att förhindra och förebygga suicid. En sådan systematik kan också bidra till att aktörer som deltar i en utredning får en genomlysning av sin verksamhet utifrån ett suicidpreventivt perspektiv.

### 6.7.2 Lex Maria- och lex Sarah-regelverken

När det gäller lex Maria- och lex Sarah-regelverken ser utredningen sammanfattningsvis ett behov av bättre och bredare utredningar vid suicid. Det finns också ett behov av att komma till rätta med den underrapportering som finns. För att möta detta behov bedömer vi att det behöver bli lättare att samverka för fler aktörer vid lex Maria- och lex Sarah-utredningar. Vi bedömer även att kunskapen om regelverket och hur utredningar kan genomföras vid suicid behöver bli bättre och att verksamheter som berörs av suicid behöver få kännedom om när sådana suicid inträffat. Slutligen bedömer vi att tillsynen kring lex Maria- och lex Sarah-regelverken vid suicid behöver utvecklas samt att den kunskap och information som tillsynsmyndigheten får in via bland annat lex Maria- och lex Sarah-regelverken behöver tas om hand, sammanställas och analyseras.

Detta skulle leda till ett bättre nationellt kunskapsunderlag för en aggregerad analys som såväl enskilda verksamheter som kunskapsmyndigheter skulle ha användning av. De enskilda verksamheterna som arbetar nära individen skulle också genom bättre och bredare utredningar kunna få möjligheter till ett utvecklat lärande och bättre underlag för åtgärder.

### 6.7.3 Samverkan på lokal nivå

Slutligen vill utredningen understryka att det finns flera bra initiativ till samverkan mellan olika verksamheter på lokal nivå som också lett till nya suicidpreventiva åtgärder. Vi ser dock ett behov av spridning av kunskap och goda exempel för att sådan samverkan ska kunna ske på fler ställen i landet.





## 7 Utredningar efter allvarliga händelser

Det finns flera exempel på områden där allvarliga händelser utreds i efterhand. För att undersöka vad som är möjligt att lära av tidigare erfarenheter från utredningar av allvarliga händelser har vi tittat närmare på tre olika områden där sådana utredningar görs. Det handlar om Statens haverikommissionens haveriutredningar, Trafikverkets djupstudier och Socialstyrelsens dödsfalls- och skadeutredningar. Vi har undersökt just dessa närmre av flera skäl. Det är de tre största nationella utredningsverksamheterna som gör egna utredningar. Verksamheterna har dessutom utvärderats. Gemensamt för utredningarna är att de försöker besvara tre övergripande frågor: vad har hänt, varför, och vad kan göras av aktörer på olika nivåer för att det inte ska hända igen.

I kapitlet ges en beskrivning av hur utredningar av andra allvarliga händelser än suicid genomförs, hur arbetet med spridning och implementering av lärdomar från utredningarna ser ut, samt vilken utveckling utredningarna har bidragit till inom respektive område. I genomgången redogörs även för kritik och synpunkter som riktats mot utredningarna. Kapitlet avslutas med vår analys av hur lärdomar från utredningsverksamhet inom dessa områden kan användas i utformningen av en sådan verksamhet inom suicidområdet.

### 7.1 Haveriutredningar

En haveriutredning används vanligen som en beskrivning av utredningar efter stora olyckor. En haveriutredning ska ge svar på tre frågor: vad hände, varför och vad kan göras för att en liknande händelse inte ska inträffa i framtiden, eller för att minska konsekvenserna om något liknande inträffar igen. I Sverige utförs haveriutredningar av Statens haverikommission (SHK) som är en statlig förvaltningsmyndighet.

dighet under Försvarsdepartementet.<sup>1</sup> SHK ska utreda alla typer av allvarliga civila eller militära olyckor och tillbud ur säkerhetssynpunkt, oavsett om de inträffar till lands, till sjöss eller i luften. Utredningarna regleras i lagen (1990:72) om undersökning av olyckor. Syftet med utredningarna är att klargöra såväl händelseförloppet och orsaken till olyckan eller tillbudet som skador och effekter i övrigt. Utredningarna ska också ge underlag för beslut om åtgärder för att förebygga en upprepning av olyckan eller begränsa effekten av liknande händelser. Utredningarna ska vidare ge underlag för en bedömning av räddningstjänstens insatser i samband med olyckan.

Avgörande för om en undersökning ska genomföras är normalt olyckans svårighetsgrad. Förutsättningarna för när SHK ska utreda en händelse är reglerade i olika författningar och varierar mellan områden. För varje enskild rapport om olycka eller tillbud görs en individuell bedömning om den aktuella olyckan eller tillbudet uppnår kriterierna i regelverket. En bedömning görs också av de potentiella säkerhetsvinsterna med en utredning. SHK kan om de potentiella säkerhetsvinsterna motiverar det, besluta om en utredning även om skadekriterierna inte är uppnådda. För vägtrafik, och andra allvarliga olyckor som inte är trafikrelaterade, är det händelser med flera personer som har omkommit eller skadats allvarligt, eller när omfattande skador har uppstått på egendom eller i miljön, som kan komma att utredas av SHK. En sådan utredning ska också kunna motiveras utifrån de potentiella säkerhetsvinsterna.

Även om SHK vanligtvis utreder trafikrelaterade haverier finns det möjlighet för myndigheten att genomföra utredningar av allvarliga händelser inom andra områden. SHK har till exempel nyligen utfört en haveriutredning inom hälso- och sjukvården. SHK utredde väntetider för en cancerpatient. Myndigheten fokuserade på köernas påverkan på risk för försämrad sjukdom. Utredningen skedde parallellt med Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) tillsyn, men hade ett annat fokus.

SHK fokuserar på förebyggande arbete och inte på ansvarsutkrävande. Av förordningen (1990:717) om undersökning av olyckor framgår att SHK:s säkerhetsrekommendationer ska utformas så att de inte ger upphov till en förmodan om skuld eller ansvar i samband med en olycka eller ett tillbud. Metodmässigt börjar utredningen i det aktiva felet, alltså där olyckan inträffar, och utredarna arbetar sig sedan

---

<sup>1</sup> Förordningen (2007:860) med instruktion för Statens haverikommission.

bakåt i händelseförloppet mot grundorsakerna. SHK uppger att systemisk utredning är ett passande begrepp för det som görs för att komma ifrån skuldfrågan och samtidigt belysa det förebyggande syftet. Exempelvis kan de vid utredning av en flygolycka konstatera att det var ett tekniskt fel på planet, men fokus läggs inte nödvändigtvis på felet i sig utan hur felet kunde inträffa mot bakgrund av hur organisationens säkerhetsarbete och säkerhetsstyrning sett ut över tid.<sup>2</sup>

Analysen av vad som kan göras för att något liknande inte ska hända igen leder ofta till att myndigheten lämnar säkerhetsrekommendationer. Myndigheter som får säkerhetsrekommendationer är skyldiga att underrätta SHK om sin inställning till de föreslagna åtgärderna. Myndigheterna ska rapportera till SHK om vilka åtgärder som har vidtagits eller planerats till följd av rekommendationerna.<sup>3</sup>

Utredningarna är tidskrävande. Under tioårsperioden 2012–2021 publicerade SHK i genomsnitt 26 utredningar per år, varav 58 procent av utredningarna innehöll en eller flera säkerhetsrekommendationer. Antalet publicerade utredningar per år har under perioden varierat mellan 16 och 36, med en sjunkande trend efter 2015. Även antalet rekommendationer har sjunkit efter 2015. Den vanligast förekommande typen av rekommendationer avsåg åtgärder för utvecklad verksamhetsledning (56 procent). Näst vanligast var rekommendationer om kunskapsutveckling (28 procent). Rekommendationerna riktades främst till svenska myndigheter (65 procent) och sett utifrån roll i transportsystemet hade den vanligaste mottagaren av rekommendationer en tillsynsroll. Endast i 9 procent av svaren uttrycker mottagarna på något vis att rekommendationen inte är relevant. SHK har själva gjort bedömningen att 74 procent av deras rekommendationer har fått ett tillfredsställande svar.<sup>4</sup>

### 7.1.1 Haveriutredningarnas användning och värde

SHK lämnar också, i vissa fall, rekommendationer till regeringen. Det händer att dessa rekommendationer föranleder förändringar i lagstiftningen men vanligare är att det leder till ändringar i myndigheters föreskrifter utifrån gällande lagstiftning.<sup>5</sup>

<sup>2</sup> Intervju 2023-06-20 samt mejlkorrespondens med företrädare för SHK, 2024-04-08.

<sup>3</sup> Förordning (1990:717) om undersökning av olyckor.

<sup>4</sup> Trafikanalys, *Haverikommissionens säkerhetsutredningar – utfall i transportsystemet*, 2022.

<sup>5</sup> Mejlkorrespondens med företrädare för SHK, 2024-03-11.

Trafikanalys, en utvärderings- och analysmyndighet för frågor inom transportområdet, har undersökt vilka effekter haveriutredningarna har fått på säkerheten i transportsystemet. Trafikanalys undersökning från 2022 visar att en stor del av de åtgärder som SHK föreslagit har genomförts, även om det ofta har tagit lång tid och inte alltid är tydligt att åtgärderna genomförts just på grund av haveriutredningarna.<sup>6</sup> Trafikanalys bedömer att SHK har lämnat relevanta rekommendationer till relevanta mottagare och mottagarna upplever själva att SHK:s arbete har stor betydelse för säkerheten.

Trots genomförda rekommendationer är det dock många gånger svårt att se effekten av åtgärderna på säkerheten i transportsystemet, då en stor del av säkerhetsriskerna kvarstår. Trafikanalys menar att det kan förklaras av flera olika faktorer. Bland annat att den förväntade effekten är oklart formulerad av SHK, vilket försvårar effektutvärdering. Andra faktorer som nämns är dels att orsakssambanden är komplicerade, dels att det finns hinder för att regelverk och förbättrad tillsyn ska få genomslag i den operativa verksamheten. Sådana hinder kan vara säkerhetskulturen hos inblandade aktörer och svag nationell rådighet över verksamhet som styrs av internationella regelverk. Trafikanalys ser vissa skillnader i genomslag mellan olika trafikslag, som de bedömer att det kan finnas flera orsaker till. Bland annat strukturella skillnader mellan områdena i hur aktörer och regelverk interagerar. Inom luftfartsområdet är det exempelvis relativt lätt att finna de relevanta mottagarna medan det inom sjöfartsområdet finns mer oorganiserade branscher med mer riskbenägna verksamheter. Inom järnvägsområdet finns en komplex rollstruktur vilket gör det utmanande att hitta den mest relevanta mottagaren för säkerhetsrekommendationer.

Även om det är svårt att belägga effekter av haveriutredningarna uppger flera intervjuade mottagare i Trafikanalys studie att SHK:s arbete har haft betydelse för utvecklingen av säkerheten. De viktigaste nyttorna med haveriutredningarna och de rekommendationer som ges sammanfattar Trafikanalys till att de (1) uppmärksammar mottagare på utvecklingspotential för det egna utvecklingsarbetet mot ständig förbättring, (2) utgör grund för utveckling av interna resursprioriteringar – en viktig ”hävstång” och (3) att de utgör kunskapsunderlag i form av *case* för utvecklingsarbete och utbildning. Av intervjuerna framkommer att utredningarna kan påverka både under tiden de

---

<sup>6</sup> Trafikanalys, *Haverikommissionens säkerhetsutredningar – utfall i transportsystemet*, 2022.

genomförs och efter att de är avslutade. Under utredningstiden sprids kunskaper och utbyts tankar. Många gånger vidtar berörda aktörer säkerhetshöjande åtgärder redan i detta skede. Efter utredningarna genomförs blir rekommendationerna ofta ett avgörande incitament för att aktören ska prioritera att fördela resurser till en åtgärd. Haveriutredningarna har även betydelse för lärandet på lång sikt, då de kan användas som exempel i utbildningsinsatser eller som underlag för utredningar och förhandlingar.

I Trafikanalys studie lyfter mottagarna att SHK:s professionalism har gett dem ett starkt rykte och stor trovärdighet. Det uppskattas att det finns goda möjligheter att framföra synpunkter kring utredningarna och att utredningarna har en interdisciplinär ansats. Mottagarna betonar betydelsen av en oberoende part som gör fördjupade utredningar i renodlat syfte att förbättra, utan skuldbeläggande.

Samtidigt pekar Trafikanalys på utmaningar och utvecklingsområden:

- Långa utredningstider. I genomsnitt har en haveriutredning publicerats ett år efter att händelsen inträffat under den period Trafikanalys studerat.<sup>7</sup> En risk som lyfts är att utredningstiden gör att aktörer avvaktar med åtgärder i väntan på utredningens resultat. Det framhålls dock som motargument att alla aktörer har en lagstadgad skyldighet att följa upp och vidta åtgärder även utan SHK:s rekommendationer, samt att SHK:s input alltid är värdefull i kombination med egna utredningar. Nyttiga utredningsresultat och lång utredningstid behöver därför inte stå emot varandra. Intervjuade mottagare uttrycker generellt en acceptans för att djupet är viktigare än snabbheten i framställningen.
- Myndigheter som mottagare av rekommendationer. SHK:s styrkraft är till stor del begränsad till statliga myndigheter. Det är samtidigt svårt att ge rekommendationer kring resursanvändningen i en annan statlig myndighet då varje myndighet har i uppdrag att själva prioritera sin resursanvändning för att nå verksamhetens mål. Regioner och kommuner har till följd av det kommunala självstyret inte fått så många rekommendationer. För nationellt förbättringsarbete inom exempelvis larmtjänst får SHK rikta rekommendationer till MSB och/eller Socialstyrelsen, som i sin tur inte

---

<sup>7</sup> De två temautredningar som gjorts under den studerade tidsperioden sticker ut med de längsta tiderna för utredning och dialog kring rekommendationerna (2–2,5 år).

har en utvecklad tradition av att agera med konkret tillsyn på den regionala nivån. Trafikanalys framhåller dock att det finns exempel på bra genomslag när rekommendationer riktats direkt till regioner. I intervjuerna framkommer att berörda aktörer inte anser att det är effektivt att endast rikta rekommendationer till tillsynsmyndigheten för att på så vis indirekt påverka utförare. Tillsynens inriktning är till största delen att tillse att aktörerna tar sitt ansvar för säkerhetsarbetet, följer regelverket och har uppsatta rutiner med relevant innehåll. Det uppfattas ibland inte överensstämja med hur det faktiskt går till i verksamheten. Flera intervjuade menar att det vore effektivast med parallella rekommendationer till både tillsynsmyndighet och utförare, så att rekommendationer riktas direkt till de som ska agera. SHK har prövat detta på senare år och intervjupersonerna ser det som positivt då det förkortar ledtider i och med att aktörer inte behöver vänta på tillsynsmyndighetens utvecklingsarbete.

- Regler är inte allt. Begränsade effekter på operativ nivå av tillsyn och regler kan ibland härledas till ”säkerhetskultur”, det vill säga värderingar som påverkar sättet vi förhåller oss till risk och säkerhet. Inom exempelvis sjöfartsområdet är säkerhetskulturen ett problem. SHK har riktat rekommendationer till operatörer om att utveckla sin säkerhetsorganisation men med begränsad framgång då branschen är oorganiserad eller rederierna ointresserade, samtidigt som utökad tillsyn är resurskrävande och ytterligare nationell reglering har liten påverkan på grund av sjöfartens internationella karaktär. Därtill är erfarenheten att förändringar i regelverket tar tid och ska dessutom ofta inkludera utbildning och kunskapsspridning. Det kan med andra ord ta tid innan önskade effekter uppstår.
- Rekommendera effekter. Många intervjuade önskar att SHK:s rekommendationer hellre ska ange vilka effekter SHK vill ska uppnås än vilka specifika åtgärder som ska vidtas, det vill säga att gå från ”hur” till ”vad”. Det anses kunna minska risken för mindre relevanta rekommendationer och underlätta uppföljningar av utvecklingen och utvärderingen av arbetets utfall.
- Rekommendation att utreda. Det kan verka oprecist att använda formuleringen ”utreda” eller ”överväga” men enligt Trafikanalys kan denna typ av rekommendation passa väl in i säkerhetsarbetet som till stor del utgörs av långsiktiga processer. Kunskap kan be-

höva utvecklas och utredning kan vara ett sätt att ge mottagaren större mandat att efter utredningen dra slutsatser om vilka säkerhetshöjande åtgärder som konkret ska göras.

Trafikanalys presenterar också ett antal utvecklingstankar som framkommit i deras arbete. En av dessa är att göra fler temautredningar. De har varit uppskattade och anses på ett resurseffektivt sätt ha samlat erfarenheterna från flera likartade händelser som var för sig inte blivit föremål för fullständig utredning och utgjort underlag för säkerhetsrekommendationer. De skulle kunna användas för att tematiskt återkomma till områden som alltjämt har säkerhetsbrister, som underlag för gemensamma diskussioner om hur aktörerna ska komma till rätta med dessa. En annan form av temautredningar, som efterfrågas av Regeringskansliet, är bredare sammanställningar av kunskap och behov. Tidigare utredningar skulle kunna sammanställas med systematisk uppföljning av lämnade rekommendationer i förhållande till de effekter man ville uppnå, för att utgöra underlag för diskussion om hur man kan komma vidare.

En annan utvecklingstanke Trafikanalys tar upp handlar om att följa upp vad som hänt efter en tid, som ett sätt att stimulera agerande (som en påminnelse) och att ge utrymme för diskussion. Trafikanalys föreslår exempelvis tematiska seminariedagar – haverimöten/säkerhetsmöten – där man följer upp äldre utredningar, diskuterar deras utfall och eventuella behov av förnyade satsningar.

## 7.2 Djupstudier av dödsfall i vägtrafiken

En djupstudie är en metod som används av Trafikverket för att få fram kunskap om vad som gjorde att en vägtrafikolycka blev så svår att den ledde till att någon omkom. Det övergripande syftet är att samla information som kan ligga till grund för utvecklad kunskap om brister i vägtransportsystemets säkerhet. Uppgifter som ingår i utredningen är beteendet hos inblandade trafikanter, vägens beskaffenhet och utformning samt fordonssäkerhet. Varje delhändelse analyseras för att få fram vad som hände, varför det hände och vad som kan göras för att det inte ska ske igen. Djupstudier av dödsolyckor på väg började göras av Trafikverket 1997 och arbetet regleras i myndighetens instruk-

tion.<sup>8</sup> Trafikverket har enligt sin instruktion i uppgift att inhämta och sprida kunskap och information om tillgänglighet, framkomlighet, miljö, hälsa och säkerhet inom Trafikverkets ansvarsområde, genomföra djupstudier av vägtrafikolyckor som har medfört att någon har avlidit och samverka med andra aktörer och därvid vidta åtgärder i syfte att nå de transportpolitiska målen. Åtgärderna ska på ett effektivt sätt bidra till måluppfyllelsen.<sup>9</sup> Närmare riktlinjer för djupstudiernas genomförande regleras i myndighetsinterna styrdokument.

Grundläggande faktainsamling görs i samtliga djupstudieärenden, medan fördjupad faktainsamling görs om olycksutredaren bedömer att olyckan kan ha orsakats av faktorer som inte är uppenbara eller klarlagda. Dödsolyckor som är föremål för den grundläggande faktainsamlingen analyseras på en aggregerad nivå. De dödsolyckor som blir föremål för fördjupad faktainsamling analyseras på enskild nivå. Cirka 10–15 procent av det totala antalet undersökta dödsolyckor föranleder fördjupad faktainsamling.<sup>10</sup>

Under en djupstudie undersöker utredarna olycksplatsen, vägen och fordonet för att granska olika spår. Utredarna får ytterligare information om dödsolyckan och dödsfallen genom samarbete med bland andra polis, räddningstjänst, sjukvård och bärgningsföretag. En fördjupad faktainsamling kan omfatta kontakter med Trafikverkets olika kompetenser angående exempelvis vägutformning eller drift och underhåll. All information om händelsekedjan före, under och efter händelsen sammanställs och analyseras av experter vid Trafikverket med kompetens inom fordonsteknik, vägutformning, trafikteknik och beteendevetenskap. I utredningsarbetet kan också experter från exempelvis sjukvården, polisen, räddningstjänsten och kommunen delta. De undersökta dödsolyckorna registreras i datorprogrammet Djupstudieklienten. Djupstudieklienten kan användas för att generera rapportering och ger möjlighet att söka efter information om vägtrafikolyckor med dödlig utgång. Alla uppgifter som kan kopplas till enskilda personer är sekretessbelagda. Resultaten från djupstudierna redovisas på ett sådant sätt att personer och fordon inte kan identifieras.<sup>11</sup>

<sup>8</sup> Djupstudierna gjordes mellan 1997–2009 av dåvarande Vägverket. När Vägverket, Banverket och delar av Sjöfartsverket 2010 slogs samman till Trafikverket övergick ansvaret för djupstudierna till den nya myndigheten.

<sup>9</sup> Förordning (2010:185) med instruktion för Trafikverket.

<sup>10</sup> SOU 2014:24.

<sup>11</sup> Vägverket, *Djupstudier av dödsolyckor räddar liv*, 2004 och SOU 2014:24.



## 7.2.1 Djupstudiernas användning och värde

Arbetet med och resultaten av djupstudieverksamheten har varit föremål för flera undersökningar. Dåvarande Vägtrafikinspektionen utvärderade dåvarande Vägverkets djupstudieverksamhet år 2005 och gjorde en uppföljande utvärdering år 2007.<sup>12</sup> Utredningen om översyn av bestämmelserna om undersökning av olyckor gjorde en analys av Trafikverkets djupstudier av vägtrafikolyckor i sitt delbetänkande Olycksregister och djupstudier på transportområdet (SOU 2014:24).

Vägtrafikinspektionen lyfte ett antal brister i sina utvärderingar. Inspektionen menade att det saknades en nedbrytning och operationalisering av det övergripande målet om färre dödade och allvarligt skadade i vägtrafiken och en tydlig styrning mot detta. Vidare saknade de en analys av i vilken utsträckning arbetet bidrog till målet samt ett teoretiskt och faktabaserat resonemang om vilka data som måste samlas in samt vilka analysmetoder som ska tillämpas för att målet ska nås. Vägtrafikinspektionen menade också att det saknades en tydlig och dokumenterad process för hur kunskaperna från djupstudiearbetet effektivt skulle tillämpas i dåvarande Vägverkets arbete och även hur kunskaperna skulle spridas externt. Vägtrafikinspektionen lyfte också fram att det fanns regionala skillnader i arbetet.

I delbetänkandet (SOU 2014:24) framgår att arbetet utvecklats på flera sätt efter kritiken i Vägtrafikinspektionens utvärderingar. Dåvarande Vägverket införde bland annat en metod för systematisk avvikelshantering med fakta från djupstudierna som grund. Myndigheten utvecklade även funktioner i sitt it-system för att underlätta aggregerade analyser av de fakta som samlas in genom djupstudierna. Tidigare genomfördes djupstudierna av utredare på dåvarande Vägverkets sju regioner, vilket gav upphov till regionala skillnader. De skillnaderna upphörde enligt Trafikverket efter att verksamheten år 2013 samlades nationellt. Djupstudierna är numera en integrerad del i Trafikverkets process för att förbättra trafiksäkerheten, vilket bland annat innebär att fakta som samlas in genom djupstudierna används i arbetet med att uppnå det övergripande trafiksäkerhetsmålet inom transportområdet. Trafikverket anser att heltäckande studier av dödsolyckor är en förutsättning för en fortsatt positiv utveckling av

---

<sup>12</sup> Vägtrafikinspektionen, *Utvärdering av Vägverkets djupstudie- och OLA-arbete samt projektet Nationell samling*, 2005 och Vägtrafikinspektionen, *Uppföljning av Vägtrafikinspektionens utvärdering av Vägverkets djupstudie- och OLA-arbete samt projektet Nationell samling*, 2007.

arbetet med att minska antalet döda och svårt skadade inom vägtrafiken.<sup>13</sup>

Djupstudierna har enligt Trafikverket flera olika användningsområden:<sup>14</sup>

- Underlag för Trafikverket och andra myndigheter, företag och organisationer som kan påverka trafiksäkerheten, att utveckla arbetet inom sina respektive ansvarsområden. Trafikverket ger till skillnad från SHK inga rekommendationer, utan arbetssättet innebär att var och en tar ansvar för att göra förbättringar.<sup>15</sup> Djupstudierna är en källa för att identifiera och åtgärda farliga platser i trafikmiljön, både lokalt, regionalt och nationellt. Lokalt och regionalt handlar det om att åtgärda specifika platser, vägmiljöer eller betenden. På nationell nivå handlar det om att göra mer långsiktiga eller riksomfattande förändringar i trafiksäkerhetsarbetet. Trafikverket behöver i rollen som infrastrukturförvaltare känna till både dagens och morgondagens trafiksäkerhetsproblem för att kunna identifiera effektiva åtgärder. Sammanställningar och analyser av djupstudier används som underlag för trafiksäkerhetsåtgärder inom Trafikverket både regionalt och centralt. Utan djupstudierna menar Trafikverket att det skulle vara svårt att effektivt styra trafiksäkerhetsarbetet mot särskilda mål eftersom det krävs detaljerad kunskap om olyckor för att kunna förutsäga vilka trafiksäkerhetsutmaningar som är aktuella för framtiden. Trafikverket använder även kunskaperna i analyser för underlag till regeringsuppdrag.
- Underlag för flertalet strategiarbeten inom trafiksäkerhetsområdet. I strategierna identifieras de områden där det finns störst möjlighet att vidta åtgärder för att bidra till trafiksäkerhetsmålen. Kunskaperna från djupstudierna används som ett av flera underlag för att identifiera ändamålsenliga prioriteringar. Exempelvis visade djupstudierna mellan 2009–2011 att endast 3 av 10 omkomna motorcyklister bedömts köra inom tillåten hastighetsgräns och i nästan 4 av 10 dödsolyckor har hastigheten bedömts vara mycket över gällande hastighetsgräns. Detta motiverade att i strategin Ökad säkerhet på motorcykel och moped för år 2010–2020 prioritera

---

<sup>13</sup> SOU 2014:24.

<sup>14</sup> Vägverket, *Djupstudier av dödsolyckor räddar liv*, 2004 och SOU 2014:24.

<sup>15</sup> Arbetssättet kallas OLA, en förkortning för objektiva fakta, lösningar och avsikter.

arbetet med hållna hastighetsgränser för att kunna nå etappmålet 2020 om antalet dödade och skadade i trafiken.

- Underlag för den nationella statistiken över vägtrafikolyckor. Transportstyrelsen, som ansvarar för framställning av nationell statistik på transportområdet, behöver exempelvis slå fast om olyckan omfattat krockvåld, om föraren lidit av sjukdom, om dödsfallet var avsiktligt och vilken beskaffenhet fordonet hade. Enligt Transportstyrelsen hade kvaliteten på den officiella statistiken väsentligt försämrats utan djupstudierna, eftersom det i princip då hade saknats beslutsunderlag utöver Polisens trafikmålsanteckning.
- Underlag för att avgöra hur indikatorerna inom målstyrningsarbetet utvecklas. Viss typ av information som behövs för att följa upp indikatorerna finns bara tillgänglig genom djupstudierna.

Informationen som samlats in har enligt Trafikverket exempelvis fungerat som beslutsunderlag för investering i mitträcken, klassning av vägars säkerhet vid införande av nya hastighetsgränser samt kunskapsunderlag vid rekommendationer om säker utformning av vägars sidoområden och korsningsutformning.<sup>16</sup> Många gånger leder djupstudier till omedelbara förändringar av vägmiljön, exempelvis att skogen glesas ut längs en sträcka med dålig sikt eller att vägmärken som skymmer flyttas. Men djupstudierna är också en del av underlaget för det långsiktiga arbetet med vägutformning och fordonsutveckling liksom för inriktningen av polisens trafikövervakning och övrigt trafiksäkerhetsarbete.<sup>17</sup>

Samlad information om nykterhet och hastighet går inte att finna i några andra olycksdatabaser än djupstudierna.<sup>18</sup> En viktig följd av djupstudierna har varit att dokumentera alkoholens och drogernas inverkan. Det har resulterat i ökade insatser för att förhindra rattfylleri och för att öka användningen av alkolås. Djupstudierna har också ökat kunskapen om vilka skyddseffekter som bälten och annan säkerhetsutrustning i fordonen har.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> SOU 2014:24.

<sup>17</sup> Vägverket, *Djupstudier av dödsolyckor räddar liv*, 2004.

<sup>18</sup> SOU 2014:24.

<sup>19</sup> Vägverket, *Djupstudier av dödsolyckor räddar liv*, 2004.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) uppger att kommunerna inte använder enskilda djupstudier som underlag för sitt trafiksäkerhetsarbete men att djupstudierna bidragit till trafiksäkerheten nationellt och att arbetet driver trafiksäkerhetsutvecklingen framåt.<sup>20</sup>

Trafikverket gör ingen enskild årlig rapport eller sammanställning över djupstudierna och deras resultat. De gör en årlig rapportering utifrån ett bredare trafiksäkerhetsperspektiv i form av en gemensam säkerhetsrapport för hela Trafikverket, där djupstudierna ingår som en del av rapporteringen. Trafikverket arbetar med spridning och samverkan för att informationen som inhämtas och analyseras ska komma andra till del. Trafikverket redovisar den analyserade informationen vid olika seminarier och konferenser. Informationen ställs även till förfogande för forskning.<sup>21</sup> Samverkan kring resultat och insamlade fakta sker i huvudsak genom samarbetet i Gruppen för Nollvision i Samverkan (GNS) Väg. GNS Väg beskrivs av Trafikverket som en viktig arena för utbyte av kunskap och koordinering av verksamheter mellan viktiga aktörer inom vägtrafikområdet.<sup>22</sup> Syftet med arenan är att förverkliga nollvisionen inom trafiksäkerhetsområdet genom att höja den gemensamma förmågan att aktivt bidra till nollvisionen och gällande etappmål. Inom ramen för samarbetet beskrivs nuvarande kunskapsläge och mål, prioriterade insatsområden pekas ut och deltagande organisationers ambitioner att bidra klargörs.<sup>23</sup> Trafikverket ansvarar för att följa upp ambitionerna.<sup>24</sup>

### 7.3 Utredning av dödsfall och skador

Socialstyrelsen genomför utredningar av vissa fall när exempelvis ett barn har blivit grovt misshandlat av en närstående eller har dödats, eller när en vuxen person har dödats av en närstående. Sedan 2008 har barnnäröden utretts och från och med 2012 utvidgades uppdraget till att även omfatta vuxna som avlidit med anledning av brott av närstående eller tidigare närstående person. Utredningarna kallas för skade- och dödsfallsutredningar. Utredningarna ska fokusera på sys-

---

<sup>20</sup> SOU 2014:24.

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> I GNS Väg ingår representanter från Arbetsmiljöverket, Folksam, Göteborgs stad, NTF, Polismyndigheten, Regeringskansliet, SAFER, Stockholms stad, STR, SKR, Transportstyrelsen, Trafikverket och Umeå kommun.

<sup>23</sup> Trafikverket, *GNS Vägs samverkan*, hämtad 2024-08-09.

<sup>24</sup> Regeringsbeslut, N2016/05493/TS.

temfel i samhällets skyddsnet och identifiera bidragande faktorer till dödsfallet.<sup>25</sup> Utredningsverksamheten regleras i lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall (LUB).

Syftet med sådana utredningar är att ge regeringen underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga att barn far illa, eller att vuxna utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller tidigare närstående personer, se 1 § LUB. Utredningarna genomförs efter att rättsprocessen är färdig. Åklagarmyndigheten och Polismyndigheten är skyldiga att underrätta Socialstyrelsen om de har misstanke om ett brott som omfattas av lagen. Socialstyrelsens utredningar bygger liksom många utredningar av suicid inom hälso- och sjukvården (enligt lex Maria) på händelseanalys som metod. När utredningsverksamheten inrättades hämtades inspiration från arbetet med händelseanalyser inom hälso- och sjukvården.<sup>26</sup>

Arbetet med dödsfalls- och skadeutredningarna involverar dock fler aktörer än de händelseanalyser som vanligtvis görs inom hälso- och sjukvården. För att kunna utreda fallen begär Socialstyrelsen in journaler, beslut och annan dokumentation från samhällsaktörer som är relevanta för utredningen. Det kan exempelvis gälla dokumentation från hälso- och sjukvården, socialtjänsten, polisen eller skolan. I varje enskilt fall klarläggs det händelseförlopp som har föregått den aktuella händelsen, med fokus på brottsoffrets och gärningspersonens kontakter med myndigheter. I arbetet utgår Socialstyrelsen från den dokumentation som finns. När det är relevant intervjuas även inblandade professioner, däremot görs sällan intervjuer med närstående eller berörda personer.<sup>27</sup> Fallen analyseras av en grupp som kan bestå av både interna experter från Socialstyrelsen och externa experter från andra myndigheter. Förloppet diskuteras och analyseras utifrån nedanstående frågor: Vad kan ha brustit i samhällets skyddsnet? Vad kan bristerna bero på? Hur kan samhällets aktörer förhindra att det händer igen? Utifrån de enskilda utredningarna görs sedan en övergripande analys för att identifiera systemfel och möjliga bakomliggande orsaker till dem. Socialstyrelsen uppger i samtal med Suicidanalysutredningen att de utreder cirka 75 ärenden under en tvåårsperiod.

Regeringen har föreskrivit att utredningsmyndigheten vartannat år ska färdigställa en rapport om utredningsverksamheten. Rapporten

---

<sup>25</sup> Prop. 2006/07:108 s. 28.

<sup>26</sup> Intervju med företrädare för Socialstyrelsen, 2023-09-04.

<sup>27</sup> Intervju med företrädare för Socialstyrelsen, 2023-08-21.

ska innehålla en redogörelse för verksamhetens omfattning och de slutsatser som utredningsverksamheten gett upphov till. Den ska även innehålla uppgifter om de åtgärder som redan har vidtagits av en statlig förvaltningsmyndighet som genomfört tillsyn eller intern tillsyn av verksamhet som berörs av en utredning. Rapporten ska också redogöra för eventuella förslag till ytterligare åtgärder som har som mål att förebygga att barn far illa, eller att vuxna utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller tidigare närstående personer. Rapporten ska utformas på ett sådant sätt att den inte ger upphov till förmodan om skuld eller ansvar i samband med en händelse som utretts och inte heller till att personer som förekommer i utredningsmaterialet kan identifieras.<sup>28</sup>

### 7.3.1 Utredningarnas användning och värde

Mellan 2012–2014 följde och utvärderade Statskontoret utredningsverksamheten. I sin delredovisning från 2012 konstaterade Statskontoret att varken regeringen eller andra hade haft nytta av de rapporter Socialstyrelsen publicerat. Regeringen hade inte tagit något lagstiftningsinitiativ eller annat initiativ mot bakgrund av de problem som pekats ut genom utredningarna. Kommunföreträdare ansåg att innehållet var för generellt för att kunna användas och att de brister som pekades ut redan var kända. Liknande svar gav även andra berörda myndigheter. Två orsaker som pekades ut var att Socialstyrelsen saknade en strategi för att sprida kunskapen i rapporterna och att själva innehållet var för övergripande för att kunna användas. Statskontoret bedömde att Socialstyrelsen borde göra ett omfattande förändringsarbete av utredningsverksamheten för att kunna uppnå syftet med verksamheten.<sup>29</sup>

Två år senare då Statskontoret lämnade sin slutrapport var slutsatserna liknande. Statskontoret bedömde att verksamheten fortsatt inte var känd och att utredningarna inte lett till något konkret användbart resultat. Statskontoret bedömde att Socialstyrelsens arbetsätt, trots viss utveckling vad gäller systematiken, fortsatt försvårade möjligheten att uppnå syftet med verksamheten. Exempelvis genom att inte intervjua de verksamheter som varit involverade i ärendena innan

---

<sup>28</sup> Förordning (2007:748) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

<sup>29</sup> Statskontoret, *Efteråt är allting för sent, Om utredningar av vissa dödsfall*, 2012.

dödsfallen inträffade, vilket ansågs försvåra en fullständig analys av de bakomliggande orsakerna till dödsfallen. Statskontoret bedömde dessutom att forskningskompetens och erfarenhet från praktisk verksamhet inte var tillräckligt representerad i genomförandet av analyserna. Sekretesshinder, som Socialstyrelsen pekat ut som en anledning till att fler externa kompetenser inte användes, skulle enligt Statskontoret kunna undanröjas genom att tillämpa en arbetsmetod med större inslag av muntlig föredragning och att diskutera fallen vid fler möten.

Socialstyrelsen hade ännu inte år 2014 tagit fram någon plan för att kommunicera resultatet av utredningsverksamheten. Socialstyrelsen lämnade inte någon direkt återkoppling till berörda verksamheter och myndigheter i de specifika fallen. Experterna i utredningens analysgrupper menade att det var en utmaning att dra slutsatser på ett så litet antal fall, särskilt när fallen är olika. Handläggare och experter som Statskontoret talat med angav att slutsatserna främst kunde fungera som en bekräftelse på vad som redan var känt.

Statskontoret ställde upp sju kriterier som de utifrån sina undersökningar ansåg skulle skapa förutsättningar för en effektiv utredningsverksamhet:

1. Stor andel relevanta fall. Att undersökningsmaterialet ger en fullständig bild av de fall som utredningsverksamheten enligt lag ska omfatta.
2. Handläggarkompetens. Att handlägga ärendena kräver både generell kompetens om de berörda verksamheterna och specifik kompetens om dödligt våld. Därtill krävs kunskap om vetenskaplig metod.
3. Multiprofessionell analys. För att göra en multiprofessionell analys krävs att fallen analyseras med en verksamhetsövergripande kompetens. I analysgruppen bör kombinationen av kompetens garanteras genom en så bred sammansättning som möjligt.
4. Erfarenhet och kunskap. Att det i analysarbetet finns en kombination av praktisk erfarenhet, övergripande kunskap och vetenskaplig expertis. Det är viktigt att analysen fångar både den vetenskapliga kunskapen och erfarenheten av att på olika nivåer arbeta med frågorna.
5. Användbarhet. Analyserna bör leda till konkreta förslag, inte bara vara en sammanställning av vad som hänt och vilka slutsatser som

kan dras av detta. Det handlar inte enbart om en objektiv förmåga utan om ett förhållningssätt till själva uppdraget. Åtgärdsförslagen bör kunna riktas både till regeringen och berörda verksamheter.

6. Tidsfaktorn. Att det finns ett tidsmässigt samband mellan händelse och utredning respektive mellan händelse och kommunikation av resultat.
7. Kostnadseffektivitet.

Statskontoret gav fem förslag på åtgärder att vidta om regeringen fortsatt bedömde att utredningsverksamheten skulle bedrivas av Socialstyrelsen.

1. Utöka omfattningen av fall som ska utredas. Statskontoret ansåg att det är svårt att använda slutsatserna för att förbättra det förebyggande arbetet för enskilda barn eller personer som utsätts för våld i nära relation på grund av att antalet dödsfall är så litet i förhållande till antalet barn och vuxna som far illa på annat sätt.
2. Förändra lagstiftningen. Syftet skulle vara att ge tillgång till uppgifter om gärningsmännen i närståendefallen och att utöka definitionen av vad som avses med närstående för att kunna omfatta fler fall.
3. Peka ut deltagande och samverkande myndigheter. Rekommendationen handlade om att peka ut vilka myndigheter som ska delta i utredningsverksamheten och att de ska samverka med Socialstyrelsen i utredningsarbetet. Statskontoret ansåg att det bör göras genom att skriva in det i myndigheternas instruktioner.
4. Säkerställa kompetensen. Denna rekommendation handlade om att ge uppdrag till Socialstyrelsen att säkerställa kompetensen i utredningsverksamhetens alla led, bland annat genom samverkan med forskare och relevanta organisationer.
5. Tydliggöra förväntningar. Den femte rekommendationen handlade om att tydliggöra vilka förväntningar regeringen har på Socialstyrelsens rapporter exempelvis med avseende på detaljeringsgrad.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Statskontoret, *Sorgen finns det inga ord för, Om utredningar av vissa dödsfall*, 2014.



Socialstyrelsen beskriver i samtal med Suicidanalysutredningen att utredningsverksamheten utvecklats i flera avseenden efter Statskontorets slutrapport. Mot bakgrund av kritiken att analyserna var för grunda utvecklades metoden med utgångspunkt i SKR:s handbok för metoden händelseanalys, och hur enskilda ärenden utifrån den metoden skulle kunna synliggöra systemfel. Socialstyrelsen lägger också mer resurser på utredningsverksamheten, som nu omfattar fyra heltidsresurser och en administratör. Socialstyrelsen beskriver att utredningarna förstärkt kunskaperna om brister i anmälningsskyldigheten och att underlagen från utredningarna har varit viktiga i dialogen om kontaktförbud.

Sedan Statskontorets rapport har det gjorts justeringar i den lag som reglerar utredningsverksamheten<sup>31</sup>, vilket enligt Socialstyrelsen har underlättat samarbetet med andra myndigheter kring slutsatserna. Bland annat tydliggjordes syftet med utredningarna i 1 § LUB, vilket gav Socialstyrelsen ett tydligare mandat att peka ut förbättringsområden. Det förtydligades också hur utredningsverksamheten ska förhålla sig till tillsynen, i en ny bestämmelse, 3 a § LUB. Vidare infördes en skyldighet för statliga förvaltningsmyndigheter vars ansvarsområde berörs av en utredning, inklusive berörda tillsynsmyndigheter att ställa experter till förfogande, samt en möjlighet för utredningsverksamheten i övrigt att anlita experter och sakkunniga, se 3 § andra–fjärde stycket LUB. Slutligen utvidgades utredningsverksamheten avseende vilka ärenden som skulle utredas. Även fall där barn utsatts för grov misshandel eller synnerligen grov misshandel om brottet begåtts av en närstående eller tidigare närstående person samt fall som gäller vuxna där brottet utgör försök, förberedelse eller stämpling till mord eller dråp om brottet har begåtts av en närstående eller tidigare närstående person inkluderades i 2 § respektive 2 a § LUB.

Vissa begränsningar som Statskontoret pekade ut, och som ligger utanför Socialstyrelsens rådighet, kvarstår dock. Antalet fall som utreds begränsas av de kriterier som är uppställda i den lag som reglerar utredningsverksamheten och Åklagarmyndigheten missar fortfarande att underrätta Socialstyrelsen om alla relevanta fall.<sup>32</sup> Att Socialstyrelsens utredningar inte kan påbörjas förrän domstolens dom eller beslut vunnit laga kraft<sup>33</sup>, innebär att utredningarna fördröjs.

---

<sup>31</sup> Se prop. 2017/18:215.

<sup>32</sup> Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023*, 2024.

<sup>33</sup> Se 4 § andra stycket LUB.

Socialstyrelsen lämnade i mars 2021 en framställan till regeringen om att se över 3 a § LUB samt den sekretessbestämmelse i 26 kap. 10 a § OSL som gäller för de uppgifter som hänför sig till utredningsverksamheten. Socialstyrelsen beskriver i framställan olika tillämpningssvårigheter med bestämmelserna som begränsar utredningsverksamhetens arbete. De berörda myndigheterna upplever exempelvis att tillsyn enligt 3 a § LUB inte passar in i myndigheternas befintliga verksamheter eller riktlinjer för när en tillsyn ska genomföras, samt att det är svårt att bedöma om tillsyn ska inledas på de uppgifter som lämnas av Socialstyrelsen. För Socialstyrelsens del får utredningsverksamheten in väldigt få tillsynsrapporter och de kommer ofta in i ett sent skede av analysarbetet.<sup>34</sup>

## 7.4 Att utreda suicid som en allvarlig händelse

För att kunna bedöma om någon av dessa modeller för utredning är applicerbar på suicid behöver vi undersöka i vilken utsträckning suicidhändelser är jämförbara med andra allvarliga händelser, såsom flygolyckor eller när barn dör på grund av våld från en närstående, ur ett utredningsperspektiv.

### 7.4.1 Stort behov och stor potential

Precis som inom övriga områden där allvarliga händelser utreds finns det inom suicidområdet ett stort behov av ett bredare lärande. De utredningar som görs efter suicid i dag görs endast av vissa samhällsaktörer vilket leder till att lärandet sker där det redan finns en hel del kunskap om suicid. Risken med den typen av utredningar är att de riskerar att bekräfta redan kända kunskaper och inte bidra till något nytt lärande. Suicidforskaren och professorn Craig Bryan, vid Ohio State University, har beskrivit riskerna med att vi i det suicidpreventiva arbetet enbart lär oss av ett selektivt material och missar andra källor. Bryan menar att det kan leda till missvisande slutsatser eftersom avgörande information saknas.<sup>35</sup> Om merparten av de utredningar som görs efter suicid i lärande syfte görs inom hälso- och sjukvården,

<sup>34</sup> Socialstyrelsen, *Framställan gällande tillsyns- och sekretessfrågor i Socialstyrelsens utredningsverksamhet för att förebygga vissa skador och dödsfall*, 2021.

<sup>35</sup> Bryan, *Rethinking Suicide – Why Prevention Fails, And How We Could Do Better*, 2022.

och huvudsakligen specialistpsykiatrin, begränsas lärandet till de grupper som haft kontakt med hälso- och sjukvården, i synnerhet med specialistpsykiatrin. Denna grupp motsvarar dock bara en viss andel av alla som tar sitt liv. Vår bedömning är att det därför finns en stor lärandepotential i bredare utredningar efter suicid.

#### 7.4.2 Begränsad tillgång till information

Vår bedömning är att tillgången till information är relativt begränsad i suicidärenden. Dödsfalls- och skadeutredningarna genomförs efter att rättsprocessen är färdig. Det innebär att det alltid finns en dom och en förundersökning som Socialstyrelsen kan utgå från i sin utredning. SHK har ett långtgående mandat, vilket innebär att de till exempel har möjlighet att göra egna undersökningar av olycksplatsen, och begära in det de behöver från olika myndigheter i sin granskning.<sup>36</sup> När det gäller suicid är det inte säkert att det finns lika mycket dokumentation kring vilka aktörer personen haft kontakt med innan dödsfallet. Det som i princip alltid finns är RMV:s utredning där polisens utredning är ett av flera underlag. Den utredningen kan innehålla uppgifter från närstående, men det är inte säkert. Här kan det även finnas journaler från hälso- och sjukvården.<sup>37</sup> Däremot finns det sällan någon dokumentation i RMV:s underlag över vilka kontakter den enskilde haft med olika myndigheter.

Ett viktigt underlag i utredningar av allvarliga händelser är intervjuer med personer som har inblick i händelsen. Suicid är ofta förknippat med skam och skuld vilket gör att det kan vara svårt att genomföra intervjuer med berörda personer.

#### 7.4.3 Begränsade kunskaper och stigma

Den stigmatisering som finns kring suicid kan också göra det svårt att få organisationer att se sin roll i arbetet med sådana utredningar. Många människor känner sig helt enkelt obekväma med att prata om suicid.<sup>38</sup> Kunskaperna om suicid är stora, framför allt inom psykiatrin, men samtidigt begränsade i stora delar av det övriga samhället.

---

<sup>36</sup> Lag (1990:712) om undersökning av olyckor.

<sup>37</sup> Intervju med företrädare för RMV, 2023-12-11.

<sup>38</sup> Folkhälsomyndigheten, *Kopplingen mellan stigma och suicid*, hämtad 2024-02-29.

Många samhällsaktörer ser inte att de har någon del i arbetet med suicidprevention. Trafiksäkerhetsområdet är ett jämförelsevis moget område kunskapsmässigt, där de flesta "systemägare" är medvetna om sin roll. Det finns också en del myter om suicid, till exempel att det bara är psykiskt sjuka personer som tar sitt liv, eller att det aldrig går att hindra en person som bestämt sig för att ta sitt liv. Dessa myter kommer sannolikt att påverka inställningen till utredningar i lärandesyfte bland olika aktörer. För de händelser som utreds av Trafikverket, SHK och Socialstyrelsen är stigma och mytbildning sannolikt inte en faktor som påverkar utredningarna på samma sätt, även om det även finns ett visst stigma kring våld i nära relationer.

#### 7.4.4 Komplexa orsakssamband

Suicid är vanligen slutet av ett komplext samspel mellan flera olika faktorer och det finns sällan några enkla orsakssamband. Det kan göra det svårt att kartlägga händelseförloppet. Suicid har ett betydligt mer komplicerat händelseförlopp än en till exempel en flygplansolycka. En flygplansolycka eller en trafikolycka på väg kan vara relativt enkel att avgränsa tidsmässigt. Det kan också vara ganska okomplicerat, om än tidskrävande, att avgöra vilka faktorer som haft betydelse för utfallet. Systemen och de aktörer som påverkar systemens utformning, skötsel och användning är relativt tydliga att identifiera och avgränsa. I det här avseendet är suicid mer jämförbart med de dödsfall och skador som Socialstyrelsen utreder där det inte heller är vanligt med enkla orsakssamband.<sup>39</sup> När det gäller suicid kan det både vara svårt att avgränsa hur långt tillbaka i tiden utredningarna ska gå och att identifiera vilka aktörer som borde ingå i utredningen.

### 7.5 Lärdomar från utredningar inom andra områden

I det här avsnittet gör vi en analys av vad som finns att lära från nationella utredningar av allvarliga händelser inom andra områden, som är av betydelse för införandet och utformningen av en nationell utredningsverksamhet inom suicidområdet. Även om suicidområdet i olika avseenden skiljer sig från de andra områden som berörts i kapitlet,

---

<sup>39</sup> Statskontoret, *Sorgen finns det inga ord för, Om utredningar av vissa dödsfall*, 2014, s. 53.

är vår övergripande slutsats att det finns flera lärdomar att dra om vad nationella utredningar av allvarliga händelser kan skapa för värde och vad som är viktigt att beakta i utformningen av en sådan utredningsverksamhet.

### **7.5.1 Viktigt med ett renodlat fokus på lärande**

Gemensamt för de utredningar av allvarliga händelser som beskrivits i kapitlet är att de utifrån ett förebyggande syfte fokuserar på förbättringsområden i system. Poängen med att utreda de allvarliga händelserna på djupet är inte att klarlägga kausaliteten, även om det utgör en del av det utredande arbetet, utan att använda det enskilda fallet för att analysera systemet. Utredningarna genomförs i ett renodlat lärande syfte och är åtskilda från tillsyn, även om tillsynsmyndigheter har en viktig roll i att använda kunskapen från utredningarna för att berörda aktörer ska nås. Erfarenheterna från utredningarna inom andra områden pekar på att berörda aktörer uppskattar att det görs utredningar i ett renodlat lärandesyfte, och att fokuset på lärande skapar en större trygghet att dela med sig av tankar om brister och utvecklingsmöjligheter än vid exempelvis tillsyn. Det talar för att det finns möjligheter att nå andra typer av insikter vid en sådan utredningsprocess, som på så vis kan komplettera de processer som finns för kontroll och ansvarsutkrävande.

### **7.5.2 Utredningar av allvarliga händelser kan leda till systemförbättring**

Att genomföra utredningar av allvarliga händelser för att komma fram till vad som hänt och upptäcka eventuella brister kan vara ett sätt för aktörer att lära sig vad som kan göras för att vidta förbättringsåtgärder. Den funktionen spelar såväl Trafikverkets djupstudier och SHK:s utredningar som Socialstyrelsens dödsfalls- och skadeutredningar. Syftet med den här typen av utredningar av enskilda händelser är inte att dra långtgående slutsatser om effektiviteten i olika insatser, eller att på statistisk väg generalisera utifrån enskilda ärenden. De enskilda utredningarna anses i stället kunna bidra med en kvalitativ analys av systemet utifrån vad som skett i enskilda fall.

Erfarenheterna från haveriutredningar, djupstudier och dödsfalls- och skadeutredningar visar att utredningar av enskilda allvarliga händelser har lett till systemförbättringar. Trafikverket har under en längre tid genomfört utredningar av suicid som lett till flera insikter om hur suicid bättre kan förebyggas, och till konkreta åtgärder. SHK:s utredningar har haft stor betydelse för utvecklingen av säkerheten inom transportområdet.

### 7.5.3 Det går att lära av enskilda fall

Som vi tidigare nämnt pekade Statskontoret, i sin utvärdering av dödsfalls- och skadeutredningarna, på att utredningsverksamheten behöver omfatta en stor del relevanta fall, eftersom undersökningsmaterialet behöver ge en så fullständig bild som möjligt. Suicidanalytutredningens bedömning är att andra erfarenheter från lärande av allvarliga händelser visar att även få fall kan illustrera brister och utvecklingsmöjligheter. Det kan till och med räcka med ett fall för att synliggöra brister i samhällets skyddsnät, eller vad olika samhällsaktörer skulle kunna bidra med för att minska risken för att något liknande sker igen. Det finns flera exempel på när djupare granskningar av enskilda fall har lett till förändringar i samhällssystemet, och där det finns etiska skäl som talar för att vi inte kan vänta tills fler liknande händelser sker för att analysera oss fram till åtgärder. Exempel kan hämtas från både Trafikverket och SHK:s utredningar, men även andra allvarliga händelser i samhället. Exempelvis bidrog det uppmärksammade fallet med en treårig flicka som i media kallades ”Lilla hjärtat”, till att uppmärksamma behovet av att stärka principen om barnets bästa och att säkerställa trygghet, säkerhet och stabilitet för barn som vårdas enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och socialtjänstlagen (2001:453) förkortad SoL. Den 1 juli 2022 infördes bland annat nya och ändrade bestämmelser i SoL och LVU, se prop. 2021/22:178. De nya bestämmelserna handlar bland annat om barnets bästa när vård enligt LVU upphör. Initiativet till dödsfalls- och skadeutredningarna föregicks också av ett uppmärksammat enskilt ärende och lagstiftningen kallas ofta ”lex Bobby” efter barnet som ärendet handlade om.

### 7.5.4 Masshantering behöver undvikas

Erfarenheterna från samtliga utredningsverksamheter som beskrivits i detta kapitel belyser att det är centralt att undvika risken att utredningarna får karaktären av masshantering.<sup>40</sup> Det går att argumentera för att utredningarnas värde just ligger i att de undersöker allvarliga händelser på djupet. Djupstudierna inom trafikområdet påvisar att sådana utredningar kan ge kunskaper som inte går att få fram på något annat sätt, trots att djupstudierna görs inom ett område det bedrivs relativt mycket forskning inom och där det finns välutbyggda databaser med statistik. Implikationerna av att masshantering behöver undvikas samtidigt som utredningar på djupet är relativt resurskrävande, är att antalet ärenden kan behöva avgränsas.

En annan erfarenhet som bör beaktas är uppskattningen av resursåtgången för att göra utredningar på djupet. Dödsfalls- och skadeutredningarna har visat sig kräva mer resurser än vad Socialstyrelsen initialt räknade med för att kunna göra utredningar på djupet. Samtidigt talar erfarenheterna från utredningarna inom andra områden för att delar av själva utredningsprocessen med fördel kan standardiseras och automatiseras, bland annat med it-stöd, för att kunna bygga kunskap över tid från utredningar av enskilda fall. Djupstudieklienten kan tjäna som inspiration i det avseendet.

### 7.5.5 Utredningarna kan skapa värde på flera sätt

Erfarenheterna från de utredningsfunktioner som beskrivits i detta kapitel visar att en utredande funktion inte bara kan skapa värde genom de lärdomar, slutsatser eller rekommendationer som presenteras. De ansvariga myndigheternas egna beskrivningar av vilket värde utredningarna skapar, såväl som de utvärderingar som gjorts, pekar mot att utredningar av allvarliga händelser också kan skapa värde genom sina processer, och genom sin existens – som en signal. Med processer avser vi den verksamhet som sätts i gång genom utredningarna, det kan handla om konkreta åtgärder som behöver vidtas men också om samtal, dialog och eftertanke. Med signal menar vi det signalvärde som skickas genom att en fråga pekas ut som en allvarlig händelse som statsförvaltningen ska utreda på djupet. Det signalerar

---

<sup>40</sup> Jfr regeringens resonemang om att inte bredda utredningsverksamheten kring dödsfall och skador i prop. 2006/07:108 s. 23 f.

med vilket allvar staten ser på problemet. Breda nationella utredningar signalerar dessutom ett gemensamt ansvar för en fråga, och dessa signaler kan i sin tur ge ökad legitimitet till frågan.

### **7.5.6 Utredningsverksamheten behöver ha utrymme att utvecklas**

Erfarenheterna talar också för att värdena inte uppstår per automatik. Det finns mycket att tänka på i organisering, genomförande och återföring för att utredningarna ska leda till lärande och därigenom ett bättre preventivt arbete. Alla utredningsverksamheter som beskrivits i kapitlet har utvecklat sitt arbete över tid och erfarenheterna talar för att det krävs ett ständigt pågående utvecklingsarbete för att säkerställa relevans, kvalitet och avtryck. Det finns dock skillnader i utredningsfunktionernas flexibilitet. När det gäller dödsfalls- och skadeutredningarna utreds alla ärenden som uppfyller kriterierna i lagen. Det finns enligt Socialstyrelsen inget utrymme för att göra strategiska urval av ärenden för fördjupad utredning i syfte att öka lärandet om vissa typer av fall. Enligt uppgift från Socialstyrelsen skapar det vissa begränsningar i hur verksamheten kan utvecklas.<sup>41</sup> Vår bedömning är därför att det är viktigt att arbetsformerna för en utredningsfunktion för suicid inte ska styras för mycket. För att arbetet ska kunna utvecklas över tid krävs ett relativt stort handlingsutrymme. En annan lärdom är att det är relevant att utvärdera verksamheten efter några års tid för att säkerställa att den fungerar ändamålsenligt.

### **7.5.7 Det finns olika sätt att organisera en utredningsverksamhet för att stimulera förändring**

Utredningsfunktionerna inom de olika områden som presenterats ovan stimulerar förändring på olika sätt. De kan sägas representera olika styrningsmodeller, med olika styrkor och svagheter i relation till att åstadkomma önskad förändring. Förutsättningarna för de olika modellerna att vara framgångsrika ser olika ut beroende på hur befintlig övergripande styrning, organisering och ansvarsfördelning inom området ser ut. Vilken styrningsmodell som är mest lämplig inom det

---

<sup>41</sup> Intervju med företrädare för Socialstyrelsen, 2023-08-21.



suicidpreventiva området beror alltså till stor del på vilka förutsättningar som finns på plats eller kan skapas. Det är viktigt att inte bara kopiera en modell som visat sig framgångsrik inom ett annat område, utan att beakta vilka förutsättningar som finns för modellen att fungera i en annan kontext.

Haverikommissionens modell för förändring vilar till stor del på de säkerhetsrekommendationer som lämnas. Det angreppssättet ställer höga krav på att verksamheten som lämnar dem har ingående kännedom om området och verksamheterna som berörs, att åtgärderna faktiskt är det bästa sättet att bidra till önskad förändring och att verksamheten har en sådan position att det anses legitimt att de lämnar rekommendationer till berörda aktörer. Trafikverkets angreppssätt bygger i stället på att berörda aktörer förstår sitt ansvar samt själva vill och kan ta ansvar för att utforma effektiva åtgärder, vilket gör att angreppssättet inte är lämpligt inom ett område där dessa förutsättningar saknas. Socialstyrelsens modell för förändring vilar till stor del på den traditionella, ordinarie statliga styrkedjan och rapporten som medel för kunskapsstyrning. Även detta tillvägagångssätt har sina utmaningar, vilket vi går in på närmre i nästa avsnitt om spridning och implementering

### 7.5.8 Kunskapsspridning och implementering

Erfarenheterna från utredningar inom andra områden talar för att det är nödvändigt med en utredningsverksamhet av hög kvalitet som kommer fram till relevanta slutsatser, men att det i sig inte är tillräckligt för att utredningarna ska leda till önskad förändring. I utformningen av en nationell utredningsverksamhet behöver mycket tanke läggas vid hur spridningen och implementeringen av kunskapen ska fungera.

Spridning och implementering av kunskap är nämligen en utmaning. Vi uppfattar att en av anledningarna till att genomslaget för utredningarna är relativt gott inom trafiksäkerhetsområdet och flygsäkerhetsområdet är att det är relativt snäva system med få aktörer, tydlig ansvarsfördelning och en mogen säkerhetskultur. Så ser det sällan ut när det handlar om samhällsproblem som spänner över flera sektorer och samhällsnivåer.

Kunskaperna från nationella utredningar av allvarliga händelser tycks utifrån erfarenheterna från andra områden ha särskilt svårt att nå enskilda verksamheter lokalt och regionalt. Ett centralt tillvägagångssätt för både haveriutredningarna och dödsfalls- och skadeutredningarna är att påverka via tillsynsmyndigheterna. Det förutsätter att denna kedja är välfungerande, vilket inte alltid är fallet. Det aktualiserar frågan om var det mest effektiva lärandet uppstår i förhållande till resurser, och att den nationella utredningsverksamheten behöver fungera kompletterande till ett lärande som sker lokalt utifrån lokala erfarenheter och förutsättningar.

Det är också svårt för myndigheter att påverka andra myndigheter. Det framkommer inte minst av de utvärderingar som gjorts av utredningsverksamheterna som beskrivits i detta kapitel. Den statliga förvaltningsmodellen och tillämpningen av den i det praktiska arbetet gör det svårt för en myndighet som identifierar förbättringspotential hos andra myndigheter att få genomslag för sina idéer. Det går att signalera förbättringspotentialen till regeringen, men det är inte möjligt för en utredningsfunktion att ge uppdrag till andra myndigheter. Det uppfattas också vara känsligt att direkt eller indirekt uttrycka vad andra myndigheter bör göra, vilket medför att många myndigheter avhåller sig från det. Ett relativt vanligt sätt att försöka sprida kunskap, inte minst till andra myndigheter, är att ta fram rapporter. Det finns flera kända utmaningar med att sprida kunskap på det sättet. Det är omvittnat svårt för andra myndigheter att ta till sig den typen av underlag, om de inte har uppgifter eller särskilda uppdrag som tydligt kopplar an till slutsatserna. Vanligtvis finns det ingen tydlig process för myndigheterna att hantera det som framkommer i den typen av kunskapsunderlag, exempelvis i verksamhetsplaneringsprocessen. Det tas dessutom redan fram ett betydande antal rapporter varje år, vilket gör att myndigheternas utrymme att ta hand om nya kunskapsunderlag är begränsat.

## 8 Fler vägar till kunskap för att förebygga suicid

Denna utredning tillsattes med syftet att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete. Av utredningsdirektivet (dir. 2023:3) framgår att detta ska ske genom ett ökat lärande i berörda verksamheter och ett stärkt samarbete mellan samhällsaktörer på lokal, regional och nationell nivå.

Vår övergripande bedömning är att det finns behov av ett ökat lärande efter suicid för att öka förståelsen för vad som kan göras för att förebygga och förhindra suicid. Vi bedömer att det finns stor potential att utveckla det lärande som finns eftersom det i dag är begränsat i flera avseenden. I det här kapitlet redogör vi för tre förslag som tillsammans kan bidra till ett ökat lärande om suicid på samhällsnivå som kan ligga till grund för suicidpreventiva insatser. Förslagen innebär också att arbetet med suicidprevention skulle fortsätta att utvecklas och breddas genom att fler samhällsaktörer än den psykiatriska hälso- och sjukvården involveras i lärandet efter suicid. I korthet innebär förslagen följande:

- En nationell utredningsfunktion som ska bidra till samhällets lärande om suicid inrättas vid Folkhälsomyndigheten.
- Bättre förutsättningar för lex Maria- och lex Sarah utredningar skapas genom större möjligheter att utbyta information och kunskapshöjande uppdrag till Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). För att bidra till förhöjt lärande efter suicid och suicidförsök får IVO i uppdrag att genomföra en särskild tillsynsinsats.
- En statlig satsning genomförs för att stimulera arbetet med suicidpreventiva analyser på lokal nivå.

Varje förslag syftar till att bidra med förbättringar i olika delar av det suicidpreventiva arbetet och skulle i princip kunna genomföras oberoende av de andra. Samtidigt påverkar varje förslag förutsättningarna för det suicidpreventiva arbetet, och genomförandet av ett förslag kommer därmed påverka förutsättningarna att genomföra övriga förslag. Vi bedömer att störst förbättring i det suicidpreventiva arbetet kan uppnås när samtliga förslag har genomförts.

I följande avsnitt redogör vi för vart och ett av utredningens förslag och argumenterar för de ställningstaganden som gjorts. För en djupare beskrivning av förslagets konsekvenser se kapitel 9.

## **8.1 Ett nationellt ansvar för breda utredningar efter suicid**

Den huvudsakliga uppgiften för utredningen har varit att föreslå ett nationellt ansvar för breda analyser efter suicid. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete genom ett ökat lärande i berörda verksamheter, samt ett stärkt samarbete mellan samhällsaktörer på lokal, regional och nationell nivå. Utredningen har inte haft ett brett mandat att utifrån en analys av problembilden föreslå åtgärder för att förbättra det suicidpreventiva arbetet. Uppdraget har varit att föreslå hur ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt nationellt ansvar för breda utredningar efter suicid kan utformas, och om behov finns, lämna förslag om att förändra regelverken för hälso- och sjukvårdens patient-säkerhetsarbete och socialtjänstens kvalitetsarbete som rör suicid och suicidförsök. Utredningen har i det avseendet haft ett avgränsat uppdrag, vilket i sin tur innebär att det finns begränsningar vad gäller vilka alternativ som utretts. Vi har utrett vad det skulle innebära att inte införa en nationell utredningsfunktion. Däremot har vi inte utförligt sett över alternativa sätt att nå syftet – det vill säga ett mer effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete.

Ett samhälles insatser för att förebygga och förhindra suicid bygger först och främst på en strävan efter att rädda liv. Samtidigt finns det andra värden som också behöver värnas, såsom individers självbestämmande och rätt till personlig integritet. För att synliggöra utredningens etiska resonemang och ställningstaganden har vi gjort en

analys av olika etiska aspekter av våra förslag. Analysen redovisas i sin helhet i bilaga 2.<sup>1</sup>

I våra överväganden har vi slutligen beaktat utredningens direktiv om att verka för budgetrestriktivitet, kostnadseffektivitet och samhällsekonomisk effektivitet. Vi har försökt utforma förslagen så att de ger så låg administrativ börda som möjligt för myndigheter, regioner, kommuner, företag samt andra berörda aktörer.

### 8.1.1 En nationell utredningsfunktion som bidrar till samhällets lärande om suicid

**Bedömning:** En nationell utredningsfunktion bör inrättas i syfte att bidra till att förbättra samhällets lärande om suicid genom att kontinuerligt och systematiskt undersöka vad samhället kan lära av inträffade suicid.

Uppdraget bör bestå av två sammanhängande delar; dels att utreda enskilda suicid i lärandesyfte (suicidutredningar), dels att sammanställa och analysera befintlig kunskap om suicid. Utredningsfunktionen bör vartannat år lämna en rapport till regeringen. Rapporten bör vara ett underlag som gör det möjligt för regeringen att besluta om åtgärder som har som mål att förebygga suicid. Utredningsfunktionen kan däremellan rapportera relevanta iakttagelser till regeringen när den bedömer att det är relevant. Utredningsfunktionen bör också sprida lärdomar baserade på utredningarna och annan tillgänglig kunskap om suicid till andra relevanta aktörer. Det handlar om att sprida viktig information till regioner, kommuner, statliga myndigheter och andra relevanta samhällsaktörer utifrån de lärdomar som dragits. Informationen bör vara underlag som gör det möjligt för berörda aktörer att besluta om åtgärder som har som mål att förebygga suicid. Utredningsfunktionen kan också genomföra informationsinsatser till specifika målgrupper, eller till den breda allmänheten, när det behövs.

<sup>1</sup> Se bilaga 2 *Etiska aspekter på suicid och Suicidanalysutredningens förslag*.

## Suicidutredningar

Vi har under utredningsarbetet kunnat konstatera att det lärande som finns om suicid i dag är begränsat. Det innebär att vi lär oss väldigt lite om de områden där kunskapen om suicid är lägst - och där behovet av lärande är störst. Många av de som tagit sitt liv har inte haft kontakt med hälso- och sjukvården i slutskedet av sitt liv. En svensk studie visar att 40 procent av de som avled i suicid inte hade någon kontakt med hälso- och sjukvården de sista fyra veckorna av sitt liv. Samma studie visade även att 26 procent inte hade någon kontakt med hälso- och sjukvården de sista tre månaderna av sitt liv.<sup>2</sup> Ändå är det i princip bara inom hälso- och sjukvården som suicid utreds. För att samhällets lärande om suicid ska bli så bra som möjligt bedömer vi att det är nödvändigt att göra breda utredningar som involverar fler aktörer än hälso- och sjukvården och tar sin utgångspunkt i systemet<sup>3</sup> kring personen som tagit sitt liv.

Utredningen har övervägt olika sätt att utreda suicid. Ett sätt är att försöka utreda varför personen tog sitt liv, klarlägga vad som hänt, varför och analysera hur det hade kunnat undvikas. En sådan utredning skulle fokusera på att klarlägga händelser i personens livslinje och identifiera de orsaker som kan ha haft betydelse för utgången. Utredningens bedömning är att den här typen av utredningar är oerhört komplicerade, eftersom det kan finnas en mängd olika orsaker som är svåra att värdera i efterhand. Den här typen av utredningar skulle sannolikt kunna bidra till lärdomar om suicidpreventiva åtgärder, men vår bedömning är att den här typen av omfattande och komplicerade utredningar snarare är en uppgift för forskningen.

Ett annat sätt att utreda suicid är att utreda vad som hände och vem eller vilka som bär ansvaret. Utredningen bidrar då med kunskap om huruvida någon gjort något fel. En sådan utredning fokuserar på personens kontakter med olika aktörer och om aktörerna följt befintliga rutiner och regelverk. En sådan utredning kan vara effektiv för att peka ut om någon kan hållas ansvarig men också för att identifiera förbättringsområden, så att ansvariga aktörer ska kunna vidta relevanta åtgärder. Tidigare erfarenheter från den här typen av utredningar visar

<sup>2</sup> Bergqvist m.fl., *Health care utilisation two years prior to suicide in Sweden: a retrospective explorative study based on medical records*, 2022.

<sup>3</sup> Det är svårt att definiera och avgränsa systemet. Löst definierat handlar det om vilka aktörer, regler, normer, aktiviteter med mera i samhället som berör och påverkar varandra samt individen. I trafiksammanhang förekommer begreppet "systemägare", som brukar avse alla professionella aktörer som har en påverkan på systemets funktion, utformning och användning.

att de kan vara viktiga för ansvarsutkrävandet men mer problematiska ur ett lärandeperspektiv. Det finns redan mycket skuld kopplad till suicidärenden. Om fokus är att utkräva ansvar kan det bli svårt att få personer med insyn i ärendet att våga berätta om vad som hänt. En annan nackdel med den här typen av utredningar är att de inte identifierar eventuella behov av att förändra befintliga rutiner eller regelverk för att förbättra det suicidpreventiva arbetet. Det här sättet att utreda skulle således endast i begränsad utsträckning bidra till ökad kunskap om vad som kan göras för att förebygga och förhindra suicid.

Ett tredje sätt att utreda suicid är att fokusera på förståelse av hur systemet fungerade kring personen och varför, samt hur systemet skulle kunna se ut för att något liknande inte ska hända igen. Utredningen klarlägger då vad som har hänt och vilka möjligheter som hade kunnat finnas för att förebygga riskerna för utgången. En sådan utredning beaktar också systemet kring personen, men fokuserar inte bara på befintliga rutiner och regelverk utan ställer också frågor om något hade kunnat se annorlunda ut, organiseras på ett annat sätt, eller göras annorlunda.

Medan det första alternativet är ett sätt att försöka förstå bidragande orsaker till händelsen, där fokus ligger på orsakerna och orsaksambanden, handlar det andra alternativet om att identifiera brister utifrån befintliga rutiner och regelverk, där fokus ligger på följsamhet till befintliga rutiner. Det tredje alternativet, som förordas av utredningen, är att utredningen fokuserar på att identifiera systembrister och systemmöjligheter. Vår bedömning är att det sistnämnda alternativet har goda förutsättningar att bidra till kunskap som kan användas i det suicidpreventiva arbetet. För att lärandet ska bli så bra som möjligt tror vi att det är nödvändigt att ta utgångspunkt i systemet kring personen och inte bara utreda om befintliga aktörer tagit sitt ansvar och följt de rutiner som finns i verksamheterna. Minst lika viktigt är det att överväga om något annat hade kunnat göras, eller hur systemet skulle kunna se ut för att minska riskerna, för att försöka undvika att något liknande händer igen.

Genomförandet av utredningarna kan innebära en lärandeprocess för de aktörer som blir involverade. Utredningsfunktionens kompetens och kunskap ska kunna bidra till att berörda aktörer analyserar den egna verksamheten, på vilket sätt de arbetar och skulle kunna arbeta suicidpreventivt. Det är således inte enbart utredningsfunktionens slutsatser som kan bidra till lärandet. Utredningsproces-

sen bör i sig kunna bidra till att fler aktörer tar ansvar för det suicidpreventiva arbetet. Genom utredningsprocessen får berörda aktörer kännedom om suicid bland personer som varit aktuella i den egna verksamheten. På så sätt får de också förutsättningar att analysera den egna verksamheten ur ett suicidpreventivt perspektiv.

Vi bedömer också att det är viktigt att utredningarnas syfte inte blandas ihop med efterlevandes behov av stöd. Den frågan behandlas ytterligare i avsnitt 11.1.7.

### **Analyser av befintlig kunskap**

Under utredningsarbetet har det framkommit att det finns mycket forskning och annan kunskap om suicidpreventiva åtgärder som inte används i dag. Utredningens bedömning är att forskning och annan kunskap om suicid och suicidpreventiva åtgärder kommer vara till stor nytta i utredningsarbetet. För att utredningsverksamheten ska bli så bra som möjligt är det viktigt att den är kunskapsbaserad. Det innebär att utredningsfunktionen behöver använda den kunskap som finns om suicid och suicidprevention för att sätta in iakttagelser från utredningarna i en större kontext. När enskilda utredningar görs behöver det som framkommer förstås, tolkas och sättas i relation till den kunskap som finns sedan tidigare om liknande fall. Det finns också exempel på lärande om suicidpreventiva åtgärder som kan uppnås utan djupa utredningar av enskilda ärenden. Det kan handla om att samköra uppgifter från olika myndigheter för att kunna identifiera eventuella suicidpreventiva åtgärder på nationell nivå. Vi har sett att sådant lärande har uppstått till exempel när det gäller läkemedel och suicid samt trafikolyckor och suicid. Den typen av samkörning kan leda till förebyggande åtgärder till exempel när det gäller metoder för suicid.

### **Återkoppling och spridning av kunskap**

För att utredningarna ska leda till ett lärande om suicid som kan användas i det suicidpreventiva arbetet är det avgörande att den kunskap som tas fram återkopplas till de aktörer som har möjlighet att vidta suicidpreventiva åtgärder. Utredningsfunktionen föreslås därför informera regeringen om viktiga lärdomar och eventuella brister som upptäcks i utrednings- och analysarbetet samt om iakttagelserna krä-



ver åtgärder från regeringens sida. Det senare kan till exempel handla om behov av nya uppdrag till myndigheter eller lagändringar. Detta görs i form av en rapport där utredningsfunktionen sammanställer och analyserar iakttagelser som framkommit genom suicidutredningarna tillsammans med annan suicidpreventiv kunskap från forskning eller erfarenheter från olika aktörer.

Utredningen har övervägt olika intervall för rapporteringen till regeringen. Å ena sidan är det viktigt att regeringen så snabbt som möjligt får underlag för att kunna fatta beslut som syftar till att förebygga suicid. Å andra sidan är det viktigt att utredningsfunktionen hinner samla på sig tillräckligt med kunskap för att kunna göra viktiga iakttagelser och dra relevanta slutsatser innan myndigheten rapporterar till regeringen. Vår bedömning är att det är rimligt att en rapport överlämnas till regeringen åtminstone vartannat år. En årlig rapportering skulle sannolikt bli för frekvent, medan en rapportering med lägre frekvens än vartannat år inte bedöms som nödvändig för att myndigheten ska kunna samla på sig viktiga iakttagelser och dra relevanta slutsatser. Det skulle dock kunna förekomma att utredningsfunktionen gör iakttagelser som är relevanta att rapportera innan det hunnit gå två år. Det bör i dessa fall vara upp till utredningsfunktionen att avgöra när och i vilken form det ska ske.

Lärdomar bör även spridas till berörda myndigheter, regioner och kommuner och andra samhällsaktörer som kan vidta åtgärder i sina verksamheter för att förbättra arbetet med att förebygga suicid. Det kan till exempel handla om åtgärder i socialtjänstens, den kommunala räddningstjänstens, Polismyndighetens, Kronofogdemyndighetens, Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens eller skolans verksamheter, men också i samverkan mellan olika aktörer, eller i samhällsplaneringen. Lärdomar kan också behöva spridas till andra samhällsaktörer såsom arbetsgivare och civilsamhällesorganisationer för att de ska kunna utveckla sin verksamhet för att förebygga suicid. Utredningsfunktionen kan använda olika sätt att sprida lärdomar kring suicid, till exempel genom olika former av regionala och nationella lärandekonferenser för relevanta aktörer. När det är relevant bör utredningsfunktionen genomföra informationsinsatser för att nå ut med viktig samhällsinformation eller rikta information till specifika aktörer. Det kan till exempel handla om att delta i samhällsdebatten i folkbildande syfte.

Oavsett hur regeringen väljer att organisera utredningar av allvarliga händelser är det en utmaning att sprida och implementera den

kunskap som tas fram. Detta har vi beskrivit och diskuterat i kapitel 7. Mot bakgrund av detta har utredningen övervägt om utredningsfunktionen skulle tjäna på att ha ett lagreglerat mandat att rikta rekommendationer till berörda myndigheter. En sådan ordning skulle likna den modell som gäller för Statens haverikommissions utredningar av olyckor. En sådan modell ställer höga krav på att den utredande myndigheten har förutsättningar att lämna träffsäkra rekommendationer. När det gäller suicidutredningar bedömer vi att det är viktigt att de berörda myndigheterna är delaktiga i utredningarna och att de, utifrån den kunskap som framkommer i utredningarna, är involverade i bedömningen av vilka åtgärder som behöver vidtas med anledning av utredningsfunktionens iakttagelser. Därför är det tveksamt om utredningsfunktionen kan lämna riktade rekommendationer med sådan träffsäkerhet att mottagaren omgående kan införa dem.

Vidare har en modell med mandat att rikta rekommendationer drag av tillsyn, och som vi nämnt tidigare i betänkandet bedömer vi att det är viktigt att utredningsfunktionen har ett renodlat fokus på lärande. Utredningen bedömer att det kan finnas en risk för att utredningarna – givet en sådan konstruktion – skulle uppfattas syfta till ansvarutkrävande, vilket sannolikt skulle hämma öppenheten i utredningarna och i förlängningen det lärande som är själva syftet med utredningarna. Mot bakgrund av det föreslår vi att det underlag utredningarna ska utmynna i är ett underlag till beslut om åtgärder för att förebygga suicid. På så sätt liknar den modell för återkoppling och spridning av kunskap som vi föreslår den konstruktion som finns för de dödsfalls- och skadeutredningar som utförs av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har dock inget lagreglerat mandat att lämna förslag till åtgärder till de myndigheter som berörs av utredningen, utan bara till regeringen.

En viktig skillnad mellan modellen med dödsfalls- och skadeutredningar och den modell vi föreslår för suicidutredningar är att dödsfalls- och skadeutredningarnas uppdrag att lämna underlag för beslut är avgränsat till regeringen. För att lärdomar ska spridas till berörda samhällsaktörer bedömer vi att utredningsfunktionen även behöver ha ett uppdrag att sprida lärdomar baserade på utredningarna och annan tillgänglig kunskap om suicid till andra relevanta aktörer. Det handlar om viktig information till regioner, kommuner, statliga myndigheter och andra relevanta samhällsaktörer som gör det möjligt för dem att besluta om åtgärder som har som mål att förebygga suicid.

### 8.1.2 Den nationella utredningsfunktionen bör inrättas i en befintlig myndighet och uppdraget regleras i en ny lag

**Förslag:** Folkhälsomyndigheten har de förutsättningar vi bedömer behövs för ett nationellt ansvar för utredningar efter suicid. Folkhälsomyndigheten bör därför få ett nytt uppdrag att inrätta en nationell utredningsfunktion i form av ett nationellt centrum för suicidutredningar, som ska utreda och analysera inträffade suicid.

För att utredningsfunktionen ska få ett stabilt mandat och trygghet att arbeta upp långsiktiga arbetssätt ska uppdraget vara permanent och regleras i myndighetens instruktion och i lag.

Det nationella ansvaret för utredningar efter suicid ska regleras i en ny lag (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid.

I förordning med instruktion till myndigheten ska regleras att det vid myndigheten finns ett nationellt centrum för suicidutredningar samt att utredningsmyndigheten genom centrumet ska

- genomföra utredningar enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid, och
- sprida lärdomar baserade på utredningarna och övrig tillgänglig kunskap om suicid till relevanta aktörer.

Därutöver ska det regleras i förordningen att utredningscentrumet vid utförandet av sitt uppdrag ska använda myndighetens samlade kompetens inom sina olika verksamhetsområden samt att utredningsmyndigheten vartannat år ska lämna en rapport till regeringen.

### Folkhälsomyndigheten bör få ansvar för utredningarna

Utredningen har övervägt om det finns behov av att inrätta en ny myndighet för att utreda suicid. Det som talar för att inrätta en ny myndighet är att det är en ny verksamhet som föreslås. Att inrätta en ny myndighet är också ett sätt att signalera att staten ser allvarligt på suicid. Samtidigt är inrättande av nya myndigheter förknippade med stora kostnader. Utredningen bedömer också att det redan finns myndigheter med kompetens inom suicid och suicidprevention. Att

inrätta funktionen inom en befintlig myndighet skulle därmed vara mer kostnadseffektivt. Utredningens bedömning är att det inte behöver inrättas en ny myndighet för att utföra uppdraget att utreda och analysera suicid. Utredningsverksamheten ska bedrivas av den myndighet som regeringen bestämmer (utredningsmyndigheten).

Det finns två myndigheter som vi bedömer skulle vara aktuella som utredningsmyndighet. Den ena är Socialstyrelsen och den andra är Folkhälsomyndigheten. Både Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har kunskap inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Möjligen skulle även Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) kunna utföra uppdraget med tanke på att det är statens expertorgan inom suicidprevention. Vid NASP finns djup kompetens i frågor som rör suicid. Vår bedömning är dock att utredningarna bör vara en tydlig myndighetsuppgift. Det är dessutom viktigt att resultaten från utredningarna sprids till berörda aktörer och blir policyrelevant så att det kan användas för att förbättra det suicidpreventiva arbetet. Därför menar vi att det vore mer lämpligt att lägga uppdraget på Socialstyrelsen eller Folkhälsomyndigheten. För att bredda frågan om suicidprevention och involvera fler aktörer i arbetet är det viktigt att utredningsfunktionen har en tvärsektoriell ansats. Vår bedömning är därför att uppdraget passar bäst in i Folkhälsomyndighetens instruktionsenliga uppdrag att verka för kunskapsutveckling inom suicidprevention och att verka för samverkan mellan berörda myndigheter inom området.<sup>4</sup>

Det som talar för att lägga ansvaret på Socialstyrelsen är att myndigheten har kompetens och erfarenhet från liknande utredningsarbete genom arbetet med dödsfalls- och skadeutredningar. Den främsta anledningen till att utredningen bedömer att uppdraget, trots det, bör ges till Folkhälsomyndigheten är att de har ett sektorsövergripande perspektiv på folkhälsofrågor. Folkhälsomyndigheten har enligt sin instruktion ett uppdrag att arbeta sektorsövergripande utifrån de folkhälsopolitiska målen, medan Socialstyrelsen främst arbetar gentemot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningens bedömning är att det är helt centralt att utredningsfunktionen har en sektorsövergripande ansats i sitt arbete. Uppdraget stämmer dessutom väl överens med Folkhälsomyndighetens instruktionsenliga uppdrag att främja kunskapsutveckling och verka för samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer inom suicid-

---

<sup>4</sup> Se 10 § förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

området. Myndigheten har dessutom redan i dag uppdraget att samordna, stödja och följa upp genomförandet av den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention. Därför har Folkhälsomyndigheten en naturlig roll i att främja samverkan mellan olika berörda aktörer och att nå ut med de lärdomar som dras genom utredningarna. Placeringen har också ett viktigt signalvärde. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten är viktiga aktörer i arbetet med att förebygga suicid, men suicidprevention är inte bara en fråga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

För att nå ut med den kunskap som utredningsverksamheten genererar när det gäller hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet är det viktigt att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen samarbetar.

### Utredningsfunktionen inrättas i form av ett center

Utredningen bedömer att det vore lämpligt att utredningsfunktionen inrättas i form av ett center och får namnet Centrum för nationella suicidutredningar (CSU). Ett alternativ hade varit att införliva utredningsfunktionen i Folkhälsomyndighetens övriga verksamhet. Vi bedömer dock att det finns skäl att verksamheten inrättas i form av ett särskilt center. Syftet är att markera två viktiga utgångspunkter; dels vilken verksamhet som bedrivs, dels att det är en annan typ av verksamhet, med ett bredare mandat att inhämta känsliga uppgifter i enskilda ärenden än den verksamhet Folkhälsomyndigheten bedriver i huvudsak. Det är också ett sätt att rent organisatoriskt tydliggöra att det finns ett nationellt ansvar för att utreda suicid, vilket vi tror kan underlätta kommunikationen om centrets uppdrag.

För att underlätta styrningen av verksamheten ska utredningsfunktionen vara en del av Folkhälsomyndigheten och beslut ska förankras och fattas i enlighet med sedvanlig beslutsordning på myndigheten.

Ett alternativ till vårt förslag att utredningsfunktionen inrättas som ett center i Folkhälsomyndigheten hade varit ett mer självständigt center med en egen beslutsordning och en chef som utses av regeringen. Syftet med en sådan ordning skulle vara att värna utredningsfunktionens oberoende ställning och undvika risken för att centret behöver ta för stor hänsyn till värdmyndighetens övriga uppdrag i sina slutsatser. Med tanke på att fokus för utredningsfunktionen är

att bidra till ökat lärande, och inte ansvarsutkrävande, bedömer vi den risken som liten. Det är dock viktigt att utredningsfunktionen får möjlighet att arbeta självständigt i såväl val av teman för utredningarna, som i utredningarna, och i arbetet med de slutsatser som dras av dessa. Däremot tror vi att det är viktigt att Folkhälsomyndigheten får möjlighet att använda utredningsfunktionens arbete som underlag i sitt övriga arbete med suicidprevention, precis som att utredningsfunktionen bör nyttja kunskaper och erfarenheter från Folkhälsomyndighetens övriga suicidpreventiva arbete. Därför bedömer vi att ett center som tydligt signalerar vilken verksamhet som bedrivs, men där beslut förankras och fattas enligt sedvanlig beslutsordning, är det mest ändamålsenliga i det här fallet.

### **Stabilt mandat och långsiktigt arbetssätt**

Utredningen har övervägt om utredningsfunktionen borde inrättas i form av ett tidsbegränsat uppdrag till en myndighet. Något som möjligen talar för det är att det är en ny verksamhet som ska utvecklas, vilket gör det svårt att planera långsiktigt. Utredningen bedömer dock att det behov av lärande som finns kommer att kvarstå inom överskådlig tid. Däremot är det viktigt att utredningsfunktionen ges tillräckligt mycket flexibilitet för att kunna utvecklas över tid och kontinuerligt bidra till nya lärdomar om vad som kan göras för att förebygga suicid. För det krävs stabila förutsättningar. För att utredningsfunktionen ska få ett stabilt mandat och trygghet att arbeta upp långsiktiga arbetssätt föreslår vi att uppdraget är permanent. Uppdraget ska därför regleras i myndighetens instruktion och i en ny lag.

### **En ny lag om utredningar för att förebygga suicid**

Utredningsfunktionens utredningsarbete kommer bland annat innebära att den myndighet som utredningsfunktionen inrättas i (utredningsmyndigheten) behöver tillgång till information om enskildas personliga förhållanden och olika kontakter med samhällsaktörer. Frågorna är av sådan art att utredningsarbetet behöver regleras i lag.

Det har ingått i utredningens uppdrag att ta del av erfarenheter från Socialstyrelsens arbete med dödsfalls- och skadeutredningar och särskilt överväga om det vore ändamålsenligt och kostnadseffektivt

att utvidga befintlig reglering, lagen (2007:606), om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUB, till att även omfatta utredningar efter suicid. Utredningen ser behov av en modell för utredningar efter suicid som har likheter med den som finns för dödsfall och skador, men vår bedömning är att det inte vore ändamålsenligt att utvidga den befintliga regleringen till att omfatta utredningar efter suicid. Skälen till detta är flera.

Som vi har konstaterat är lärandet efter suicid i dag fragmenterat och smalt, även om det på flera områden kan vara djupt. Det finns ett behov av att bredda lärandet genom att involvera fler aktörer. Det är helt enkelt viktigt att tydliggöra att suicid är en bred folkhälsofråga och inte bara en fråga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Därför har vi också bedömt att Folkhälsomyndigheten är bäst lämpad att genomföra utredningarna och att sprida den kunskap som tas fram genom utredningarna.

Vi bedömer också att suicidutredningarna och dödsfalls- och skadeutredningarna har för många olikheter för att regleras på ett och samma sätt. Suicidutredningarna bör genomföras utifrån ett tematiskt arbetssätt, vilket kommer inkludera kartläggningar och förstudier till skillnad från dödsfalls- och skadeutredningarna. Vidare kommer suicidutredningarna föregås av betydligt mer kunskapsinhämtning från flera olika aktörer och arbetet med utredningarna kommer kräva mer intervjuer och inhämtande av underlag än dödsfalls- och skadeutredningarna som har en brottmålsakt och förundersökning att utgå ifrån. Slutligen skiljer sig frågeställningarna som de olika utredningarna ska besvara åt, de frågor som utredningarna efter suicid ska svara på är inte samma som för utredningarna av dödsfall och skador. Detta innebär att regleringarna av suicidutredningarna och dödsfalls- och skadeutredningarna kommer behöva skilja sig åt på väsentliga punkter, även om flera av bestämmelserna också kommer vara likartade eller likalydande. I och med att en annan aktör ska ha ansvaret över suicidutredningarna och att utredningarnas genomförande på väsentliga punkter kommer behöva regleras på ett annat sätt än dödsfalls- och skadeutredningarna ser vi inga stora effektivitets- eller kostnadsvinster med att reglera båda utredningsverksamheterna i LUB. Visserligen skulle det också gå att ändra regleringarna kring dödsfalls- och skadeutredningarna så att utredningsverksamheterna blev mer likartade. Suicidanalysutredningen har dock inte haft något uppdrag att utvärdera och analysera dödsfalls- och skadeutredningarna och kan därför

inte lämna något ändamålsenligt förslag avseende en sådan förändring. Mot bakgrund av detta föreslår vi att utredningsverksamheten för suicidutredningar regleras i en ny lag.

Oavsett om det nationella ansvaret skulle införlivas i regleringen för utredningar av dödsfall- och skador eller inte innebär vårt förslag att en ny utredningsverksamhet kommer behöva byggas upp. Vår bedömning är sammanfattningsvis alltså att det inte skulle vara mer kostnadseffektivt eller ändamålsenligt att införliva den nya utredningsverksamheten för suicid i regleringen för dödsfalls- och skadeutredningar.

### 8.1.3 Utredningarnas syfte och genomförande

**Förslag:** Den föreslagna lagen ska innehålla bestämmelser om utredningar efter suicid i syfte att förebygga eller förhindra framtida suicid. Utredningarnas genomförande ska regleras på följande vis i den föreslagna lagen:

1. utredningsmyndigheten ska i en utredning klarlägga omständigheter kring personens livssituation som bedöms vara relevanta för utredningen,
2. analysera om, och i så fall hur, de kan ha inverkat på dödsfallet, samt
3. analysera om det finns faktorer eller insatser som har, eller skulle kunna ha, fungerat som stöd eller förebyggt eller förhindrat dödsfallet.

I de fall utredningsmyndigheten finner det lämpligt ska utredningarna utgöra underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga eller förhindra framtida suicid.

I den föreslagna lagen ska också regleras att utredningsmyndigheten ska höra närstående vid genomförande av en utredning om det inte är uppenbart olämpligt.

**Bedömning:** Genom att djupstudera enskilda fall kan utredningsfunktionen fokusera på komplicerade sociala processer och händelseförlopp och ge stort utrymme för den specifika kontexten. Vilka underlag som används och vilka aktörer som intervjuas eller



involveras på annat sätt kan variera och bör avgöras av myndigheten i varje enskilt fall. Närstående bedöms vara en viktig källa till kunskap.

## Syfte och metod

Syftet med utredningarna ska vara att ge underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga eller förhindra framtida suicid. De åtgärder som kan förhindra suicid torde i de flesta fall också omfatta suicidförsök. Det kan till exempel vara underlag för beslut till regeringen, eller underlag till en myndighet som varit involverad i utredningen eller till aktörer inom det verksamhetsområde som berörs av utredningen, eller underlag till beslut om exempelvis en informationsinsats till allmänheten.

För att få fram sådana underlag avseende olika aktörer behöver det vara breda utredningar kring personens livssituation och eventuella kontakter med samhällsaktörer, och relevanta samhällsaktörers rutiner, organisering, styrning och agerande behöver genomlysas. Det innebär också att resultatet från de enskilda utredningarna behöver analyseras tillsammans med övrig kunskap inom det aktuella området, såsom forskning, statistik, kartläggningar etcetera.

Suicidutredningarna bedöms kunna bidra med en kvalitativ analys av systemet utifrån vad som skett i enskilda fall. Syftet med utredningarna är inte att dra långtgående slutsatser om effektiviteten i olika insatser, eller att på statistisk väg generalisera utifrån enskilda ärenden. Metodmässigt är utredningarna en typ av fallstudie. De olycksutredningar som görs av MSB, Trafikverket och Haverikommissionen och de dödsfalls- och skadeutredningar som görs av Socialstyrelsen utgör samtliga en form av fallstudier.

Lärdomarna från de enskilda suicidutredningarna ska sedan analyseras, sammanställas och spridas till aktörer som på olika sätt har möjlighet att påverka samhällets förmåga att förebygga suicid.

## Utredningarnas genomförande – vad utredningarna ska innehålla

En utredning ska så långt som möjligt klarlägga omständigheter kring den enskildes livssituation som bedöms vara relevanta för utredningen. Utredningen ska inte enbart klarlägga händelseförloppet precis innan dödsfallet utan det är viktigt att klarlägga flera faktorer kring personens livssituation. Det kan handla om svåra livshändelser såsom ekonomisk utsatthet, någon form av ohälsa, skadligt bruk och beroende, separation, att ha förlorat en närstående eller någon form av social utsatthet. De olika kontakter med samhällsaktörer som tagits eller insatser som getts med anledning av dessa omständigheter behöver också klarläggas.

Att det är omständigheter kring den enskildes livssituation som föregått dödsfallet och bedöms vara relevanta för utredningen som ska utredas innebär dock att de faktorer som utreds inte kan ligga alltför långt tillbaka i tiden. Men om utredningsfunktionen bedömer att omständigheterna i ett enskilt ärende har koppling till faktorer som ligger en bit längre tillbaka i tiden och som är relevanta för utredningen, finns inget hinder för att också klarlägga dessa faktorer. Det är upp till utredningsfunktionen att i varje enskilt fall bedöma hur långt tillbaka utredningen behöver gå utifrån vad som är relevant för den aktuella utredningen i fråga.

Vidare ska utredningsfunktionen analysera om, och i så fall hur, de klarlagda omständigheterna kan ha inverkat på dödsfallet. Det är inte fråga om ett orsakssamband som ska utredas och klarläggas. Men en del av utredningen ska också vara att analysera om de omständigheter som klarlagts kan ha haft någon betydelse för eller inverkan på händelseförloppet.

Vidare ska utredningsfunktionen analysera om det finns faktorer eller insatser som har, eller skulle kunna ha, fungerat som stöd eller förebyggt eller förhindrat dödsfallet. Detta innebär att en systemanalys ska göras och att det är kringliggande faktorer och insatser som är föremål för analysen. Det kan röra sig om exempelvis en myndighets arbetsätt, bemötande, kompetens, regler, rutiner, organisering, styrning eller ansvar. Eller om hur olika regler, uppdrag och insatser samspelar med varandra. Det kan handla om nuvarande faktorer och insatser som av någon anledning inte aktualiserats eller om

andra, i dag inte existerande, arbetssätt, samverkansmöjligheter, organiseringsmöjligheter och insatser.

Slutligen ska, när det är möjligt, utredningsfunktionens analyser mynna ut i underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga eller förhindra suicid i enlighet med syftet med lagen. Underlaget för beslut om åtgärder kan ha olika mottagare beroende på omständigheterna i utredningen. Det kan vara underlag för beslut till regeringen, eller underlag till en myndighet som varit involverad i utredningen eller till aktörer inom det verksamhetsområde som berörs av utredningen, eller underlag till beslut om exempelvis en informationsinsats till allmänheten. Underlaget ska återspegla de kunskaper och iakttagelser utredningsfunktionen gjort. För att underlaget ska bli komplett och relevant är det nödvändigt att utredningsfunktionen analyserar sina iakttagelser och kunskaper från utredningarna tillsammans med befintlig forskning och annan kunskap om suicid och suicidpreventiva åtgärder såsom angetts i avsnitt 8.1.1.

## Utredningarnas genomförande – närståendes delaktighet

Begreppen anhörig och närstående kan ha olika innebörd i olika lagstiftningar. I många andra texter kan begreppen också blandas eller används synonymt. I Socialstyrelsens termbank definieras anhörig som: ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna”. Med närstående avses enligt Socialstyrelsens termbank: ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”. I det följande använder vi begreppet *närstående* och med det menar vi att närstående kan vara anhöriga eller annan person som den avlidne haft en nära relation till.

För att få en så fullständig bild av ett suicid som möjligt, av personen som avlidit, vilka omständigheter som föregick händelsen och vilka samhällskontakter personen har haft, är närstående en viktig källa till information. I våra samtal med civilsamhällesorganisationer som ger stöd till närstående, och med flera forskare inom suicidområdet, har det framkommit en samstämmig bild av att många närstående skulle kunna ge viktiga bidrag i sådana utredningar. Det finns forskning som visar att intervjuer med närstående efter suicid kan bidra genom att bland annat belysa eventuella suicidala mönster i familjen, psykologiska upplevelser eller kriser.<sup>5</sup> Vår bild är att närstående

---

<sup>5</sup> Beskow, Runesson och Åsgård *Psychological autopsies: Methods and Ethics*, 1990.

också kan bidra med viktig information om den avlidnes livssituation och olika samhällskontakter. Närstående kan till exempel bidra med information om myndighetskontakter som av olika skäl inte finns dokumenterade hos myndigheter. Närstående har ofta ett både djupare och längre perspektiv på den avlidnes situation än vården kan ha. Till exempel har närstående ofta en uppfattning om hur den enskilde fungerade i skolan eller på arbetet. Trots det är det många närstående som är efterlevande efter suicid som upplever att de inte varit delaktiga i de utredningar som görs inom ramen för lex Maria. Som vi konstaterat tidigare har cirka 40 procent av de som dör i suicid inte haft någon vårdkontakt de sista fyra veckorna av sitt liv. I de fall där personen inte haft kontakt med sjukvården nära inpå dödsdagen blir närstående sannolikt en ännu viktigare källa till information om det händelseförlopp som föregick dödsfallet. Vi föreslår därför att utredningsfunktionen ska höra närstående för att få tillgång till värdefull information kring händelseförloppet. Ofta är även andra intervjupersoner relevanta för att få en bred bild av situationen innan personen tog sitt liv. Det kan till exempel handla om lärare i skolan, arbetsledare på arbetsplatsen, socialsekreterare eller idrottsledare som kan tillföra viktiga perspektiv i utredningen.

Det är viktigt att intervjuer med närstående inte görs för nära inpå dödsfallet. De närstående kan då befinna sig i chock och det finns forskning som talar för att det av etiska och psykologiska skäl vore direkt olämpligt att genomföra intervjuer tidigare än fyra veckor efter att personen tog sitt liv.<sup>6</sup> För att kunna bidra med relevanta iakttagelser som ska kunna ligga till grund för att förbättra det suicidpreventiva arbetet är det naturligtvis bra om de suicid som utreds inte ligger för långt tillbaka i tiden. Om händelserna ligger långt tillbaka i tiden kan lagar och rutiner ha förändrats när utredningen görs, vilket kan göra det svårare att komma med relevanta förbättringsförslag. En annan nackdel med att utreda långt i efterhand är att intervjupersoner kan ha glömt bort detaljer i händelseförloppet. Det kan också förekomma att närstående som intervjuas inte vill prata om händelsen längre. En risk med att utreda efter en längre tid är att professionsföreträdare såsom exempelvis socialsekreterare, lärare, kriminalvårdare eller arbetsförmedlare som skulle kunna behöva intervjuas har hunnit byta jobb och blir svårare att få tag på. Därför bör ambitionen vara att det inte ska ha gått för lång tid sedan de suicid som utreds.

---

<sup>6</sup> Ibid.

Samtidigt är tidsperspektivet en oundviklig metodologisk risk som suicidutredningarna har gemensamt med andra utredningar av allvarliga händelser, och som utredningsfunktionen kommer att behöva hantera.

I intervjuer med olika professioner, företrädare för civilsamhället och i vår kartläggning av utredningar efter suicid i kommuner och regioner har det framkommit att närstående ofta inte tillfrågas om att vara en del av utredningen. Samtidigt uttrycker de närstående en önskan om högre delaktighet. I kontakt med närstående kan också information om ytterligare personer med värdefull information komma fram. Information om ytterligare närstående kan också finnas i journalanteckningar, tjänsteanteckningar eller i annan dokumentation hos olika aktörer. Om sådan information kommer fram ska även de personerna höras om det bedöms vara relevant för utredningen. Vem som ska anses som närstående behöver uppmärksammas och bedömas från fall till fall utifrån tillgänglig information. En närstående kan vara make, partner, sambo, särbo, barn, föräldrar eller syskon. Det behöver inte vara frågan om faktiskt släktskap, en nära vän kan också omfattas. I övrigt får utredningsfunktionen göra en bedömning i det enskilda fallet med utgångspunkt i hur nära relationen är eller varit.

Vår bedömning är alltså att närstående som huvudregel ska höras vid utredningar. Undantag kan göras i de fall utredningsfunktionen bedömer att det är uppenbart olämpligt att höra närstående. Huruvida det är uppenbart olämpligt att höra närstående är en bedömning som ska göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Det skulle exempelvis kunna framstå som olämpligt att höra närstående om det framkommer att hälsan hos de närstående skulle kunna påverkas negativt av att höras i en utredning, eller om den avlidne och den närstående är dokumenterat brottsoffer respektive gärningsperson i förhållande till varandra.

Utredningsfunktionen kan i vissa fall vilja kartlägga en särskild grupp eller göra en förstudie där vissa grundare utredningsåtgärder vidtas. I sådana fall inleds inte en utredning av en enskilds livssituation och då behöver närstående inte heller höras.

När det gäller barn som är närstående bör en bedömning göras i det enskilda fallet där hänsyn tas till barnets ålder, mognad, relation till den enskilde i fråga och barnets vilja. Utredningens bedömning är dock att det finns särskilda risker med att, i en suicidutredning, genomföra enskilda intervjuer med barn som förlorat en anhörig eller annan närstående. I de samtal utredningen fört med företrädare

för barn- och ungdomspsykiatrin har det framkommit att det kan finnas risker med att intervjua barn i utredningarna. Det är viktigt att barn och unga som blivit efterlevande får det stöd de behöver. Utredningarna har dock inte ett behandlande syfte, och intervjuer i syfte att samhället ska lära sig något, kan skapa en konstig situation för efterlevande barn. Om utredningsfunktionen bedömer att det vore olämpligt i det enskilda fallet, att höra ett barn, kan barnets eventuella inställning och synpunkter i stället förmedlas via föräldrar eller vårdnadshavare. Om ett barn självmant uttrycker en vilja att lämna synpunkter till utredningen bör utredningsfunktionen överväga om det, i det enskilda fallet, är lämpligt att höra barnet utifrån barnets ålder, mognad och vilja.

Att närstående ska höras innebär att utredningsmyndigheten har ett ansvar för att de närstående tillfrågas om de vill delta i utredningen. Det är naturligtvis upp till de närstående att avgöra om de vill delta. På så vis blir också de närstående informerade om att utredningen genomförs, förutom i de fall myndigheten funnit det olämpligt att höra de anhöriga. I de fall där närstående inte vill delta i utredningen bör utredningsfunktionen överväga om det är lämpligt att fortgå med utredning av ärendet. Om närstående motsätter sig att en suicidutredning görs, och utredningsfunktionen bedömer att det inte skulle påverka det tematiska slutresultatet i större utsträckning, bör utredningsfunktionen respektera de närståendes önskan och avsluta utredningen. I de ärenden utredningsfunktionen bedömer att det är avgörande ur ett lärandeperspektiv att utreda ärendet kan myndigheten gå vidare med utredningen utan de närståendes medverkan.

#### 8.1.4 Tillämpningsområde – under vilka förutsättningar får en utredning inledas

**Förslag:** En utredning ska genomföras när ett barn har avlidit i suicid och ett dödsorsaksintyg efter en rättsmedicinsk undersökning är utfärdat.

En utredning får också genomföras när ett dödsorsaksintyg efter en rättsmedicinsk undersökning är utfärdat och

- en vuxen person avlidit i suicid och det finns skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid, eller

- ett barn eller en vuxen avlidit av annan dödsorsak av suicid, eller när dödsorsaken är oklar, och det finns särskilda skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid.

## En utredning får inledas när ett dödsorsaksintyg är utfärdat

Den aktör som får kännedom om den stora majoriteten av misstänkta suicid är Rättsmedicinalverket (RMV) som utför rättsmedicinska undersökningar på uppdrag av polisen<sup>7</sup> och ansvarar för att dödsorsaksintyg utfärdas efter sådan undersökning.<sup>8</sup> RMV utreder ungefär 5 500 ärenden av så kallade onaturliga dödsfall per år. Bland dessa ärenden finns i princip alla inträffade suicid. Av de dödsfall som utreds brukar cirka 1 200 bedömas som suicid varje år.

Det är Socialstyrelsen som formellt fastställer dödsorsak och dödsorsak i dödsorsaksregistret. Ett alternativ hade varit att låta utredningsfunktionen utgå från de suicid som är registrerade i dödsorsaksregistret. Uppgifter i dödsorsaksregistret omfattas av absolut sekretess. I praktiken ändras den dödsorsak som angetts i dödsorsaksintyget ytterst sällan i dödsorsaksregistret. Eftersom RMV är den instans som utreder dödsorsaken för den absoluta majoriteten av suicid kommer den utredande myndigheten i de flesta fall behöva tillgång till deras utredning i sitt arbete. Utredningen föreslår därför att RMV får en uppgiftsskyldighet till utredningsmyndigheten (se 8.1.7). Någon liknande utredning finns inte att hämta hos dödsorsaksregistret. Effektivitetsskäl talar därför för att utredningsfunktionen bör använda RMV som huvudsaklig källa till information om inträffade suicid.

Mellan 20–40 suicid per år som inte varit föremål för utredning hos RMV registreras i Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Det handlar dels om suicid som inträffat utomlands där RMV inte blivit inkopplade, dels om dödsorsaksintyg som inkommer direkt från läkare inom hälso- och sjukvården. Vi bedömer att dessa ärenden utgör en liten andel av den totala mängden suicid och att utredningsfunktionen ändå kommer att ha tillräckligt med underlag för att dra lärdomar i enlighet med sitt uppdrag. Av effektivitetsskäl bedömer vi därför att

<sup>7</sup> Se 13, 14 och 18 §§ lagen (1995:832) om obduktion m.m. och 1 § och 2 § 2 förordningen (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.

<sup>8</sup> Se 16 § tredje stycket begravningsförordningen (1990:1147).

den utredande myndigheten kan lägga RMV:s bedömning av suicid som dödsorsak i dödsorsaksintygen till grund för vilka ärenden som ska utredas.

Vi bedömer även att det är lämpligt att en utredning av ett dödsfall inleds först när RMV gjort sin bedömning av dödsorsaken och utfärdat dödsorsaksintyg. Detta eftersom det inte är utredningsfunktionens uppgift att vare sig bedöma eller fastställa dödsorsaken för en avliden. En sådan ordning innebär också att utredningsfunktionen kommer ha tillgång till underlag från utredningen av dödsorsak att utgå ifrån i sin suicidutredning.

Utredningsmyndighetens beslut om att inleda en utredning efter ett suicid är inte överklagbara.

### **Ingen överprövning av dödsorsak**

Det är Socialstyrelsen som fastställer dödsorsak i dödsorsaksregistret utifrån den bedömning som finns i de dödsorsaksintyg som framför allt RMV:s läkare skickar in. Socialstyrelsen kan uppdatera dödsorsaken i registret i de fall RMV, eller annan utfärdande läkare, utfärdar ett nytt dödsintyg innan Socialstyrelsen hunnit stänga verksamhetsåret.<sup>9</sup> Anledningar till att ett nytt dödsintyg inkommer kan vara att Socialstyrelsen uppmärksammat otydligheter och bett om ett förtydligande eller att läkaren självmant skickar in ett nytt intyg efter att nya uppgifter framkommit.

Det är inte osannolikt att det kan framkomma nya omständigheter i den suicidutredning som utredningsfunktionen genomför, som eventuellt skulle kunna ha påverkat bedömningen av dödsorsak om RMV hade haft tillgång till omständigheterna vid sin bedömning. Det är dock inte utredningsmyndighetens uppgift att överpröva RMV:s bedömning eller att fastställa dödsorsak. Det är fortfarande dödsorsaksregistret som fastställer dödsorsak. Utredningsfunktionen bör dock vara uppmärksam på om det återkommande framkommer uppgifter vid deras utredning som de uppfattar skulle kunna ha påverkat bedömningen av dödsorsak. Det bör vara en del av utredningsmyndighetens uppdrag att i sådana fall analysera om det finns ett behov av ändring och ta fram relevanta underlag till beslut, som

---

<sup>9</sup> Socialstyrelsen genomför också en rättelse cirka 1,5 år efter att de stängt året. Då kan eftersläpande dödsintyg också registreras. Därefter uppdaterar Socialstyrelsen inte dödsorsak på nytt.



en del av att öka kunskapen om suicid och därmed kunna förebygga suicid.

## Suicid bland barn ska alltid utredas

Utredningen bedömer att suicid bland barn är särskilt angelägna att utreda. Anledningarna är flera; barn är en särskilt skyddsvärd grupp där samhället har ett stort ansvar. Barn har också flera regelbundna kontakter med samhällsaktörer som ska eller kan fungera som ett skyddsnet. Kunskapen om barn som avlidit i suicid är dessutom begränsad.

Utredningsmyndigheten ska därför alltid genomföra en utredning när ett barn har avlidit i suicid och RMV utfärdat dödsorsaksintyg. Med *barn* avses personer under 18 år. Med begreppet *suicid* avses i lagen de fall där det bedömts att en enskild avlidit till följd av avsiktlig självskada. Denna bedömning framgår av dödsorsaksintyget.

I dag utreds cirka 25 procent av de suicid som inträffat bland barn i landet enligt lex Maria. De chefsläkare och företrädare för psykiatrisk verksamhet som utredningen träffat menar att de suicid bland barn som de får kännedom om alltid utreds, men utredningen behöver inte föranleda en lex Maria-anmälan.<sup>10</sup> Övriga suicid bland barn utreds inte av någon aktör. Sammanlagt avlider cirka 22 barn i suicid varje år i landet. För de inblandade aktörerna på lokal nivå, så som skola och socialtjänst är det därmed sannolikt händelser som inträffar sällan. För att samla kunskapen om suicid bland barn och för att nå en så hög kvalitet på utredningarna som möjligt föreslår vi att utredningsfunktionen alltid ska utreda när barn dör i suicid. Att på nationell nivå utreda samtliga suicid bland barn skickar också en viktig signal om att samhället måste göra mer för att förebygga och förhindra att barn tar livet av sig.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för barn och ungas hälsa och utveckling. Till detta finns en omfattande anmälningsplikt för olika aktörer när de misstänker att ett barn far illa. Anmälningsplikten omfattar exempelvis skolan. Skolan ska utreda ohälsa och olycksfall

<sup>10</sup> I de underlag som utredningen tagit del av från Region Uppsala, Region Norrbotten och Region Halland uppges samtliga verksamheter att de utreder alla suicid de får kännedom om oavsett ålder. I jämförelse med det totala antalet avlidna i suicid per län via Dödsorsaksregistret så får Region Uppsala kännedom om och utreder 21–33 procent av alla suicid, Region Norrbotten 21–43 procent och Region Halland 33–64 procent av alla suicid. Detta för tre (i Region Uppsalas fall fyra) utvalda år mellan 2018–2022.

som drabbar elever i samband med skolan enligt arbetsmiljölagen (1977:1160).<sup>11</sup> Enligt skollagen (2010:800) har skolan ett ansvar om den befarar att en elev inte kommer att uppfylla de betygskriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas. Då ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar. Om sådana bedöms som otillräckliga ska en utredning genomföras, vilken kan ligga till grund för särskilt stöd. Samråd ska då ske med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövligt.<sup>12</sup>

Det finns ingen specifik reglering som fastlår en utredningsskyldighet för skolan efter ett barns suicid. Som vi tidigare beskrivit (i kapitel 6) ska skolan vid suicid använda de krisplaner som tagits fram i händelse av olyckor eller andra svåra omständigheter. Många aktörer utredningen kommit i kontakt med uppger att suicid inte utreds av skolor i någon större omfattning. Eftersom skolan är en verksamhet som till stor del är närvarande i barns liv bör det finnas goda skäl för verksamheten att lära av inträffade suicid. Samtidigt kan vi konstatera att suicid bland elever i skolan är en händelse som inträffar sällan och det är därför inte självklart att det finns uppbyggda rutiner för denna typ av händelser. Förslaget om ett nationellt ansvar att utreda samtliga suicid bland barn skulle innebära att skolan blir inkopplad i utredningar av suicid och har möjlighet att dra lärdomar i den processen. Däremot behöver inte varje enskild skola bygga upp den utredningskompetensen. Den nationella utredningsfunktionen kommer också ha möjlighet att identifiera lärdomar som handlar om skolväsendets styrning, organisering och utformning, inklusive att uppmärksamma om det behövs ytterligare stöd till skolor avseende lärande och agerande efter suicid.

---

<sup>11</sup> Se 1 kap. 3 § 1 samt 3 kap. 2 a § andra stycket och 3 a § arbetsmiljölagen.

<sup>12</sup> Se 3 kap. 5 och 7 §§ skollagen.

## I övrigt ska ett urval av de suicid som inträffat utredas

Det totala antalet suicid uppgår till cirka 1 200 varje år. Av direktiven framkommer att vissa fall kan behöva undantas från utredningsansvaret. Därför har vi under utredningsarbetet övervägt olika urvalsmodeller.

Ett argument för att utreda samtliga suicid är att det skulle ge en bred bild av olika typer av suicid. Genom att utreda samtliga suicid skulle utredningsfunktionen få kunskap om samtliga suicid som inträffar. En totalundersökning skulle också kunna föredras av rättviseskäl eftersom inget fall väljs bort. Utredningen har under arbetet mött synpunkten att utredningar skulle kunna vara ett stöd för närstående genom att ge svar på deras frågor och att det därför skulle vara ett viktigt stöd till de efterlevande att utreda suicid. Att utreda samtliga suicid skulle också vara en tydlig signal om hur allvarligt samhället ser på suicid.

Enligt vår bedömning finns det, trots det, flera skäl för att i stället välja ut ett urval av de suicid som inträffat för en djupare utredning. Kunskapen om suicid är olika stor inom olika områden. Strategiska urval gör det möjligt för utredningsfunktionen att rikta sina resurser mot grupper eller teman där det saknas kunskap och behovet av lärande är som störst. Det har framkommit i våra kontakter med såväl forskare och praktiker som representanter för anhörigorganisationer att det skulle vara otroligt resurskrävande att utreda samtliga suicid. För att kunna få fram ny kunskap menar vi att det är avgörande att utredningarna görs på djupet och med hög kvalitet. Vi bedömer att det inte vore rimligt att utreda samtliga suicid på djupet. Ett så stort antal utredningar skulle sannolikt ske på bekostnad av kvalitet och djup i utredningarna. Enligt de experter på utredningar efter suicid och andra allvarliga händelser som vi talat med är det inte heller så att lärandet ökar lika mycket i takt med varje utrett ärende. En sådan ordning skulle därmed sannolikt inte bli kostnadseffektiv. Slutligen är det vår bedömning att även om endast ett urval av suicid utreds så är inrättandet av en nationell utredningsfunktion en tydlig signal om att staten ser mycket allvarligt på suicid. Det är endast vissa händelser som, av statsmakterna, betraktas som så allvarliga att det skapats särskilda regelverk och resurser för att utreda det som hänt.

Mot bakgrund av detta föreslår vi att utredningsfunktionen utreder ett urval av suicid. Det är den utredande myndigheten som själv-

ständigt bör avgöra vilka suicid som ska utredas för att bidra till ett så stort samhällslärande som möjligt, med undantag för suicid bland barn, som myndigheten alltid ska utreda.

### **Stegvist införande**

Vi har, analyserat och övervägt för- och nackdelar med ett stegvist införande av utredningsverksamheten, i enlighet med utredningens direktiv. Ett stegvist införande skulle kunna innebära att utredningsfunktionen tar sig an olika områden enligt en på förhand bestämd plan. Detta genom att urvalet av vilka utredningar som ska göras sker genom på förhand fastställda kriterier som införs stegvis. Vår bedömning är dock att det är viktigt att utredningsfunktionen ges utrymme att utveckla sin verksamhet på det sätt den finner är lämpligast för att tillgodose samhällets behov av lärande. Därför föreslår vi i stället en funktion som inrättas mer eller mindre i sin helhet, men som genom att arbeta tematiskt har utrymme att löpande bygga vidare på den kunskap som tas fram. Den verksamhet som föreslås kommer dock att vara en ny typ av kvalificerad utredningsverksamhet som det, av förklarliga skäl, tar viss tid att bygga upp.

### **Suicid som får utredas bland vuxna**

Vilka suicid bland vuxna personer som ska utredas ska styras av utredningsfunktionens bedömning av om det finns skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid.

Bedömningen av vad som kan utgöra ”skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid” bör utgå från vilka kunskapsluckor som finns om exempelvis olika metoder, riskgrupper, riskfaktorer eller andra relevanta omständigheter. Det är behovet av lärande, som i sin förlängning kan leda till ett underlag för beslut om åtgärder för att förebygga och förhindra suicid, som ska styra urvalet och ligga till grund för bedömningen av vilka ärenden som ska utredas. Bedömningen görs av den utredande myndigheten. Myndigheten kan behöva ta fram principer som ska vara vägledande i bedömningen. Det är viktigt att utrednings-

funktionens urvalsprinciper kan utvecklas över tid, i takt med nya lärdomar.

### **Dödsfall där dödsorsaken inte är fastställd till suicid får utredas**

Cirka 300 dödsfall klassificeras varje år som skadehändelser med oklar avsikt. I dessa fall har RMV i sin utredning inte kunnat bedöma att omständigheterna talar för ett visst dödsätt. Det har i dessa fall inte varit möjligt att avgöra om det handlar om en avsiktligt självdestruktiv handling, ett olycksfall eller ett övergrepp av en annan person.

Om utredningsfunktionen skulle finna att ett tema till viss del inkluderar dödsfall med oklar avsikt, och att det är av betydelse ur lärandesyfte att utreda dessa, bör det inte finnas något hinder för utredningsfunktionen att utreda sådana ärenden. Det kan exempelvis handla om dödsfall med oklar avsikt där bedömningen mot suicid bedömts svår. Utredningsfunktionen bör därför ha möjlighet att ta del av ärenden som RMV bedömt vara dödsfall med oklar avsikt, om utredningsfunktionen bedömer att det finns särskilda skäl som talar för att utredningen kan bidra till samhällets lärande om att förebygga suicid.

Enligt RMV utgörs en stor del av gruppen dödsfall med oklar avsikt av fall där dödsorsaken varit intag av alkohol, läkemedel eller narkotika.<sup>13</sup> Enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten är det ofta svårt att veta om en person som avlidit till följd av en läkemedels- eller narkotikaförgiftning hade för avsikt att ta sitt liv.<sup>14</sup> Det innebär att utredningar av osäkra dödsfall exempelvis skulle kunna bidra till kunskap om suicidpreventiva åtgärder inom verksamheter som möter personer med skadligt bruk och beroende. Utredningsfunktionen kan efter hand finna andra kategorier av dödsfall som skulle kunna bidra till lärandet efter suicid.

Vi har alltså bedömt att alla dödsfall som rör barn som tagit sitt liv och där en rättsmedicinsk undersökning genomförts ska utredas. Vi har dock smalnats av urvalet avseende vuxna som avlidit i suicid till att avse ett urval där behovet av lärande och kunskap är stort. Därtill bedömer vi att det under vissa förutsättningar ska finnas möjlighet

---

<sup>13</sup> Intervju med företrädare för RMV, 2024-02-01. 189 av de 300 dödsfall RMV klassade som dödsfall med oklar avsikt år 2021.

<sup>14</sup> Folkhälsomyndigheten, *Tema Suicidprevention Aktuell kunskap från Folkhälsomyndigheten*, 2023, s. 17.

att utreda andra dödsfall än suicid om det går att motivera med att det kommer bidra till ett underlag om åtgärder för att förebygga suicid. Därför får en utredning också genomföras när RMV utfärdat dödsorsaksintyg och bedömt dödsorsaken som annan än suicid eller som oklar, och det finns särskilda skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid. Begreppet särskilda skäl innebär att utredningsfunktionen bedömer att det finns en tydlig kunskapslucka kring åtgärder som kan bidra till att förebygga och förhindra suicid som dessa ärenden kan bidra att fylla. Kunskapsluckan eller frågeställningen ska vara väldefinierad och kopplingen till de aktuella ärendena tydlig. Det är således frågan om en restriktiv bedömning. Huvudprincipen när utredningsfunktionen väljer vilka ärenden och teman som ska utredas är alltså behovet av lärande, som i sin förlängning kan leda till ett underlag för beslut om åtgärder för att förebygga och förhindra suicid.

## Suicidförsök

I utredningens direktiv anges att vi ska lämna ett förslag på ett nationellt ansvar för att utreda suicid. En stor riskfaktor för suicid är ett tidigare genomfört suicidförsök. Utredningen har därför prövat frågan om suicidförsöken också borde utredas av utredningsfunktionen. Det finns argument för att utreda suicidförsök i lärande syfte. Bland annat eftersom den som genomfört suicidförsöket finns kvar i livet och kan ge sin bild av det inträffade. Ett annat skäl kan vara att suicidförsöken är fler än de fullbordade suiciden vilket ger större underlag för lärande. Ytterligare ett skäl är att flickor och kvinnor är överrepresenterade bland suicidförsöken, medan pojkar och män är överrepresenterade bland de fullbordade suiciden. Ur ett jämställdhetsperspektiv kan det därför vara viktigt att inte enbart välja den ena ärendegruppen. Antalet personer som under 2021 vårdades i samband med ett suicidförsök eller annan avsiktligt självdestruktiv handling var cirka 11 000. Cirka 60 procent var flickor och kvinnor.<sup>15</sup>

Ett argument mot att utreda både suicid och suicidförsök är att det blir långt fler ärenden, vilket skulle kunna innebära mindre djup i utredningarna, alternativt en högre kostnad. Med samma logik som ovan skulle därför ett urval av suicidförsöken kunna utredas. Det

---

<sup>15</sup> Socialstyrelsen, *Sjukhusvård och eftervård vid avsiktlig självskada*, 2023.

skulle troligtvis bidra till ett större lärande än om endast fullbordade suicid utreddes. Att utreda suicidförsök är dock i dagsläget svårare att genomföra i praktiken, bland annat eftersom det inte finns något enkelt sätt att få kännedom om samtliga suicidförsök. Den enda systematiska registreringen som sker är inom hälso- och sjukvården, men där finns heller inte något enhetligt sätt att registrera och klassificera suicidförsök, separerat från andra självdestruktiva handlingar. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med språkgranskning och medicinsk fackgranskning av den svenska översättningen av Världshälsoorganisationens (WHO) klassificering av suicidförsök. Enligt Socialstyrelsens tidplan ska ICD-11<sup>16</sup> publiceras på svenska under 2025 på WHO:s plattform. Det är ännu inte fastställt i föreskrift när rapporteringen med ICD-11 ska påbörjas. Det skulle kunna innebära att det i framtiden kommer att finnas ett enhetligt sätt att registrera suicidförsök, separerat från andra avsiktliga självdestruktiva handlingar, inom hälso- och sjukvården. Under sådana förutsättningar skulle det finnas data att tillgå för att göra övergripande analyser och eventuellt utreda suicidförsök.

Ytterligare ett skäl till att det är svårare att utreda suicidförsök är att det är oklart hur en person som försökt ta sitt liv skulle påverkas av en utredning. Mot bakgrund av att det i våra direktiv inte finns något uppdrag om att lämna förslag kring utredning av suicidförsök och att vi i dagsläget ser betydande etiska och praktiska svårigheter att utreda suicidförsök enligt samma modell som suicid, bedömer vi i dagsläget att utredningsfunktionen inte ska utreda suicidförsök. Utredningsfunktionen har dock möjlighet att använda befintlig forskning och annan kunskap om suicidförsök i sitt arbete. Utredningen anser att det är viktigt att samhällets lärande kring suicidförsök fortsätter att utvecklas. I takt med att tillgången till data om suicidförsök utvecklas och forskningen om suicidförsök ökar kan möjligheterna till utredningar förändras. Förutsättningarna att utreda suicidförsök kan beaktas på nytt inom ramen för den utvärdering av utredningsfunktionen som föreslås nedan (se 8.1.13).

---

<sup>16</sup> Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker.

### 8.1.5 Utredningsfunktionen bör ha ett tematiskt arbetsätt

**Bedömning:** Utredningsfunktionen bör arbeta med utgångspunkt i olika teman. Utredningsfunktionen bör självständigt avgöra vilka teman som ska undersökas utifrån behovet av lärande, men det finns flera skäl till att styra utredningsfunktionens första tema till gruppen unga vuxna.

Genom att sätta fokus på olika perspektiv kan ett tematiskt arbetsätt tydliggöra olika aktörers ansvar. Ett tematiskt arbetsätt kan göra det möjligt att åstadkomma kraftsamlingar inom olika delar av samhället, och hjälpa till att bidra till att tydliggöra olika aktörers roller i det suicidpreventiva arbetet. Temaområden kan löpa parallellt och olika länge. Utredningarna kan också bli olika djupa beroende på temat och den kunskap som redan finns inom området. Valet av tema påverkar rimligtvis också urvalet av ärenden. Exempel på teman kan vara en åldersgrupp där suicid ökar, eller en grupp i samhället inom vilken det förekommer förhållandevis många suicid. Ett tema kan även vara geografiskt, men det kan också handla om exempelvis ekonomisk utsatthet, frihetsberövade personer eller val av metod för suicid.

I nuläget finns ingen samlad kunskapsbank om enskilda suicid som skulle kunna ligga till grund för att systematiskt välja teman. Däremot finns mycket forskning om riskgrupper och statistiska analyser av suicidtalens utveckling som kan användas som underlag för val av teman. Mycket talar för att ett första tema för utredningsfunktionen skulle kunna vara gruppen unga vuxna, eftersom det är den grupp där suicidtalerna ökat den senaste tiden. Bland unga i åldern 20–29 år har suiciden ökat med 1,8 procent per år under perioden 2006–2020 enligt analyser som gjorts av Folkhälsomyndigheten. Enligt utredningens bedömning finns det ett stort behov av lärande i syfte att motverka den utvecklingen.

Det kan finnas anledning för utredningsfunktionen att utveckla ett lämpligt sätt att redovisa vilka principer och resonemang som ligger till grund för de teman som väljs. En sådan redovisning, som innehåller kunskapsbaserade överväganden, kan bidra med transparens och förutsebarhet i utredningsverksamheten. Det kan också bidra till att undvika misstankar om att verksamheten skulle drivas av godtycke eller yttre påverkan från media eller allmänhet.



### 8.1.6 Utredningsfunktionens kompetens

**Förslag:** Utredningsmyndigheten får anlita experter och sakkunniga för att biträda utredningsmyndigheten. Statliga förvaltningsmyndigheter som bedriver tillsyn över verksamhet som berörs av en utredning eller vars ansvarsområde berörs av en utredning ska, efter begäran från utredningsmyndigheten, biträda utredningsmyndigheten genom att ställa experter till förfogande. Skyldigheten att ställa experter till utredningsmyndighetens förfogande gäller inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern.

**Bedömning:** För att kunna fullfölja sitt uppdrag behöver utredningsfunktionen ha en tvärvetenskaplig sammansättning. Ett kvalificerat utredningsarbete kräver att utredarna har stor vana av utredningsarbete. För att kunna genomföra samtal med närstående på ett bra sätt krävs exempelvis erfarenhet från samtal med människor i kris. Sådana samtal är emotionellt krävande vilket också medför ett behov av handledning för de utredare som genomför intervjuerna.

### Utredningsfunktionens kompetens

En viktig fråga för kvaliteten på utredningarna är vilken kompetens som behöver finnas hos utredningsfunktionen. Vår bedömning är att det krävs olika kompetenser och erfarenheter för att utredningarna ska bli så bra som möjligt. Gruppen bör därför bestå av utredare med bakgrund inom exempelvis folkhälsovetenskap, socialt arbete, beteendevetenskap samhällsvetenskap, psykologi, suicidologi eller annan hälso- och sjukvård. Vidare är det viktigt att det finns bred utredningskompetens och stor vana att genomföra olika typer av intervjuer. För att kunna genomföra intervjuer med närstående krävs kompetens kring och erfarenhet av samtal med människor i kris. Det ingår dock inte i uppdraget att utföra behandlande insatser eller att bedöma psykiatriska symtom. Det behöver även finnas viss områdeskunskap och erfarenhet från de fält som kommer beröras av utredningarna. Det handlar till exempel om psykiatri, socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola, statlig och kommunal förvaltning.

## Möjlighet att ta in externa experter och sakkunniga

Det är emellertid inte rimligt att utredningsfunktionen ska rymma all utredningsrelevant kompetens på egen hand. Därför är det viktigt att utredningsfunktionen har möjlighet att ta in experter och sakkunniga från exempelvis berörda myndigheter, civilsamhället och akademien. Utredningsfunktionen behöver ha kompetens eller tillgång till kompetens från exempelvis forskning, NASP eller andra myndigheter. Det kan behövas dels i arbetet med att välja teman för utredningarna (se 8.1.5), dels i arbetet med att lösa eventuella metodologiska svårigheter i utredningsarbetet. Det kan också vara befogat att ta in extern kompetens i analysarbetet, exempelvis i samband med tematiska analyser. Det kan också finnas anledning att koppla olika typer av referensgrupper till utredningsfunktionen för olika behov. Att arbeta med referensgrupper där barn som anmält intresse kan delta kan till exempel vara ett sätt för utredningsfunktionen att fånga upp barns perspektiv på systembrister och systemmöjligheter. Ett sådant arbetssätt skulle kunna vara ett sätt att beakta barns perspektiv och frågeställningar i arbetet med analyser och val av teman.

## Skyldigheten att ställa experter till förfogande

I 8 § förvaltningslagen (2017:900) regleras myndigheternas samverkansskyldighet gentemot varandra. Vi bedömer att den medverkan av andra myndigheter som behövs kan vara mer omfattande än den samverkansskyldighet som regleras i nu nämnda författningar. Suicidutredningarna har likheter med de utredningar som Socialstyrelsen genomför enligt LUB samt vissa likheter med de utredningar som Statens haverikommission genomför. Vissa myndigheter har också särskild reglerad skyldighet att bistå Socialstyrelsen respektive Statens haverikommission i deras utredningsverksamhet. Mot bakgrund av detta och för att understryka vikten av en bred kompetens och samverkan över myndighetsgränser bör det införas en bestämmelse, likt den i 3 § andra–fjärde stycket LUB, i lagen om utredningar för att förebygga suicid om skyldigheten för statliga förvaltningsmyndigheter att ställa experter till utredningsmyndighetens förfogande. Skyldigheten ska gälla statliga förvaltningsmyndigheter som bedriver tillsyn över verksamhet som berörs av en utredning eller vars ansvarsområde berörs av en utredning. Dessa ska, efter begäran från

utredningsmyndigheten, biträda utredningsmyndigheten genom att ställa experter till förfogande. Syftet är att ge utredningsfunktionen tillgång till bred och multiprofessionell kunskap och erfarenhet.

Vi bedömer dock, i likhet med förarbetena till motsvarande bestämmelse i LUB, se prop. 2017/18:215 s. 59, att det inte är proportionerligt att föreskriva samma skyldighet för kommuner och regioner, även om socialtjänst och hälso- och sjukvård kan antas ha varit inblandade i merparten av fallen. De kommer i stället kunna höras i utredningen av de enskilda ärendena eller tillfrågas om frivilligt expertdeltagande. Skyldigheten att ställa experter till förfogande kommer alltså endast avse statliga förvaltningsmyndigheter. Det innebär att domstolar inte heller är skyldiga att ställa experter till utredningsmyndighetens förfogande. Vidare undantas Riksdagens ombudsmän (JO) Riksrevisionen och Justitiekanslern (JK) från skyldigheten på grund av deras oberoende ställning.

Det experterna kan bidra med är sin kunskap och erfarenhet i analysarbetet eller urvalsarbetet. De förväntas inte ställa sig bakom de förslag som utredningsmyndigheten lämnar i rapporter och beslutsunderlag som resultat av utredningsarbetet.

### 8.1.7 Uppgiftsskyldighet till utredningsmyndigheten

**Förslag:** För att kunna genomföra en utredning behöver den utredande myndigheten ha möjlighet att ta del av relevanta underlag. Det ska därför införas en bestämmelse som reglerar uppgiftsskyldighet från relevanta aktörer. Bestämmelsen ska vara sekretessbrytande och utformas på följande sätt: Följande myndigheter och yrkesverksamma är skyldiga att på utredningsmyndighetens begäran lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 2 §:

1. myndigheter vars verksamhet berör barn,
2. myndighet som ansvarar för rättsmedicinsk undersökning,
3. andra myndigheter som i sin verksamhet har kommit i kontakt med, eller fått information om, personen vars dödsfall utreds,
4. anställda hos sådana myndigheter som avses i 1–3,
5. de som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet och fullgör uppgifter som berör barn eller annan

sådan verksamhet inom hälso- och sjukvården, på socialtjänstens område, inom skolväsendet eller annan utbildningsverksamhet, och som har kommit i kontakt med, eller på annat vis erhållit information om personen som avses i 2 §, och

6. de myndigheter som utövar tillsyn över de verksamheter som avses i 1–5, dock inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern.

## Underlag

För att kunna genomföra en ordentlig utredning behöver den utredande myndigheten ha möjlighet att ta del av relevanta underlag såsom exempelvis journaler och utredningar, samt genomföra intervjuer med relevanta personer. För att en utredning ska bli så bra som möjligt behöver som sagt även närstående intervjuas. Närstående kan sannolikt bidra med kunskap om händelseförloppet och om olika samhällsaktörers åtaganden och insatser i förhållande till den avlidne.

Vilka aktörer, utöver närstående, som intervjuas kan variera från fall till fall, beroende på omständigheterna i det aktuella ärendet. Det skulle kunna handla om polis, räddningstjänst, skola, socialtjänst, psykiatri, primärvård, Kriminalvården, SiS, Kronofogden, RMV, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket och Försäkringskassan. Det kan också handla om myndigheter som Trafikverket, IVO och Socialstyrelsen beroende på om den som utredningen berör varit i kontakt, eller borde varit i kontakt med aktörer som faller inom myndighetens verksamhetsområde. I den mån utredningen kräver kunskap om händelseförloppet från olika aktörer ska dessa höras enskilt, av hänsyn till den personliga integriteten hos den avlidne.

I utredningen ingår även att samla in kunskaper om systemet kring personen och hur det har fungerat, det vill säga om olika aktörers uppdrag, åtaganden, arbetssätt med mera. Utredningsmyndigheten ska också ha i uppdrag att analysera befintliga kunskaper om suicid. Det kan exempelvis handla om att ta till vara befintlig forskning om suicid och suicidprevention inom närliggande eller relevanta områden, samt den kunskap som finns hos RMV och IVO om suicid respektive utredningar av vårdskador som rör suicid.

När flera utredningar av en och samma händelse görs bör också utredningsfunktionen, av effektivitetsskäl, överväga vilka delar som

redan är utredda och som kan användas i utredningen och bedömningen för att undvika dubbelarbete. Sådana utredningar kan ha skett inom tillsynsinsatser, internutredningar, lex Maria- och lex Sarah-utredningar eller utredningar som inkommit till Arbetsmiljöverket.

### En bestämmelse om uppgiftsskyldighet som bryter sekretess

Som konstaterats ovan kommer utredningsfunktionen behöva få ta del av uppgifter och handlingar från flera olika samhällsaktörer för att kunna genomföra sina utredningar. Det behövs därför en bestämmelse som möjliggör sådant uppgiftsutlämnande trots att vissa uppgifter kan omfattas av sekretess.

Utredningarnas övergripande syfte innebär att de enskilda utredningarna så långt som möjligt klarlägger förhållanden och omständigheter kring den enskildes livssituation. Utredningarna ska också klarlägga myndigheters och andra aktörers agerande kring den enskilde, och vilka åtgärder som vidtagits eller hade kunnat vidtas, för att möjliggöra stöd och hjälp för den enskilde att förändra sin situation. Utredningarnas övergripande syfte gör det svårt att dels på förhand precisera vilka verksamheter som kan ha tillgång till uppgifter av betydelse för utredningarna, dels för de uppgiftsskyldiga att bedöma vilken betydelse uppgifterna har för utredningarna i fråga. Precis som konstaterats inför utformandet av uppgiftsskyldigheten i LUB kan vi konstatera att uppgiftsskyldigheten är svår att utforma utan att den blir förhållandevis omfattande.<sup>17</sup> Vid den utvärdering som föreslås (se närmare avsnitt 8.1.13) bör det därför ingå att utvärdera om uppgiftsskyldigheten är ändamålsenlig.

I många fall kommer utredningsfunktionen behöva uppgifter som omfattas av sekretess eller tystnadsplikt. För att utredningsfunktionen ska kunna inhämta det underlag och de uppgifter som behövs för sin verksamhet ska en bestämmelse om uppgiftsskyldighet som bryter sekretess införas. Bestämmelsen är utformad med 5 § respektive 5 a § LUB som förlaga. Precis som anges i prop. 2006/07:108 s. 34 respektive prop. 2011/12:4 s. 36 är bestämmelsen sekretessbrytande. Inte heller hindrar tystnadsplikt att någon fullgör uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Något obehörigt röjande av en uppgift anses inte ske i dessa fall.

---

<sup>17</sup> Se prop. 2011/12:4 s. 37.

Utredningsmyndigheten kommer få begära de uppgifter som behövs för en utredning enligt 2 § i den föreslagna lagen. Begreppet ”uppgifter som behövs för en utredning” innefattar inte bara uppgifter som behövs för enskilda utredningar. Det innefattar också uppgifter som behövs för bedömningarna i andra och tredje stycket, dvs. bedömningar av om det finns skäl eller särskilda omständigheter som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid (se avsnitt 8.1.4).

Den utredande myndigheten kan alltså också behöva begära ut uppgifter som behövs i exempelvis kartläggningar eller förstudier. I övrigt torde det, precis som anges i prop. 2006/07:108 s. 63 f. och i prop. 2011/12:4 s. 37 finnas ärenden där det inte går att på förhand säga vilka uppgifter som kommer vara av betydelse för utredningsverksamheten eller vilka uppgifter en verksamhet har tillgång till. Utredningsfunktionen kommer därför i enskilda ärenden att behöva ta del av samtliga uppgifter i en ärendeakt eller en patientjournal. Utredningsfunktionens bedömning av vilka uppgifter som behövs bör som huvudregel godtas men den utlämnande myndigheten och verksamheten bör alltid göra en egen bedömning av om uppgifter ska lämnas ut. Eftersom det kan vara svårt för utredningsfunktionen att veta vilka uppgifter som den tillfrågade myndigheten eller annan uppgiftsskyldig har tillgång till kan utredningsfunktionen i vissa ärenden behöva lämna ytterligare information om vilka uppgifter som behövs och för vilket ändamål som uppgifterna behövs.

### **Myndigheter vars verksamhet berör barn**

Uppgiftsskyldigheten som riktar sig till myndigheter vars verksamhet berör barn avser myndigheter som i sin verksamhet kommer i kontakt med barn på ett sådant sätt att de kan få inblick i barns livsförhållanden och motsvarar bestämmelsen i 5 § 1 LUB. Se prop. 2006/07:108 s. 34 för överväganden.

### **Myndighet som ansvarar för rättsmedicinsk undersökning**

Utredningsfunktionen kommer dels behöva tillgång till personuppgifter om vilka som avlidit i suicid (och när det finns särskilda skäl, av annan dödsorsak), dels kunna ta del av utredningen kring döds-

orsak och dödssätt där viktig information kan finnas. Därför omfattas RMV, som är den myndighet som ansvarar för rättsmedicinska undersökningar,<sup>18</sup> av uppgiftsskyldigheten för att utredningsmyndigheten ska kunna begära ut uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen.

RMV:s utredningar av dödssätt och dödsorsak kommer utgöra en viktig del av utredningsfunktionens underlag. Utredningsmyndigheten kommer därför regelbundet behöva begära ut underlag från RMV, både utifrån de urval eller teman som utredningsfunktionen avser att utreda, och uppgifter för eventuella förstudier och kartläggningar inför dessa urval och teman. Eftersom det är utredningsfunktionen som kommer veta vilka uppgifter de behöver inför varje urval eller förstudie är det utredningsfunktionen som får specificera uppgifterna så långt det är möjligt. Detta behöver ske i dialog med RMV så att utredningsfunktionen får kännedom om vilka uppgifter som det är möjligt att få tillgång till, men också så att det kan ske på ett så effektivt och smidigt sätt som möjligt.

När det gäller barn ska alla ärenden utredas. Det är därför rimligt att anta att utredningsmyndigheten kommer begära ut uppgifter i alla ärenden som rör barn från RMV. Även i andra ärenden kommer RMV också vara en stor källa till information för utredningsfunktionen. Hur utlämnandet av uppgifter ska gå till och hur ofta bör myndigheten samråda med RMV om så att det inte blir onödigt belastande för någon av myndigheterna.

### **Andra myndigheter som kommit i kontakt med, eller fått information om, personen vars dödsfall utreds**

Bestämmelsens andra punkt omfattar andra myndigheter som i sin verksamhet har kommit i kontakt med, eller – till skillnad från bestämmelsen i 5 a § 1 LUB – fått information om, personen vars dödsfall utreds.

Uppgiftsskyldigheten gäller alltså även myndigheter som i sin verksamhet har kommit i kontakt med barnet eller den vuxna person vars dödsfall är aktuellt för en utredning samt myndigheter som på annat vis erhållit information om barnet eller den vuxna i fråga. Med *verksamhet* avses, precis som anges i prop. 2011/12:4 s. 59 f., inte en-

---

<sup>18</sup> Se 1 § och 2 § 2 förordningen (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.

bart den verksamhet som utgör handläggning av ett ärende utan även rent faktisk verksamhet, exempelvis råd, stöd, vård och behandling.

Begreppet *kommit i kontakt med* motsvarar begreppet i 5 a § 1 LUB. Därtill vill vi understryka att begreppet innefattar ansökningar om insatser, förfrågningar om råd och stöd, att den enskilde erhållit insats, råd, stöd, vård från myndigheten i fråga. En remissförfrågan eller att stå i värdkö omfattas också i begreppet då det bör jämföras med en förfrågan om vård från den enskilde.

Begreppet *på annat vis erhållit information om den enskilde* handlar om information som myndigheten har som inte kommit direkt från den enskilde i fråga. Det kan exempelvis handla om orosanmälningar till socialtjänsten avseende barn eller uppgifter en myndighet har fått från vårdnadshavare avseende barnet i fråga. På samma vis kan socialtjänsten ha tagit emot orosanmälningar från närstående avseende vuxna. Det kan också handla om information Kronofogdemyndigheten fått om skulder avseende en person från en gäldenär eller en handräckningsförfrågan hos polisen avseende en enskild.

Såsom anges i prop. 2011/12:4 s. 60 omfattar uppgiftsskyldigheten exempelvis Åklagar- och Polismyndigheten, Migrationsverket, Skatteverket, Försäkringskassan, kriminalvården, förskole- och skolmyndigheter och alla verksamheter inom hälso- och sjukvården inklusive elevhälsan. Även annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet än sådan som bedrivs inom hälso- och sjukvården omfattas samt Statens institutionsstyrelse (SiS) och kommunalt drivna hem för vård eller boende.

## Anställda hos myndigheter

Uppgiftsskyldighet omfattar också anställda hos de myndigheter som avses i bestämmelsens första – tredje punkt. Bestämmelsen motsvarar 5 § 3 och 5 a § 2 LUB, se prop. 2011/12:4 s. 60. Uppgiftsskyldigheten gäller förhållanden som den anställde har fått kännedom om i sin verksamhet hos myndigheten. Förhållanden som den anställde har fått kännedom om som privatperson omfattas inte av uppgiftsskyldigheten.



## Vissa enskilda verksamheter och dess anställda samt yrkesverksamma

Uppgiftsskyldigheten ska även gälla för de som är verksamma inom en yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som berör barn, se förarbetena till 5 § 4 LUB, prop. 2006/07:108 s. 35. Det kan handla om verksamheter som fristående skolor, enskild förskoleverksamhet och enskild skolbarnsomsorg.

Uppgiftsskyldigheten ska också omfatta de som är verksamma inom en yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet och fullgör uppgifter inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område. Tillämpningsområdet motsvarar det som anges i förarbetena till 5 a § 3 LUB, se prop. 2011/12:4 s. 60 och prop. 2011/12:4 s. 38.

Utöver detta gäller också den föreslagna uppgiftsskyldigheten enskilda verksamheter inom skolväsendet och annan utbildningsverksamhet, till skillnad från 5 § 4 och 5 a § 3 LUB. Begreppet skolväsendet inbegriper sådan verksamhet som avses i 2 kap. 5 § skollagen. Det innebär att verksamheten behöver lämna ut nödvändiga uppgifter om såväl barn som personer som fyllt 18 år som deltagit i verksamheten eller som verksamheten har uppgifter om. Begreppet annan utbildningsverksamhet motsvarar samma begrepp som i 23 kap. 5 § första meningen offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Begreppet avser alltså bland annat högskoleutbildningen, folkhögskola, den kommunala vuxenutbildningen och arbetsmarknadsutbildningen, se prop. 2009/10:165 s. 950.

## Tillsynsmyndigheter

Det kan vara så att de myndigheter som utövar tillsyn över sådana verksamheter som tidigare nämnts har uppgifter som är värdefulla för en utredning. Sådana tillsynsmyndigheter ska därför vara skyldiga att lämna uppgifter till utredningsmyndigheten.

Bestämmelsen är utformad med 5 § 5 respektive 5 a § 4 LUB som förslagor, se prop. 2006/07:108 s. 35 och prop. 2011/12:4 s. 40 för överväganden. Därtill kan förtydligas att de aktuella tillsynsmyndigheter som omfattas av uppgiftsskyldigheten exempelvis kan vara Skolinspektionen, som har tillsyn över kommunernas skolverksamhet och barnomsorg samt över fristående skolor. Även exempelvis IVO:s tillsyn över sjukvårdspersonal och vårdinrättningar, Arbetsmiljöver-

kets tillsyn över arbetsmiljö- och arbetstidsfrågor, MSB:s tillsyn enligt LSO över kommuner och räddningstjänst omfattas också.

JK, Riksrevisionen och JO har alla en särskilt självständig ställning som tillsynsmyndigheter. Det är inte uteslutet att det finns kunskap för utredningsfunktionen att hämta hos dessa insatser, men vi har inte sett något behov av att låta uppgiftsskyldigheten omfatta Riksrevisionen, JO och JK. Om någon av dessa myndigheter haft ett ärende som rör ett fall som utredningsfunktionen utreder får utredningsfunktionen begära ut beslutet i tillsynsärendet och de offentliga och allmänna handlingar som hör till.

### Fråga om uppgiftsskyldighet för domstolar

Precis som regeringens bedömning i prop. 2006/07:108 s. 36 inför införandet av LUB bedömer vi att det inte bör införas en uppgiftsskyldighet för domstolar till utredningsmyndigheten.

Vi vill dock särskilt förtydliga att det kan finnas kunskap och information att hämta för utredningsfunktionen hos en förvaltningsdomstol. Beslut om vård utan samtycke beslutas av sådan domstol efter ansökan av socialnämnden eller hälso- och sjukvård. Det gäller vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Migrationsdomstolen överprövar exempelvis beslut om förvar. Det beslut som domstolen fattar i ett sådant mål har betydelse för exempelvis socialnämndens möjlighet att vidta de åtgärder som nämnden anser är nödvändiga för att skydda ett barn. Utredningsfunktionen kommer ha möjlighet att ta del av förvaltningsdomstolens respektive Migrationsdomstolens dom. Eftersom uppgiftsskyldigheten även omfattar socialnämnden, hälso- och sjukvården samt Migrationsverket kan utredningsmyndigheten få del av de uppgifter om de förhållanden som utgjorde skälen för det beslut som legat till grund för målet och de handlingar som kommunicerats i målet via socialnämnden respektive Migrationsverket.

Det kan också finnas kunskap för utredningsfunktionen att hämta från de allmänna domstolarna. Sådan domstol fattar beslut i mål eller ärenden som rör vårdnad, boende eller umgänge och i ett sådant mål har domstolen ett ansvar för att en förälders lämplighet som vårdnadshavare blir klarlagd. Straffrättsliga mål kan också vara aktuella

som underlag i utredningsfunktionens ärenden. Vi bedömer att utredningsfunktionens behov av uppgifter från de allmänna domstolarna kan tillgodoses genom att den tar del av domar och den dokumentation som finns hos socialnämnder och hos åklagare och att det därmed inte är motiverat att ålägga domstolarna en uppgiftsskyldighet.

### 8.1.8 Dödsfall som inträffat i Sverige får utredas

**Bedömning:** Utredningsfunktionen bör i huvudsak utreda suicid som inträffat i Sverige.

En del suicid inträffar utanför Sverige. Under tidsperioden 1997–2022 har det rört sig om 0–10 suicid per år som anmälts till och fastställts av dödsorsaksregistret. De flesta år har antalet varit fem eller färre, endast fem av åren har antalet överstigit fem suicid utomlands. Ett fåtal av dessa suicid utreds via rättsmedicinsk undersökning, i övrigt får dödsorsaksregistret i huvudsak kännedom om övriga dödsfall som inträffat utomlands från Skatteverket. Endast ett suicid som inträffat utanför Sverige under denna tidsperiod har gällt ett barn.

Det finns flera praktiska utmaningar med att utreda dödsfall som inträffat utomlands. Dels går de flesta inte via RMV, dels krävs att den utländska stat där personen har avlidit medger att utredningsmyndigheten får möjlighet att vidta de utredningsåtgärder som krävs.

Utredningsmyndigheten får, genom den föreslagna lagen om utredningar för att förebygga suicid, befogenhet att undersöka svenska aktörers handläggning och agerande. Vi utesluter inte att det finns lärdomar att dra kring svenska aktörers agerande även i de fall som inträffat utomlands. Vi tror dock att stora lärdomar finns i det stora antalet fall som inträffar inom Sveriges gränser.

Eftersom en utredning enligt den föreslagna lagen får genomföras när det finns ett dödsorsaksintyg från RMV innebär det också att det endast är de dödsfall som inträffat utomlands och där RMV genomfört en rättsmedicinsk undersökning samt utfärdat dödsorsaksintyg som blir aktuella.

Med hänsyn till det och de praktiska svårigheter som finns med att utreda dödsfall som inträffat utomlands kommer myndigheten i huvudsak utreda de suicid som inträffat i Sverige. I de fall RMV utrett dödsorsak när ett dödsfall inträffat utomlands och ärendet faller

inom utredningsfunktionens aktuella urval och tema är utredningsfunktionen inte förhindrad att vidta de utredningsåtgärder som de anser befogade för att kartlägga svenska aktörers agerande. Därför bör det vara upp till myndigheten att bedöma – utifrån omständigheterna i det enskilda ärendet – om det finns skäl att utreda ett suicid eller annat dödsfall som inträffat utomlands.

### 8.1.9 Rättsmedicinalverkets tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör utredas

**Bedömning:** Att RMV skulle få tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation skulle gynna den nationella utredningsverksamheten samt det suicidpreventiva lärandet.

Vi föreslår att RMV ska bidra med underlag till den nationella utredningsfunktionen. RMV:s bedömningar om dödsorsak utgör också grund för de nationella suicidutredningarna. RMV har i dag möjlighet att få tillgång till enskilda vårdgivares journaler i sitt utredningsarbete men saknar ett enkelt sätt att få en överblick över vilka vårdkontakter den avlidne haft, eftersom olika vårdgivare har olika journalsystem. RMV har exempelvis inte möjlighet att få tillgång till den sammanhållna journalföring som tjänsten Nationell patientöversikt (NPÖ) erbjuder. Den skulle möjliggöra för RMV att få en överblick över var den avlidne sökt vård och kunna begära ut patientjournaler därifrån. Detta skulle i sin förlängning innebära en mer omfattande utredning till grund för såväl RMV:s bedömning av dödsorsak som för den nationella utredningsfunktionen. Vår bedömning är därför att det skulle gynna utredningsfunktionen samt lärandet om suicid att RMV får tillgång till NPÖ.

I de samtal utredningen haft med företrädare för RMV har myndigheten lyft fram att det exempelvis skulle kunna ske genom att lägga till RMV som en aktör i tillämpningsområdet, och för relevanta bestämmelser, i lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Även Utredningen om sekundäranvändning av hälsodata<sup>19</sup> har i sitt betänkande konstaterat att rättigheter att få ta del av sådana uppgifter som behövs för att RMV ska kunna utföra sina uppdrag finns

<sup>19</sup> Regeringsbeslut S2022:04.

reglerade i lag. Det innebär att bedömningen gjorts att RMV har behov av uppgifterna och att myndigheten ska få tillgång till dem. Däremot saknas i vissa fall möjligheten att ta reda på var uppgifterna finns. Utredningen om sekundäranvändning av hälsodata uppfattar detta som en allvarlig brist i lagstiftningen och bedömer att det behöver utredas hur myndigheten ska få reda på var uppgifterna kan begäras ut.<sup>20</sup>

Eftersom frågan om RMV:s tillgång till uppgifter om var information ska kunna begäras ut sträcker sig över ett större område än frågan om suicid och våra utredningsdirektiv har vi inte utarbetat närmare förslag eller gjort någon konsekvensanalys av en sådan förändring. Utifrån vårt perspektiv är det önskvärt att RMV får tillgång till sådan information.

### 8.1.10 Förhållandet till tillsyn

**Förslag:** När ett ärende inleds ska utredningsmyndigheten informera statliga förvaltningsmyndigheter, dock inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern, som är ansvariga för tillsyn eller intern tillsyn av verksamhet som berörs av utredningen eller vars ansvarsområde berörs av en utredning enligt lagen om utredningar för att förebygga suicid.

Vår bedömning är att utredningsfunktionen inte ska utföra tillsyn och att suicidutredningarna inte kan läggas till grund för något ansvarsutkrävande. Utredningsfunktionens syfte är ett lärande om systembrister och systemmöjligheter i suicidpreventivt perspektiv. Ett sådant lärande kan hämmas av att fokusera på kontroll och, i viss mån, rättelse. Genom en utredningsverksamhet som är tydligt separerad från tillsyn kan kunskaper inhämtas och suicidpreventivt lärande ske på en samhällelig nivå. Vi föreslår därför att utredningsfunktionen inte ska bedriva tillsyn.

Vidare ska utredningsverksamhetens rapporter och slutsatser utformas på ett sådant sätt att de inte ger upphov till förmodan om skuld och ansvar i samband med ett suicid. Utredningsmyndigheten ska heller inte få några befogenheter att ingripa mot andra myndig-

---

<sup>20</sup> SOU 2023:76 s. 919 f.

heter. Utredningsfunktionens syfte kompletterar i stället tillsynsmyndigheters skyldighet att övervaka att myndigheter och tjänstemän vid myndigheter följer lagar och andra författningar och även i övrigt uppfyller sina skyldigheter. Tyngdpunkten när det gäller att klarlägga hur olika myndigheter agerat i ett visst fall och regelefterlevnad bör alltså ligga hos de ordinarie tillsynsmyndigheterna.

I 3 a § LUB anges att statliga förvaltningsmyndigheter, dock inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern, bör genomföra tillsyn eller intern tillsyn av verksamhet som berörs av en utredning enligt lagen. Utredningsmyndigheten ska informera den myndighet som är ansvarig för sådan tillsyn att ett ärende har inletts. Bestämmelsen reglerar också att om den myndighet som är ansvarig för tillsynen redan har utövat tillsyn eller inleder tillsyn med anledning av informationen från utredningsmyndigheten om att ett ärende har inletts, ska den myndighet som utövat tillsyn underrätta utredningsmyndigheten om vad som iakttagits i tillsynen och om vilka åtgärder som vidtagits med anledning av tillsynen.

Bestämmelsen motiverades bland annat med att det generellt får anses vara av stor vikt om tillsyn genomförs i sådana fall som omfattas av utredningsverksamheten och där det bedöms vara motiverat. Det gäller oavsett om det är fråga om det slags tillsyn som bedrivs av en myndighet vars uppgift är att granska annan verksamhet såsom till exempel IVO och Skolinspektionen, eller det gäller en myndighets interna tillsyn där den egna myndighetens agerande granskas. Vidare angavs i förarbetena till LUB att formuleringen att tillsyn bör genomföras ska ses som en markering av samhällets samlade ansvar att utreda och förebygga dessa brott, där flera aktörer förväntas bidra utifrån sina respektive uppdrag och kompetenser<sup>21</sup>.

När det gäller den utredningsfunktion som nu föreslås är det viktigt att utredningsmyndigheten informerar berörda tillsynsinstanser när deras tillsynsobjekt kan komma i fråga för utredning för att de myndigheter som har till uppgift att bedriva tillsyn ska kunna planera sin verksamhet och för att undvika konflikter i utredningar. Sådan information kan i sin tur också innebära att tillsynsmyndigheten i fråga finner anledning att initiera en tillsynsinsats.

Skyldigheten för den utredande myndigheten att informera relevant tillsynsinstans innebär inte någon förändring av tillsynsmyndigheternas respektive uppdrag eller roll jämfört med i dag. Tillsynen ska

---

<sup>21</sup> Prop. 2017/18:215 s. 62 f.

bedrivs i vanlig ordning av de myndigheter som bedriver tillsyn och utifrån de förutsättningar som dessa myndigheter har fått. Det gäller även myndigheters interna tillsyn. Vidare står det tillsynsmyndigheterna fritt att ta del av utredningsfunktionens rapporter, slutsatser och information i allmänna och offentliga handlingar och utifrån dessa bedöma om tillsynsinsatser är aktuella. Utredningsfunktionens syfte är att ta fram underlag som syftar till att fatta beslut om åtgärder för att förebygga och förhindra suicid. Utredningarna ska vara breda och urvalet utgå från kunskapsluckor och behov av lärande om förebyggande av suicid i samhället. Syftet ligger långt från tillsynsmyndighetens uppdrag. Därför bedömer vi att det inte finns skäl att reglera att tillsyn ska genomföras inom samma tematiska samhällsområde som utredningsfunktionen utreder på liknande sätt som gjorts i LUB. Det är i stället upp till tillsynsmyndigheten att avgöra om en tillsynsinsats bör göras.

När berörda tillsynsmyndigheter har utfört en tillsynsinsats och dragit slutsatser efter tillsyn kan tillsynsmyndigheternas arbete också vara ett viktigt tillskott för utredningsfunktionens arbete. Det är viktigt att utredningsfunktionen får tillgång till sådan information. Men eftersom utredningsfunktionens uppdrag är brett och utredningsmyndigheten har stor frihet att utforma utredningarna själv kan det vara svårt för den aktuella tillsynsmyndigheten att veta vilken information som kan vara av vikt för utredningsfunktionens arbete. Därför bedömer vi att det ur effektivitetssynpunkt är mindre lämpligt med en underrättelseskyldighet för tillsynsmyndigheterna och att dessa i stället ska lämna uppgifter på utredningsmyndighetens begäran i enlighet med det ovanstående förslaget om uppgiftsskyldighet. Utredningsfunktionen kommer således kommunicera med berörda tillsynsmyndigheter och aktörer vilket tema och vilka samhällsområden och aktörer som den avser att utreda.

### 8.1.11 Personuppgiftsbehandling

**Förslag:** Bestämmelser om behandling av personuppgifter i verksamhet enligt lagen om utredningar för att förebygga suicid finns i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoL-PuL.

I 2 § första stycket SoL-PuL ska i en ny punkt anges att i lagen avses med socialtjänst verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid. Bestämmelsens andra stycke ändras till att ange att med socialtjänst avses även tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamhet som avses i första stycket 1–10.

I 7 a § andra stycket SoL-PuL anges i en ny punkt 6 att verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid undantas från förbudet i första stycket, att det i sammanställningar av personuppgifter inte får tas in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden.

Vidare ska det införas en ny bestämmelse i SoL-PuL, 3 a §, som fastslår att i verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid gäller lagen i tillämpliga delar även uppgifter om avlidna personer.

I förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska det anges att Folkhälsomyndigheten:

- är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som görs i socialtjänsten i dess verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid,
- får behandla personuppgifter för sådan verksamhet som avses i lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid. Sådana uppgifter får behandlas endast i syfte att ge underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga eller förhindra framtida suicid.
- får i verksamhet som avses i lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid inte medge andra myndigheter eller enskilda direktåtkomst till personuppgifter.
- får i verksamhet som avses i lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid använda de sökbegrepp vid sökning efter uppgifter eller i samband med sammanställningar som behövs för utredningsverksamheten.



## Allmänt om personuppgiftsbehandling

Uppgiftsutlämnande eller inhämtande från och till en myndighet innebär ett intrång i enskildas personliga integritet om uppgifterna rör personuppgifter. De rättsliga omständigheterna kring skyddet för personuppgifter och förutsättningarna för personuppgiftsbehandling har redogjorts för i kapitel 4. Sammanfattningsvis kan sägas att frågan om en myndighet ska kunna behandla personuppgifter är avhängig avvägningar mellan skyddet för de enskildes personliga integritet respektive viktiga samhällsintressen. Rätten till skydd för sin personliga integritet är en mycket viktig princip i vårt samhälle. Rättigheten fastslås i exempelvis regeringsformen och Europakonventionen.<sup>22</sup>

Det är emellertid ingen absolut rättighet utan den personliga integriteten måste vägas mot andra viktiga och legitima samhällsintressen. Skyddet är därmed inte absolut utan får begränsas genom lag. Begränsningar får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen ska vara nödvändig med hänsyn till det ändamål som har föranlett den.<sup>23</sup> Vidare finns utförliga regleringar om skyddet för den personliga integriteten och förutsättningarna för behandling av personuppgifter i dataskyddsförordningen.<sup>24</sup> Bestämmelser om laglig behandling av personuppgifter finns i artikel 6 i dataskyddsförordningen. Behandling av personuppgifter är laglig endast om minst ett av villkoren i artikeln är uppfyllt. Dataskyddsförordningens artikel 9 ställer också upp ett förbud mot behandling av vissa kategorier av uppgifter, exempelvis uppgifter om hälsa. För sådan behandling måste något av de stadgade undantagen vara tillämpligt.

Enligt såväl regeringsformen som dataskyddsförordningen ska en nödvändighets- och proportionalitetsbedömning göras av inskränkningarna i den personliga integriteten.

---

<sup>22</sup> 1 kap. 2 § RF, 2 kap. 6 § RF, och artikel 8.1 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna.

<sup>23</sup> 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

<sup>24</sup> Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän data-skyddsförordning), dataskyddsförordningen.

## Den personuppgiftsbehandling som kan bli aktuell

### *När kommer utredningsfunktionen behandla personuppgifter?*

Utredningsfunktionens behandling av personuppgifter kommer att ske i olika delar av verksamheten. Inledningsvis kommer myndigheten hantera personuppgifter som kommer in till myndigheten till följd av myndighetens begäran om uppgifter av andra myndigheter. Det handlar framför allt om uppgifter från RMV, men också uppgifter som framkommer i kontakt med närstående, andra myndigheter eller aktörer som kan bidra till utredningen. Myndigheten kommer att behandla personuppgifter i samband med att olika myndigheter, eller vissa yrkesverksamma, lämnar uppgifter enligt den uppgiftsskyldighet som gäller för dessa.

Utredningsfunktionen kommer också att behöva behandla personuppgifter i de delar av utredningsverksamheten som omfattar bedömningar av vilka åtgärder som kunnat vidtas i ett enskilt fall. Även om fokus för utredningen är att identifiera systembrister och möjligheter till förbättringar eller andra åtgärder för att förhindra suicid, kommer utredningsfunktionen behöva behandla personuppgifter för att få fram empiriska underlag för sina analyser. Det kommer vara fråga om både manuell och automatiserad behandling av personuppgifterna. Analyserna kommer att redovisas i form av återkommande rapporter och andra typer av kunskapshöjande insatser. Redovisningen ska dock utformas på ett sätt så att personuppgifter inte lämnas ut eller på något annat sätt röjs.

### *Vilka personuppgifter rör det sig om?*

De typer av personuppgifter som utredningsmyndigheten kan komma att inhämta och behandla är uppgifter om såväl den avlidna som dess närstående och kan handla om namn, dödssätt och dödsorsak, födelsedata, mående, fysiska och psykiska hälsa, etnisk bakgrund, skadligt bruk och beroende, funktionsnedsättning, uppgifter om tidigare vård och behandling, andra stödinsatser, tidigare begångna brott, ekonomiska uppgifter, uppgifter om vilka som var personens närstående, sexuell läggning, relationsstatus, könsidentitet och könsuttryck, religiös övertygelse, skolgång, arbete och yrkesroll, arbetsgivare, sjukvårdskontakter, myndighetskontakter, kontakter med övriga sam-

hällsaktörer inom exempelvis civilsamhället och trossamfund samt innehållet i de aktuella kontakterna. Underlag som blir aktuella att ta in från olika myndigheter är exempelvis journaler, tjänsteanteckningar, läkarintyg, ansökningar och beslut om insatser samt annat underlag till beslut om insatser.

### *Vilka aktörer kommer uppgifterna inhämtas från?*

Utredningsmyndigheten kommer som regel få information från RMV om dödsorsak och deras utredning för att kunna bedöma dödsorsak. Vidare kommer utredningsmyndigheten som regel kontakta närstående till den avlidne. Utöver detta kan aktörerna variera, dels beroende på vilka uppgifter de närstående lämnar, dels beroende på vilken samhällssektor som berörs och vilket tema utredningsfunktionen valt att fördjupa sig i. Det kan handla om olika statliga myndigheter den avlidne kan ha haft kontakt med, hälso- och sjukvård, socialtjänst eller andra kommunala verksamheter, skola, förskola, högskola, universitet. Även brottsbekämpande myndigheter kan bli aktuella som uppgiftslämnare såsom polis och åklagare.<sup>25</sup> Vidare kan arbetsgivare bli aktuella att kontakta och i vissa fall eventuella kontakter inom civilsamhället såsom idrottsföreningar, trossamfund, andra föreningar. Dessa kontakter kommer alltså ske för att ta reda på situationen kring den avlidne, vilka samhällskontakter denne hade, eller borde ha haft, och vad dessa hade kunnat göra annorlunda.

### *Vilka uppgifter kommer lämnas ut från utredningsfunktionen och till vem?*

I de fall temat är av sådan art att urval av ärenden för djupstudier inte kan göras på de uppgifter RMV har lämnat, kan utredningsmyndigheten behöva fråga en förvaltningsmyndighet om en enskild stått i kontakt med dem under en viss tidsperiod. I dessa lägen kommer den mottagande myndigheten indirekt få kännedom om att den enskilde avlidit i suicid under urvalsprocessen. Det handlar således om utlämnande av personuppgift. I övrigt kommer personuppgifter be-

---

<sup>25</sup> Vi bedömer dock inte att personuppgiftsbehandlingen kommer ske i syfte att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder, se dataskyddsförordningen artikel 2.2 d).

höva delas med de aktörer som deltar i utredningen. Utredningsfunktionen bör dock kunna utforma sina frågeställningar på ett sätt som gör att inte fler personuppgifter än nödvändigt lämnas ut. Det är heller inte i alla utredningar som en aktör behöver delta aktivt, ibland kan det enbart handla om att inhämta journaler eller tjänsteanteckningar från en aktör. När det gäller statliga myndigheter, kommunala myndigheter, fristående skolor och enskilda huvudmän och hälso- och sjukvårdsverksamheter kommer uppgiften omfattas av sekretess eller tystnadsplikt även hos mottagaren.

När det gäller kontakt med övriga aktörer, som exempelvis trosamfund eller föreningar, bör utredningsfunktionen noga överväga om sådan kontakt – och därmed risken att indirekt utlämna en uppgift om dödsorsak – är motiverad i det enskilda fallet. Om så är fallet – och det behövs för att fullgöra myndighetens uppdrag – kan kontakt tas men då bör utredningsfunktionen utforma frågeställningarna på ett sätt så att övriga personuppgifter inte lämnas ut.

### *Riskerna för intrång i den personliga integriteten*

En stor del av de personuppgifter som kommer samlas in av utredningsmyndigheten är av den typ att de klassas som känsliga personuppgifter. Uppgifter om personnummer, samordningsnummer och lagöverträdelser kan komma att behandlas. I vissa fall handlar det om en kartläggning av stora områden av den enskildes liv under en viss tidsperiod. Det är utredningsmyndigheten som (genom utredningsfunktionen) kommer att behandla personuppgifterna i syfte att bidra till ett samhälleligt suicidpreventivt lärande. Personuppgifterna kommer kunna inhämtas utan den enskildes samtycke. Personuppgifter kommer inte spridas från utredningsmyndigheten utöver att själva dödsättet kan komma att avslöjas för de aktörer utredningsfunktionen involverar i utredningen. Det kommer heller inte föreligga någon direktåtkomst för aktörer utanför utredningsmyndigheten till personuppgifterna. För utredningsmyndigheten kommer det finnas ett behov av att kunna söka och sammanställa personuppgifterna. Personuppgifter om barn, som är en särskilt skyddsvärd kategori, kommer att behandlas. Sammanfattningsvis handlar det om en personuppgiftsbehandling som innefattar stora risker för integritetsintrång.

## Rättslig grund, SoL-PuL och nya bestämmelser

### *Laglighet och rättslig grund*

Utredningsfunktionens behandling av personuppgifter kan ske med stöd av artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen när den utför en uppgift av allmänt intresse, därmed är också laglighetskravet i artikel 5.1 dataskyddsförordningen uppfyllt. Det allmänna intresset – syftet med utredningsverksamheten – kommer att regleras i den föreslagna lagen om utredningar för att förebygga suicid. I den föreslagna lagen kommer det också framgå från vilka aktörer utredningsmyndigheten kan inhämta personuppgifter. Den typ av personuppgifter som utredningsmyndigheten har att hantera bör – särskilt med beaktande av de känsliga personuppgifter som kan komma i fråga – dock hanteras utifrån en mer tydlig och precis reglering.

### *Bestämmelserna i SoL-PuL bör gälla utredningsverksamheten*

Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, innehåller nationella kompletterande bestämmelser om personuppgiftsbehandling och är subsidiär i förhållande till andra författningar som reglerar personuppgiftsbehandling. Vår bedömning är att regleringarna i dataskyddslagen är generellt hållna och den typ av personuppgiftsbehandling det är frågan om för utredningsmyndigheten bör regleras mer precist utifrån verksamhetsområdet, med hänsyn till skyddet för den personliga integriteten.

Patientdatalagen reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården, där en stor mängd känsliga personuppgifter också förekommer. Den föreslagna utredningsverksamheten kommer dock inte bedriva eller erbjuda hälso- och sjukvård och den utredningsverksamhet som ska bedrivas bör inte inordnas under patientdatalagens bestämmelser som är anpassade för just vårdgivare. I lagen finns en uttrycklig bestämmelse som anger att den i tillämpliga delar även gäller uppgifter om avlidna personer.

SoL-PuL reglerar behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. I förhållande till personuppgiftslagens (1998:204) generella regler innehåller SoL-PuL mer preciserade regler som bedömts nödvändiga med hänsyn till socialtjänstens omfattande hantering av känsliga

liga personuppgifter. Socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, är en ramlag som reglerar socialtjänstens mål. Lagen gäller inte uppgifter om avlidna personer.

Den föreslagna utredningsverksamheten syftar till att förebygga och förhindra suicid. Även om utredningsverksamheten inte kommer erbjuda insatser till enskilda för att främja deras livsvillkor eller ha de skyldigheter som stadgas i SoL ligger verksamheten nära socialtjänstens målstadgande och främjandeuppdrag. Vår bedömning är att utredningsverksamheten i den nu föreslagna lagen bör jämföras med socialtjänst i SoL-PuL, liksom utredningsverksamheten i LUB.<sup>26</sup>

Vad som avses med socialtjänst i SoL-PuL anges i lagens 2 § där olika verksamheter uppräknas. Vidare anges att med socialtjänst avses även tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av de verksamheter som avses i punkterna. Utredningsverksamhetens personuppgiftsbehandling bör regleras i SoL-PuL genom att verksamheten läggs till i uppräknningen i 2 § SoL-PuL.

I 7 a § SoL-PuL finns ett förbud mot att föra så kallade sammanställningsregister med känsliga och ömtåliga personuppgifter. I bestämmelsen anges uttömmande undantag från förbudet. Vår bedömning är att utredningsmyndigheten kan behöva upprätta olika typer av sammanställningar där känsliga uppgifter om de personer som omfattas av en utredning måste tas in. Bestämmelsen bör därför ändras så att utredningsmyndigheten får möjlighet att behandla sådana uppgifter i sammanställningar.

### *Uppgifter om avlidna*

Med personuppgifter avses information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person som är i livet. Uppgifter om en avliden omfattas således normalt sett inte av SoL-PuL, och som tidigare konstaterats heller inte av dataskyddsförordningen.

Som konstaterats ovan kommer utredningsfunktionen att behandla uppgifter om avlidna i relativt stor utsträckning. Därtill kan personuppgifter om närstående komma i fråga för utredningsverksamheten att behandla. Det inkluderar hantering av personuppgifter som i många fall kan förväntas vara känsliga från integritetssyn-

---

<sup>26</sup> Se prop. 2006/07:108 s. 53, prop. 2011/12:4 s. 44 f. och prop. 2017/18:215 s. 71 f för de överväganden som föregått bedömningen av att personuppgiftsbehandlingen i verksamhet enligt LUB ska regleras i SoL-PuL.

punkt. När det gäller avlidna personer kommer utredningsverksamheten systematiskt sammanställa integritetskänslig information som kommer omfattas av ett sekretesskydd. Sekretesskyddet i svensk rätt för den som är avliden består i huvudsak, såväl till förmån för den avlidnes anhöriga som till förmån för den avlidne själv.<sup>27</sup> De uppgifter om avlidna och dess anhöriga som kan förekomma vid utredningsverksamheten är regelmässigt så känsliga att det framstår som angeläget att sådana uppgifter kan omfattas av skyddsregler.

En bestämmelse, i likhet med den som finns i patientdatalagen 1 § andra stycket, om att uppgifter om avlidna i utredningsverksamheten omfattas av SoL-PuLs bestämmelser om personuppgiftsbehandling i tillämpliga delar, till exempel när det gäller för vilka ändamål uppgifterna får användas eller när det gäller vilken elektronisk åtkomst som får förekomma till uppgifter om avlidna, bör därför införas.

#### *Regleringar av personuppgiftsansvar, syfte, direktåtkomst och sökbegrepp*

I SoL-PuL regleras inte frågor om utpekad personuppgiftsansvar, personuppgiftsansvändningens mer specifika syfte, huruvida direktåtkomst till personuppgifterna får medges och användningen av sökbegrepp. Eftersom utredningsverksamheten kommer att hantera mycket känsliga personuppgifter är det av vikt att frågorna regleras. Därför bör det i förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten anges att Folkhälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som görs i dess verksamhet enligt lagen om utredningar för att förebygga suicid. Vidare bör det anges att myndigheten får behandla personuppgifter för sådan verksamhet som avses i lagen om utredningar för att förebygga suicid, endast i syfte att ge underlag för beslut om åtgärder för att förebygga eller förhindra framtida suicid.

Direktåtkomst innebär att en mottagare har direkt tillgång till någon annans register eller databas och därigenom på egen hand kan ta del av information. Av hänsyn till att utredningsmyndigheten i den föreslagna verksamheten kommer att hantera mycket känsliga personuppgifter bör det i förordningen anges att direktåtkomst till personuppgifter hos utredningsmyndigheten inte får medges.

---

<sup>27</sup> Se avsnitt 4.5.3.

Utredningsfunktionen kommer behöva sammanställa kunskap och iakttagelser från sina utredningar. Det är därför viktigt att myndigheten kan använda relevanta sökbegrepp i sina sammanställningar av personuppgifter för att fullgöra sitt uppdrag. Därför bör det också i förordningen regleras att Folkhälsomyndigheten i verksamhet som avses i lagen om utredningar för att förebygga suicid får använda de sökbegrepp vid sökning efter uppgifter eller i samband med sammanställningar som behövs för utredningsverksamheten.

### *Sekretess*

Utredningsmyndighetens personuppgiftsbehandling kommer vara förknippad med risker för integritetsintrång. Det finns därför ett behov av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt som skydd för den enskildes integritet. Det bör därför införas bestämmelser för att de uppgifter myndigheten inhämtar och behandlar ska omfattas av sekretess och tystnadsplikt. Vidare kommer det vara nödvändigt med en bestämmelse om tystnadsplikt respektive övergång av sekretess för de personuppgifter som lämnas ut från myndigheten (se avsnitt 8.1.12 nedan).

### *Särskilt om behandlingen av känsliga personuppgifter*

Utredningsmyndigheten kommer i sina utredningar av enskilda ärenden få tillgång till personuppgifter, och flera av dem kan typiskt sett bedömas som känsliga och omfattas av förbudet mot behandling i artikel 9 dataskyddsförordningen. Artikelns andra stycke anger vilka undantag som finns.<sup>28</sup> Vi bedömer att villkoren i artikel 9.2 g respektive 9.2 h dataskyddsförordningen är uppfyllda varför utredningsverksamheten också kan behandla känsliga personuppgifter. Behandlingen är nödvändig med hänsyn till behandlingens syfte och de integritetsrisker som finns vägs bland annat upp genom att behandlingen ska ske utifrån de bestämmelser som finns i SoL-PuL, föreslagna bestämmelser om sekretess, övergång av sekretess, tystnads-

---

<sup>28</sup> I vissa fall kommer myndigheten behandla uppgifter om lagöverträdelse, att en myndighet får behandla uppgifter om lagöverträdelse framgår direkt av artikel 10 i dataskyddsförordningen och av 3 kap. 8 § dataskyddslagen. Även om myndigheter inte behöver något särskilt rättsligt stöd för att behandla uppgifter om lagöverträdelse är behandling av sådana personuppgifter integritetskänslig varför frågan bedömningen av dessa uppgifter också ingår i bedömningen av tillämpligheten av undantagen i artikel 9.



plikt och förbud mot direktåtkomst till personuppgifterna. Därtill kan konstateras att undantaget avseende hälso- och sjukvård samt social omsorg i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen har bedömts innefatta sådan verksamhet som avses i 2 § SoL-PuL som den nu föreslagna verksamheten bör inordnas under.

### **Avvägningen mellan det samhälleliga behovet av lärande efter suicid och skyddet för den personliga integriteten**

Vår sammantagna bedömning är att det finns ett samhälleligt behov av ett ökat lärande efter suicid. Vi bedömer också att det finns stor potential att utveckla det lärande som finns i dag eftersom det är begränsat i flera avseenden. Utredningsfunktionen ska genom utredningar stå för detta breddade lärande och dels ge regeringen underlag för beslut som syftar till att förebygga suicid, dels sprida lärdomar till berörda samhällsaktörer så att de kan vidta relevanta åtgärder för att förebygga suicid. Utredningarna ska ha ett systemperspektiv och sträva efter att identifiera systembrister och systemmöjligheter. Vår bedömning är att ett ökat lärande bland olika samhällsaktörer om vad de kan göra för att förebygga och förhindra suicid är ett samhällsbehov som i förlängningen kan bidra till ett mer effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete, som i sin tur kan bidra till att färre liv förloras i suicid.

Mot detta samhällsintresse står enskildas rätt till personlig integritet. Det handlar dels om den person som avlidit i suicid, dels om dennes närstående. Enligt dataskyddsdirektivet är personuppgifter sådana uppgifter som kan hänföras till en levande person, av dataskyddsförordningen följer således inget integritetsskydd för avlidna personer. Vår bedömning är att det finns ett integritetsskydd även för avlidna i svensk rätt och vi bedömer att det skyddet ska bestå i utredningsverksamhetens arbete. Därför omfattar vår intresseavvägning också den avlidnes rätt till skydd för den personliga integriteten. De ärenden utredningsmyndigheten kommer utreda närmare är inom de områden det bedöms finnas ett ökat behov av lärande. Det handlar om ett urval av ärenden och inte alla inträffade suicid. Det innebär att intrånget i den personliga integriteten sker där det bedöms nödvändigt och inte går utanför syftet med utredningsverksamheten. Genom att utreda ett urval av suicid inom en bred repertoar av teman ökar chanserna att de vunna kunskaperna inte på ett

systematiskt sätt över- eller underbetonar olika grupper och individers suicidrisker. Bredden i utredningarna ökar också möjligheterna att etablera kunskaper om vilka slags kartläggningar och åtgärder som kan tänkas vara effektiva att rikta gentemot olika grupper och individer. Utredningsresultaten kan på så vis vägleda framtida insatser på ett sådant sätt att samhället kan visa likvärdig omsorg om individer och grupper baserat på korrekt information om var sårbarheter finns.

För gruppen barn är dock förslaget att alla utreds, vilket vi bedömer som angeläget eftersom samhällets skyddsnät kring barn behöver vara starkare och det bör finnas än större möjligheter och fler förutsättningar att hitta åtgärder för att förebygga och förhindra suicid bland barn. Även när det gäller barn bedömer vi därför att intrånget i den personliga integriteten bedöms nödvändigt, och inte går utanför syftet med utredningsverksamheten. Barn behöver särskilt skydd och omvårdnad. Samhället har därför ett större ansvar för barns välbefinnande. Värdet av att försöka hitta åtgärder för att förhindra framtida suicid bland barn väger således tyngre än skyddet av den personliga integriteten hos de barn som avlidit i suicid. Vi föreslår också sekretessregler för de känsliga personuppgifter som myndigheten behandlar och en övergång av sekretess i de ärenden som uppgifter behöver lämnas ut till annan myndighet från utredningsfunktionen. Myndighetens personuppgiftsbehandling regleras också närmare i SoL-PuL.

En funktion som genom utredningar av enskilda suicid och bearbetning av befintlig kunskap om suicid, gör analyser inom de områden som bedöms ha behov av ytterligare samhälleligt lärande, utgör ett sådant viktigt samhällsintresse. Det medför att det kan accepteras att den personliga integriteten blir föremål för de inskränkningar som beskrivits ovan. Vi bedömer därmed att de förslag vi lämnar i frågan lever upp till de krav som ställs i de proportionalitetsbedömningar som ska göras enligt regeringsformen och dataskyddsförordningen.

### 8.1.12 Nya bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt

**Förslag:** I OSL införs en ny bestämmelse med innebörden att sekretess ska gälla för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som hänför sig till en myndighets verksamhet som avser utredningar enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

Sekretessen enligt första stycket gäller även för uppgift som hänför sig till myndighets verksamhet för att biträda verksamhet som avses i första stycket.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

I lagen om utredningar för att förebygga suicid ska en bestämmelse om tystnadsplikt införas som innebär att en enskild person, eller den som är eller varit verksam inom enskild verksamhet och som medverkat i en utredning enligt lagen, inte obehörigen får röja vad denne då har fått veta om enskilds personliga förhållanden.

Rätten att ta del av allmänna handlingar begränsas endast när det är nödvändigt med hänsyn till vissa särskilt angivna intressen, bland annat skyddet för enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden. I OSL regleras bestämmelser om sekretess. Sekretess är ett förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen, genom utlämnande av allmän handling eller på något annat sätt (3 kap. 1 § OSL). Sekretess innebär således både handlingssekretess och tystnadsplikt. Till den del sekretessbestämmelserna innebär tystnadsplikt medför de en begränsning av yttrandefriheten enligt regeringsformen. OSL gäller för myndigheter och för personer som är eller har varit anställda eller tjänstepliktiga hos myndighet eller på annan liknande grund deltagit i myndighets verksamhet (2 kap. 1 § OSL). Offentlighetsprincipen och OSL är också tillämpliga på exempelvis bolag som en kommun eller ett landsting har bestämmande inflytande över (2 kap. 3 § OSL).

Sekretessbestämmelser gäller med olika styrka beroende på om skaderekvisitet är rakt eller omvänt. Vid raka skaderekvisitet är utgångspunkten att uppgifterna är offentliga och att sekretess bara gäller om det kan antas att en viss skada uppstår om uppgiften lämnas ut. Vid det omvända skaderekvisitet är utgångspunkten den om-

vända, dvs. att uppgifterna omfattas av sekretess. Vid ett omvänt skaderekvisit får uppgifterna bara lämnas ut om det står klart att uppgiften kan röjas utan att viss skada uppstår. Sekretessen enligt en bestämmelse kan även vara absolut, det vill säga de uppgifter som omfattas av bestämmelsen ska hemlighållas utan någon skadeprövning om uppgifterna begärs ut.

### **Sekretess i utredningsmyndighetens verksamhet**

Folkhälsomyndigheten har i dag olika uppdrag där de kommer i kontakt med uppgifter som omfattas av olika sekretessbestämmelser. Inom ramen för sitt tillsynsuppdrag enligt tobakslagen (1993:581) gäller exempelvis sekretess enligt 17 kap. 1 § OSL för uppgift om förberedelser för inspektion eller annan granskning som myndigheten ska göra, om det kan antas att syftet med granskningsverksamheten motverkas om uppgiften röjs. Vidare gäller sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL inom verksamhet som rör åtgärder mot smittsamma sjukdomar i Folkhälsomyndighetens verksamhet enligt smittskyddslagen, för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Ingen av dessa bestämmelser skulle vara tillämplig på uppgifter om enskild som myndigheten kommer hantera i det föreslagna utredningsuppdraget. I stället skulle den allmänna bestämmelsen i 21 kap. 1 § OSL om att sekretess för vissa uppgifter om enskilda, oavsett hos vilken myndighet uppgiften förekommer, vara tillämplig. Bestämmelsen innebär att sekretess råder för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, missbruk, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs. Sekretessen gäller med ett kvalificerat rakt skaderekvisit, som alltså innebär att det råder en presumtion för offentlighet.

Den föreslagna utredningsfunktionen kommer att hantera uppgifter om den avlidne och dess familj samt eventuellt andra personer i dess omgivning. Flera uppgifter kan vara mycket integritetskänsliga. Det kan handla om hälsa, ekonomi och sociala problem. Inom de olika myndigheters verksamheter som kommer att beröras av en

utredning, bland annat genom den uppgiftsskyldighet som föreslås i avsnitt 8.1.7, gäller någon form av sekretess för dessa uppgifter. I många av dessa verksamheter, exempelvis inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, gäller ett omvänt skaderekvisit. Det är lämpligt att en motsvarande sekretessgrad, det vill säga en sekretessbestämmelse med omvänt skaderekvisit, gäller även i utredningsmyndighetens verksamhet.

Bestämmelser om sekretess är ett ingrepp i offentlighetsprincipen. Vi bedömer dock, i likhet med bedömningen som gjordes i förarbetena<sup>29</sup> till de sekretessbestämmelser som gäller verksamhet enligt LUB, att allmänhetens intresse av insyn i utredningsverksamhetens arbete kan tillgodoses genom de rapporter utredningsmyndigheten kommer att lämna och att skyddet för den personliga integriteten motiverar sekretess för den enskildes förhållanden. Vi föreslår därför en ny bestämmelse i OSL enligt samma modell som 26 kap. 10 a § OSL som gäller verksamhet som utförs enligt LUB. Bestämmelsen innebär att sekretess med omvänt skaderekvisit ska gälla för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som hänför sig till utredningsmyndighetens verksamhet enligt den föreslagna lagen om utredningar för att förebygga suicid.

Utredningsmyndigheten kommer ha tillgång till experter som kan bistå i utredningsarbetet. Det är inte uteslutet att en expert kommer behöva ta del av känsliga personuppgifter för att bistå utredningsmyndigheten i utredningsarbetet. I sin kontakt med andra myndigheter i utredningsarbetet kan också känsliga personuppgifter komma att överföras från utredningsfunktionen, det handlar då i huvudsak om uppgiften att personen i fråga avlidit i suicid. Precis som konstaterats i förarbetena till 26 kap. 10 a § andra stycket OSL, se prop. 2017/18:215 s. 73 f., bedömer vi att det är viktigt att de som deltar i utredningen kan få tillgång till de uppgifter som utredningsmyndigheten samlat in. Det innebär att flera myndigheter och myndighetsrepresentanter kan komma att få ta del av ibland mycket känsliga uppgifter om enskilda personer. Hos de olika myndigheterna kan det gälla både starkare och svagare sekretess för uppgifter om enskilds personliga förhållanden än den som föreslås gälla för uppgifter hos utredningsmyndigheten.

På samma sätt som anges i prop. 2017/18:215 s. 73 f. innebär bestämmelsen att sekretess med ett omvänt skaderekvisit även ska gälla

---

<sup>29</sup> Prop. 2006/07:108 s. 44.

för uppgift som hänför sig till myndighets verksamhet som avser lagen om utredningar för att förebygga suicid. Det innebär att sekretess kommer att gälla för uppgiften även om den lämnas till andra myndigheter i flera led. Sekretessbestämmelsen utgör därmed en primär sekretessbestämmelse hos alla de myndigheter där uppgiften befinner sig. Bestämmelsen innebär också att sekretess med ett omvänt skaderekvisit ska gälla för uppgift som hänför sig till myndighets verksamhet för att biträda verksamheten enligt lagen om utredningar för att förebygga suicid. Bestämmelsen omfattar såväl uppgifter som den biträdande myndigheten får från utredningsmyndigheten och uppgifter som den biträdande myndigheten avser att lämna till utredningsmyndigheten. Det innebär bland annat att bestämmelsen blir tillämplig om utredningsmyndigheten exempelvis begär ett utlåtande av en offentliganställd expert.

### Tystnadsplikt

Utredningsfunktionen kommer också ha kontakt med enskilda som är yrkesverksamma hos exempelvis skolverksamheter eller hälso- och sjukvårdsverksamheter. Såsom konstateras i prop. 2017/18:215 s. 75 f kan utredningsverksamheten, i de fall den biträds av enskild, lämna ut sekretessbelagda uppgifter med ett sekretessförbehåll enligt 10 kap. 14 § OSL. Genom ett sådant förbehåll uppkommer en tystnadsplikt som är straffsanktionerad enligt 20 kap. 3 § brottsbalken. För det fall att uppgifter inte lämnats ut med förbehåll eller det inte föreligger ett sådant anställnings- eller uppdragsförhållande som avses i 2 kap. 1 § OSL, men en enskild ändå i kraft av sin sakkunskap medverkar i en utredning enligt lagen och får del av uppgifter om enskilds personliga förhållanden föreslås en ny bestämmelse enligt vilken tystnadsplikt för uppgiften ska gälla. Bestämmelsen motsvarar 10 § LUB. Som anges i prop. 2017/18:215 s. 76 handlar det inte om en sekretessbrytande bestämmelse, utan en bestämmelse med samma verkan som om ett sekretessförbehåll lämnats. Det innebär att den som bryter mot bestämmelsen kan dömas för brott mot tystnadsplikten enligt 20 kap. 3 § brottsbalken. Att en uppgift inte får röjas obehörigen innebär exempelvis att om det finns en skyldighet att lämna uppgift enligt en annan lagbestämmelse, så får uppgiften lämnas ut.

### 8.1.13 Utredningsfunktionen bör utvärderas

**Bedömning:** Lämplig myndighet bör få i uppdrag att utvärdera den nya lagen samt utredningsfunktionen och dess resultat inom 5–10 år.

Eftersom den föreslagna lagen och utredningsfunktionen innebär en helt ny verksamhet i statsförvaltningen är det viktigt att verksamheten utvärderas efter en tid, för att säkerställa att den gör nytta och fungerar på ett effektivt sätt. Utvärderingen bör även beakta om förutsättningarna för utredningsfunktionen att utreda suicidförsök har förändrats, om RMV:s uppgiftsskyldighet fungerar på ett bra sätt, om det även fortsatt är motiverat att utreda alla suicid bland barn, och om organiseringen av utredningsfunktionen är ändamålsenlig.

### 8.1.14 Två praktiska exempel

Vi ger här två exempel för att illustrera vår uppfattning om hur regelverket skulle kunna tillämpas praktiskt, samt hur utredningsfunktionens arbete med ett tematiskt urval skulle kunna se ut. De exempel som ges är inte tänkta att vara vägledande i utredningsfunktionens bedömningar av vad som bör utredas eller hur det ska göras. Det kan ses som en illustration av tillvägagångssätt utifrån det föreslagna regelverket och vilka svårigheter som eventuellt kan dyka upp i utredningsarbetet.

#### Exempel 1: Utredningsfunktionen utreder alla suicid bland barn

Utredningsmyndigheten föreslås få i uppdrag att, genom en utredningsfunktion, utreda alla inträffade suicid som sker bland barn i Sverige. Utredningsfunktionen kan samråda med experter och sakkunniga från relevanta myndigheter, civilsamhällesorganisationer och forskningsdiscipliner för att fördjupa sin kunskap om relevanta faktorer att utreda när det gäller barns suicid.<sup>30</sup>

Utredningsfunktionen kan därefter begära ut samtliga dödsorsaksintyg för alla under 18 år som RMV bedömt avlidit i suicid under ett

<sup>30</sup> Experter och sakkunniga kan biträda utredningsmyndigheten enligt 4 § enligt den föreslagna lagen.

år, tillsammans med deras ärendeakt.<sup>31</sup> Om underlagen ska begäras ut löpande, halv- eller helårsvis, är något som utredningsfunktionen i samråd med RMV får avgöra utifrån vad som är lämpligt, och mest effektivt.

I akten från RMV kommer utredningsfunktionen få viss information om den avlidne. Det kan till exempel vara dödsstätt, polisens observationer på platsen eller information som bedömts som relevant från hälso- och sjukvårdsjournaler. Sekretess kommer gälla för alla uppgifter om en enskilds personliga förhållanden som myndigheten får in, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde, eller någon närstående till denne, lider men.<sup>32</sup>

Efter det kan utredningsfunktionen genomföra intervjuer med närstående.<sup>33</sup> I typfallet har utredningsfunktionen exempelvis bedömt att föräldrar eller vårdnadshavare ska kontaktas. För närstående och till exempel personer inom civilsamhället och föreningslivet är det frivilligt att delta i utredningen och lämna uppgifter till utredningsfunktionen.

I intervjuerna med närstående kan utredningsfunktionen få relevant information som föranleder ytterligare intervjuer. Det kan exempelvis handla om en nära anhörig som är av betydelse för utredningen att höra, eller andra personer kring barnet som varit viktiga i barnets liv. Det skulle till exempel kunna handla om tränare i idrottsföreningar, föreningar i civilsamhället som barnet varit delaktig i, eller en specifik person på skola/förskola/fritidshem. Utredningsfunktionen kan också ha bedömt att skola/fritidshem/förskola alltid ska höras<sup>34</sup> för att få en tydligare bild av barnets livssituation.

Utifrån intervjuerna kan ytterligare relevanta kontakter upptäckas exempelvis hälso- och sjukvårdskontakter, kontakt med socialtjänst, religiös församling eller liknande.

För det fall myndigheter och anställda inom enskild verksamhet tar del av enskilds personuppgifter i kontakt med utredningsfunktionen, till exempel namn och dödsorsak, kommer uppgifterna omfattas av sekretess eller tystnadsplikt.<sup>35</sup>

---

<sup>31</sup> Detta görs med stöd av 6 § 2 i den föreslagna lagen.

<sup>32</sup> Se den föreslagna bestämmelsen 26 kap. 10 b § OSL.

<sup>33</sup> Enligt 8 § i den föreslagna lagen.

<sup>34</sup> Dessa aktörer kan höras med stöd av 6 § i den föreslagna lagen.

<sup>35</sup> Se sekretessbestämmelsen i den föreslagna 26 kap. 10 b § OSL. Om en enskild inte omfattas av anställnings- eller uppdragsförhållande som avses i 2 kap. 1 § OSL, men ändå med anledning av sin sakkunskap medverkar i en utredning enligt lagen och får del av uppgifter om enskilds personliga förhållanden kommer tystnadsplikten i 10 § den föreslagna lagen att gälla.



Utredningsfunktionen ska i utredningen klarlägga omständigheter kring personens livssituation som bedöms vara relevanta för utredningen, analysera om, och i så fall hur, de kan ha inverkat på dödsfallet, samt analysera om det finns faktorer eller insatser som har, eller skulle kunna ha, fungerat som stöd eller förebyggt eller förhindrat dödsfallet.<sup>36</sup>

I utredningsfunktionens intervjuer och kartläggningar av de verksamheter som funnits nära barnet får de deltagande aktörerna även en möjlighet att själva göra en genomlysning av verksamheten och vad som skett kring barnet och om något hade kunnat göras annorlunda.

De återkommande omständigheter, stora brister eller andra förslag som utredningsfunktionen identifierar och bedömer kan ligga till grund för åtgärder i syfte att förhindra eller förebygga suicid i framtiden, ska sammanställas i en rapport eller annat underlag. Dessa underlag kan ligga till grund för relevant aktörs beslut.<sup>37</sup>

När underlagen ska analyseras kan det bli aktuellt för utredningsmyndigheten att återigen ta hjälp av experter eller sakkunniga. I detta skede, till skillnad från när sakkunniga och experter tillfrågades initialt kring kunskap om barn och suicid, kan de eventuellt ta del av uppgifter om enskildas personliga förhållanden.<sup>38</sup>

Underlaget ska utformas så att det inte går att bakvägsidentifiera några personuppgifter som förekommit i utredningen. Det kan ibland innebära att de slutsatser som offentliggörs är knapphändiga eller att utredningsmyndigheten behöver fler exempel och mer kunskap över tid för att kunna offentliggöra vissa uppgifter och slutsatser på ett oidentifierat sätt. Underlaget kan också bestå av en sammanställning av systembrister eller förslag på organisationsförbättringar från aktörer som själva deltagit i utredningen som inte har koppling till någon enskild individ eller verksamhet och som kan användas på ett oidentifierat sätt.

Utredningsfunktionen ska också sprida sina slutsatser och underlag till relevanta aktörer. Det kan ske genom en rapport till regeringen, en informationsinsats till exempelvis skola, socialtjänst, ung-

---

<sup>36</sup> Se 7 § den föreslagna lagen.

<sup>37</sup> Se 7 § andra stycket den föreslagna lagen samt den föreslagna 10 a § i förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

<sup>38</sup> När en expert eller sakkunnig biträder utredningen gäller den föreslagna sekretessbestämmelsen i 26 kap. 10 b § OSL respektive bestämmelsen om tystnadsplikt i 10 § i den föreslagna lagen.

domsmottagningar eller allmänheten. Det kan också handla om en dialog med Socialstyrelsen om kunskapshöjande insatser till socialtjänsten. Lämpligast form för spridning kan vid behov diskuteras med berörda aktörer.

## Exempel 2: Tematiskt urval

Utredningsfunktionen får också utreda suicid bland vuxna om den bedömer att det finns skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid.<sup>39</sup> För att göra denna bedömning kan utredningsfunktionen samråda med experter och sakkunniga från forskarvärlden, civilsamhälle och myndigheter.<sup>40</sup> Till hjälp kan myndigheten tillsammans med experter och sakkunniga ha tagit fram kriterier för urval. Efter ett sådant samråd kan utredningsfunktionen ha bedömt att en relevant tematisk urvalsgrupp bland vuxna som avlidit i suicid är de som lidit av ekonomiska svårigheter.

Den valda urvalsgruppen kan vara svår att identifiera på grundval av den information som finns hos RMV om personer som avlidit i suicid. Utredningsfunktionen kan då exempelvis begära ut uppgifter om namn och personnummer på alla vuxna som avlidit i suicid under det berörda året. Om detta sker löpande, halv- eller helårsvis, är något som utredningsfunktionen i samråd med RMV får avgöra utifrån vad som är lämpligt och mest effektivt.

Därefter kan utredningsfunktionen kontakta Kronofogdemyndigheten för att be om uppgifter avseende vilka av dessa personer som hade en aktuell skuld hos Kronofogdemyndigheten.<sup>41</sup>

När utredningsfunktionen kontaktar Kronofogdemyndigheten och lämnar ut personuppgifter med namn och personnummer kan det indirekt framgå att dessa personer avlidit i suicid, vilket är en känslig personuppgift. Kronofogdemyndigheten kan därför välja att en begränsad grupp handläggare arbetar med förfrågan. Vidare kommer sekretessen för uppgifter om dödsorsaken övergå till Kronofogdemyndigheten.<sup>42</sup>

<sup>39</sup> Se 2 § andra stycket i den föreslagna lagen.

<sup>40</sup> Experterna och sakkunniga kan biträda utredningsmyndigheten enligt 4 § enligt den föreslagna lagen.

<sup>41</sup> Uppgifterna från RMV och Kronofogdemyndigheten begärs ut med stöd av 6 § 2 respektive 3 i den föreslagna lagen.

<sup>42</sup> Se den nya föreslagna bestämmelsen i 26 kap. 10 b § OSL.

När utredningsmyndigheten får svar från Kronofogdemyndigheten avseende vilka personer som hade ett aktuellt ärende hos myndigheten när de avled kan det visa sig vara för många personer för att utredningsmyndigheten ska kunna göra den typ av djupstudier som behövs för alla ärenden. Utredningsmyndigheten kan då ta fram ytterligare urvalsprinciper i samråd med relevanta experter; det kan handla om ett slumpmässigt urval, det kan handla om ett urval där skuldens storlek eller ålder spelar in, det kan också handla om ett urval av vilka som är arbetslösa eller inte. Där behöver kontakt i sådana fall tas med Arbetsförmedlingen. Urvalen kan också ske i kombination med varandra eller löpa parallellt för att möjliggöra jämförelser.

När urvalsprinciperna är framtagna kan utredningsfunktionen utifrån dessa begära ut akter från RMV och Kronofogdemyndigheten (och eventuellt Arbetsförmedlingen eller annan myndighet som kan ha spelat roll vid urvalet). Närstående till de avlidna vars ärenden djupstuderas ska också tillfrågas om att bli hörda.<sup>43</sup> Utifrån intervjuerna kan ytterligare relevanta kontakter upptäckas; hälso- och sjukvårdskontakter, ideell förening, kontakt med socialtjänst, eventuell arbetsgivare, religiös församling eller liknande. För närstående och exempelvis personer inom civilsamhället, föreningslivet och det privata näringslivet<sup>44</sup> är det frivilligt att delta i utredningen och lämna uppgifter till utredningsfunktionen.

Det kan förekomma att vissa närstående inte vill medverka eller kännas vid dödsorsaken. Utredningsmyndigheten får bedöma om det aktuella ärendet ska utredas vidare eller inte. Det kan också förekomma att vissa utredningar i en del ärenden inte ger så mycket information över huvud taget. Utredningsmyndigheten får då avgöra om de har tillräckligt många ärenden med mer information för att kunna dra några slutsatser eller om det finns ett behov av att utöka urvalsgruppen.

De som intervjuas kommer indirekt få kännedom om att dödsorsaken för den aktuella personen är suicid. En del kan redan ha kännedom om detta, andra inte. Uppgift om dödsorsak är en känslig personuppgift och för det fall myndigheter eller anställda hos enskild verksamhet får

---

<sup>43</sup> Se 8 § i den föreslagna lagen.

<sup>44</sup> Som inte omfattas av 6 § 5 i den föreslagna lagen.

ta del av den uppgiften, kommer uppgiften omfattas av sekretess eller tystnadsplikt.<sup>45</sup>

I utredningsfunktionens intervjuer och kartläggningar av de verksamheter som haft kontakt med den avlidne får de deltagande aktörerna en möjlighet att själva göra en genomlysning av verksamheten och om något hade kunnat göras annorlunda.

De återkommande omständigheter, stora brister eller andra förslag som utredningsfunktionen identifierar och bedömer kan ligga till grund för åtgärder i syfte att förhindra eller förebygga suicid i framtiden, ska sammanställas i en rapport eller annat underlag.<sup>46</sup> Dessa underlag kan ligga till grund för relevant aktörs beslut.

När underlagen ska analyseras kan det bli aktuellt för utredningsfunktionen att ta hjälp av experter eller sakkunniga igen. I detta skede, till skillnad från när sakkunniga och experter tillfrågades initialt kring val av utredningstema, kan de eventuellt ta del av uppgifter om enskildas personliga förhållanden. När en expert eller sakkunnig biträder utredningen gäller sekretess eller tystnadsplikt för de uppgifter om enskilds personliga förhållanden som de får del av.<sup>47</sup>

Underlaget ska utformas så att det inte går att bakvägsidentifiera några personuppgifter som förekommit i utredningen. Det kan ibland innebära att de slutsatser som offentliggörs är knapphändiga eller att utredningsmyndigheten behöver fler exempel och mer kunskap över tid för att kunna offentliggöra vissa uppgifter och slutsatser på ett avidentifierat sätt. Underlaget kan också bestå av en sammanställning av systembrister eller förslag på organisationsförbättringar från aktörer som själva deltagit i utredningen som inte har koppling till någon enskild individ eller verksamhet och som kan användas på ett avidentifierat sätt.

Utredningsfunktionen ska också sprida sina slutsatser och underlag till relevanta aktörer. Det kan ske genom en rapport till regeringen, en informationsinsats till exempelvis kommunala skuld- och budgetrådgivare, socialtjänst, arbetslöshetskassor eller en konferens som samlar aktörer från olika delar av samhället med koppling till

---

<sup>45</sup> Se sekretessbestämmelsen i den föreslagna 26 kap. 10 b § OSL. Om en enskild inte omfattas av anställnings- eller uppdragsförhållande som avses i 2 kap. 1 § OSL, men ändå med anledning av sin sakkunskap medverkar i en utredning enligt lagen och får del av uppgifter om enskilds personliga förhållanden kommer tystnadsplikten i 10 § den föreslagna lagen att gälla.

<sup>46</sup> 7 § andra stycket den föreslagna lagen samt den föreslagna 10 a § i förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

<sup>47</sup> Se den föreslagna sekretessbestämmelsen i 26 kap. 10 b § OSL respektive bestämmelsen om tystnadsplikt i 10 § i den föreslagna lagen.

tematiken. Det kan också handla om en dialog med eller underlag till Kronofogdemyndigheten och Arbetsförmedlingen. Lämpligast form för spridning kan vid behov diskuteras med berörda aktörer.

Det kan förstås förekomma att en del aktörer, vars deltagande i utredningarna är frivilligt, inte vill bidra till att ta fram ett underlag för beslut om åtgärder för att förhindra eller förebygga suicid i framtiden. Låt oss säga att utredningsverksamheten kommer fram till att skulder som går att knyta till en spelproblematik är en framträdande omständighet bland de som avlidit i suicid och haft ekonomiska svårigheter, men att ett berört spelbolag inte vill bidra med att berätta om rutiner eller bidra till en diskussion om förbättringsåtgärder. I ett sådant fall kan utredningsmyndigheten exempelvis ta fram ett underlag för beslut om tillsynsåtgärder till berörd tillsynsmyndighet och beslutsunderlag till regering om brister i regelverket kring transparens.

## **8.2 Bättre förutsättningar för lex Maria- och lex Sarah-utredningar**

Utredningen har också haft i uppdrag att analysera regelverken för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och för socialtjänstens kvalitetsarbete som rör suicid och suicidförsök samt lämna förslag om det finns behov att förändra dessa för att utveckla det suicidförebyggande arbetet.

Syftet med lex Maria- och lex Sarah-lagstiftningen är att förhindra att vårdskador och missförhållanden inträffar. Bestämmelserna är en central del av vård- och omsorgsverksamhetens skyldigheter att systematiskt utveckla kvaliteten i verksamheten. Utredningen har identifierat flera förbättringsområden kopplade till lex Maria- och lex Sarah-utredningarna. För att stödja berörda verksamheter i arbetet med suicidprevention lämnar vi följande förslag.

### 8.2.1 Kunskapshöjande insatser från Socialstyrelsen

**Förslag:** Socialstyrelsens uppdrag<sup>48</sup> att i samverkan med IVO genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök ska förstärkas och förlängas. I uppdraget ska ingå att Socialstyrelsen ska genomföra kunskapshöjande insatser och stödja implementering i hälso- och sjukvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete och i socialtjänstens och LSS-verksamheters systematiska kvalitetsarbete. Om Socialstyrelsen, i sitt arbete med uppdraget, bedömer att det snarare finns behov av nya eller ändrade föreskrifter bör Socialstyrelsen ta fram sådana.

Socialstyrelsen får som tillägg till uppdraget S2022/03299 (delvis) att säkerställa att de kunskapshöjande insatserna sprids inom berörda verksamheter.

Socialstyrelsen får även i tillägg till uppdraget S2022/03299 (delvis) att följa upp hur de kunskapshöjande insatserna används och om det från verksamheternas perspektiv finns behov av ytterligare förbättringar eller konkretiseringar.

### Förtydliganden av hur suicid kan utredas enligt lex Maria och lex Sarah

Utredningen bedömer att det finns behov av att förtydliga hur lex Maria- och lex Sarah-utredningar, och de olika bedömningar som ska göras i dem, är tillämpliga på suicid och suicidförsök. De verksamheter som är berörda av lagstiftningen enligt lex Maria och lex Sarah har behov av att få stöd i hur de ska bedöma när och på vilket sätt suicid och suicidförsök kan vara vårdskador enligt lex Maria, eller missförhållanden enligt lex Sarah. Utan adekvata kunskapshöjande insatser riskerar bedömningarna att även i fortsättningen bli ojämna och ytliga och underrapporteringen av suicid och suicidförsök kommer i så fall sannolikt att kvarstå.

Vi har övervägt olika alternativ för att förbättra lärandet efter suicid inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Ett alternativ skulle kunna vara att återinföra ett obligatorium när det gäller suicid

<sup>48</sup> Regeringsbeslut S2022/03299 (delvis).

inom lex Maria, det vill säga att alla suicid ska utredas och anmälas till IVO så som var gällande fram till hösten 2017. Motsvarande bestämmelser skulle kunna införas i lex Sarah. Ett sådant förslag skulle medföra att betydligt fler suicid utreds, i synnerhet inom lex Sarah. Antalet anmälningar och utredningar till IVO var betydligt fler under obligatoriet än de är i dag. Samtidigt kunde brister i lärandet konstateras även under obligatoriet. De grundläggande problemen med tillämpningen av lagen skulle sannolikt kvarstå även om ett obligatorium infördes på nytt. Vidare skulle utredningarna inte bli bredare än de är i dag, vilket vi bedömer är en förutsättning för att lärandet ska bli bättre. Dessutom skulle den administrativa bördan för kommuner och regioner öka betänkligt om det blev obligatoriskt att utreda och anmäla suicid till IVO enligt lex Maria och lex Sarah.

Ett annat alternativ skulle kunna vara att införa en ny bestämmelse som innebär att socialtjänsten, LSS-verksamheter samt hälso- och sjukvården ska göra en annan typ av utredning vid suicid. Fördelen med ett sådant alternativ skulle vara att formuleringen av utredningsuppdraget skulle kunna styra ännu mer mot organisatoriskt lärande. Det skulle samtidigt innebära att suicid särreglerades i förhållande till vårdskador och missförhållanden generellt. Det som framför allt talar mot en ny reglering är att många av de problem vi identifierat finns i tillämpningen snarare än regleringen i sig. Vi har därför inte bedömt att det är motiverat att föreslå någon särreglering av utredningar efter suicid enligt lex Maria och lex Sarah.

Ett ytterligare alternativ skulle kunna vara att göra ändringar i lex Maria- och lex Sarah-bestämmelserna för att förtydliga tillämpningen avseende suicid och suicidförsök. Sådana förändringar skulle dock påverka utredningen av alla missförhållanden och vårdskador, inte bara de med koppling till suicid och suicidförsök. Vi har därför inte sett det som ett rimligt alternativ att gå vidare med utifrån vårt uppdrag. Utredningen har även övervägt om det vore bäst att inte föreslå några förändringar alls inom hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete samt socialtjänstens och LSS-verksamheters kvalitetsarbete när det gäller suicid, och i stället invänta en mognad i förhållande till gällande lagstiftning. Det som skulle tala för ett sådant alternativ är att det pågår flera utvecklingsarbeten inom det suicidpreventiva området och att utvecklingsarbete behöver tid för att nå önskad effekt. Enligt vår bedömning finns det dock inte mycket som talar för att den önskvärda förändringen gällande lärandet efter suicid kom-

mer att ske genom att avvakta. Vår bedömning är att insatser behövs för att påskynda utvecklingen.

### **Socialstyrelsen bör genomföra kunskapshöjande insatser**

Socialstyrelsen har genom ett bemyndigande i 8 kap. 5 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ett mandat att utfärda föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, hur information ska ges till patienter och deras närstående enligt 3 kap. 8 § PSL, vilka uppgifter som ska ingå i en patientsäkerhetsberättelse enligt 3 kap. 10 § PSL samt föreskrifter om verkställighet av PSL. Socialstyrelsen har enligt 8 kap. 5 § 1 socialtjänstförordningen (2001:937) bemyndigats att utfärda verkställighetsföreskrifter om SoL.

Vi bedömer att utmaningarna inom lex Maria och lex Sarah i förhållande till suicid och suicidförsök hanteras bäst genom kunskapshöjande insatser. De behov av förtydliganden och konkretion av nuvarande lex Maria och lex Sarah-bestämmelser som vi har identifierat, bedömer vi är sådana som kan tas om hand genom kunskapshöjande insatser i första hand.<sup>49</sup> Det kan vara frågan om liknande exemplifieringar som Socialstyrelsen har i sin handbok om patientsäkerhetsarbete. Om Socialstyrelsen, i sitt arbete med uppdraget, bedömer att det snarare finns behov av nya eller ändrade föreskrifter eller allmänna råd bör Socialstyrelsen ta fram sådana.

### **Uppdraget bör inkluderas i Socialstyrelsens pågående uppdrag**

Utredningen konstaterar att Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag som berör utvecklingen av hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök. Även om det också ingår i uppdraget att stödja kommuner och andra aktörer inom socialtjänstområdet i motsvarande förbättringsarbete fokuserar uppdraget mer på lex Maria- än lex Sarah-anmälningar. Vi föreslår därför att uppdra-

---

<sup>49</sup> Vi bedömer vidare att de behov vi identifierat inte ligger inom IVO:s mandat enligt 8 kap. 6 § patientsäkerhetsförordningen att meddela föreskrifter om anmälningsförfarandet enligt 3 kap. 5–7 §§ och 6 kap. 11 § första stycket PSL respektive mandatet i 8 kapitlet 6 § andra stycket socialtjänstförordningen att meddela föreskrifter om förfarandet vid ansökningar, anmälningar och rapporter enligt 14 kap. 7 § SoL.



get förstärks genom att Socialstyrelsen får i tillägg till uppdraget S2022/03299 (delvis), att genomföra kunskapshöjande insatser när det gäller utredningar av suicid och suicidförsök enligt lex Maria och lex Sarah. Uppdraget behöver därför också förlängas. För hälso- och sjukvården bör uppdraget genomföras i förhållande till systematiskt patientsäkerhetsarbete och för socialtjänsten och LSS-verksamheter i förhållande till systematiskt kvalitetsarbete. Mot bakgrund av detta anser vi att ett förslag om tilläggsuppdrag till Socialstyrelsen är det mest motiverade förslaget ur ett effektivitetsperspektiv.

De kunskapshöjande insatserna kan både bidra till att enskilda verksamheter förbättrar lärandet efter suicidhändelser samt att verksamheterna bidrar med bättre underlag för den aggregerade analysen på nationell nivå. Socialstyrelsen bör också få i uppdrag att genom målgruppsanpassade informationsinsatser säkerställa att kunskapsstöden sprids.

### *Kunskapshöjande insatser avseende lex Maria*

När Socialstyrelsen utformar de kunskapshöjande insatserna om utredningar eller anmälningar enligt lex Maria vid suicid eller suicidförsök bör myndigheten särskilt beakta följande behov:

- Exemplifieringar av hur en vårdskada i form av suicid eller suicidförsök som inträffat i samband med vårdkontakt hade kunnat undvikas<sup>50</sup>.
- Exemplifieringar av hur vårdgivaren kan utreda suicidhändelser enligt 3 kap. 3 § PSL som adresserar att förloppet för suicidhändelser både kan vara fluktuerande och snabbt.
- Exemplifieringar av hur händelser i verksamheten<sup>51</sup> förhåller sig till patienter som vidtar suicid eller suicidförsök i vårdköer, i väntan på att bli remitterad, efter utskrivningsprocesser, i samband med bedömning, hemskickande vid akutmottagning och vid nekande av behandling/inläggning.

---

<sup>50</sup> Se 1 kap. 5 § PSL.

<sup>51</sup> Se 3 kap. 3 § PSL.

- Exemplifieringar av vad som kan bedömas som adekvata förebyggande åtgärder<sup>52</sup> som också adresserar komplexiteten vid suicidhändelser.

*Kunskapshöjande insatser avseende lex Sarah*

När Socialstyrelsen utformar de kunskapshöjande insatserna om utredningar eller anmälningar enligt lex Sarah vid suicid eller suicidförsök bör myndigheten särskilt beakta följande behov:

- Exemplifieringar på vad som kan utgöra ett missförhållande<sup>53</sup> i förhållande till suicid eller suicidförsök samt exempel på om och när suicid eller suicidförsök kan vara en konsekvens<sup>54</sup> av ett missförhållande.
- Exemplifieringar av hur bedömningen av sambandet mellan sådant missförhållande som avses i regelverket och suicid eller suicidförsök kan se ut.
- Adekvat metodstöd för systematiska analyser eller genomförande av lex Sarah-utredningar vid suicid eller suicidförsök för berörda verksamheter.

*Kunskapshöjande insatser avseende både lex Maria och lex Sarah:*

Vid utformningen av kunskapshöjande insatser om utredningar eller anmälningar vid suicid eller suicidförsök enligt såväl lex Sarah som lex Maria bör myndigheten särskilt beakta följande behov:

- Beskrivningar om vikten av och värdet i att de utredningar som genomförs efter suicid eller suicidförsök involverar flera verksamheter eller huvudmän, men också hur aktuella sekretessregler och eventuellt tillämpliga sekretessbrytande bestämmelser ser ut.
- Tydliggörande och exemplifieringar av att vid suicidhändelser, i förhållande till andra vårdskador och missförhållanden, kan de bakomliggande förlopp och orsaker som verksamheterna ska kartlägga finnas långre bak i tiden. Dessa kan också ha uppstått i sam-

<sup>52</sup> Se 3 kap. 2 § PSL.

<sup>53</sup> Se 14 kap. 3 § SoL respektive 24 b § LSS.

<sup>54</sup> Se 2 kap. 3 § SOSFS 2011:5.

verkan med andra aktörer eller vid underlåtenhet till sådan samverkan. Resonemang om hur långt bakåt i tiden det är adekvat att utreda bakomliggande händelser och orsaker vid suicidhändelser behöver även ingå.

- Beskrivningar om hur skuld, skam och stigma i förhållande till suicid kan hindra eller försvåra en fördjupad utredning.
- Tydliggörande om vikten av att utredningarna fokuserar på systembrister i organisationen och bakomliggande organisatoriska orsaker vid utredningen. Resonemang om hur utredningarna exempelvis behöver beakta tillgång till resurser, relevant kompetens, arbetssätt och liknande organisatoriska faktorer.
- Beskrivningar om vikten av att inkludera närstående i utredningen och förtydliganden om sekretessrelaterade frågeställningar som kan uppkomma då verksamheter ska involvera närstående i utredningen. Detta kan exempelvis gälla vilken information vårdgivaren får ge de närstående.
- Exempel på framgångsfaktorer när det gäller implementering av de åtgärder som kunnat identifieras i lex Maria och lex Sarah-utredningar.

## Uppföljning och fortsatt samverkan

Socialstyrelsen bör följa upp hur kunskapsstöden används och om det från verksamheternas perspektiv finns behov av ytterligare förbättringar eller konkretiseringar. För att säkerställa att uppföljningen svarar på om verksamheternas behov av kunskapshöjande insatser har tillgodosetts är det viktigt att uppföljningen innehåller en kvalitativ del. En kvalitativ uppföljning möjliggör kunskapsinhämtning av hur de kunskapshöjande insatserna eventuellt behöver utvecklas, vilka eventuella andra behov av åtgärder som finns och så vidare.

Om det är lämpligt bör det ingå i uppföljningen att se över om den vidgade sekretessen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (se avsnitt 8.2.3) fungerar ändamålsenligt. Socialstyrelsen ska inom ramarna för dessa tillägg i uppdraget även fortsättningsvis samverka med de berörda aktörer som redan ingår i uppdraget S2022/03299 (delvis).

## 8.2.2 Nya uppdrag till IVO

**Förslag:** IVO får i uppdrag att regelbundet göra aggregerade analyser av de lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som inkommer till myndigheten och som avser suicid respektive suicidförsök. IVO ska återkoppla den aggregerade analysen till verksamheterna samt informera Socialstyrelsen om analysernas innehåll. För att kunna göra aggregerade analyser på ett effektivt sätt behöver IVO utveckla sin uppföljning av ärenden som rör suicid och suicidförsök. IVO får därför ett tidsbegränsat uppdrag att under ett års tid utveckla uppföljningen av de data som avser suicid och suicidförsök från lex Sarah-anmälningar, samt att göra en översyn av om det också finns sådana utvecklingsbehov när det gäller uppföljningen av data från lex Maria-anmälningar och enskildas klagomål i ärenden som gäller suicid och suicidförsök.

IVO får vidare i uppdrag att genomföra en särskild tillsynsinsats som syftar till att bidra till ett förhöjt lärande efter suicid och suicidförsök inom hälso- och sjukvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete och det systematiska kvalitetsarbetet i socialtjänsten och LSS-verksamhet; särskilt avseende lex Maria och lex Sarah-anmälningar. Resultatet av den särskilda tillsynsinsatsen bör återkopplas till verksamheterna.

Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag som berör utvecklingen av hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök. IVO ska bidra i det arbetet utifrån sina erfarenheter av lex Maria-utredningarna. IVO har därför analyserat huruvida verksamhetens lex Maria-utredningar är följsamma till regelverket. En ytterligare analys ska presenteras i september 2024. Utredningen bedömer att det finns fler lärdomar att dra av lex Maria-utredningarnas innehåll, utöver en analys av följsamheten till regelverket. Även om det ingår i det pågående uppdraget att stödja kommuner och andra aktörer inom socialtjänstområdet i detta förbättringsarbete så fokuserar uppdraget mer på lex Maria anmälningar, och mindre på lex Sarah-anmälningar. Mot den bakgrunden bedömer vi att IVO bör få nya uppdrag avseende suicid och suicidförsök.

## Aggregerade analyser på nationell nivå

Utredningen bedömer att det finns ett behov av aggregerade analyser av de anmälningar och utredningar som gäller suicidhändelser som inkommer till IVO. Sådana analyser kan bidra till ett samhälleligt lärande och på så vis också vara viktiga underlag till den nationella utredningsfunktion som föreslås i betänkandet. De kan, vid återkoppling, också vara ett stöd till de lokala verksamheterna i fråga om vilka allmänna lärdomar som går att dra av de utredningar och anmälningar som görs.

Vi bedömer vidare att verksamheterna behöver få återkoppling om de brister som förekommer i lex Maria- och lex Sarah-utredningarna som avser suicidhändelser. Sådana brister kan exempelvis vara när närstående inte erbjudits vara en del av utredningen, eller när slutsatserna och orsakerna i utredningen är för ytligt beskrivna, eller om det går att se särskilda mönster mellan specifika brister i verksamheten och suicid (exempelvis långa vårdköer, bemötande etc.).

För att bidra ytterligare till det samhälleliga lärandet om suicid ska IVO därför få ett uppdrag att regelbundet göra aggregerade analyser av de lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som inkommer till myndigheten som avser suicid respektive suicidförsök. IVO ska återkoppla analysen till verksamheterna samt informera Socialstyrelsen om resultatet. Analysen ska minst innehålla;

- inom vilka verksamheter dessa skett,
- könsfördelning
- ålderskategorisering,
- om närstående har hörts i utredningen,
- vad de vanligaste bristerna och orsakerna anges vara, och
- verksamheternas vanligaste förslag på åtgärder.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Om något av dessa kriterier inte kan uppfyllas på grund av sekretessskäl ska detta särskilt anges.

## Utveckla uppföljningen av data som avser suicid och suicidförsök

I sin årsredovisning för 2022 uppger IVO att de inte har möjlighet att ta fram en statistisk sammanställning över lex Sarah-ärenden. Utredningen bedömer att det finns utvecklingsmöjligheter för IVO att föra statistik och följa upp sådana anmälningar och utredningar på ett bättre sätt, så att det även blir lättare att göra aggregerade analyser. Myndigheten bör också göra en översyn av om det också finns sådana utvecklingsbehov när det avser uppföljningen av data inom lex Maria och enskildas klagomål när det gäller suicid och suicidförsök.<sup>56</sup>

## Särskild tillsynsinsats avseende suicid och suicidförsök

Utredningen bedömer vidare att en särskild tillsynsinsats avseende suicid och suicidförsök ska genomföras. Den särskilda tillsynsinsatsen bör dels utgå ifrån de lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som inkommer, dels fokusera på verksamheternas systematiska kvalitetsarbete respektive patientsäkerhetsarbete i stort respektive i förhållande till suicid och suicidförsök.

IVO granskar i dag de anmälningar som kommer in, men har inte gjort någon särskild tillsynsinsats avseende suicidrelaterade brister och missförhållanden. Det finns dock förmodligen utmaningar med att en tillsynsinsats utgår från en specifik vårdskada eller en konsekvens av ett missförhållande för enskild, som suicid och suicidförsök är, eftersom en sådan tillsynsinsats skulle sträcka sig över flera verksamhetsområden och aktörer. IVO:s tillsyn utgår oftast från genom att utforma tillsynen utifrån just en vårdskada eller en konsekvens av ett missförhållande för enskild. Med en sådan tillsynsinsats skulle särskilda svårigheter kring kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet i förhållande till komplexa och fluktuerande orsakssamband kunna klarläggas. Tillsynsinsatsen skulle också kunna möta de behov av återkoppling från genomförda utredningar som finns, samt att säkerställa

---

<sup>56</sup> Utredningen har noterat att uppföljning av vissa uppgifter gällande suicid eller suicidförsök kräver manuell handläggning för IVO. Detta gäller framför allt inom lex Sarah-anmälningar och enskildas klagomål i jämförelse med lex Maria-anmälningar. Syftet med att utveckla uppföljningen av data som avser suicid och suicidförsök är att dels att IVO ska göra en översyn av vilka uppgifter som vore behjälpliga för lärandet efter suicidhändelser att enklare kunna ta fram, dels att utveckla möjligheterna till att dylika uppgifter går att ta fram smidigare än i nuläget.

att underlag för en aggregerad analys finns att tillgå. Inom ramen för uppdraget ska IVO också, vid behov, utveckla tillsynen av lex Maria- och lex Sarah-utredningar vid suicid och suicidförsök för att säkerställa att relevanta orsaker framkommer av utredningarna, att relevanta åtgärder vidtas, samt att slutsatser från tillsynen kan återkopplas till verksamheterna.

I den särskilda tillsynsinsatsen bör utvalda verksamheters systematiska kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete i relation till suicid närmare granskas. Det kan dels handla om hur verksamheterna arbetar med att informera om hur vårdskador och missförhållanden ska rapporteras, dels om hur bedömningen av en vårdskada eller ett missförhållande görs. Vidare kan tillsynsinsatsen handla om hur utredningar genomförs samt hur detta förhåller sig till suicid och suicidförsök.

Som utredningen konstaterat kan det finnas särskilda svårigheter att relatera suicid och suicidförsök till detta arbete, och det är viktigt att följa upp hur de svårigheterna kan se ut rent praktisk. Vi har konstaterat att psykiatrin i större utsträckning anmäler och utreder suicid och suicidförsök till IVO. Primärvården och i synnerhet den somatiska vården återfinns i mindre omfattning i statistiken. Socialtjänsten skickar in väldigt få anmälningar trots att det exempelvis finns en fastställd koppling mellan ekonomiskt bistånd och risk för suicidala handlingar. De utvalda verksamheterna bör alltså i synnerhet vara sådana som är underrepresenterade i statistiken avseende lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som avser suicid, det vill säga aktörer inom primärvården och den somatiska vården samt LSS-verksamheter och särskilt socialtjänsten.

I uppdraget ska IVO föra en dialog med berörda aktörer. Därutöver ska IVO samverka med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten avseende bland annat kunskapsutbyte av relevant information och data. Tillsynsinsatserna ska syfta till att bidra till lärande och kvalitetshöjande insatser.

Om IVO får regeringsuppdraget efter att den föreslagna uppgiftsskyldigheten (8.2.3) trätt i kraft bör tillsynen också relatera till hur den används. Detsamma gäller de föreslagna kunskapshöjande insatserna från Socialstyrelsen (8.2.1) respektive RMV:s underrättelseskyldighet (8.2.4).

### 8.2.3 Förbättrade möjligheter till bredare utredningar

**Förslag:** Sekretessbrytande bestämmelser i form av uppgiftsskyldighet mellan hälso- och sjukvården, LSS-verksamheter samt socialtjänsten ska införas.

Uppgiftsskyldigheten för verksamheter som utför insatser inom socialtjänsten ska regleras i 14 kap. SoL enligt följande.

Statens institutionsstyrelse, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område ska, på begäran av den som genomför en utredning enligt 6 § som berör en enskild som avlidit i suicid, lämna de uppgifter som behövs för utredningen.

Statens institutionsstyrelse, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område ska också, på begäran av

- verksamhet som genomför en utredning enligt 23 g § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som berör en enskild som avlidit i suicid, eller
  - vårdgivare som genomför en utredning enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som berör en patient som avlidit i suicid,
- lämna de uppgifter som behövs för utredningen.

Hälso- och sjukvårdens uppgiftsskyldighet ska regleras i 3 kap. patientsäkerhetslagen enligt följande.

En vårdgivare ska lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 3 § som berör en patient som avlidit i suicid på begäran av en annan vårdgivare.

En vårdgivare ska också lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), respektive en utredning enligt 23 g § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, som berör enskild som avlidit i suicid på begäran av

- Statens institutionsstyrelse,
- socialnämnden,
- yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område, eller



- verksamhet som utför insatser enligt 9 § 2–10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Uppgiftsskyldigheten för LSS-verksamheter ska regleras i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade enligt följande.

Den som bedriver verksamhet enligt 9 § 2–10 ska på begäran av annan sådan verksamhet lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 23 g § som berör en enskild som avlidit i suicid.

Den som bedriver verksamhet enligt 9 § 2–10 ska också på begäran av

- yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område,
- Statens institutionsstyrelse,
- socialnämnden, eller
- en vårdgivare

lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), respektive en utredning enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), som berör en enskild eller en patient som avlidit i suicid.

## Behovet av bredare utredningar

Ett problem med lärandet på lokal nivå är att lex Maria- och lex Sarah-utredningarna i huvudsak berör den egna verksamheten. Utredningarna blir därmed smala och möter inte den bakomliggande komplexitet som finns vid suicidhändelser. I de dialoger utredningen haft med verksamhetsföreträdare har det återkommande framförts att det finns ett behov av att verksamheter inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst ska kunna kommunicera med varandra och eventuellt andra aktörer i dessa frågor. Det har även framförts att lärandet gynnas av att verksamheterna kan ha dialog och utreda dessa frågor gemensamt.

Vi vet också att en del av de personer som tagit sitt liv har haft kontakt med hälso- och sjukvården relativt nära inpå ett suicid, varför det är viktigt att hälso- och sjukvården ges så bra förutsättningar som möjligt att öka sitt suicidpreventiva lärande. Socialtjänstens verk-

samhet består även till stor del av uppdrag som kan sägas vara personens sista skyddsnet varför det är angeläget att öka det suicidpreventiva lärandet även där. Som vi tidigare konstaterat finns det en tydlig koppling mellan socioekonomiska faktorer och suicid. Det finns även en fastställd koppling mellan ekonomiskt bistånd och risk för suicidala handlingar. Det är därför rimligt att anta att en betydande andel personer som avlidit i suicid eller överlevt suicidförsök har haft ett behov av kontakt med socialtjänsten av olika anledningar, eller kan ha erbjudits stöd och hjälp av socialtjänsten. Socialtjänsten, LSS-verksamheter och hälso- och sjukvården erbjuder också insatser där aktörerna samverkar kring personer i flera frågor.<sup>57</sup> Dessa verksamheter har också ett lagstadgat ansvar att utreda de suicid som kan ha berott på någon faktor i verksamheten.

Vi bedömer att såväl berörda verksamheter som det suicidpreventiva arbetet i stort skulle vinna på att socialtjänsten, LSS-verksamhet och hälso- och sjukvården kan dela relevant information med varandra vid utredningar efter suicid respektive suicidförsök. Rent praktiskt kan verksamheterna samordna utredningsförfarandet om de bedömer att det är lämpligt. Möjligheten att dela information bör finnas när socialtjänsten, LSS-verksamhet eller hälso- och sjukvården identifierat att den andre aktören varit aktuell i en insats kring personen eller där det i övrigt bedöms nödvändigt. Även om en person inte haft en pågående insats kan personen ändå ha varit i kontakt med aktören i fråga. Bestämmelser om sekretess hindrar i dagsläget systematisk samverkan inom och mellan verksamheter inom socialtjänsten, LSS-verksamheter och hälso- och sjukvården kring utredningar av suicidhändelser.

Utredningen har även övervägt om andra samhällsaktörer än ovanstående bör kunna lämna information när en lex Maria- eller lex Sarah-utredning pågår. En sådan samhällsaktör skulle kunna exempelvis vara skola och förskola. Eftersom vi föreslår att den nationella utredningsfunktionen ska utreda samtliga suicid bland barn kommer skolan och förskolan i princip alltid vara i kontakt med den nationella utredningsenheten om ett barn avlidit i suicid. Det kommer även socialtjänsten vara i de ärenden där det är aktuellt. När det handlar om suicidförsök kan socialtjänsten eller hälso- och sjukvården i sin utredning kontakta skolan om samtycke finns, eller vid fullbordat suicid bland yngre barn, när samtycke finns från vårdnads-

---

<sup>57</sup> Se till exempel 2 kap. 7 § SoL.

havare. Eftersom dessa möjligheter att tillvarata skolans kunskap och erfarenhet om ett barn vid ett inträffat suicid kommer att finnas genom den nationella utredningsfunktionen, bedömer vi inte att det är motiverat med en sekretessbrytande bestämmelse mellan skolan och socialtjänsten/hälso- och sjukvården.

Andra aktörer som skulle kunna vara aktuella är så kallade blåljusaktörer, det vill säga ambulans, polis, brandkår och räddningstjänst. Det är aktörer som ofta är först på plats efter ett suicid och skulle kunna bidra med viktiga erfarenheter vid en utredning. Ambulanssjukvården kommer dock omfattas av den sekretessbrytande bestämmelsen som utredningen föreslår avseende hälso- och sjukvården, detta omfattar dock inte övriga blåljusaktörer. Även om blåljuspersonal som ryckt ut på ett larm som visat sig vara en suicidhändelse kan ha värdefull information om händelsen i fråga, har de i de flesta fall inte tillgång till samma inblick i en persons livssituation som exempelvis hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan ha. Hälso- och sjukvården, LSS-verksamheter och socialtjänsten har också sådana uppdrag som till sin natur innebär att de ofta är mer frekvent närvarande i en persons liv, och över en längre tidsperiod. Mot bakgrund av detta bedömer vi att dessa verksamheter sannolikt har sådan kunskap och erfarenhet som kan nyttjas vid den typ av utredningar som lex Maria och lex Sarah innebär. Den typ av kunskaper blåljusaktörerna har om olika suicidhändelser är sådana som kan tas tillvara i vårt förslag om suicidpreventiva analyser i samverkan (8.3). Mot bakgrund av detta bedömer vi inte att det är motiverat med det integritetsintrång som en sekretessbrytande bestämmelse för dessa aktörer skulle innebära.

Det finns också andra verksamheter som kan samverka med socialtjänsten kring personer, exempelvis Kriminalvården. Det är en myndighet som skulle kunna ha värdefull kunskap om en person. Det är en utmaning att bedöma vilka verksamheter som det är motiverat att inkludera i dessa sekretessbrytande bestämmelser. Suicid är ett komplext fenomen som medför att suicidala personer berör många aktörer och verksamheter i samhället. I de utvärderingar och kartläggningar utredningen tagit del av, och i de intervjuer vi genomfört med olika företrädare för socialtjänsten och hälso- och sjukvården är det framför allt behovet att kunna inhämta information från varandra för att inkludera i lex Maria- eller lex Sarah-utredningar som har lyfts. Utifrån den kunskap som finns i dag kan vi inte heller se att exempelvis Kriminalvården är lika vanligt förekommande vid suicidhän-

delser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samtidigt kan vi konstatera att det i dag finns flera kunskapsluckor om andra aktörers förekomst vid suicidhändelser.

I takt med att utredningsmyndighetens olika tematiska utredningar förbättrar kunskapsläget inom olika områden finns samtidigt en möjlighet för myndigheten att uppmärksamma var det exempelvis skulle vara motiverat med ytterligare sekretessbrytande bestämmelser i suicidpreventivt syfte. Mot bakgrund av detta bedömer vi att det i dagsläget inte är motiverat att inkludera andra verksamheter än de som i dag omfattas av skyldigheten att genomföra lex Maria- och lex Sarah-utredningar i de sekretessbrytande bestämmelserna, med det integritetsintrång som en sekretessbrytande bestämmelse för dessa aktörer skulle innebära. Med ny kunskap i framtiden skulle den bedömningen kunna ändras.

Vi föreslår därför att det införs sekretessbrytande bestämmelser i form av uppgiftsskyldighet som innebär att verksamheter inom hälso- och sjukvården, verksamheter inom socialtjänsten och LSS-verksamheter kan utbyta information med varandra i de lex Maria- eller lex Sarah-ärenden som rör suicid där det behövs i utrednings-syfte. Rent praktiskt kan verksamheterna samordna utredningsförfarandet om de bedömer att det är lämpligt.

## Informationsutbyte och personuppgiftsbehandling

Socialtjänsten, LSS-verksamhet och hälso- och sjukvården kommer i ärenden som avser utredning av missförhållanden i verksamheten respektive vårdskada där en enskild avlidit i suicid, hantera känsliga personuppgifter om personer av samma typ som de redan gör i dag. Deras behandling av personuppgifter är reglerad i SoL-PuL respektive patientdatalagen. Den förändring som föreslås innebär att de får utbyta information, som kan vara nödvändig för utredningen, med varandra. Det kan handla om information om uppgifter om såväl en avliden och dess närstående, som någon som överlevt ett suicidförsök. De uppgifter som kan bli aktuella är dödssätt och dödsorsak, pågående insatser, mående, fysisk- och psykisk hälsa, missbruk, funktionsnedsättning, uppgifter om tidigare vård och behandling, andra stödinsatser, tidigare begångna brott, ekonomiska uppgifter, uppgifter om vilka som var individens närstående, sexuell läggning, relations-

status, könsidentitet och könsuttryck, religiös övertygelse, sjukvårds-kontakter och myndighetskontakter. Även personuppgifter om barn, som är en särskilt skyddsvärd kategori, kan komma att behandlas.

Underlag som blir aktuella att ta in från olika myndigheter är exempelvis journaler, tjänsteanteckningar, läkarintyg, ansökningar och beslut om insatser samt annat underlag till beslut om insatser. I vissa fall handlar det om att inhämta uppgifter som en del av en kartläggning av den enskildes kontakter med socialtjänst, LSS-verksamhet och hälso- och sjukvård under en viss tidsperiod. Syftet är att kunna identifiera och avhjälpa missförhållanden i verksamheten respektive brister som lett till en vårdskada. Personuppgifterna kommer kunna inhämtas utan den enskildes samtycke.

Personuppgifter kommer inte spridas utöver att vissa uppgifter kan komma att skickas till IVO för uppfyllandet av verksamheternas lagstadgade anmälningsplikt, med risk för att det då kan ske en bakvägsidentifiering. Det är bara uppgifter som bedöms nödvändiga för utredningen som kan lämnas ut. Sammanfattningsvis handlar det om en personuppgiftsbehandling som innefattar stora risker för integritetsintrång.

Utbytet av personuppgifter mellan och inom verksamheter inom socialtjänst, LSS-verksamhet och hälso- och sjukvården kan ske med stöd av artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen när den utför en uppgift av allmänt intresse, dvs. fullgör sin utredningsskyldighet enligt lag. Vidare kommer uppgiftsskyldigheten vara reglerad i patient-säkerhetslagen, LSS respektive SoL.<sup>58</sup> I och med detta är också laglighetskravet i 5.1. dataskyddsförordningen uppfyllt. Patientdatalagen och SoL-PuL kommer vara tillämpliga på personuppgiftsbehandlingen.

Vi bedömer alltså att bredare utredningar och en bredare delaktighet kan leda till nya perspektiv och ett förbättrande lärande. Detta kan i sin tur verka som katalysator för interna processer och ligga till grund för suicidpreventiva åtgärder och insatser. Lex Maria- och lex Sarah-utredningarna har potential att bidra till nytt lärande på så väl lokal som nationell nivå om de kan inkludera flera perspektiv på en människas livssituation. Detta innebär intrång i den personliga integriteten för den avlidne och i vissa fall dess närstå-

<sup>58</sup> I SOU 2020:47 föreslås en ny socialtjänstlag. I den föreslagna lagen regleras vilka verksamheter som omfattas av skyldighet att ta emot rapporter om missförhållanden samt att utreda, anmäla och avhjälpa missförhållanden i kap. 26. Någon ändring i sak föreslås inte. I skrivande stund har någon proposition om ny socialtjänstlag inte lagt fram.

ende, eftersom det i de flesta fall kommer att innebära ett utbyte av känsliga personuppgifter verksamheterna emellan. Syftet med utbytet är att förbättra de utredningar som görs inom ramen för socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete respektive hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete när det gäller suicid. De känsliga personuppgifterna kommer omfattas av sekretess inom respektive verksamhet och kommer bara utbytas när det bedöms nödvändigt för utredningen i fråga och personuppgiftsbehandlingen regleras i SoL-PuL respektive patientdatalagen. Mot bakgrund av detta bedömer vi att det kan accepteras att den personliga integriteten blir föremål för de inskränkningar som beskrivits ovan.

### Regleringen av uppgiftsskyldigheten

Socialtjänstens uppgiftsskyldighet ska regleras i 14 kap. SoL och innebär att SiS, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område ska, på begäran av den som genomför en lex Sarah-utredning som berör en enskild som avlidit i suicid, lämna de uppgifter som behövs för utredningen. SiS, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område ska också på begäran av vårdgivare lämna de uppgifter som behövs för en lex Maria-utredning.

Hälso- och sjukvårdens uppgiftsskyldighet ska regleras i 3 kap. PSL och innebär att en vårdgivare ska, på begäran av en annan vårdgivare, lämna de uppgifter som behövs för en lex Maria-utredning som berör en patient som avlidit i suicid. En vårdgivare ska också, på begäran av SiS, socialnämnden, yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område eller LSS-verksamhet lämna de uppgifter som behövs för en lex Sarah-utredning som berör en enskild eller en patient som avlidit i suicid.

LSS-verksamheters uppgiftsskyldighet ska regleras i en ny bestämmelse i LSS och innebär att den som bedriver verksamhet enligt 9 § 2–10 LSS ska på begäran av annan sådan verksamhet, yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område, SiS, socialnämnden, eller en vårdgivare lämna de uppgifter som behövs för en lex Sarah- eller lex Maria-utredning som berör en enskild eller en patient som avlidit i suicid.

Regleringarna bryter sekretessen mellan socialtjänsten, SiS, verksamheter som utför insatser på socialtjänstens uppdrag, LSS-verksamheter och hälso- och sjukvården samt den inre sekretessen hos verksamheterna.

Med *yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område* avses sådan verksamhet som nämns i 7 kap. 1 § SoL.

Med *vårdgivare* avses sådan verksamhet som definieras i 1 kap. 3 § PSL.

Med *den som genomför en utredning enligt 23 g § LSS* avses verksamhet som utför insatser för särskilt stöd och service enligt 9 § 2–10 LSS och som alltså omfattas av tillståndsplikten eller anmälningsplikten i 23 § LSS.

Med begreppet *uppgifter som behövs för en utredning* avses en viss konkretion av begäran. Det kommer dock finnas ärenden där det inte på förhand går att säga vilka uppgifter som kommer vara av betydelse för utredningen i fråga. Konkretionen handlar snarare om vilken aktör det är frågan om och kontaktens natur i vidare mening. Den begärande partens bedömning av vilka uppgifter som behövs bör som huvudregel godtas men den utlämnande myndigheten och verksamheten bör alltid göra en egen bedömning av om uppgifter ska lämnas ut.

De uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen kan exempelvis handla om beslut, råd, stöd, insatser som i direkt eller indirekt mening kan anses ha haft betydelse för den enskildes livssituation. Det kan handla om situationer där en vårdgivare genom närstående eller patienten själv känner till att insatser som påverkat den enskildes livssituation erhållits av socialtjänsten. I dessa fall kan vårdgivaren bedöma att uppgifterna kan vara av betydelse för utredningen och efterfråga de uppgifter som finns hos socialtjänsten. Detsamma gäller om exempelvis psykiatrin har kännedom om att en patient har erhållit somatisk vård och att information om den somatiska vården skulle kunna bidra till att klarlägga händelseförloppet fram till den misstänkta vårdskadan. Detsamma gäller om exempelvis en person som nyligen släppts från missbruksvård och får avslag på insats från socialtjänst och verksamheterna känner till att personen varit aktuell hos dem båda, då kan de begära ut uppgifter från varandra med stöd av bestämmelsen. Det kan också handla om vårdgivare eller verksamhet som får information via ett register om sammanhållen vård- och

omsorgsdokumentation att det finns aktuella uppgifter att hämta hos en annan vårdgivare. Begreppet *uppgifter som behövs för en utredning* innebär alltså att det finns någon slags kännedom om att uppgifter finns att hämta hos den andra verksamheten. Att rutinmässigt efterfråga sådana uppgifter utan sådan kännedom går inte med stöd av bestämmelsen.

Att utredningen avser *en enskild som avlidit i suicid* innebär en enskild som avlidit till följd av avsiktlig självskada. När det gäller frågor om hur verksamheten får kännedom om sådan uppgift, vilka uppgifter som verksamheten lägger till grund för sin bedömning samt verksamhetens bedömning av om en vårdskada respektive missförhållande ska utredas eller inte avses inte någon förändring i sak. Bedömningarna utgår som tidigare från aktuella bestämmelser i 3 kap. PSL, 23 b–g § LSS respektive 14 kap. SoL.

### 8.2.4 Kännedom om suicid via Rättsmedicinalverket

**Förslag:** En underrättelseskyldighet för RMV ska regleras i begravningsförordningen (1990:1147) enligt följande.

Om dödsorsaken efter en rättsmedicinsk undersökning bedöms vara suicid är RMV skyldig att sända dödsorsaksintyget till följande verksamheter:

1. Yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område,
  2. Statens institutionsstyrelse,
  3. socialnämnden,
  4. verksamhet som utför insatser enligt 9 § 2–10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, och
  5. vårdgivare enligt 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
- RMV:s skyldighet enligt första stycket gäller bara för sådana verksamheter myndigheten identifierat haft kontakt med den avlidne och
- kontakten med den avlidne skedde inom fyra veckor före dödsfallet, eller



- om det finns anledning att anta att uppgift om dödsorsaken kan vara av betydelse för verksamhetens skyldighet att utreda vårdskador enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen respektive missförhållanden i verksamheten enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) eller 24 e § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

**Bedömning:** Det finns ett behov av att fler aktörer inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter får kännedom om inträffade suicid för deras systematiska patientsäkerhetsarbete respektive kvalitetsarbete. Det är dock en inskränkning av den avlidnes skydd för den personliga integriteten att RMV informerar verksamheter om dödsorsaken. Utredningen bedömer att det, under vissa förutsättningar, är en acceptabel inskränkning i förhållande till vikten av samhällets ökade kunskap i suicidpreventivt syfte. RMV bör därför få en underrättelseskyldighet att informera aktörer inom socialtjänsten, LSS-verksamheter och hälso- och sjukvården om inträffade suicid i de fall RMV uppmärksammar att de haft kontakt med personen i fråga.

Vi bedömer vidare att om RMV skulle få en överblick över vilka hälso- och sjukvårdskontakter samt omsorgskontakter den avlidne haft skulle det dels kunna leda till att fler aktörer som haft kontakt med individen i fråga får kännedom om ett inträffat suicid och möjlighet att utreda det, dels bättre utredningsunderlag för RMV i bedömningen av dödsorsak. Det kan i sin tur leda till ökat lokalt och nationellt suicidpreventivt lärande.

## Ökad kännedom om suicid hos fler aktörer

En anledning till att få ärenden om suicid utreds eller anmäls till IVO från hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter är att de inte på ett systematiskt sätt får kännedom om att klienter och patienter avlidit i suicid. RMV utreder de allra flesta suicid som inträffar i Sverige och i sina utredningar kan de uppmärksamma kontakter som den avlidne haft nära inpå dödsfallet. Vi föreslår därför att RMV ges i uppdrag att informera verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS i de ärenden där de bedömt dödssättet som suicid och där de i underlagen tagit del av uppgiften om att den

avlidne haft kontakt med hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller LSS-verksamhet. Det skulle kunna leda till att fler ärenden utreds, vilket i sin tur kan leda till bättre lärande hos fler aktörer såväl som bättre underlag för en aggregerad nationell analys.

RMV:s överblick över vilka aktörer den enskilde haft kontakt med är dock begränsad. Det kommer inte vara alla verksamheter inom socialtjänst, LSS samt hälso- och sjukvård, där en utredning av ett inträffat suicid skulle vara relevant och till nytta, som kommer få kännedom om ett inträffat suicid. Det är dock inte motiverat, vare sig ur integritets- eller effektivitetshänsyn, att RMV eller någon annan aktör får i uppdrag att brett informera alla sådana verksamheter där en individ eventuellt skulle kunna ha varit aktuell. Vi föreslår därför att RMV får en underrättelseskyldighet endast när myndigheten faktiskt konstaterar att individen varit aktuell hos en verksamhet. Därför bedömer utredningen att det heller inte är lämpligt att det är Socialstyrelsen, som ansvarar för dödsorsaksregistret, som får en underrättelseskyldighet, eftersom dödsorsaksregistret inte innehåller någon utredning om vilka aktörer individen i fråga varit i kontakt med.

Enligt 25 kap. 1 § OSL gäller sekretess i rättsmedicinsk undersökning för uppgift om bland annat dödsorsak. De verksamheter RMV kommer informera omfattas också av sekretessbestämmelser med ett omvänt skaderekvisit enligt 25. kap 1 § OSL samt 26 kap. 1 § OSL eller av tystnadsplikt enligt 6 kap. 12 § PSL, 15 kap. 1 § SoL och 29 § LSS. Det innebär att uppgiften om dödsorsak också kommer omfattas av ett sekretesskydd med motsvarande nivå eller tystnadsplikt när RMV överlämnat uppgiften till aktören i fråga.

Redan i dag kan aktörer höra av sig till RMV med en förfrågan om att få ut handlingar i ett ärende. De får då göra en sekretessprövning enligt 25 kap. 1 § OSL i varje ärende. Det är troligt att dessa förfrågningar kommer att öka när RMV underrättar aktörer om dödsätt. I sin utredning av dödsätt och dödsorsak kommer RMV i vissa fall hantera mer information om en person än de aktörer som omfattas av utredningsskyldighet enligt lex Maria- och lex Sarah-bestämmelserna gör. I vissa fall skulle en del av den information RMV har tillgång till kunna bidra till verksamhetens utredning. I andra fall skulle informationen inte vara relevant för verksamheten i fråga. Med hänsyn till detta bedömer vi att det ur integritetssynpunkt inte är motiverat med en generell uppgiftsskyldighet avseende person-

uppgifter för RMV till aktörerna, utan att en sedvanlig sekretessprövning ska ske. Verksamheterna i fråga är således hänvisade till de informationskällor de har i dag för sin utredning, dock med den öppning för nya aktörer som förslås i 9.2.3.

Utredningen har övervägt olika alternativ gällande hur långt tillbaka i tiden uppgifter som RMV tar del av i sin utredning ska föranleda en uppgiftsskyldighet. Ju längre bakåt i tiden ett ärende utreds, desto fler kontakter kommer att kunna identifieras. Detta måste dock vägas mot kunskapen om den höga nivån av impulsivitet vid många suicid i förhållande till relevansen för verksamheterna i fråga, samt den utökade arbetsbelastning det skulle medföra för RMV att kontakta alla verksamheter. En svensk registerstudie över personer som avlidit i suicid visar att 60 procent hade haft kontakt med vården inom fyra veckor från sin dödsdag.<sup>59</sup> Motsvarande studier gällande kontakt med socialtjänst eller LSS-verksamhet saknas. Utredningen bedömer därför att ett riktmärke ska vara att den enskilde i fråga haft kontakt med verksamheten inom fyra veckor före dödsfallet. Det kan dock förekomma att RMV vid sin utredning av dödsorsaken konstaterar att verksamheten i fråga gjort bedömningar av personens suicidalitet eller liknande och har anledning att anta att information om dödsorsaken kan vara till nytta för verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete respektive kvalitetsarbete. Detta skulle exempelvis kunna gälla en person som haft kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten under en längre period och där det sista besöket inträffat i tid strax utanför de angivna fyra veckorna. Under sådana förutsättningar ska RMV inte vara förhindrad att informera verksamheten om dödsorsaken.

Utredningen har alltså bedömt att intresset av samhällets lärande i suicidpreventivt syfte väger tungt. Mot detta står intresset av den avlidnes skydd av den personliga integriteten. Att de verksamheter som den avlidne haft kontakt med får kännedom om att denne avlidit i suicid är känsliga personuppgifter som typiskt sett är sekretessbelagda. Utredningen konstaterar att inom de aktuella verksamheterna skyddas uppgiften av sekretess med omvänt skaderekvisit. Utredningen bedömer, i enlighet med tidigare intresseavvägningar, att inskränkningen av den avlidnes integritet i detta avseende är acceptabel under sådana förutsättningar.

---

<sup>59</sup> Bergqvist, E. m.fl. *Health care utilisation two years prior to suicide in Sweden: a retrospective explorative study based on medical records*, 2022.

## Reglering av RMV:s underrättelseskyldighet

Enligt sin myndighetsinstruktion ansvarar RMV för bland annat rättsmedicinsk verksamhet i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan statlig myndighet. Myndigheten ansvarar särskilt för rättsmedicinska obduktioner och andra rättsmedicinska undersökningar.<sup>60</sup> Som vi konstaterat tidigare är det RMV som utreder och utfärdar den absoluta majoriteten dödsorsaksintyg som avser suicid och som sedan fastställs i dödsorsaksregistret. Detta sker vid en rättsmedicinsk undersökning.

I lag (1995:832) om obduktion m.m. (obduktionslagen) regleras hur och när en rättsmedicinsk undersökning ska genomföras. Enligt 14 § obduktionslagen får en rättsmedicinsk undersökning av en avlidne bland annat göras om ett dödsfall kan antas ha orsakats av yttre påverkan och undersökningen behövs för att fastställa dödsorsaken. Enligt 20 § obduktionslagen ska den rättsmedicinska undersökningen utföras av läkare.<sup>61</sup>

I 4 kap. 5 § första stycket begravningslagen (1990:1144) anges att det är läkaren eller, om den avlidne vid dödsfallet vårdades på en sjukvårdsinrättning, inrättningen i fråga som ska sända intyget till den myndighet som regeringen bestämmer. I bestämmelsens andra stycke anges dock att efter en rättsmedicinsk undersökning ska intyget sändas in av den myndighet som regeringen bestämmer. Enligt 4 kap. 8 § begravningslagen får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela ytterligare föreskrifter om intyg om dödsorsaken. I 16 § andra och tredje stycket begravningsförordningen (1990:1147) anges bland annat att dödsorsaksintyget ska sändas till Socialstyrelsen inom tre veckor från det att dödsbeviset utfärdades. Efter den rättsmedicinska undersökningen svarar RMV för att intyget utfärdas och sänds in.

Ett alternativ är att reglera en underrättelseskyldighet om dödsorsaksintyget när dödsorsaken bedömts som suicid vid en rättsmedicinsk undersökning i obduktionslagen. I sådana fall ligger det närmast till hands att ålägga läkaren underrättelseskyldigheten. Eftersom begravningslagen och begravningsförordningen pekar ut att RMV har ett ansvar att skicka in dödsorsaksintyget till Socialstyrelsen efter en rättsmedicinsk undersökning framstår det som mer prak-

---

<sup>60</sup> Se 1 § och 2 § 2 förordning (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.

<sup>61</sup> Se 14 och 20 §§ obduktionslagen.

tiskt och effektivt att reglera den nu föreslagna underrättelseskyldigheten i en liknande ordning. Vi bedömer därför att det är lämpligt att underrättelseskyldigheten om dödsorsaksintyget införs i begravningsförordningen och åläggs RMV.

Bestämmelsen ska reglera att om dödsorsaken efter en rättsmedicinsk undersökning bedöms vara suicid är RMV skyldig att sända dödsorsaksintyget till följande verksamheter:

- Yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område. Här avses alltså de verksamheter som får fullgöra uppgifter på socialtjänsten område enligt 7 kap. 1 § SoL.
- Statens institutionsstyrelse.
- Socialnämnden.
- Verksamhet som utför insatser enligt 9 § 2–10 LSS. Här avses alltså sådana verksamheter som har tillstånds- eller anmälningsplikt enligt 23 § LSS.
- Vårdgivare enligt 1 kap. 3 § PSL.

RMV:s underrättelseskyldighet gäller för sådana verksamheter som myndigheten i sin undersökning identifierat haft kontakt med den avlidne och kontakten med den avlidne skedde inom fyra veckor före dödsfallet. RMV:s underrättelseskyldighet gäller om det finns anledning att anta att uppgift om dödsorsaken kan vara av betydelse för verksamhetens skyldighet att utreda vårdskador enligt 3 kap. 3 § PSL respektive missförhållanden i verksamheten enligt 14 kap. 6 § SoL eller 24 e § LSS.

Med begreppet *suicid* avses att någon bedömts ha avlidit till följd av avsiktlig självskada.

Det är bara de verksamheter som identifieras ha haft kontakt med den avlidne i fråga som ska underrättas *om* kontakten skett inom fyra veckor från dödsfallet *eller* om det finns anledning att anta att uppgift om dödsorsaken kan vara av betydelse för verksamhetens skyldighet att utreda vårdskador eller missförhållanden i verksamheten. Att verksamheten i fråga har identifierats innebär att myndigheten behöver ha fått en uppgift om vilken specifik aktör det är frågan om. Om den som utför den rättsmedicinska undersökningen identifierat att den avlidne haft kontakt med SiS eller socialtjänsten torde det

vara lätt att veta att det är en sådan aktör som omfattas av skyldigheten.

När det gäller yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område (exempelvis hemtjänst, seniorboende eller familjehem) eller verksamhet enligt 9 § 2–10 LSS (exempelvis personlig assistans eller daglig verksamhet som kan vara kommunal eller enskilt bedriven) kan det vara svårare att veta om insatsen är sådan som omfattas av de verksamheter som det föreligger en underrättelseskyldighet till. Om det finns tvivel om att det är frågan om en sådan verksamhet som omfattas av underrättelseskyldigheten ska verksamheten inte underrättas. Framgår det av utredningen att verksamheten fullgör uppgifter enligt socialtjänsten eller ger stöd och service enligt LSS ska verksamheten underrättas. RMV får alltså ingen utökad skyldighet att utreda *vilken* aktör det är frågan om. De får dock en skyldighet att utreda kontaktuppgifter till aktören i fråga när den väl är identifierad.

RMV:s skyldighet gäller bara för sådana verksamheter som identifierats haft kontakt med den avlidna. Enligt 20 § obduktionslagen ska en rättsmedicinsk undersökning utföras av en läkare. Det är således läkarens bedömning utifrån vad som framkommit vid den rättsmedicinska undersökningen som ska ligga till grund för de bedömningar som behöver göras enligt bestämmelsen.

Att den avlidne ska ha haft *kontakt* med verksamheten i fråga innefattar ansökningar om insatser, förfrågningar om råd och stöd, att den enskilde erhållit insats, råd, stöd, vård från myndigheten eller verksamheten i fråga. En förfrågan om insats, remissförfrågan eller att stå i vårdkö omfattas också i begreppet då det bör jämföras med en förfrågan om vård från den enskilde.

Att det finns *anledning att anta* att information om dödsorsaken har betydelse för verksamhetens utredning innebär att det är upp till läkarens bedömning huruvida verksamheten ska underrättas eller inte. Begreppet anledning att anta innebär att det räcker med en lätt misstanke om att informationen kan vara intressant för verksamheten i fråga, det är alltså fråga om en ytlig bedömning som ska göras. Det skulle exempelvis kunna vara situationer där en verksamhet haft kontakt, som inte ligger alltför långt bakåt i tiden, med en person och gjort bedömningen att personen inte är suicidal eller där verksamheten inte har gjort en riskbedömning av individens mående i någon form, men också andra typer av situationer där läkaren kan anta att

informationen kan vara av betydelse för verksamhetens utredning av vårdskada eller missförhållande.

Bestämmelsen innebär inte att RMV har en mer omfattande utredningsskyldighet än tidigare när det gäller vårdkontakter eller händelseförlopp eller liknande. Deras uppdrag att fastställa dödsorsaken påverkas inte av bestämmelsen. Det som tillkommer är dels identifiering av verksamheter som förekommit i utredningen, dels bedömningen av om det finns anledning att anta att en verksamhet kan ha intresse av kännedom om dödsorsaken för sin utredning av vårdskada eller missförhållanden i verksamheten. Dessa bedömningar ska alltså utgå från den utredning som finns i ärendet med anledning av den rättsmedicinska undersökningen. Förslaget innebär alltså inte en utvidgning av RMV:s uppdrag att utreda dödsorsaken.

För de verksamheter som får information om dödsorsaksintyget tillkommer ingen ny skyldighet. Utifrån den nya information de fått, det vill säga kännedom om att en person som varit i kontakt med dem har avlidit i suicid, får de göra en bedömning av om en utredning respektive anmälan enligt lex Maria- eller lex Sarah-regelverken ska genomföras. Bedömningarna utgår som tidigare från aktuella bestämmelser i 3 kap. PSL, 23 b–g § LSS respektive 14 kap. SoL.

### **Tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation**

RMV:s kontakt med aktörer blir som sagt begränsade till de som de själva identifierat är aktuella. Precis som beskrivits tidigare har RMV möjlighet att kontakta enskilda vårdgivare för uppgifter om en avliden varit aktuell hos dem, men inte möjlighet att få en överblick över vilka vårdkontakter den avlidne haft. RMV har inte tillgång till den sammanhållna journalföring som tjänsten Nationell patientöversikt (NPÖ) erbjuder. Den skulle möjliggöra för RMV att få en överblick över var den avlidna sökt vård och kunna begära ut patientjournaler därifrån. Detta skulle i sin förlängning innebära en mer omfattande utredning till grund för såväl RMV:s bedömning av dödsorsak som för deras bedömning av vilka aktörer som bör få uppgift om dödsorsaken. Utifrån vårt perspektiv är det önskvärt att RMV:s möjlighet att få tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation utreds.

### 8.3 Suicidpreventiva analyser i lokal samverkan

Suicidanalysutredningen har haft i uppdrag att kartlägga och analysera hur samordningen och uppföljningen mellan olika aktörer ser ut efter att en person har avlidit till följd av suicid, och lämna förslag på hur detta kan förbättras.

Utredningen bedömer att det lokala lärandet efter suicidhändelser är begränsat och att det sällan sker i samverkan mellan olika aktörer. Det finns därför ett behov av att utveckla och bredda det suicidpreventiva lärandet på lokal nivå. Utredningen kan samtidigt konstatera att det finns många aktörer på lokal och regional nivå som återkommande genererar kunskaper, data och erfarenheter kopplade till inträffade suicid eller suicidförsök. NASP menar även att tillgång till lokala data brukar kunna ge ett lokalt engagemang i folkhälsoarbetet.<sup>62</sup> Det är dock ovanligt att olika huvudmän gör gemensamma analyser i suicidpreventivt syfte.

I de exempel som utredningen tagit del av, där data eller kunskaper efter suicidhändelser analyserats gemensamt av aktörer från olika verksamheter med olika perspektiv, har vi sett att förutsättningar för en ny typ av suicidpreventivt lärande uppstår. Lärandet har lett till konkreta suicidpreventiva insatser i berörda verksamheter. Lärandet har även bidragit till att stärka den lokala samverkan kring suicidpreventiva frågor.

#### 8.3.1 Utveckling av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan

**Bedömning:** Staten bör stimulera utvecklingen av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan. Fler aktörer på lokal nivå behöver samverka och utbyta erfarenheter och kunskaper från suicidhändelser i suicidpreventivt syfte.

Det finns ett behov av att bredda och förbättra det suicidpreventiva lärandet på lokal nivå. Ett led i det är de förslag utredningen lämnar vars syfte är fler och förbättrade utredningar inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten, med större möjligheter till samarbete. Mot bakgrund av komplexiteten vid suicid och det faktum att många

<sup>62</sup> NASP, *Stödmaterial för kommunernas handlingsplanearbete*, 2020, s. 6.



andra samhällsaktörer än de ovanstående kan ha haft viktiga kontakter med personer som tagit sitt liv ser vi dock ett behov av att fler lokala aktörer engagerar sig i en lärandeprocess efter suicidhändelser. Erfarenheter från olika delar av landet talar för att det går att utveckla samverkan och lärande utifrån suicidhändelser genom att utgå från den kunskap och erfarenhet som aktörer på lokal nivå redan har och genererar löpande. Med samverkan åsyftas i det här sammanhanget ett samarbete där berörda aktörer gemensamt utbyter kunskaper och information, baserat på suicidhändelser, i syfte att skapa ett suicidpreventivt lärande.

Utredningens förslag handlar därför om att stimulera till att de befintliga kunskaper och erfarenheter som återkommande genereras inom olika berörda verksamheter i ett län, efter suicidhändelser, tas till vara i ett gemensamt analysarbete på lokal nivå. Det handlar alltså inte om att de lokala aktörerna ska utreda enskilda suicid, utan att de ska använda sina befintliga kunskaper om suicidhändelser i ett gemensamt analysarbete. Suicidhändelser kan inkludera både fullbordade suicid och suicidförsök. Ett sådant analysarbete kan på så sätt ge ökade kunskaper även om suicidförsök, vilket inte omfattas av de suicidutredningar som föreslås ovan (se avsnitt 8.1)

Befintliga kunskaper som återkommande skapas inom organisationer kan exempelvis vara kunskaper och data från akuta insatser, relevanta kartläggningar med koppling till suicidhandlingar eller risk för suicidhandlingar, lärdomar från lex Maria- och lex Sarah-utredningar eller från avvikelshanteringar. Av de exempel vi beskrivit tidigare i betänkandet, från den samverkan som sker i Jönköping och Storuman, framgår att samverkan kan inkludera olika delar av hälso- och sjukvården, skola, socialtjänst, kommunal räddningstjänst, civilsamhällesorganisationer, polis och andra myndigheter med lokal närvaro. Utifrån de befintliga data, kunskaper och erfarenheter som bedöms vara relevanta, föreslås de aktörer som deltar i samverkan analysera vad de kan lära och framför allt vilka åtgärder som kan genomföras. Fokus vid analyserna bör ligga på systemet och vilka möjligheter olika aktörer i samhället har att lära och förebygga suicid.

För att skydda den personliga integriteten förordar utredningen att avidentifierade och aggregerade kunskaper ska ligga till grund för analyserna. För mindre kommuner där suicid kan vara en sällanhändelse, vilket gör att aggregerade kunskaper kan vara en utmaning, finns det olika sätt att ändå engagera sig i suicidpreventiva analyser i

samverkan för att dra lärdomar. Ett sätt kan vara att delta i en större samverkan som inkluderar flera kommuner i länet. Det lärande som görs i den större samverkan kan vara till nytta även för de mindre kommunerna, även om de inträffade suicidhändelserna kan ha inträffat i en annan kommun. Ofta, men inte alltid, finns befintliga samverkansstrukturer att utgå ifrån. Ett annat sätt kan vara att, likt i Storuman, samverka lokalt. Om förutsättningarna för detta finns så kan det lokala lärandet efter suicidhändelser ha fördelar, inte minst genom att lärandet sker nära verksamheterna.

En förväntad synergieffekt av förslaget är att de verksamheter som deltar i suicidpreventiva analyser i samverkan får förutsättningar för nya perspektiv på det egna suicidpreventiva arbetet vilket kan medföra att aktörerna inventerar vad deras verksamheter har eller behöver ha för kunskaper. Detta kan leda till att ett internt suicidpreventivt utvecklingsarbete fortgår där rutiner med mera kan utvecklas utifrån nya kunskaper och nya perspektiv.

Utredningen har bedömt att suicidpreventiva analyser i lokal samverkan kan vara ett sätt att med små medel få större användning av kunskap om suicid som redan finns, utan ingrepp i den personliga integriteten. Vi har övervägt alternativet att införa sekretessbrytande bestämmelser för flera aktörer för att möjliggöra utredningar efter enskilda suicid i bredare samverkan på lokal nivå. Detta för att möjliggöra för exempelvis socialtjänst, LSS, skola, hälso- och sjukvård, polisen, Kriminalvården och Försäkringskassan att delta. Fördelen med ett sådant alternativ skulle vara att delaktigheten blir bred och att lärandet därmed ges goda förutsättningar. Nackdelen skulle vara att det dels blir ett omfattande ingrepp i den personliga integriteten, dels att det skulle vara ett mycket resurskrävande förslag. Den metod som är vanligast förekommande inom hälso- och sjukvården exempelvis, händelseanalys, upplevs ofta som tidskrävande och ett utökat antal utredningar skulle vara resurskrävande för vården utan att det nödvändigtvis skulle bidra till ett större lärande. Ur integritetssynpunkt ställer vi oss också tveksamma till att införa sekretessbrytande regler för fler aktörer och bedömer att det finns mer kostnadseffektiva och mindre integritetsingripande sätt att öka samverkan och lärande utifrån suicidhändelser. Mot bakgrund av de förslag vi lämnar i 8.2 om sekretessbrytande bestämmelser i samband med lex Maria- och lex Sarah-utredningar samt 8.1 om den nationella utredningsfunktionen, som kommer att innebära integritetsintrång, bedö-

mer vi inte att det i dagsläget är motiverat att införa ytterligare sekretessbrytande bestämmelser.

Ett annat alternativ skulle kunna vara att införa ett obligatoriskt uppdrag till regioner och kommuner i syfte att säkerställa suicidpreventiva analyser i lokal samverkan. Ett sådant förslag skulle ha liknande fördelar som förslaget ovan. Nackdelen är att förslaget skulle innebära ett större ingrepp i det kommunala självstyret och samtidigt vara mer resurskrävande för berörda parter utan att det nödvändigtvis skulle leda till ett större lärande.

### 8.3.2 Statlig satsning för att stödja utvecklingen av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan

**Förslag:** Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att, med stöd av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen, genomföra ett utvecklingsarbete för att stödja utvecklingen av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan mellan kommunala, regionala och statliga aktörer.

Folkhälsomyndigheten ska, när uppdraget utförs, föra dialog med och inhämta kunskap och erfarenheter från regioner, kommuner och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Suicidanalysutredningen har identifierat ett antal platser i landet där det görs någon form av suicidpreventiva analyser i samverkan. Vi bedömer att det finns potential i den här sortens samverkan, men att det finns två huvudsakliga faktorer som begränsar utbredningen av den. Dels att man på många platser inte känner till att det går att göra, och vilket värde samverkan skapar. Dels att det kan finnas begränsad utvecklingskapacitet hos lokala aktörer att bygga upp en sådan samverkan, även om själva samverkan när den etablerats inte är särskilt tidskrävande i sig. Vi bedömer att det är en typ av samverkan som behöver stöd och stimulans för att spridas i landet. Utredningen har övervägt olika sätt för staten att stimulera detta gemensamma lärande på. Det alternativ som utredningen bedömt som mest lämpligt och kostnadseffektivt med beaktande av den personliga integriteten är att låta Folkhälsomyndigheten få i uppdrag att stimulera utvecklingen av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan. Vi bedömer att Folkhälsomyndigheten bör få uppdraget mot bakgrund av sina goda

kunskaper om suicidpreventivt arbete och sitt instruktionsenliga uppdrag att stödja utvecklingsarbetet inom psykisk hälsa och suicidprevention på lokal och regional nivå samt inom den ideella sektorn.

Utredningen uppfattar att Folkhälsomyndigheten har begränsad erfarenhet av att ge stöd till kommuner, varför vi ser uppdraget som en möjlighet för myndigheten att etablera kontakter och inhämta kunskaper som kan vara användbara i myndighetens samordnande och stödjande uppdrag. Exempelvis kunskaper om kommuners utmaningar, behov och möjligheter. Utvecklingsuppdraget ska genomföras med stöd av MSB och Socialstyrelsen med hänsyn till respektive myndighets ansvarsområden, och utifrån deras arbete med stöd och vägledning samt insamling av data med koppling till suicidprevention. MSB bör kunna bidra i arbetet mot bakgrund av det förslag vi lämnar om att myndigheten ska ta fram alternativt vidareutveckla en vägledning om kommuners strategiska arbete med suicidprevention utifrån LSO (8.3.3). MSB:s arbete och metodik med olycksutredningar samt insamling och analys av data/statistik (exempelvis utifrån räddningstjänstens insatsstatistik och händelserapporter) är också relevant för utvecklingsuppdraget. Socialstyrelsen bör kunna bidra i arbetet mot bakgrund av sina kunskaper om hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och socialtjänstens kvalitetsarbete samt utifrån sina erfarenheter av att arbeta kunskapsstödjande gentemot kommuner och regioner.

Folkhälsomyndighetens utvecklingsuppdrag ska syfta till att stödja de lokala aktörerna att bygga upp en fungerande struktur, organisation och process för samverkan kring suicidpreventiva analyser. Det bör ske dels genom stöd exempelvis i form av utbildning, kunskapsförmedling och vägledning, dels genom stimulansmedel. Den lokala samverkan kring suicidpreventiva analyser föreslås ske inom ramen för befintliga uppdrag och ett gemensamt ansvar för att förebygga suicid. Folkhälsomyndighetens uppdrag bör därför vara tidsmässigt avgränsat för att stödja utvecklingen av samverkan i en uppbyggnadsfas. Det bör vara möjligt för utvecklingsarbeten att tillkomma som stödmottagare under satsningens gång. Det bör även vara möjligt för utvecklingsarbeten att formellt avsluta sitt deltagande i satsningen när de tagit del av det stöd de bedömt att de behöver för att bygga upp samverkan. De ingående samverkansparterna ansvarar för att samverkan utformas och dimensioneras så att den blir livskraftig även utan statens stöd. Av de medel som avsätts till satsningen bör

merparten användas av Folkhälsomyndigheten för att ge stöd av olika slag. En mindre del av medlen bör ges som stimulansmedel till de lokala utvecklingsarbetena för att skapa utrymme att bygga upp samverkan. Av de skälen, framför allt behovet av stöd i hur arbetet kan bedrivas, har vi inte bedömt att det är lämpligt att inkludera satsningen i överenskommelsen för psykisk hälsa och suicidprevention.

Ett förhållandevis litet statsbidrag är motiverat av två huvudsakliga skäl. Dels bedömer vi att kostnaderna förknippade med utvecklingen av samverkan är relativt små, dels minskar en sådan ansats risken att den samverkan som byggs upp är beroende av extern finansiering.

Utredningen bedömer att Folkhälsomyndighetens stöd kan skapa förutsättningar för lokala aktörer som ser ett behov av och har en vilja att utveckla suicidpreventiva analyser i lokal samverkan, men inte fullt ut har kapacitet eller kompetens, att starta upp ett sådant utvecklingsarbete. Stödet kan exempelvis bestå av utbildning i suicidologi, samverkanskunskap och analys, spridning av erfarenheter och framgångsfaktorer kring hur samverkan kring suicidpreventiva analyser kan organiseras och genomföras samt spridning av exempel på underlag och metoder som kan användas i analysarbetet. Spridningen kan ske både genom material och konferenser, webinarier och seminarier. Stödet kan även bestå av mer verksamhetsnära vägledning. Det är viktigt att de lokala aktörerna ges utrymme att utforma arbetet på det sätt som är mest motiverat och ändamålsenligt utifrån de lokala förutsättningarna och behoven.

I utformningen av satsningen bör Folkhälsomyndigheten särskilt beakta vikten av att kommuner och statliga aktörer engagerar sig i samverkan. Regionerna har över lag redan ett mer utvecklat strategiskt suicidpreventivt arbete, vilket påkallar behovet av att bredda engagemanget till fler. Det är även viktigt att de medel som avsätts för satsningen skapar ett mervärde i förhållande till vad aktörerna hade kunnat göra utan denna stimulans. Vägledande för eventuell prioritering av vilka lokala utvecklingsarbeten som ska få ta del av stödet bör därför vara hur avgörande stödet är för att få till stånd en fungerande lokal samverkan kring suicidpreventiva analyser.

Regeringen behöver utforma satsningen närmre i dialog med Folkhälsomyndigheten. För att ge Folkhälsomyndigheten, med stöd av MSB och Socialstyrelsen, förutsättningar att utveckla en ändamålsenlig satsning som kan nå sitt syfte bör det vara ett uppdrag som löper över fem år. Uppdraget ska återsäntas årligen till regeringen.

Utredningen har övervägt om länsstyrelserna, vars grunduppdrag inkluderar att samordna statens insatser inom länet, skulle få i uppdrag att säkerställa samordningen av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan. Länsstyrelsen har en lokal närvaro och nätverk i frågor som berör det suicidpreventiva arbetet. Vi har dock bedömt att Länsstyrelsen inte har motsvarande förkunskaper inom suicidprevention som Folkhälsomyndigheten har. Vi har därför bedömt att det vore mest ändamålsenligt att uppdraget ges till Folkhälsomyndigheten.

### 8.3.3 Kunskapsstöd för suicidpreventivt arbete utifrån lagen om skydd mot olyckor

**Förslag:** MSB får i uppdrag att ta fram ett vägledande stödmaterial i syfte att förtydliga hur suicidhändelser kan inkluderas i kommunens olycksförebyggande arbete enligt lag (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO).

En kommun ska enligt LSO ha ett handlingsprogram för sin verksamhet att förebygga olyckor som kan leda till räddningsinsats. Alla suicidhändelser leder inte till räddningsinsats. Suicid kan dock vara en bakomliggande orsak till en olycka som leder till en räddningsinsats. Olyckstypen nödställd person domineras av suicid eller suicidförsök. Räddningstjänsten gör cirka 2 000 uttryckningar per år enligt LSO på grund av suicid eller suicidförsök på annat sätt än genom brand, trafikolycka, utsläpp eller drunkning. Handlingsprogrammet ska innehålla en beskrivning av kommunens risker, i form av bedömningar av vilka olyckor inom kommunens geografiska område som kan föranleda räddningsinsatser, hur ofta de kan förväntas inträffa och förväntade konsekvenser för de fall att de inträffar.<sup>63</sup>

En riskanalys kan fungera som ett underlag för det handlingsprogram för förebyggande verksamhet avseende olyckor som kommunen enligt LSO är skyldig att upprätta. Kommunerna har inte ett självständigt ansvar för förebyggande åtgärder mot olika typer av olyckor. Kommunerna ska förebygga bränder och utan att andras ansvar inskränks, verka för att åstadkomma skydd mot andra olyckor än

---

<sup>63</sup> MSBFS 2021:1 föreskrifter och allmänna råd om innehåll och struktur i kommunens handlingsprogram för förebyggande verksamhet och räddningstjänst.

bränder.<sup>64</sup> Lagstiftaren avsåg att kommunerna skulle främja samarbete och i större utsträckning ta initiativ till samordning av olycksförebyggande och skadebegränsande verksamheter inom kommunen. LSO syftar till att stimulera kommunerna och ge möjlighet till ett tvärsektorielt säkerhetsarbete utifrån egna ambitioner, där olika sektorer ska samverka för att höja den allmänna säkerhetsnivån<sup>65</sup>. Utredningen bedömer att delar av kommunernas olycksförebyggande arbete skulle kunna vara en del av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan. För att fler kommuner ska välja att arbeta på det sättet behövs mer stöd och vägledning kring hur kommunerna kan arbeta olycksförebyggande och samtidigt suicidpreventivt utifrån LSO.

*Handlingsprogram enligt LSO kan vara underlag till suicidpreventiva analyser i samverkan*

Många kommunala aktörer har på olika sätt och med utgångspunkt i sina olika uppdrag en koppling till suicidpreventivt arbete. Det innebär att flera verksamheter inom en kommun, utifrån olika uppdrag och med kompletterande erfarenheter och kunskaper, kan bidra i en samverkan kring suicidpreventiva analyser.

Utredningen uppfattar att kommunen utifrån LSO kan bidra med kunskaper och erfarenheter från sitt arbete med att förebygga olyckor som kan leda till räddningsinsats. Utredningen bedömer att de analyser som ligger till grund för de kommunala handlingsprogrammen enligt LSO kan vara användbara underlag för suicidpreventiva analyser i samverkan. Exempelvis kan en analys av olyckstypen nödställd person beskriva den variation av risker som finns inom denna olyckstyp, vad gäller exempelvis plats eller omfattning. En sådan analys kan vara användbar för andra aktörer att ta del av för att utifrån sina respektive uppdrag utforma suicidpreventiva insatser.

Utredningen uppfattar också att de analyser som görs i samverkan skulle kunna utgöra ett underlag av flera för kommunerna att beakta i utformningen av de kommunala handlingsprogrammen enligt LSO. Exempelvis kan kommunen genom samverkan få information från andra aktörer som är relevant för att göra en bedömning av den framtida, förväntade utvecklingen av risker för olyckor som kan leda till räddningsinsats, där suicid är bakomliggande orsak.

<sup>64</sup> LSO 3 kap. 1 §.

<sup>65</sup> Prop. 2002/03:119.

*Uppdrag till MSB att ta fram ett kunskapsstöd*

MSB har i sin behovsanalys, en del av underlaget till den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention, visat att det finns en efterfrågan på nationell vägledning inom området LSO och suicidhändelser. Det efterfrågas både kunskaper som skapar trygghet i det operativa arbetet med suicidnära individer samt samordning och riktlinjer till kommunerna.<sup>66</sup> Regeringen har också konstaterat att det inte finns något hinder för MSB att ge stöd till kommunala räddningstjänsters suicidpreventiva arbete.<sup>67</sup>

Utredningen ser ett behov av att öka kommuners kunskap om hur de kan välja att arbeta olycksförebyggande och samtidigt suicidpreventivt utifrån LSO. MSB:s behovsanalys visar att kommunal räddningstjänst uppfattar gränsdragningen kring LSO och suicidhändelser som svår. Det är viktigt att det stöd och den vägledning som ges möter dessa behov. En risk blir annars att uppdrag utifrån LSO tolkas smalt och att onödiga strategiska avgränsningar görs. Ett sådant exempel skulle kunna vara att inte arbeta strategiskt med suicidprevention med koppling till olycksförebyggande arbete utan att avgränsa suicidprevention som en fråga för hälso- och sjukvården med hänvisning till suicid som en konsekvens av psykisk ohälsa och därmed ett uppdrag för hälso- och sjukvården.

Orsakerna bakom både suicid och suicidförsök är ofta flera och komplexa. Det kan röra sig om psykisk ohälsa, men även andra faktorer såsom somatisk sjukdom och svåra livssituationer. Det finns ingen möjlighet att förutse vilka suicidhandlingar som baseras på psykisk ohälsa och vilka som inte gör det. Att förebygga suicid handlar därför inte bara om att ge individer det stöd och den hjälp de behöver. Det handlar också om befolkningsinriktade insatser för att skapa trygga miljöer som minskar tillgången till medel och metoder för suicid, och insatser på samhällsnivå för goda livsvillkor.<sup>68</sup>

Begreppet psykisk ohälsa är brett och kan inte avgränsas enbart till hälso- och sjukvårdens ansvar då det handlar om allt från tillfälliga besvär av oro, nedstämdhet eller sömnbesvär till svårare psykiska sjukdomar som ångest eller depression. Det som kännetecknar psy-

---

<sup>66</sup> MSB, *Kommunal räddningstjänst inom området psykisk ohälsa och suicidprevention – en behovsanalys*, s. 15–17, 2022.

<sup>67</sup> Regeringens skrivelse 2021/22:107, s. 9.

<sup>68</sup> Folkhälsomyndigheten, *Att förebygga suicid*, hämtad 2024-06-10.



kisk ohälsa är att den påverkar välbefinnandet och hur man fungerar i vardagen.<sup>69</sup>

För att underlätta för kommuner att arbeta olycksförebyggande och samtidigt suicidpreventivt utifrån LSO, bedömer vi att MSB bör få i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd som tydliggör och exemplifierar vilka möjligheter som finns och hur det kan göras.

MSB:s kunskapsstöd bör:

- Belysa att suicidprevention omfattar ett brett spektrum av arbeten av olika aktörer, från konkreta åtgärder vid suicidförsök till befolkningsinriktade insatser för att skapa trygga miljöer och insatser på samhällsnivå för goda livsvillkor.<sup>70</sup>
- Förtydliga att olycksförebyggande arbete och suicidpreventivt arbete kan sammanfalla, och ge exempel på hur detta kan se ut.
- Innehålla exempel på hur olyckstypen nödställd person och andra olyckstyper (såsom exempelvis brand, trafikolycka och drunkning) kan inkluderas i analyser av lokal riskbild som ligger till grund för kommunens handlingsprogram utifrån suicidhändelser och räddningstjänstens insatsstatistik.

Vad gäller kunskap om suicidprevention ser vi det som särskilt viktigt att belysa att suicidprevention omfattar ett brett spektrum av arbeten av olika aktörer, från konkreta åtgärder vid suicidförsök till befolkningsinriktade insatser för att skapa trygga miljöer och insatser på samhällsnivå för goda livsvillkor. Vi ser det även som viktigt att förmedla kunskap om risk- och skyddsfaktorer på olika nivåer.

I skrivande stund arbetar MSB med en vägledning riktad till kommunal räddningstjänst avseende deras arbete i förhållande till olyckstyper där suicid kan vara en bakomliggande faktor.<sup>71</sup> Vårt förslag innebär att MSB ska säkerställa att det finns en vägledning riktad till kommuner med det innehåll som beskrivits ovan.

---

<sup>69</sup> Folkhälsomyndigheten *Vad är psykisk hälsa?*, hämtad 2024-06-10.

<sup>70</sup> Utförligare exempel på detta finns exempelvis på NASP:s hemsida *Rekommendationer för suicidpreventiva insatser*, hämtad 2024-06-10.

<sup>71</sup> Kommande vägledning från MSB, hösten 2024.

## 8.4 Övrig iakttagelse om sekretess vid risk för suicid

Att utreda vilka möjligheter myndigheter har att samverka för att förhindra att personer med suicidalt beteende tar sitt liv har inte varit en del av utredningens uppdrag. I de kontakter utredningen haft med civilsambällesorganisationer, efterlevande, myndigheter och företrädare för hälso- och sjukvården har det dock, vid flera tillfällen, framkommit att tjänstepersoner vid myndigheter och personal inom hälso- och sjukvård upplever att de har svårt att ta de kontakter som de bedömer som nödvändiga när en person delar med sig av suicidtankar, eller på annat vis uppträder suicidalt. Anledningen har uppgetts vara sekretesslagstiftningen eller svårigheterna med dess tillämpning. Utredningen vill därför göra regeringen uppmärksam på detta.

### 8.4.1 Sekretessbrytande bestämmelser

När det gäller uppgifter om enskildas personliga förhållanden är huvudregeln för offentliga verksamheter att uppgifterna är sekretessbelagda enligt OSL. Det innebär att de inte får lämnas ut utanför verksamheten. För att sekretessreglerade uppgifter ska kunna lämnas ut från offentlig verksamhet krävs:

- att det finns en sekretessbrytande bestämmelse som tillåter att sekretessbelagda uppgifter kan lämnas ut,
- att det föreligger en nödsituation (nödrätten), eller
- att en menprövning möjliggör det.

Det finns sekretessbrytande bestämmelser som kan tillämpas i all offentlig verksamhet. De är:

- om den enskilde samtyckt till utlämnandet (10 kap. 1 § samt 12 kap. 2 § OSL)<sup>72</sup>
- om utlämnandet är nödvändigt för fullgörandet av myndighetens uppgift (10 kap. 2 § OSL)
- om myndigheten har en lagstadgad uppgiftsskyldighet till annan myndighet (10 kap. 28 § OSL).

---

<sup>72</sup> Om samtycke från den enskilde att lämna ut specifika uppgifter till annan myndighet saknas, kan en myndighet i stället tillämpa någon av de övriga två punkterna.

Myndigheter kan lämna ut sekretessbelagda uppgifter, både till andra myndigheter och enskilda, om det är nödvändigt för att myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet. Detta kallas *nödvändigt utlämnande*. Möjligheten att lämna ut uppgifter gäller bara om det verkligen krävs för att myndigheten ska kunna sköta sin verksamhet. Bestämmelsen gör det inte möjligt att lämna ut uppgifter för att de behövs i en annan myndighets verksamhet.

Det kan vara svårt att i det enskilda fallet motivera en bedömning av nödvändigheten att lämna ut uppgifter om suicidalt beteende till annan aktör för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet. Många sådana situationer faller troligen utanför bestämmelsens tillämpningsområde.

Om det finns *uppgiftsskyldighet enligt lag* till en annan myndighet kan utlämning ske. Uppgiftsskyldigheten för myndigheter är tydligt reglerad och avser bara specifika situationer.<sup>73</sup> Det är dock framför allt ärenden som faller utanför lagstadgad uppgiftsskyldighet som upplevs som problematiska av de aktörer utredningen haft kontakt med.

Det finns också en möjlighet att lämna ut uppgifter när det är uppenbart att intresset av att uppgifterna lämnas har företräde framför det intresse som sekretessen ska skydda.<sup>74</sup> Denna sekretessbestämmelse, som kallas *generalklausulen*, ligger nära till hands när det gäller att lämna ut uppgifter om suicidalt beteende till annan myndighet. Generalklausulen är dock inte tillämplig för utlämnande av uppgift från exempelvis socialtjänst och hälso- och sjukvården. För att andra myndigheter ska kunna tillämpa bestämmelsen måste möjligheten att lämna ut uppgiften med stöd av andra sekretessbrytande bestämmelser först uteslutas.

Utlämnande av uppgift med stöd av generalklausulen är komplex och har diskuterats i utredningar, domstolsavgöranden och JO-beslut. Det är tveksamt om tillämpningen av generalklausulen är så enkel att den kan göras av varje enskild tjänsteperson. Att göra avvägningen i dessa fall kan ofta ställa höga krav och tillämpningen kräver ofta svåra bedömningar. När det gäller suicidalt beteende kan det vara svårt att bedöma allvaret i situationen eftersom den information som finns hos myndigheten kan vara knapphändig. Det kan också vara svårt att veta vilka möjligheter en annan myndighet eller anhörig har att agera

---

<sup>73</sup> Det kan till exempel om en enskild med pågående missbruk eller som vårdas med stöd av LPT (25 kap. 12 § OSL eller 26 kap. 9 § OSL).

<sup>74</sup> 10 kap. 27 § OSL.

och hjälpa till. JO och flera statliga utredningar har dock betonat behovet av att göra just bedömningar i varje enskilt fall. Möjligheten till rutinmässigt utlämnande med stöd av generalklausulen torde därför vara mycket begränsat.

## 8.4.2 Straffansvar, nöd och menprövning

### Straffansvar

Den som röjer en uppgift som han eller hon är skyldig att hemlighålla enligt OSL, patientdatalagen eller annan författning, kan enligt 20 kap. 3 § brottsbalken, BrB, dömas för brott mot tystnadsplikt till böter eller fängelse i högst ett år. Den som har lämnat ut uppgifter av oaksamhet kan bara dömas till böter. I ringa fall döms inget straff ut alls.

### Nöd

Nöd föreligger när fara hotar bland annat liv och hälsa. Eftersom det ska vara fråga om ett konkret (uppfattat) hot i en akut situation kan bestämmelsen vara aktuell vid uppvisande av suicidalt beteende. Det kan till exempel vara när en anställd vid myndighet tagit emot ett suicidhot eller noterat akut suicidalt beteende och behöver bryta sekretess genom att lämna ut uppgifter till exempelvis en vårdgivare eller anhörig.

Enligt 24 kap. 4 § BrB är en handling som begåtts i nöd ett brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Bedömningen utgår ifrån om handlingen varit nödvändig i den akuta situationen, det betyder också att handlingar som faller under nödrätten inte kan vara planerade. Det torde alltså vara svårt att utfärda rutiner i en organisation för utlämnande av uppgifter vid suicidalt beteende, som stöd för personal. Handlingen, i detta sammanhang, det vill säga utlämnandet av uppgiften, ska också stå i proportion till den fara som föreligger och situationen ska inte kunna lösas på ett mindre ingripande sätt. Det är alltså även här fråga om en komplex bedömning. Nödrätten utgör inte en sekretessbrytande bestämmelse utan är en bedömning som görs i efterhand av domstol eller

JO om utlämnade av en uppgift varit försvarlig i den specifika situationen och därmed är befriad från straffansvar. Det innebär också att ansvaret för ett sådant utlämnande ligger på individen i fråga och inte på myndigheten.

## Menprövning

Vilken menprövning som ska göras beror på vilken nivå av sekretess som gäller för uppgiften. Nivån på sekretessen är olika inom olika myndigheter och för olika uppgifter. Nivån på sekretessen regleras genom olika skaderekvisit, eller villkor, i sekretessbestämmelserna; ett rakt skaderekvisit, ett omvänt skaderekvisit eller inget skaderekvisit alls. Den strängaste formen av sekretess innehåller inget skaderekvisit vilket innebär att uppgiften ska hållas hemlig oavsett vilka följder ett röjande kan få. Ibland kallas denna form för *absolut sekretess*. I sådana situationer kan uppgifter inte röjas genom en menprövning (däremot genom uppgiftsskyldighet, se ovan). Den näst strängaste formen, *sekretess med omvänt skaderekvisit*, innebär att sekretess råder som huvudregel och uppgiften får röjas endast om det står klart att uppgiften kan lämnas ut utan att det medför men för den uppgiften rör eller skada för det intresse som ska skyddas. Den svagaste formen av sekretess, *sekretess med rakt skaderekvisit*, innebär att sekretess föreligger endast om det kan antas att uppgiftens röjande medför men för den uppgiften rör eller skada för det intresse som ska skyddas.

Uppgifter om enskildas personliga förhållanden skyddas ofta med sekretess med omvänt skaderekvisit. Det innebär att en enskild tjänsteperson eller personal som har information om suicidalt beteende ska göra en menprövning där denne bland annat kan behöva bedöma allvaret i det suicidala beteendet och mottagarens möjlighet att hjälpa till i situationen, ibland utifrån knapphändig information. Det är en komplex bedömning.

### 8.4.3 Sammanfattning om sekretess vid risk för suicid

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att sekretesslagstiftningen lämnar ett visst utrymme för att agera i suicidpreventivt syfte när personal inom offentlig verksamhet får kännedom om suicidalt beteende. Utrymmet att agera är dock omgärdat av svåra och komplexa

bedömningar. Dessa bedömningar innebär i praktiken hinder mot att lämna ut information och samverka för att förhindra suicid. Flera aktörer har i möte med Suicidanalysutredningen uttryckt att det finns ett behov av att se över tillämpningen av sekretesslagstiftningen vid situationer som innehåller uttrycklig risk för suicid. Syftet med över synen skulle vara att analysera om det finns ett behov av förändringar i lagstiftningen eller om kompetenshöjande åtgärder behövs i suicidpreventivt syfte

## 9 Konsekvenser av utredningens förslag

I kapitel 8 har vi framfört och motiverat våra förslag och bedömningar, samt beskrivit de alternativ vi har övervägt och dess för- och nackdelar. I detta kapitel redogör vi för de krav som ställs på konsekvensanalysen. Därefter beskriver vi de förväntade konsekvenserna av utredningens förslag.

### 9.1 Krav på konsekvensanalysen

Vilka konsekvenser utredningen ska beskriva styrs av kommittéförordningen (1998:1474), förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning och av utredningens direktiv.<sup>1</sup>

Utredningen ska redogöra för kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar, inklusive konsekvensbeskrivningar i enlighet med de krav som ställs i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Utredningen ska redovisa vilka konsekvenser förslagen får vad gäller kostnader och intäkter för staten, kommuner, regioner och företag eller andra enskilda. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner ska utredningen föreslå finansiering. Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen

---

<sup>1</sup> Den 6 maj 2024 trädde ett antal förändringar i kraft som rör konsekvensutredningar. Två paragrafer i kommittéförordningen (14–15 §§) som styr konsekvensutredningar ersattes med nya, samtidigt som ytterligare en paragraf upphörde att gälla. Dessutom upphörde förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning samtidigt som en ny förordning trädde i kraft, förordning (2024:183) om konsekvensutredningar. Den nya förordningen om konsekvensutredningar tillämpas dock inte för särskilda utredare som tillkallats före ikraftträdandet. För särskilda utredare som tillsatts för den 1 maj 2024 gäller fortfarande 6 och 7 §§ i den upphävda förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning samt 14–15 a §§ i den äldre lydelsen av kommittéförordningen.

ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet och de särskilda överväganden som har gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen ska redovisas. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen.

Av utredningens direktiv framgår att det är särskilt angeläget att redogöra för förslagets samhällsekonomiska och offentliga finansiella effekter, inklusive kostnad-nyttoeffekter, samt att kvantifiera och värdera dessa. De administrativa kostnaderna för staten, regioner och kommuner ska särredovisas och kvantifieras. Utredningen ska därutöver redogöra för förslagets konsekvenser för folkhälsan, för barn utifrån ett barnrättsperspektiv, och för unga. Konsekvensbeskrivningen ska inkludera ett tydligt jämställdhetsperspektiv och ska särskilt beakta de jämställdhetspolitiska delmålen om jämställd hälsa och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. FN:s konvention om barnets rättigheter ska vara en utgångspunkt i arbetet när det gäller barn under 18 år.

## 9.2 Problemet och vad som ska uppnås

I kapitel 3 har vi beskrivit det folkhälsoproblem som suicid utgör, de kunskaper som finns om de bakomliggande orsakerna till suicidalitet samt kända risk- och skyddsfaktorer. Här gör vi en kort sammanfattning av problembilden för att med utgångspunkt i den resonera om konsekvenserna av våra förslag.

I Sverige avlider cirka 1 200 personer årligen till följd av suicid. Trots att arbetet mot suicid har intensifierats under senare år har antalet suicid inte minskat i önskad utsträckning. Den stora minskning som skedde under 1980- och 1990-talet har bromsats in kraftigt under 2000-talet och framåt. De senaste tjugo åren är minskningen endast cirka 0,5 procent i genomsnitt per år. Suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem som förutom förlust av människoliv leder till stort psykiskt lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och närstående samt andra berörda. Förutom att suicid innebär ett stort mänskligt lidande är det också förknippat med stora samhällskostnader. Enligt en studie som forskare vid Uppsala universitet gjort på uppdrag av



utredningen kan de suicid som inträffar under ett enskilt år uppskattas kosta samhället 7,3 miljarder kronor. Kostnaden utgörs till 99 procent av det produktionsbortfall i form av förvärvs- och hemarbete som uppstår. I kostnadsberäkningen ingår inte kostnader som är förknippade med att närstående påverkas.<sup>2</sup>

För att minska antalet suicid krävs åtgärder på olika nivåer och i olika delar av samhället. Att suicidtal inte längre minskar i önskvärd omfattning kan till viss del förstås mot bakgrund av att lärandet i samhället efter inträffade suicid har stagnerat, att lärandet inte involverar tillräckligt många aktörer och att lärandet inte leder till tillräckligt effektiva förebyggande insatser. Som vi beskrivit i det här betänkandet är suicid ofta ett resultat av samspelet mellan flera bakomliggande, ofta komplexa, faktorer. Dessa faktorer kan beröra många olika delar av samhället och därmed flera olika samhällsaktörer samtidigt, eller i olika perioder av personens liv. Suicid är också ofta en handling med en hög grad av impulsivitet. Detta sammantaget gör att en viktig förutsättning för att kunna förbättra det suicidpreventiva arbetet är att fler samhällsaktörer än i dag deltar i det förebyggande arbetet. Det behöver finnas ett brett lärande efter suicid som skapar ett så effektivt förebyggande arbete som möjligt.

Utredningens förslag syftar till att öka lärandet i berörda verksamheter samt stärka samarbetet mellan aktörer på lokal, regional och nationell nivå. I förlängningen syftar förslagen på så vis till ett mer effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete som i sin tur kan minska antalet suicid.

---

<sup>2</sup> Feldman och Martínez de Alva, *Samhällskostnader för suicid i Sverige 2022 – en sjukdomskostnadsstudie*, 2024.

### 9.3 Utredningens förslag i korthet

Utredningens förslag innebär i korthet följande:

#### *Den nationella utredningsfunktionen*

- En nationell utredningsfunktion som ska bidra till samhällets lärande om suicid inrättas vid Folkhälsomyndigheten.
- Rättsmedicinalverket (RMV) får en uppgiftsskyldighet till den utredande myndigheten om inträffade suicid.
- Vissa andra myndigheter och enskilda verksamheter får uppgiftsskyldighet till den utredande myndigheten, vilket innebär att dessa verksamheter på begäran av utredningsfunktionen ska lämna de uppgifter som behövs för utredningsmyndighetens utredningsverksamhet.

#### *Lex Maria- och lex Sarah-utredningar*

- Socialstyrelsen får i uppdrag att genomföra och följa upp kunskaps- och insatser avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök.
- En sekretessbrytande bestämmelse i form av uppgiftsskyldighet mellan hälso- och sjukvården, LSS-verksamhet<sup>3</sup> respektive socialtjänsten<sup>4</sup> införs.
- RMV får en underrättelseskyldighet att under vissa förutsättningar informera aktörer inom socialtjänst<sup>5</sup>, LSS-verksamhet och hälso- och sjukvården om inträffade suicid.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får i uppdrag att regelbundet göra aggregerade analyser av lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som avser suicid och suicidförsök. För att kunna göra aggregerade analyser på ett effektivt sätt behöver IVO utveckla

<sup>3</sup> Med LSS-verksamhet avses verksamhet som bedrivs enligt 9 § 2–10 enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, (LSS).

<sup>4</sup> Här avses även Statens institutionsstyrelse (SiS) och yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter, se 7 kap. 1 § och 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

<sup>5</sup> Här avses även SiS och yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter, se 7 kap. 1 § och 14 kap. 3 § SoL.

sin uppföljning, vilket de därför får ett tidsbegränsat uppdrag att göra.

- IVO får i uppdrag att genomföra en särskild tillsynsinsats som syftar till att bidra till ett förhöjt lärande efter suicid och suicidförsök inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

#### *Suicidpreventiva analyser i lokal samverkan*

- Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att, med stöd av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen, genomföra ett utvecklingsarbete för att stödja utvecklingen av suicidpreventiva analyser i lokal samverkan mellan kommunala, regionala och statliga aktörer.
- MSB får i uppdrag att ta fram ett vägledande stödmaterial i syfte att förtydliga hur suicidhändelser kan inkluderas i kommunens olycksförebyggande arbete enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor (LSO).

## **9.4 Vilka är berörda av utredningens förslag?**

När det gäller vilka som är berörda av förslagen vill utredningen inledningsvis betona att suicid, och att förebygga suicid, är en fråga för hela samhället. I den meningen berör utredningens förslag många. Ur ett konsekvensperspektiv berör förslagen i betänkandet framför allt vissa statliga myndigheter, regioner och kommuner samt enskilda näringsidkare och andra enskilda som bedriver näringsmässig verksamhet inom hälso- och sjukvård, verksamhet på uppdrag av socialnämnden eller LSS-verksamhet. I detta avsnitt beskriver vi kortfattat vilka aktörer som berörs och på vilket sätt. I avsnitt 9.5 beskriver vi de samhällsekonomiska konsekvenserna av förslagen, vilket inkluderar kostnader för staten, för regioner och för kommuner.

### 9.4.1 Staten

Utredningen lämnar förslag som ger direkta konsekvenser för vissa statliga myndigheter. Dessa redovisas nedan under respektive myndighet.

#### Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten föreslås få två nya uppdrag, varav ett är permanent och ett är tidsbegränsat.

Inrättandet av den nationella utredningsfunktionen är permanent och innebär att myndigheten kommer att behöva bygga upp en ny verksamhet, vilket bland annat inkluderar rekrytering, it-utveckling samt utveckling av rutiner och riktlinjer för verksamheten. Därefter kommer myndigheten löpande att bedriva utredande och analyserande arbete, samt arbeta med spridning av slutsatser och lärdomar.

Det tidsbegränsade uppdraget, att genomföra en satsning för att stimulera suicidpreventiva analyser i lokal samverkan, innebär att myndigheten behöver avsätta resurser för att utforma och genomföra stödinsatser samt hantera stimulansmedel under de fem år satsningen föreslås pågå. Folkhälsomyndigheten uppger att uppdraget på flera sätt skulle landa väl i befintliga arbetsstrukturer. Myndigheten har god erfarenhet av arbetsinsatser som liknar de som bör ingå i satsningen, såsom att ta fram och erbjuda utbildningar, sammanställa lärdomar och framgångsfaktorer, beskriva goda exempel, anordna konferenser, nätverksträffar samt att utlysa och fördela statsbidrag. Folkhälsomyndigheten har mindre erfarenhet av att arbeta direkt gentemot kommuner än gentemot regioner inom det suicidpreventiva området. Myndigheten uppger själv att den behöver lyssna in kommunernas behov och utmaningar för att kunna erbjuda relevant stöd som är anpassat efter kommunernas sammanhang och olika förutsättningar. För att lyckas fullt ut med uppdraget bedömer Folkhälsomyndigheten att det behövs en uppstartsperiod för att forma ett arbete som ger ett ändamålsenligt verksamhetsnära stöd.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Enligt uppgift från Folkhälsomyndigheten, 2024-06-24.

## Statliga förvaltningsmyndigheter

Förslagen som rör inrättandet av en nationell utredningsfunktion kommer innebära nya arbetsuppgifter för statliga förvaltningsmyndigheter som kommer i fråga för utredningar av suicid. Uppgiftsskyldigheten innebär att myndigheter och anställda på dessa myndigheter på begäran behöver lämna uppgifter till utredningsmyndigheten. Det kan dels handla om att identifiera och överlämna skriftlig dokumentation, exempelvis om enskilda personer eller verksamhetsstatistik. Dels kan det handla om att ställa personal till förfogande för intervjuer om sin verksamhet.

Vidare kommer statliga förvaltningsmyndigheter som berörs av en utredning eller vars ansvarsområde berörs av en utredning behöva ställa experter till förfogande om utredningsmyndigheten önskar det. Detta inkluderar statliga förvaltningsmyndigheter som bedriver tillsyn. Skyldigheten gäller dock inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern på grund av deras oberoende ställning.

Det är sannolikt att vissa myndigheter kommer att komma i fråga oftare än andra vad gäller uppgiftsskyldigheten. I och med att utredningsfunktionen föreslås arbeta tematiskt och ha en relativt stor frihet att välja tematik, är det svårt att på förhand peka ut vilka dessa myndigheter kommer att vara. Ett rimligt antagande är att myndigheter som i relativt hög utsträckning har kontakt med riskgrupper kommer att komma i fråga oftare. Det handlar exempelvis om Försäkringskassan och Kronofogdemyndigheten.

Det är också sannolikt att vissa myndigheter oftare än andra kommer att behöva ställa experter till förfogande. Det gäller exempelvis Socialstyrelsen (motivering längre ner) och Barnombudsmannen, mot bakgrund av att samtliga suicid bland barn föreslås utredas.

## Rättsmedicinalverket

RMV kommer, likt andra myndigheter (se ovan) att intervjuas som del av ett ärende, eller på begäran ställa experter till förfogande. RMV omfattas av den föreslagna uppgiftsskyldigheten till den nationella utredningsfunktionen och för RMV:s del innebär skyldigheten att RMV i princip alltid kommer behöva lämna uppgifter till den utredande myndigheten. Det handlar både om uppgifter när ett nytt tematiskt arbete ska inledas, för kartläggningar, förstudier och om

enskilda utredningar, samt att återkommande lämna uppgifter om barn som tagit sitt liv eftersom samtliga suicid bland barn föreslås utredas.

RMV föreslås även få en underrättelseskyldighet till verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom socialtjänsten eller som utför insatser på socialtjänstens uppdrag, Statens institutionsstyrelse (SiS), och LSS-verksamheter. Denna skyldighet innebär betydande tillkommande arbetsuppgifter för RMV. RMV kommer återkommande, om vissa förutsättningar föreligger, behöva lämna uppgifter till verksamheter som de upptäcker har haft kontakt med personer som avlidit i suicid.

Varken uppgiftsskyldigheten eller underrättelseskyldigheten skulle innebära att RMV får ett utökad utredningsuppdrag i sak. Skyldigheterna ska fullgöras inom ramen för den utredning läkaren gör utifrån sitt uppdrag att utreda dödsorsak och dödsorsätt.

## Socialstyrelsen

Förslaget om att inrätta en nationell utredningsfunktion vid Folkhälsomyndigheten innebär att Socialstyrelsen återkommande kommer behöva ställa experter till förfogande, mot bakgrund av myndighetens kunskap om suicid, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Förslaget om tillägg till Socialstyrelsens befintliga uppdrag att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök, innebär att arbete i form av framtagande, spridning och uppföljning av kunskapshöjande insatser ska genomföras under en begränsad tid. Utredningen bedömer att Socialstyrelsens befintliga uppdrag bör förlängas till och med år 2028, och att uppföljningen bör ske under det sista uppdragsåret.

Förslaget om en satsning för att stimulera suicidpreventiva analyser i lokal samverkan innebär att Socialstyrelsen kommer att behöva avsätta personalresurser under den femårsperiod Folkhälsomyndigheten genomför satsningen. Stödet till Folkhälsomyndigheten kommer vara begränsat till sin omfattning, och primärt handla om att bidra med kunskaper och erfarenheter som Folkhälsomyndigheten kan använda i utformningen och genomförandet av satsningen.

## Inspektionen för vård och omsorg

Uppdragen som föreslås till IVO utgörs av arbetsinsatser som myndigheten redan i dag har möjlighet att göra inom ramen för sitt instruktionsenliga uppdrag att svara för tillsyn, eller inom det befintliga uppdraget att i samverkan med Socialstyrelsen genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök. I praktiken skulle de föreslagna uppdragen dock innebära att genomföra arbete som inte görs i dagsläget, och därmed tillföra en ökad arbetsbelastning. Utredningens förslag att IVO ska genomföra en nationell tillsynsinsats och utveckla uppföljningen av data är tidsbegränsade uppdrag, på tre respektive ett år, medan uppdraget att regelbundet göra aggregerade analyser är återkommande över tid.

Förslagen vi lämnar i övrigt om bättre förutsättningar för lex Maria- och lex Sarah-anmälningar kommer troligtvis leda till en viss ökning av anmälningar som inkommer till IVO, och därmed viss ökad arbetsbelastning.

## Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

MSB föreslås få två tidsbegränsade uppdrag. Ett av förslagen innebär att under cirka ett års tid avsätta personalresurser för att antingen ta fram ett nytt eller vidareutveckla ett befintligt vägledningsmaterial, i enlighet med utredningens förslag.

Det andra förslaget innebär att MSB behöver avsätta personalresurser för att stödja Folkhälsomyndigheten i satsningen på att stimulera suicidpreventiva analyser i lokal samverkan under de fem år satsningen pågår. Likt för Socialstyrelsen bedömer vi att det handlar om en relativt begränsad arbetsinsats från MSB:s sida.

## Myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård eller social omsorg

Det finns, utöver kommunala myndigheter även statliga myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård eller tillhandahåller sociala omsorgsinsatser. SiS utför sitt huvuduppdrag på socialnämndens upp-

drag, utifrån insatser socialnämnden beslutat om. Försvarsmakten, Kriminalvården, SiS och RMV har också verksamhet som är hälso- och sjukvård där myndigheterna betraktas som vårdgivare. Sådan verksamhet kommer, förutom förslaget om uppgiftsskyldighet till den nationella utredningsfunktionen, även att omfattas av den uppgiftsskyldighet som föreslås mellan hälso- och sjukvården, LSS-verksamhet och bland annat socialtjänsten (se längre ner). Givet att suicid är en händelse som inträffar sällan för Försvarsmaktens, Kriminalvårdens, och RMV:s hälso- och sjukvårdsverksamhet samt för SiS, bedömer vi att uppgiftslämnande och uppgiftsinhämtning kommer att ske i begränsad omfattning.

Dessa myndigheter kommer även att beröras av förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet, i den mån RMV identifierar att personer som avlidit i suicid har haft kontakt med dessa verksamheter inom fyra veckor eller om det annars framstår som motiverat ur lärandesynpunkt. Vi bedömer att detta kommer att påverka myndigheterna i begränsad omfattning.

#### 9.4.2 Regioner

Två av utredningens förslag innebär nya uppgifter för regionerna. Förslaget om sekretessbrytande bestämmelser i form av uppgiftsskyldighet mellan hälso- och sjukvården, LSS-verksamhet och socialtjänsten innebär att vårdgivare i ökad utsträckning kommer behöva lämna uppgifter till andra vårdgivare respektive till bland annat socialtjänst som genomför lex Maria- eller lex Sarah-utredning. Vårdgivare kommer genom samma bestämmelser själva kunna begära att andra vårdgivare samt bland annat socialtjänst lämnar de uppgifter som behövs för en lex Maria-utredning. Bestämmelserna innebär en ny skyldighet för verksamheter inom hälso- och sjukvården. Dessa förbättrade möjligheter till kommunikation mellan hälso- och sjukvård, LSS-verksamhet och socialtjänst har efterfrågats av verksamhetsföreträdare för att få så bra förutsättningar som möjligt att öka sitt suicidpreventiva lärande.

Med anledning av förslaget om uppgiftsskyldighet till den nationella utredningsfunktionen kommer verksamheter inom hälso- och sjukvården och dess anställda på begäran behöva lämna de uppgifter som behövs för utredning av ett ärende. Detta gäller även regionägda



folkhögskolor och yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter som till exempel företag, föreningar och stiftelser som bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård. I och med att alla suicid inte kommer att utredas uppfattar vi att uppgiftslämnandet kommer att vara en händelse som inträffar sällan för varje enskild verksamhet.

Förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet innebär alltså inga nya skyldigheter för regionerna, men medför att den regionala hälso- och sjukvården sannolikt kommer att få kännedom om fler suicid bland personer som de har haft kontakt med. Det skulle i sin tur innebära att fler initiala utredningar kommer att vidtas för att ta ställning till om en lex Maria-utredning ska göras, och sannolikt till fler lex Maria-anmälningar. Förslaget om Socialstyrelsens kunskaps- höjande insatser kommer att bidra till ökad likvärdighet genom att det blir tydligare hur lex Maria-utredningar, och de olika bedömningar som ska göras i dem, är tillämpliga på suicid och suicidförsök. Utan adekvata kunskaphöjande insatser riskerar bedömningarna att även i fortsättningen bli ojämnta och ytliga och underrapporteringen av suicid och suicidförsök kommer sannolikt att kvarstå. Det är komplicerade bedömningar att göra givet att suicid vanligen är slutet på ett komplext samspel mellan flera olika variabler över tid. De kunskaphöjande insatserna kan få olika praktiska konsekvenser för olika verksamheter, beroende på hur bedömningarna görs i nuläget. I vissa verksamheter kan kunskapen leda till att ansvariga i ökad utsträckning än i dag kommer fram till att lex Maria-utredning ska göras, medan det i andra verksamheter får motsatt effekt. I vilket fall kan det leda till effektivare utredningar, genom minskad osäkerhet kring hur suicid kan utredas.

Den satsning på suicidpreventiva analyser i samverkan som utredningen föreslår, är frivillig för regionala verksamheter att delta i och innebär inte någon ny skyldighet för regionerna.

Sammantaget bedömer vi att förslagets effekter på det kommunala självstyret är begränsade och proportionerliga utifrån ändamålet med förslagen, och fördelarna med att skapa bättre förutsättningar för lärande av inträffade suicid och suicidförsök. Vi anser inte att de förslag som lämnas går längre än nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Vad gäller de sekretessbrytande bestämmelserna mellan hälso- och sjukvården, LSS-verksamhet och socialtjänsten har vi i denna bedömning beaktat att många verksamheter inom framför allt hälso-

och sjukvård men även i viss mån socialtjänst efterfrågat ökade möjligheter att dela kunskap. Utredningen har, som framgår av kapitel 8 övervägt men valt att inte gå fram med andra, för regionerna mer ingripande och administrativt betungande, alternativ för att öka läran- det efter suicid.

### 9.4.3 Kommuner

Kommunerna föreslås, i likhet med regionerna, få två nya skyldig- heter. De sekretessbrytande bestämmelserna i form av uppgiftsskyl- dighet mellan hälso- och sjukvården, LSS-verksamhet och socialtjän- sten innebär att LSS-verksamheter och socialtjänsten i ökad utsträck- ning på begäran kommer behöva lämna uppgifter till andra kommuners socialtjänster och andra verksamheter som utför lex Sarah-utredningar och som gäller suicid. LSS-verksamheter och socialtjänsten kommer också att på begäran bli skyldiga att lämna de uppgifter som är nöd- vändiga till en vårdgivare för en lex Maria-utredning som gäller suicid. LSS-verksamheter och socialtjänsten kommer genom samma bestäm- melser själva kunna begära att vårdgivare och andra kommuners social- tjänster och andra verksamheter som omfattas av lex Sarah-bestäm- melserna lämnar de uppgifter som behövs för en lex Sarah-utredning som gäller suicid.

Med anledning av förslaget om uppgiftsskyldighet till den nationella utredningsfunktionen kommer flera verksamheter inom kom- munen på begäran behöva lämna uppgifter till den utredande myndig- heten. Det gäller exempelvis skola, kommunal vuxenutbildning, social- tjänst, äldreomsorg och övriga verksamheter inom kommunen som arbetar med insatser, råd och stöd till enskilda. I och med att alla suicid inte kommer att utredas kommer uppgiftslämnandet vara en händelse som inträffar sällan för varje enskild verksamhet.

Som vi beskrivit i kapitel 6 har kommunerna bristande kännedom om huruvida personer de haft kontakt med avlidit i suicid. IVO har vidare dragit slutsatsen att det finns en generell underrapportering av missförhållanden enligt lex Sarah. En konsekvens av förslagen om RMV:s underrättelseskyldighet och Socialstyrelsens kunskaphöj- ande insatser borde därför vara att kommuner kommer att kunna ge- nomföra fler lex Sarah-utredningar. Dessa förslag kommer under- lätta för kommunerna att leva upp till ambitionerna i nuvarande

bestämmelser, och innebär alltså inte att kommunerna blir skyldiga att göra någonting som de inte redan har skyldighet att göra i dag.

Den satsning på suicidpreventiva analyser i samverkan som föreslås är frivillig för kommunala verksamheter att delta i och innebär inte någon ny skyldighet för kommunerna. Innehållet i den vägledning som MSB ska tillhandahålla innebär inget utökat uppdrag för kommuner, utan kommer endast att förtydliga vilka frivilliga möjligheter som finns att arbeta suicidpreventivt och samtidigt olycksförbyggande utifrån LSO, och förmedla exempel på hur detta kan göras.

Utredningen gör samma övergripande bedömning av effekterna på det kommunala självstyret för kommuner som för regioner (se 9.4.2). Det betyder att vi bedömer att förslagets effekter på den kommunala självstyrelsen är begränsade och proportionerliga utifrån ändamålet med förslagen och fördelarna med att skapa bättre förutsättningar för lärande av inträffade suicid och suicidförsök. Förslagen som lämnas anses inte gå längre än nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Precis som för regionerna har utredningen övervägt men valt att inte gå fram med andra, för kommunerna mer ingripande och administrativt betungande, alternativ för att öka lärandet efter suicid.

#### 9.4.4 Övriga som berörs

Förslagen påverkar förutom staten, regioner och kommuner även närstående, civilsamhället och företag. I detta avsnitt beskriver vi på vilket sätt och i vilken omfattning de påverkas. Förslagen får även konsekvenser för de avlidna, exempelvis vad gäller självbestämmande och personlig integritet. Detta har beskrivits i kapitel 8, och berörs även i den etiska analysen av våra förslag som redovisas i bilaga 2 till betänkandet.

#### Närstående

Närstående kommer att vara en viktig källa till information för den nationella utredningsfunktionen och ska enligt utredningens förslag som huvudregel höras vid utredningar. Det är dock frivilligt för närstående att lämna information. Antalet närstående som kontaktas med förfrågan om att lämna information kommer att variera stort

mellan ärenden och bero på omständigheterna i det aktuella fallet. I genomsnitt uppskattar utredningen att det skulle kunna handla om tre närstående per ärende. Uppskattningen baserar sig på antaganden om att det i vissa fall kommer att finnas flera närstående som har kompletterande information att ge som är av betydelse för utredningen, medan närstående i vissa fall, av olika skäl, inte kommer att vilja eller ha möjlighet att delta. Utredningen vill dock understryka att detta endast är en uppskattning för att bedöma storleken på den totala verksamheten och ska inte ses som normerande för hur många närstående som bör involveras i en suicidutredning. Det behöver avgöras från fall till fall. Den utredande myndigheten kommer inte att återkoppla resultat från enskilda utredningar till berörda verksamheter eller till närstående. Det innebär att närstående inte kommer att vara inblandade i någon återkoppling. Det får i sin tur till följd att suicidutredningarna inte kommer att ge närstående ökad klarhet i vad som inträffat i det enskilda fallet. Förslagen om bättre förutsättningar för lex Maria- och lex Sarah-utredningar kommer sannolikt att leda till fler, och förhoppningsvis bättre, utredningar inom hälso- och sjukvården, LSS-verksamheter och socialtjänsten. Det kan i förlängningen bidra till att fler närstående inkluderas i utredningar efter suicid, och på så vis får ökad klarhet i vad som hänt.

### **Företag som bedriver hälso- och sjukvård eller social omsorg**

Konsekvenser av utredningens förslag för regioner och kommuner som beskrivits ovan, gäller även för företag som omfattas av 7 kap. 1 § SoL respektive som utför insatser enligt 9 § 2–10 LSS och omfattas av lex Sarah-bestämmelserna<sup>7</sup>. Detsamma gäller enskild näringsidkare enligt 1 kap. 3 § PSL som bedriver hälso- och sjukvård och omfattas av lex Maria-bestämmelserna. Förslagen berör exempelvis företag som bedriver hälso- och sjukvård inklusive företagshälsovård, SoS Alarm, hem för vård eller boende (HVB-hem), hemtjänst och äldreboenden.

Dessa företag omfattas av de två uppgiftsskyldigheter som föreslås. De kommer också utgöra en målgrupp för Socialstyrelsens kunskapshöjande insatser och kommer ha möjlighet att ta del av IVO:s aggregerade analyser i lärandesyfte, om dessa två förslag genomförs.

---

<sup>7</sup> Se 14 kap. 3–7 §§ SoL respektive 24 b–g §§ LSS.

Den satsning på suicidpreventiva analyser i lokal samverkan som föreslås är frivillig att delta i. Företagen omfattas även av RMV:s föreslagna underrättelseskylldighet och kan därför komma att bli informerade om dödsorsaksintyg när suicid bedöms vara dödsorsaken. Privata utförare inom kommun och region samt övrig privat/enskild verksamhet har mellan år 2013–2022 tillsammans i genomsnitt lämnat 46 lex Maria-anmälningar som rör suicid till IVO per år.<sup>8</sup> I dessa siffror ingår även civilsamhällesorganisationer. Vi har inte motsvarande data för lex Sarah-anmälningar.

Underrättelseskylldigheten kommer, likt för kommuner och regioner, sannolikt föranleda att fler företag kommer göra lex Maria- och lex Sarah-utredningar. Det är dock svårt att bedöma hur stor ökningen kommer att bli. Uppgiftslämnandet till den nationella utredningsfunktionen kommer vara en händelse som inträffar sällan för en verksamhet och bedöms därför bli mycket begränsad till sin omfattning.

Förslaget om uppgiftsskyldighet mellan hälso- och sjukvården, LSS-verksamhet och socialtjänsten innebär, som tidigare redovisats, en ny skyldighet och därmed ökade möjligheter att dela information och på så vis öka sitt suicidpreventiva lärande. Utifrån ett enkelt sannolikhetsantagande bör företag som har relativt stor verksamhet, och därmed har kontakt med fler patienter, brukare eller liknande, beröras oftare av båda uppgiftsskyldigheterna. Det är svårt att bedöma hur frekvent företag kommer att behöva lämna uppgifter till andra verksamheter, men det bör för varje enskild verksamhet inte komma att utgöra en vanligt förekommande arbetsuppgift givet det relativt begränsade antalet lex Maria- och lex Sarah-utredningar som görs årligen.<sup>9</sup>

Utredningen bedömer att företagen inte behöver göra några förändringar i verksamheten för att uppfylla uppgiftsskyldigheterna. Det bör redan finnas vana vid arbetsuppgifterna och infrastruktur för detta då personuppgiftsbehandling och informationsutbyte med andra aktörer redan ingår i uppdragen företagen har. Förslagen gör ingen skillnad på offentliga och privata vårdgivare eller utförare. Vi uppfattar därför att förslagen inte medför någon påverkan på företagens konkurrensförhållanden.

Exakt hur många företag som kommer att beröras av förslagen är svårt att bedöma. Enligt uppgift från IVO:s vårdgivarregister finns

---

<sup>8</sup> Inkluderar inte suicidförsök.

<sup>9</sup> Under 2022 inkom knappt 170 lex Maria- och lex Sarah-anmälningar till IVO, från alla typer av verksamheter.

det totalt drygt 17 900 aktiva privata organisationer som driver drygt 27 000 verksamheter inom hälso- och sjukvård.<sup>10</sup> Vårdföretagen rapporterar på sin hemsida att det fanns 15 300 vård- och omsorgsföretag år 2022. De flesta företagen (93 procent) är små, med färre än 20 anställda. Endast 0,6 procent av företagen har fler än 250 anställda.<sup>11</sup> Enligt IVO:s omsorgsregister finns 1 442 organisationer som driver 2 270 verksamheter enligt 7 kap. 1 § SoL och 1 264 organisationer som bedriver totalt 2 480 verksamheter enligt 23 § LSS.<sup>12</sup> En förenklad beräkning visar att det i genomsnitt motsvarar cirka 1–2 verksamheter per företag. Eftersom de flesta företag har färre än 20 anställda, är det sannolikt att de flesta verksamheter har ett relativt litet antal patienter eller brukare. Det innebär att den tidsåtgång som uppgiftsskyldigheten innebär kommer att vara en händelse som inträffar sällan för majoriteten av företag.

Förutom uppgiftsskyldigheterna innebär förslagen inte några nya krav eller uppgifter för företag.

### **Aktörer som utför offentligt finansierad verksamhet**

Ideella föreningar, ekonomiska föreningar, kooperativ och stiftelser som utför offentligt finansierad hälso- och sjukvård, insatser enligt LSS samt socialtjänst och omfattas av lex Maria- och lex Sarah-bestämmelserna, bedöms påverkas på samma sätt som företag.

### **Företag som bedriver förskola, skola, fritidshem eller annan utbildningsverksamhet**

Företag som bedriver förskole- eller skolverksamhet eller fritidshem enligt 2 kap. 5 och 5 a §§ skollagen (2010:800) kommer – i de fall ett barn som tagit sitt liv varit barn på förskolan eller elever på skolan eller fritidshemmet – bli påverkade av den nationella utredningsmyndighetens föreslagna uppdrag eftersom sådana grundskolor, gymnasieskolor, förskolor och fritidshem omfattas av förslaget om uppgiftsskyldighet till utredningsmyndigheten. Det kan förutsättas att de i

---

<sup>10</sup> IVO, *Vårdgivarregistret*, hämtad 2024-08-22.

<sup>11</sup> Vårdföretagarna, *Privat vårdfakta*, hämtad 2024-08-22. I definitionen ”vård- och omsorgsföretag” ingår företag som bedriver hälso- och sjukvård, social omsorg och verksamhet enligt 23 § LSS.

<sup>12</sup> IVO, *Omsorgsregistret*, hämtad 2024-08-22.

princip alltid kommer att bli kontaktade av den nationella utredningsmyndigheten för en utredning. För en förskola, grundskola, gymnasieskola eller ett fritidshem kommer det dock vara en händelse som inträffar extremt sällan.

Även företag som bedriver annan utbildningsverksamhet omfattas av förslaget om uppgiftsskyldighet till utredningsmyndigheten. Exempelvis omfattas enskilda utbildningsanordnare som bedriver kommunal vuxenutbildning på entreprenad.

Utredningen kan inte slå fast exakt hur många företag som berörs av förslagen. Under 2021 fanns det sammanlagt 100 enskilda utbildningsanordnare som bedrev utbildning i komvux på entreprenad, av dessa var 87 anordnare aktiebolag, en anordnare en ekonomisk förening och en anordnare ett handels- eller kommanditbolag.<sup>13</sup> Hösten 2023 fanns det knappt 1 910 enskilda huvudmän som sammanlagt bedrev 2 710 förskolor. Cirka 80 procent av dessa förskolor drivs av aktiebolag eller ekonomiska föreningar.<sup>14</sup> I augusti 2024 fanns enligt Skolenhetsregistret 556 aktiebolag, handelsbolag, kommanditbolag eller ekonomiska föreningar som tillsammans drev 656 grundskoleenheter, 409 gymnasieskoleenheter, 45 enheter med anpassad grundskola och 28 enheter med anpassad gymnasieskola.<sup>15</sup> Företagen som bedriver grund- och gymnasieskola är i allmänhet små, men storleken varierar betydligt. Majoriteten av de enskilda huvudmännen, det vill säga företag och andra organisationer, (90 procent i grundskola och 80 procent i gymnasieskola) driver endast en skola och ansvarar för färre än 300 elever. Samtidigt är de fem största enskilda huvudmännen inom gymnasieskolan företag, och driver tillsammans 112 skolor.<sup>16</sup> De största företagen inom gymnasieskolan kommer sannolikt påverkas mest, men kan samtidigt antas ha större administrativ kapacitet att hantera uppgiftslämningar.

Förslaget om uppgiftsskyldighet till den nationella utredningsfunktionen gör inte skillnad på förskolor, skolor, fritidshem eller annan utbildningsverksamhet beroende på huvudmannaskap eller driftsform. Vi bedömer inte att förslagen kommer att ha några effekter av betydelse för berörda företags konkurrensförmåga eller villkor i övrigt. Andra enskilda huvudmän och enskilda utbildningsanordnare, såsom

---

<sup>13</sup> SOU 2024:28.

<sup>14</sup> Skolverket, *Barn och personal i förskola – Hösten 2023*, 2024.

<sup>15</sup> Skolverket, *Skolenhetsregistret*, hämtad 2024-08-15.

<sup>16</sup> Skolverket, *Enskilda huvudmän i grund- och gymnasieskolan*, 2024.

ideella föreningar och stiftelser, bedöms påverkas på samma sätt som företag.

## Civilsamhället

Förslagen har en mycket begränsad påverkan på aktörer i civilsamhället. I samband med den nationella utredningsfunktionens utredningar kan organisationer i civilsamhället bli kontaktade, antingen med förfrågan om att lämna information med koppling till en enskild utredning eller med förfrågan om att någon i organisationen deltar som sakkunnig i den samlade tematiska analysen. Detta är frivilligt och påverkar inte villkoren för civilsamhället. För att möjliggöra deltagande från företrädare för civilsamhället bör utredningsmyndigheten överväga att arvoda de experter som deltar från civilsamhällesorganisationer.

## 9.5 Samhällsekonomiska konsekvenser

I kapitel 8 har vi redogjort för de alternativ vi har övervägt och motiverat våra förslag. I detta avsnitt beskriver vi och värderar de samhällsekonomiska konsekvenserna, i form av kostnader och nyttor, som förslagen förväntas få. I den mån det är möjligt kvantifieras de uppskattade effekterna. Först redogör vi för kostnader, uppdelat på kostnader för staten, regionerna och kommunerna. Därefter beskriver och resonerar vi kring samhällsnyttorna med förslagen, och där det är möjligt försöker vi kvantifiera dessa.

### 9.5.1 Kostnader för staten

Förslagen innebär inte några intäkter för staten. Förslagen innebär dels att staten får tillfälligt ökade kostnader, bestående av investeringskostnader och tidsbegränsade uppdrag till myndigheter, under en femårsperiod med start 2025, dels innebär förslagen att staten får permanenta kostnadsökningar.

De tillfälligt ökade kostnaderna varierar under femårsperioden, från 43,8 miljoner kronor (2025) till 17 miljoner kronor (2029). Från 2027 och framåt innebär förslagen en permanent kostnadsökning på



38,7 miljoner kronor per år. Införandet av den nationella utredningsfunktionen innebär att staten, exklusive tillfälliga kostnader under en uppbyggnadsperiod, får en löpande kostnadsökning på 32,2 miljoner kronor per år.<sup>17</sup> Därtill tillkommer en löpande kostnadsökning på drygt 6,5 miljoner kronor per år för de övriga förslag som innebär permanenta uppgifter eller nya skyldigheter.

Förslagen innebär att statens arbete för att stärka det suicidpreventiva arbetet i samhället intensifieras. Utredningen bedömer att medel huvudsakligen bör tas från statens reformutrymme. Vi bedömer att vissa tillkommande uppgifter som är av mindre omfattning kan finansieras inom berörda myndigheters befintliga ramar.

## Kostnader för Folkhälsomyndigheten

Utredningen lämnar två förslag som innebär ökade kostnader för Folkhälsomyndigheten. Det ena är inrättandet av en nationell utredningsfunktion, det andra är genomförandet av en tidsbegränsad satsning för att stimulera suicidpreventiva analyser i lokal samverkan.

### *Kostnader kopplade till en nationell utredningsfunktion*

Kostnaderna för att inrätta, förvalta och utveckla en nationell utredningsfunktion utgörs i huvudsak av personalkostnader<sup>18</sup> samt utvecklings- och förvaltningskostnader för it-system. Utöver detta tillkommer övriga overheadkostnader, det vill säga arbetsplats, it, ekonomi- och personalledning samt ledning och stöd.

Folkhälsomyndigheten har i dagsläget inte tillgång till det it-stöd utredningsfunktionen skulle behöva. It-stödet behöver möjliggöra hantering av känsliga personuppgifter och möjliggöra tematisk analys. Ett motsvarande it-stöd, Djupstudieklienten, finns hos Trafikverket och används av de olycksutredare vid myndigheten som genomför djupstudier på dödsolyckor på väg.<sup>19</sup> Trafikverket har inte tagit fram

<sup>17</sup> Beloppet inkluderar kostnader för Folkhälsomyndigheten, RMV och en permanent ökning av det generella statsbidraget till kommuner och regioner till följd av den föreslagna uppgiftsskyldigheten till Folkhälsomyndigheten.

<sup>18</sup> Vilket förutom lön omfattar källskatt och arbetsgivaravgifter samt kostnader för exempelvis semester, tjänstepension och vissa förmåner.

<sup>19</sup> Av SOU 2014:24 framgår att Djupstudieklienten primärt fungerar som ett arbetsverktyg för olycksutredare avseende registrering av information i aktuellt ärende. Den fungerar också som verktyg för att generera rapportering och ger möjlighet att söka efter information om vägtrafikolyckor med dödlig utgång.

uppgifter om hur mycket Djupstudieklienten har kostat att utveckla, men uppger att de i stort sett aldrig har utvecklingsprojekt på befintliga it-system som kostar under 3 miljoner kronor, och att den typen av utvecklingsprojekt är mindre komplexa än att bygga ett nytt från grunden.<sup>20</sup> Folkhälsomyndigheten har uppgett att det är svårt att uppskatta kostnaden för att utveckla ett sådant it-verktyg då verksamheten är ny för myndigheten, men att en grov uppskattning baserad på erfarenheter från utvecklingen av andra system, är cirka 7 miljoner kronor.<sup>21</sup>

Utredningen bedömer att utredningsfunktionen bör ha kapacitet att genomföra djupgående utredningar av ett urval av suicid inom en viss tematik och samtliga fall av suicid bland barn. För att möjliggöra detta bör funktionen bestå av cirka 10 utredare, en administratör och en chef. Vi uppskattar att utredarna vid utredningsfunktionen då har förutsättningar att genomföra cirka 50 djupgående utredningar av suicid per år. Detta bygger på ett antagande att utredarna vid utredningsfunktionen lägger 50 procent av sin årsarbetstid ( $50\% * 1\,880\text{ h} * 10\text{ utredare} = 9\,400\text{ h}$ ) på utredningar och att en utredning tar cirka en månad effektiv arbetstid att genomföra ( $9\,400\text{ h}/50\text{ utredningar} = 188\text{ timmar per utredning}$ ).

Utredarna förväntas arbeta med flera utredningar parallellt. Resterande arbetstid förväntas användas till aggregerad analys av enskilda ärenden och rapportskrivning, samverkan med andra aktörer, att bistå med enklare sekretessprövning vid utlämning, att svara på frågor från allmänheten, andra myndigheter och företag samt administration, kommunikation och informationsspridning. En administratör på heltid bedöms kunna avlasta utredarna genom att bland annat administrera utlämningsärenden och mötesbokningar samt svara på frågor från allmänheten.

Utredarna förväntas samarbeta med övriga anställda inom Folkhälsomyndigheten, särskilt enheten för psykisk hälsa och suicidprevention. Antalet utredare möjliggör att utredningsfunktionen samlat besitter tillräcklig bredd av kompetens, samt har förutsättningar att genomföra tillräckligt många djupgående utredningar för att uppfylla funktionens syfte. Det är också en lagom storlek på en grupp för att samarbetet ska kunna fungera effektivt inom utredningsfunktionen. Om utredningstiden avgränsas i linje med vår beräkning

---

<sup>20</sup> Enligt uppgift från företrädare för Trafikverket, 2024-04-11.

<sup>21</sup> Enligt uppgift från Folkhälsomyndigheten, 2024-06-24.

bedömer vi att utredningsfunktionen kommer ha nödvändig kapacitet att genomföra informationsspridning och att föra dialog med relevanta aktörer.

Utredningen uppfattar nämligen att en central del av utredningsfunktionens arbete behöver vara att sprida viktiga lärdomar från arbetet till regioner, kommuner, statliga myndigheter och andra relevanta samhällsaktörer. Funktionen ska också ha möjlighet att genomföra informationskampanjer till specifika målgrupper, eller till den breda allmänheten, när det behövs. För att möjliggöra detta bedöms utredningsverksamheten ha behov av kommunikationsstöd från myndighetens kommunikationsavdelning. Uppskattningsvis omfattar kommunikationsstödet en årsarbetskraft.

Utredningsfunktionen förväntas behöva stöd av rättsfunktionen vid myndigheten. Stödet från rättsfunktionen förväntas vara relativt omfattande, då verksamheten kommer att hantera känsliga personuppgifter. Det juridiska stödet innefattar att praktiskt organisera arbetet för att sekretess ska upprätthållas internt, och hur uppgifterna och särskilt personuppgifter i övrigt ska hanteras för att uppnå krav på informationssäkerhet och andra skyddsåtgärder. Stödet innefattar också att bistå vid komplicerad sekretessprövning. Uppskattningsvis omfattar det stödet en årsarbetskraft för juridik.

Folkhälsomyndigheten uppskattar att förvaltningen av it-verktyget kräver motsvarande cirka tre årsarbetskrafter inom it-förvaltning, till en kostnad om 5,1 miljoner kronor per år. I denna uppskattning är inte kostnader för exempelvis licenser och certifikat som är knutna till it-verktyget inräknat. Som jämförelse uppger Trafikverket att förvaltningen av deras djupstudieklient kostar 2,5 miljoner kronor årligen. Skillnaden mellan Folkhälsomyndighetens uppskattning av den löpande kostnaden för it-förvaltning och Trafikverkets motsvarande kostnader speglar svårigheten att uppskatta denna kostnad då många faktorer som påverkar driftkostnaderna är okända innan it-stödet är utvecklat. I vår kostnadsberäkning har vi använt uppskattningarna från Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten har uppgett att en utredares personalkostnad är drygt 1 miljon kronor per år, en enhetschefs personalkostnad 1,3 miljoner kronor per år och en administratörs personalkostnad knappt 750 000 kronor per år.<sup>22</sup> Vi antar att juristen har samma personalkostnad som en enhetschef och att kommunikatören har samma

---

<sup>22</sup> Enligt uppgift från Folkhälsomyndigheten, 2024-06-24.

personalkostnad som utredare på drygt 1 miljon kronor. Totalt beräknas personalkostnaderna vara 19,6 miljoner kronor per år (varav 12,2 miljoner kronor för utredningsfunktionen, 2,3 miljoner för stödfunktioner avseende juridik och kommunikation samt 5,1 miljoner för it-förvaltningsresurser).

Folkhälsomyndigheten uppger att de har OH-kostnader per anställd motsvarande 50 procent av lönekostnaden, vilket är i linje med andra förvaltningsmyndigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn.<sup>23</sup> I kostnadsberäkningen inkluderar vi OH-kostnader för både utredningsfunktionen, stödfunktionerna och it-förvaltningsresurserna. Sammantaget uppskattas OH-kostnaderna till 9,8 miljoner kronor per år (varav 6,1 miljoner kronor för utredningsfunktionen, 1,25 miljoner för stödfunktioner och 2,25 miljoner för it-förvaltning).

Utredningsfunktionen förväntas även ha övriga verksamhetskostnader för att uppfylla sitt uppdrag, bland annat för handledning, utbildning, resor, material och utrustning för informationsspridning. Dessa kostnader uppskattar utredningen till 1 miljon kronor per år.

Uppbyggnaden av ett it-verktyg beräknas ta 12–15 månader. I inledningen av samma tidsperiod kan rekrytering av ny personal äga rum. Denna personal kommer att få i uppgift att utforma den nya verksamheten. Detta innebär att både rekryteringsprocessen och arbetet med att skapa och utveckla den nya verksamheten i stort kan ske parallellt med uppbyggnaden av ett it-verktyg.

I beräkningen av hur kostnader fördelar sig över år har vi utgått ifrån att utredningsfunktionen kan börja inrättas under hösten 2025. Under det första halvåret antar vi att hälften av utredningsfunktionens personal kan anställas. Budgeten bör dock vara något högre för att möjliggöra rekrytering, framtagande av kommunikationsmaterial, speciella informationsinsatser till följd av inrättandet av utredningsfunktionen och ikraftträdandet av uppgiftsskyldigheten till denna, initiala utredningar av verksamhetens behov med mera. Dessa tillfälliga kostnader uppskattas vara 3 miljoner kronor under uppstartsåret. Folkhälsomyndigheten bedömer att det kan ta cirka 15–21 månader från uppstart till full operationell verksamhet.

De initiala kostnaderna för 2025 och till och med sista maj 2026 bör finansieras genom en tillfällig anslagsökning av anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri inom utgiftsområde 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg. Den löpande finansieringen, det vill säga från och med

---

<sup>23</sup> Enligt uppgift från Folkhälsomyndigheten, 2024-08-09.

den 1 juni 2026, bör ske genom en permanent anslagsökning avseende Folkhälsomyndighetens förvaltningsanslag.

De sammanlagda kostnaderna för Folkhälsomyndigheten uppskattas vara 21,7 miljoner under första året, 33,9 miljoner under andra året och därefter 30,4 miljoner kronor per år. Kostnaderna finns sammanställda i Tabell 9.1.

**Tabell 9.1 Folkhälsomyndighetens kostnader för den nationella utredningsfunktionen, miljoner kronor**

Kostnadspost	År 1	År 2	År 3 och framåt
Personalkostnader, totalt	9,8	19,6	19,6
– varav utredare, administratör och chef	6,1	12,2	12,2
– varav juridik och kommunikation	1,15	2,3	2,3
– varav it-förvaltning	2,55	5,1	5,1
Overheadkostnader	4,9	9,8	9,8
Övriga verksamhetskostnader	0,5	1	1
Uppstartskostnader	3	0	0
Utvecklingskostnader it-system	3,5	3,5	0
<b>Summa</b>	<b>21,7</b>	<b>33,9</b>	<b>30,4</b>

### *Kostnader kopplade till att stimulera lokala suicidpreventiva analyser*

Folkhälsomyndighetens tidsbegränsade satsning på att stimulera suicidpreventiva analyser i lokal samverkan bör finansieras med 17 miljoner kronor per år under en femårsperiod genom en tillfällig anslagsökning av anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri inom utgiftsområde 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg, med start år 2025. Av dessa medel beräknas 5 miljoner utlysas i statsbidrag till de lokala utvecklingsarbetena och 12 miljoner täcka kostnader förknippade med organisering och genomförande av satsningen, såsom löner, kommunikationsinsatser och OH-kostnader. Personalkostnaderna beräknas uppgå till cirka 6,8 miljoner, baserat på en projektgrupp bestående av en projektledare med en lön på cirka 1,1 miljoner kronor, fyra utredare med en lön på cirka 1 miljon kronor, en administratör med en lön på cirka 750 000 kronor samt en kommunikatör med en lön på 950 000 kronor. Övriga kostnader beräknas uppgå till drygt 5 miljoner kronor och består av kostnader för resor och logi (160 000 kronor), kommu-

nikationsinsatser (1,5 miljoner kronor) och OH-kostnader (3,4 miljoner kronor).<sup>24</sup>

### *Summering av kostnader*

Utredningens förslag innebär sammantaget att Folkhälsomyndigheten får tillfälligt ökade kostnader på 38,7 miljoner kronor 2025, 50,9 miljoner 2026, 17 miljoner mellan 2027–2029 samt en löpande kostnadsökning med 30,4 miljoner kronor per från år från och med 2027.

### **Kostnader för Rättsmedicinalverket**

Utredningen lämnar två förslag som innebär ökade kostnader för RMV. Dels förslaget om uppgiftsskyldigheten till den nationella utredningsfunktionen, dels förslaget om underrättelseskyldighet att under vissa förutsättningar informera aktörer inom socialtjänst, LSS-verksamhet och hälso- och sjukvården om inträffade suicid.

### *Kostnader kopplade till uppgiftsskyldigheten*

Förslaget om uppgiftsskyldigheten till den nationella utredningsfunktionen innebär att en medarbetare, enligt uppgift från RMV lämpligtvis en statistiker, regelbundet tar ut uppgifter från ett eller flera av myndighetens ärendehanteringssystem och sänder till utsedd kontaktpunkt vid den nationella utredningsfunktionen. RMV överför i dag uppgifter angående dödsätt och dödsorsak som hämtas från myndighetens ärendehanteringssystem till bland annat MSB, Socialstyrelsen och Transportstyrelsen. RMV skulle behöva införa ett rapporteringssystem mellan RMV och den utredande myndigheten. Utöver det behöver arbetsinstruktioner tas fram och kompetensutveckling av berörd personal genomföras. Införandet av ett rapporteringssystem är förenat med kostnader som enligt RMV är svåra att bedöma då val av system avgör kostnaden. Även kostnaderna för uttag och bearbetning är svåra att bedöma då val av uppgifter avgör behov av åtgärder och därmed kostnaden. Olika uppgifter kräver olika stora

---

<sup>24</sup> Uppskattning av personalkostnader och övriga kostnader baserar sig på uppgifter från Folkhälsomyndigheten, 2024-06-24.

anpassningar i ärendehanteringssystemen och tid för bearbetning efter uttag.<sup>25</sup>

En grov uppskattning av investeringskostnaden för rapporteringssystemet är 3 miljoner kronor, och övriga investeringskostnader (arbetsinstruktioner och kompetensutveckling) 0,2 miljoner kronor. En grov kostnadsuppskattning av arbetskostnaden för uttag är 1 miljon kronor per år, baserat på ett antagande att en statistiker arbetar med denna uppgift motsvarande en halv årsarbetskraft.<sup>26</sup>

### *Kostnader kopplade till underrättelseskyldigheten*

Förslaget om underrättelseskyldighet innebär betydande tillkommande arbetsuppgifter för RMV. År 2023 uppgick antalet avlidna där dödsättet bedömdes vara suicid till 1 328. Av dessa bedömer RMV att en majoritet har haft någon form av kontakt med hälso- och sjukvården, socialtjänsten med flera. RMV grundar antagandet i att en stor andel av de avlidna som genomgår en rättsmedicinsk obduktion har receptbelagda läkemedel i blodet, vilket i flera fall tyder på att personen har haft kontakt med hälso- och sjukvården.<sup>27</sup>

Underrättelseskyldigheten skulle innebära att ett fåtal rättsmedicinska utredare vid avdelningen skulle arbeta med att underrätta berörda verksamheter. Omfattningen på arbetet styrs av antalet verksamheter som ska underrättas och på vilket sätt underrättelsen ska ske. Oavsett bedöms uppgiften bli betydande då antalet vårdgivare i regionerna och antalet verksamheter som utför insatser som socialtjänsten beslutat om i kommunerna är många. Ett stort arbete ligger i att bestämma och upparbeta kontaktvägar. RMV bedömer att de behöver anställa två nya rättsmedicinska utredare och utöka verksamheten med en administratör motsvarande 0,5 årsarbetskraft. Sjuksköterskor utgör rekryteringsbasen till utredartjänsterna och två utredare motsvarar enligt RMV 2,09 miljoner kronor per år inklusive lönekostnadspålägg. Kostnaden för en administratör uppskattas uppgå till 0,37 miljoner kronor per år. Årlig kostnad för att förvalta och bedriva verksamhet inom ramen för underrättelseskyldigheten uppskattas till 0,37 miljoner kronor per år. RMV:s uppskattning av driftkostnaderna för underrättelseskyldigheten baserar sig på digital kontakt

---

<sup>25</sup> Enligt uppgift från RMV, 2024-06-20.

<sup>26</sup> Dessa kostnadsuppskattningar är gjorda av utredningen.

<sup>27</sup> Enligt uppgift från RMV, 2024-06-20.

i form av e-post, post och telefon med verksamheter för underrättelse. RMV är inte anslutna till SDK (säker digital kommunikation) men har under 2024 påbörjat ett projekt om ett införande som förvänts vara klart för överlämning 2025. Anslutning till SDK skulle enligt RMV få marginell betydelse för effektiviteten.<sup>28</sup>

RMV bedöms också få ökade kostnader för sekretessprövning. Under 2023 genomförde RMV:s avdelning för rättsmedicin 6 000 dödsfallsärenden, och hanterade under samma år cirka 3 500 ärenden gällande begäran av allmän handling, varav merparten kopplade till dödsfallsärenden. Det finns skäl att tro att ett flertal verksamheter som får information av RMV om att en person de har haft kontakt med har avlidit i suicid, kommer att vilja begära ut mer information. RMV bedömer att tidsåtgången för sekretessprövning kommer kunna rymmas inom den föreslagna ökade bemanningen av utredare (se ovan) i kombination med ett AI-verktyg för att kunna maska uppgifter efter behov.

Investeringskostnaderna styrs i hög grad av hur underrättelserna ska göras, och kostnaderna är därför svåra för både utredningen och RMV att bedöma. Digital överföring genom ett gemensamt inrapporteringsystem är att föredra, men förmodligen förenat med höga initiala kostnader som med tiden kan minska och bidra till en hög effektivitet i arbetet. Den stora osäkerheten medför att utredningen inte gör en kostnadsuppskattning för denna del och inte inkluderar utveckling av digital överföring i kostnadsberäkningarna. Övriga investeringskostnader, för att utarbeta nya processer, implementering, rekrytering samt utbildningskostnader uppskattas till 1 miljon kronor.

Om RMV på sikt skulle få möjlighet att ansluta sig till tjänsten Nationell patientöversikt (NPÖ), som erbjuder sammanhållen journalföring, skulle det öka träffsäkerheten i att identifiera personer som ska omfattas av uppgiftsskyldigheten och underrättelseskyldigheten. Det skulle öka effektiviteten i arbetet och minska antalet resurser för att uppfylla de båda skyldigheterna. Tillgång till NPÖ skulle enligt RMV innebära en avsevärd effektivisering av arbetet.

---

<sup>28</sup> Enligt uppgift från RMV, 2024-06-20.



### Summering av kostnader

Utredningens förslag innebär sammantaget att RMV får tillfälligt ökade kostnader på 2,6 miljoner kronor 2025 och 1,6 miljoner kronor 2026. Investeringskostnaderna bör finansieras genom en tillfällig överföring till RMV:s förvaltningsanslag. Till följd av uppgiftsskyldigheten och underrättelseskyldigheten får RMV en löpande kostnadsökning som uppgår till 3,3 miljoner kronor år 2026<sup>29</sup> och 3,83 miljoner kronor per år från och med 2027. RMV:s förvaltningsanslag bör därför öka med motsvarande belopp.

**Tabell 9.2 Rättsmedicinalverkets kostnader för uppgiftsskyldigheten och underrättelseskyldigheten, miljoner kronor**

	År 1	År 2	År 3 och framåt
<b>Uppgiftsskyldigheten, totalt</b>	<b>1,6</b>	<b>2,1</b>	<b>1</b>
Investeringskostnader	1,6	1,6	0
Löpande kostnader (uttag)	0	0,5	1
<b>Underrättelseskyldigheten, totalt</b>	<b>1</b>	<b>2,83</b>	<b>2,83</b>
Investeringskostnader	1	0	0
Personalkostnader, totalt	0	2,46	2,46
– varav utredare	0	2,09	2,09
– varav administratör	0	0,37	0,37
Löpande kostnad	0	0,37	0,37
<b>Summa</b>	<b>2,6</b>	<b>4,93</b>	<b>3,83</b>

### Kostnader för Socialstyrelsen

Förslaget om att förstärka och förlänga Socialstyrelsens uppdrag S2022/03299<sup>30</sup> bedömer vi kommer att kosta 2,5 miljoner kronor per år under 2025–2027 och 0,8 miljoner kronor år 2028. Detta tidsbegränsade uppdrag bör finansieras genom en tillfällig anslagsökning av anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri inom utgiftsområde 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg. Kostnaderna är framför allt hänförliga till behov av att utöka personalresurser för uppdragets genomför-

<sup>29</sup> Beräknat utifrån att uppgiftsskyldigheten träder i kraft 1 juni 2026.

<sup>30</sup> Uppdrag att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök.

ande. Kostnaden 2028 består i att genomföra en uppföljning av de kunskapshöjande insatserna.

Socialstyrelsen förväntas i större utsträckning än andra behöva ställa experter till förfogande för den nationella utredningsfunktionen. Utredningen bedömer att det ändå kommer att handla om avgränsade punktinsatser och att de kostnader som följer ryms inom myndighetens befintliga ramar.

Arbetet med att stödja Folkhälsomyndighetens tidsbegränsade satsning bedömer vi ryms i myndighetens uppdrag att samverka enligt 6 § myndighetsförordningen (2007:515) och att de kostnader som följer ryms inom befintliga ramar.

### Kostnader för Inspektionen för vård och omsorg

Förslaget om att IVO regelbundet ska göra aggregerade analyser av de lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som inkommer till myndigheten och som avser suicid och suicidförsök är en uppgift som återkommer över tid. Vi uppskattar att IVO:s förvaltningsanslag behöver öka med 2 miljoner kronor per år efter att det tidsbegränsade utvecklingsuppdraget är genomfört (se nedan). Beloppet täcker framför allt kostnader för personella resurser, samt utbildningsbehov, mindre systemutveckling och liknande. Beloppet motsvarar lönekostnad och OH-kostnad för 1,3 genomsnittliga utredare i staten (se beräkning av Folkhälsomyndighetens kostnader ovan).<sup>31</sup>

För att kunna göra aggregerade analyser på ett effektivt sätt behöver IVO utveckla sin uppföljning av ärenden som rör suicid och suicidförsök. Det tidsbegränsade uppdraget på ett år att utveckla uppföljningen av de data som avser suicid och suicidförsök från lex Sarah-anmälningar, samt göra en översyn av om det också finns sådana utvecklingsbehov vad gäller uppföljningen av data från lex Maria-anmälningar och enskildas klagomål, uppskattar vi kommer att kosta 4 miljoner kronor. Beloppet täcker kostnader för genomförande av förstudie/behovsinventering, systemutveckling och personella resurser.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Antaganden och uppskattningar är gjorda av utredningen. IVO har inkommit med en annan uppskattning av de löpande kostnaderna. Utredningen har inte kunnat ta ställning till IVO:s kostnadsuppskattning då myndigheten inte inkommit med en beskrivning av vad uppskattningen baserar sig på.

<sup>32</sup> Antaganden och uppskattningar är gjorda av utredningen. IVO har inkommit med en annan kostnadsuppskattning, och uppfattar att utvecklingsuppdraget bör pågå i tre år. Utredningen har inte kunnat ta ställning till IVO:s kostnadsuppskattning då myndigheten inte inkommit med en beskrivning av vad uppskattningen baserar sig på.

IVO uppskattar kostnaden för uppdraget att genomföra en särskild tillsynsinsats och återkoppla resultaten till verksamheterna till cirka 10 miljoner kronor per år under en treårsperiod. Dessa två tidsbegränsade uppdrag bör finansieras genom en tillfällig anslagsökning av anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri inom utgiftsområde 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg.<sup>33</sup>

### **Kostnader för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap**

Utredningen uppskattar att förslaget om det tidsbegränsade uppdraget till MSB att ta fram ett befintligt vägledningsmaterial innebär en tillfällig kostnadsökning för myndigheten på cirka 1,2 miljoner kronor. Uppskattningen baserar sig på ett antagande om att arbetsinsatsen motsvarar 0,5 heltidstjänst för en tjänsteperson under en ettårsperiod, samt materialkostnader för vägledningen. Kostnadsökningen bör finansieras genom en tillfällig anslagsökning av anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri inom utgiftsområde 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg.<sup>34</sup>

Arbetet med att stödja Folkhälsomyndighetens tidsbegränsade satsning bedömer vi ryms i myndighetens uppdrag att samverka enligt 6 § myndighetsförordningen och att de kostnader som följer ryms inom befintliga ramar.

### **Kostnader för statliga myndigheter**

Statliga myndigheter, inklusive de som nämnts ovan, ska på förfrågan lämna uppgifter till den nationella utredningsfunktionen, samt ställa experter till förfogande. Kostnaderna förknippade med att ställa expertis till förfogande och att lämna uppgifter kommer att vara hänförlig till olika myndigheter och variera mellan år. Exempelvis kan en tematik om suicid och ekonomisk utsatthet ställa krav på Försäkringskassan, Kronofogdemyndigheten och Spelinspektionen att bistå med uppgifter och expertis under en viss tidsperiod, medan en tematik om suicid och arbetsmiljö kan behöva expertis från Arbetsmiljöverket eller Arbetsförmedlingen.

---

<sup>33</sup> Enligt uppgift från IVO, 2024-06-26.

<sup>34</sup> Uppskattningar gjorda av utredningen.

Utredningens bedömning är att expertstödet kan variera mellan 20 arbetstimmar upp till 8 arbetstimmar per år för en myndighet som är aktuell. Arbetet kan med andra ord vara mer omfattande när deltagande väl behövs, men kommer för de allra flesta myndigheter ske sällan. Utredningens bedömning är därför att de kostnader som följer av deltagandet kan rymmas inom myndigheternas befintliga ramar.

Utredningen bedömer att uppgiftslämnandet till den nationella utredningsfunktionen kommer att variera med motsvarande omfattning. Även kostnaderna förknippade med arbetsinsatser för att lämna uppgifter och annan information, skriftligt och muntligt, bedöms rymmas inom myndigheternas befintliga ramar.

Vi bedömer vidare att det arbete som kommer att tillkomma myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård eller social omsorg till följd av förslaget om uppgiftsskyldighet i form av sekretessbrytande bestämmelser mellan hälso- och sjukvård, LSS-verksamhet och socialtjänst är av så begränsad omfattning att det ska rymmas inom myndigheternas befintliga ramar.

## Överblick över kostnader för staten

I tabellerna nedan framgår hur statens budget påverkas år för år vid genomförandet av förslagen. År 1 motsvarar, utifrån vårt förslag om ikraftträdande (se kapitel 12), år 2025. Vi bedömer att regeringen kan ge de tidsbegränsade uppdragen till Folkhälsomyndigheten, MSB, IVO och Socialstyrelsen med start år 2025, då de inte förutsätter riksdagsbeslut. Observera att för år 1–5 är kostnaden för tidsbegränsade och permanenta uppdrag sammanräknade. Förutsatt att riksdagen fattar beslut om inrättande av den nationella utredningsfunktionen under hösten 2025 bedömer vi att Folkhälsomyndigheten bör tilldelas medel med start samma år för att förbereda inrättandet av den nya funktionen.

Tabell 9.3 Ekonomiska konsekvenser för staten, miljoner kronor

Förslag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Därefter /år
Nationell utredningsfunktion, totalt	23,3*	36,4*	32,2	32,2	32,2	32,2
– varav kostnader FOHM	21,7*	33,9*	30,4	30,4	30,4	30,4
– varav uppgiftsskyldighet kommuner och regioner	0	0,4	0,8	0,8	0,8	0,8
– varav uppgiftsskyldighet RMV	1,6*	2,1*	1	1	1	1
RMV underrättelseskyldighet	1*	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Sekretessbrytande bestämmelser lex Maria/lex Sarah	0	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
SoS kunskapshöjande insatser	2,5*	2,5*	2,5*	0,8*	0	0
IVO analyser	4*	2	2	2	2	2
– varav utveckling av uppföljning	4*	0	0	0	0	0
– varav löpande aggregerade analyser	0	2	2	2	2	2
IVO tillsynsinsats	10*	10*	10*	0	0	0
Satsning lokala analyser	18,2*	17*	17*	17*	17*	0
– varav FOHM satsning	17*	17*	17*	17*	17*	0
– varav MSB vägledning	1,2*	0	0	0	0	0
<b>Summa</b>	<b>59</b>	<b>72,4</b>	<b>68,2</b>	<b>56,5</b>	<b>55,7</b>	<b>38,7</b>

Anm.: kostnaden för uppgiftsskyldighet till kommuner och regioner samt de sekretessbrytande bestämmelserna utgörs av en permanent ökning av generella statsbidrag till kommuner och regioner. I beräkningen av de sekretessbrytande bestämmelserna har vi utgått från scenariot att förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet genomförs.

Belopp markerade med \* utgörs helt eller delvis av tillfälliga kostnader.

Tabellen nedan visar statens kostnader per myndighet för de förslag som går att hänföra till en specifik myndighet. Vi utgår även här från att år 2025 utgör år 1.

**Tabell 9.4 Kostnader per myndighet, miljoner kronor**

Myndighet	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Därefter/år
FOHM	38,7	50,9	47,4	47,4	47,4	30,4
– varav nationell utredningsfunktion	21,7	33,9	30,4	30,4	30,4	30,4
– varav satsning lokala analyser	17	17	17	17	17	0
MSB	1,2	0	0	0	0	0
IVO	14	12	12	2	2	2
– varav analyser	4	2	2	2	2	2
– varav tillsynsinsats	10	10	10	0	0	0
RMV	2,6	4,9	3,8	3,8	3,8	3,8
– varav uppgiftsskyldighet	1,6	2,1	1	1	1	1
– varav underrättelse-skyldighet	1	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
SoS	2,5	2,5	2,5	0,8	0	0
<b>Summa</b>	<b>59,0</b>	<b>70,3</b>	<b>65,7</b>	<b>54,0</b>	<b>53,2</b>	<b>36,2</b>

Anm.: kostnaderna inkluderar både tillfälliga och permanenta kostnader.

### 9.5.2 Kostnader för regioner

Utredningens förslag om uppgiftsskyldighet till den nationella utredningsmyndigheten och förslag om uppgiftsskyldighet i form av sekretessbrytande bestämmelser mellan hälso- och sjukvård, LSS-verksamhet och socialtjänst skulle innebära vissa kostnadsökningar för regionerna.

#### Kostnader för uppgiftslämnande till den nationella utredningsmyndigheten

Vi bedömer att regionernas kostnader för uppgiftslämnandet till den nationella utredningsmyndigheten skulle bli låga. Vi uppskattar att maximalt 50 ärenden per år kommer att utredas, vilket utgör mindre än 5 procent av de suicid som inträffar årligen. Även om vi utgår från att samtliga ärenden alltid skulle innebära uppgiftslämnande från någon

eller några hälso- och sjukvårdsverksamheter, kommer det att vara en arbetsuppgift som inträffar sällan för en enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet. I det följande gör vi ett räkneexempel.

Vi antar att uppgiftslämnande avseende en person, för en hälso- och sjukvårdsverksamhet, uppgår till fyra arbetstimmar. Arbetet förväntas fördelas mellan en läkare (2,5 timmar) samt en administratör (1,5 timmar). Vi utgår då från att arbetsinsatsen liknar den som hälso- och sjukvården gör när de gör en initial bedömning som sedan ligger till grund för om det ska göras en lex Maria-utredning. Utredningen har fått uppgifter från tre regioner om tidsåtgången för detta. Vi antar vidare att en person i genomsnitt har haft kontakt med fyra olika hälso- och sjukvårdsverksamheter som är av intresse för utredningens genomförande. Det rör sig då totalt om 800 timmars arbete totalt sett. Det motsvarar uppskattningsvis 0,54 miljoner kronor per år.<sup>35</sup>

### Kostnader kopplade till de sekretessbrytande bestämmelserna

Hälso- och sjukvårdsverksamheter i regionerna kommer behöva lämna ut uppgifter med anledning av de nya sekretessbrytande bestämmelserna när vårdgivare, LSS-verksamhet eller socialtjänstverksamheter begär det. Det är svårt att bedöma i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdsverksamheter, LSS-verksamheter och socialtjänstverksamheter kommer att använda sig av de sekretessbrytande bestämmelserna för att begära in uppgifter från andra verksamheter, och därmed vilken kostnad den nya skyldigheten kommer att medföra. Utifrån de lex Maria- och lex Sarah-ärenden som registrerats hos IVO går det att göra följande antaganden.

År 2021 respektive 2022<sup>36</sup> gjordes knappt 150 lex Maria-anmälningar till IVO som avsåg suicid eller suicidförsök. Om vi antar att vårdgivare i 80 procent av ärendena bedömer att det är aktuellt att begära in uppgifter från två hälso- och sjukvårdsverksamheter och att detta nyttjas fullt ut, innebär det att 240 hälso- och sjukvårdsverksamheter årligen behöver lämna uppgifter. Vi gör här samma uppskattning om tidsåtgång som för att lämna uppgifter till den nationella utred-

<sup>35</sup> Uppskattningen är beräknad på genomsnittliga månadslöner år 2023 för läkare (92 200 kronor) och för medicinska sekreterare, vårdadministratörer m.fl. (30 200 kronor), 160 timmar arbetstid per månad och att sociala avgifter och pensionskostnader är 56 procent tillägg till lönen. Kostnaden för arbetsgivaren för lön, sociala avgifter med mera blir cirka 900 kronor för läkare respektive cirka 300 kronor per timma för administrativ personal.

<sup>36</sup> De två senaste helåren vi har data för.

ningsmyndigheten (se ovan), det vill säga fyra timmar. Det innebär att de sekretessbrytande bestämmelserna medför en tidsåtgång om 960 arbetstimmar, eller cirka 0,65 miljoner kronor för regionerna samlat.

År 2022 gjordes 22 lex Sarah-anmälningar till IVO som rörde suicid eller suicidförsök. Utifrån ett antagande om att LSS- och socialtjänstverksamheter i 100 procent av ärendena bedömer att det är aktuellt att begära in uppgifter från två regionala hälso- och sjukvårdsverksamheter och att detta nyttjas fullt ut, innebär det att 44 verksamheter per år skulle behöva lämna uppgifter. Utifrån samma antagande om arbetsinsats per uppgiftslämnande som ovan, innebär det en tidsåtgång på 176 arbetstimmar för regionerna samlat. Det motsvarar kostnader om uppskattningsvis 0,12 miljoner kronor per år.

RMV:s underrättelseskyldighet till hälso- och sjukvårdsaktörer om inträffade suicid innebär inte någon ny skyldighet för regionerna. RMV:s föreslagna underrättelseskyldighet bör leda till att verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, genomför insatser enligt LSS och inom socialtjänsten kommer få kännedom om fler suicid bland personer de har haft kontakt med. Det är svårt att på förhand uppskatta i vilken utsträckning verksamheter med anledning av detta skulle få information om suicid de inte redan har fått kännedom om på andra sätt.

Utifrån ett antagande om att antalet lex Maria-anmälningar kommer att öka med 20 procent som en indirekt följd av RMV:s underrättelseskyldighet, skulle antalet anmälningar efter att denna skyldighet införts komma att uppgå till cirka 180 per år. Under samma antaganden som ovan skulle det innebära att 288 hälso- och sjukvårdsverksamheter årligen behöver lämna uppgifter. Detta bedömer vi är en väl tilltagen beräkning, som innebär en kostnad som motsvarar 1 152 arbetstimmar för regionerna samlat. Det motsvarar kostnader om uppskattningsvis 0,77 miljoner kronor per år.

Vad gäller kännedomen om suicid bland kommunala verksamheter som skulle beröras av RMV:s underrättelseskyldighet, talar uppgifter från IVO och vår kartläggning bland kommuner för att kännedomen i dag är begränsad. Att kommunala verksamheter som omfattas av lex Sarah-bestämmelserna ofta kommer i kontakt med personer som tillhör statistiska riskgrupper för suicid talar för att en procentuellt sett stor ökning skulle kunna ske. Samtidigt kommer RMV förmodligen inte kunna identifiera alla ärenden där personer varit i kontakt



med kommunala verksamheter, utan enbart vissa ärenden. Utifrån ett antagande om att antalet lex Sarah-anmälningar kommer att öka med 400 procent till följd av RMV:s underrättelseskyldighet, skulle antalet lex Sarah-anmälningar uppgå till cirka 90 per år. Utifrån samma antagande om antalet verksamheter som berörs och arbetsinsats per uppgiftslämnande som ovan, skulle det innebära en tidsåtgång på 720 arbetstimmar för regionerna samlat, motsvarande kostnader på 0,48 miljoner kronor.

Vi har i beräkningen utgått från att det i berörda aktörers uppdrag redan ingår personuppgiftsbehandling och informationsutbyte med olika aktörer, vilket gör att både vana vid arbetsuppgiften och infrastruktur för detta bör finnas. De nya reglerna innebär ett visst behov av åtgärder för att kunna tillämpas fullt ut, men det består huvudsakligen i kännedom om de nya reglerna.

### Summering av kostnader och kompensation till regionerna

Vi bedömer inte att regionerna bör kompenseras i sig för att de kan komma att få ökad kännedom om inträffade suicid med anledning av RMV:s underrättelseskyldighet eftersom förslaget inte innebär några nya skyldigheter för regionerna. Förslaget om sekretessbrytande bestämmelser i form av en ny uppgiftsskyldighet som berör regional verksamhet, bör regionerna dock kompenseras för. Enligt finansieringsprincipen ska nya obligatoriska uppgifter från staten medföljas av finansiering till kommuner och regioner. De kostnadsmässiga konsekvenserna av den nya uppgiftsskyldigheten beräknas dessutom i praktiken bli något större om förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet införs, vilket vi redogjort för ovan. Vi bedömer därför att regionerna bör kompenseras genom en ökning av det generella statsbidraget, med 1,8 miljoner kronor per år om förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet införs alternativt med 1,3 miljoner kronor om förslaget inte införs.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Utredningens förslag om tidpunkter för ikraftträdande av uppgiftsskyldigheterna skulle innebära att regionerna år 2026 bör kompenseras med 1,5 miljoner kronor om förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet införs alternativt med 1 miljon kronor om förslaget inte införs. Därefter bör de kompenseras med 1,8 miljoner kronor alternativt 1,3 miljoner kronor per år.

### 9.5.3 Kostnader för kommuner

Utredningens förslag om uppgiftsskyldighet till den nationella utredningsmyndigheten och förslag om uppgiftsskyldighet i form av sekretessbrytande bestämmelser mellan hälso- och sjukvård, LSS-verksamhet och socialtjänst skulle innebära vissa kostnadsökningar även för kommunerna.

#### Kostnader för uppgiftslämnande till den nationella utredningsmyndigheten

Utredningen bedömer att kostnaden för kommuner i samband med uppgiftslämnande till den nationella myndigheten skulle bli låga. Om vi utgår från att 50 ärenden kommer att utredas per år, och att varje ärende skulle beröra tre olika kommunala verksamheter inom en kommun, såsom skola, socialtjänst och LSS, innebär det uppgiftslämnande från 150 kommunala verksamheter. Detta är en något tilltagen bedömning, då den nationella utredningsfunktionens tematiska arbetssätt innebär att kommunal verksamhet inte alltid kommer att beröras. Vi utgår även i denna beräkning från att det tar fyra timmar i anspråk för varje verksamhet att lämna de uppgifter som är av relevans för utredningsmyndigheten. För kommuner antas arbetet med att lämna uppgifter genomföras av en enhetschef (2,5 timmar per ärende) och en socialsekreterare (1,5 timmar per ärende). Det rör sig då om totalt 600 timmars arbete för kommunerna sammanlagt, vilket motsvarar kostnader om 0,26 miljoner kronor.<sup>38</sup>

#### Kostnader kopplade till de sekretessbrytande bestämmelserna

Vi gör en liknande kostnadsberäkning för kommuner som för regioner vad gäller uppgiftsskyldigheten i form av de sekretessbrytande bestämmelserna, med samma typ av osäkerhet kring i vilken utsträckning den kommer att nyttjas.

Om vi antar att det i 60 procent av de lex Maria-ärenden som IVO fått in (150 per år) är aktuellt att begära in uppgifter från socialtjänst och/eller LSS-verksamhet, att detta nyttjas fullt ut och att ärendet

---

<sup>38</sup> Beräkningen är baserad på snittlönen för socialsekreterare och enhetschef inom socialt arbete, nivå 2.

berör två verksamheter, innebär det att 180 kommunala verksamheter årligen behöver lämna uppgifter. Vi gör samma uppskattning om tidsåtgång som för att lämna uppgifter till den nationella utredningsmyndigheten (se ovan), det vill säga fyra timmar. Det innebär totalt 720 arbetstimmar, eller motsvarande 0,32 miljoner kronor.

År 2022 gjordes 22 lex Sarah-anmälningar till IVO som rörde suicid eller suicidförsök. Vi antar att det i 20 procent av ärendena är aktuellt att begära in uppgifter från två andra kommunala verksamheter (socialtjänst och/eller LSS-verksamhet), en annan kommuns socialtjänst eller LSS-verksamhet. Utifrån samma antagande om arbetsinsats per uppgiftslämnande som ovan, innebär det en tidsåtgång som motsvarar 35 arbetstimmar för kommunerna sammantaget, motsvarande 15 000 kronor.

RMV:s underrättelseskyldighet till socialtjänst och LSS-verksamheter innebär inte några nya skyldigheter för verksamheterna. Men utifrån antagandet om att antalet lex Maria-anmälningar kommer att öka med 20 procent till följd av RMV:s föreslagna underrättelseskyldighet (se avsnitt 9.5.2), skulle antalet anmälningar efter att denna skyldighet införts komma att uppgå till cirka 180 per år. Detta bedömer vi är en väl tilltagen beräkning. I sådana fall påverkas också arbetsinsatser för kommunerna att lämna ut handlingar, vilket skulle innebära en uppskattad tidsåtgång om 864 arbetstimmar för kommunerna samlat, eller motsvarande 0,38 miljoner kronor.

RMV:s föreslagna underrättelseskyldighet antas även leda till att kommunala verksamheter som omfattas av lex Sarah-bestämmelserna kommer få kännedom om fler suicid bland personer de har haft kontakt med. Utifrån ett antagande om att antalet lex Sarah-anmälningar skulle öka med 400 procent som en indirekt följd av RMV:s föreslagna underrättelseskyldighet, skulle antalet lex Sarah-anmälningar uppgå till cirka 90 per år. Utifrån samma antaganden som ovan, om att det i 20 procent av ärendena är aktuellt att begära in uppgifter från två andra kommunala verksamheter som omfattas av de föreslagna sekretessbrytande bestämmelserna, skulle det innebära det en tidsåtgång om 144 arbetstimmar för kommunerna samlat. Det motsvarar 63 000 kronor.

Vi har i beräkningen utgått från att det i berörda aktörers uppdrag redan ingår personuppgiftsbehandling och informationsutbyte med olika aktörer, vilket gör att både vana vid arbetsuppgiften och infrastruktur för detta bör finnas. De nya reglerna innebär ett visst behov

av åtgärder för att kunna tillämpas fullt ut, men består huvudsakligen i kännedom om de nya reglerna.

### Summering av kostnader och kompensation till kommunerna

Vi bedömer inte att kommunerna bör kompenseras i sig för att de kan komma att få ökad kännedom om inträffade suicid med anledning av RMV:s underrättelseskyldighet då förslaget inte innebär några nya skyldigheter för kommunerna. Förslaget om sekretessbrytande bestämmelser i form av en ny uppgiftsskyldighet som berör kommunal verksamhet, bör kommunerna dock kompenseras för. Enligt finansieringsprincipen ska nya obligatoriska uppgifter från staten medföljas av finansiering till kommuner och regioner. De kostnadsmässiga konsekvenserna av den nya uppgiftsskyldigheten beräknas i praktiken bli större om förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet införs, vilket vi redogjort för ovan. Vi bedömer därför att kommunerna bör kompenseras genom en ökning av det generella statsbidraget, med 0,7 miljoner kronor per år om förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet införs alternativt med 0,6 miljoner kronor om förslaget inte införs.<sup>39</sup>

#### 9.5.4 Nyttor

Det är komplicerat att förutse och beräkna samhällsekonomiska konsekvenser av utredningens förslag. Kostnaderna för förslagen är relativt enkla att klarlägga och beräkna. Det är betydligt svårare att beräkna nyttorna. Analysen av vilka och hur stora nyttor som bör uppstå på kort och lång sikt berör komplexa samband. Som nämnts flera gånger i betänkandet är suicid ett komplext fenomen, och det finns risk- och skyddsfaktorer på flera nivåer i samhället som på ett svår-förutsägbart sätt påverkar utfallet på individnivå. Analysen kompliceras ytterligare av att andra pågående och kommande initiativ inom det suicidpreventiva arbetet, liksom omvärldsfaktorer, påverkar det yttersta önskade utfallet, det vill säga att färre personer tar sitt liv.

---

<sup>39</sup> Utredningens förslag om tidpunkter för ikraftträdande av uppgiftsskyldigheterna skulle innebära att kommunerna år 2026 bör kompenseras med 0,6 miljoner kronor om förslaget om RMV:s underrättelseskyldighet införs alternativt med 0,5 miljoner kronor om förslaget inte införs. Därefter bör de kompenseras med 0,7 miljoner kronor alternativt 0,6 miljoner kronor per år.

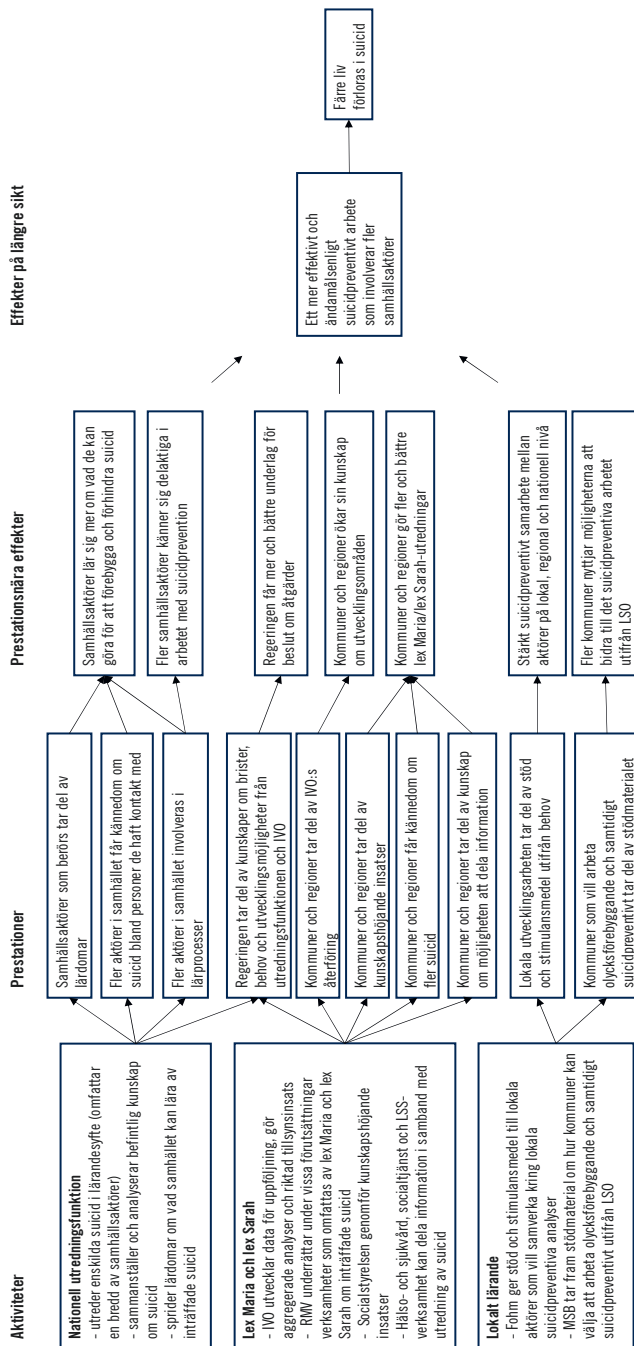
Samhällsnyttorna av utredningens förslag är främst indirekta. Att nyttan faktiskt realiserar bygger på antagandet att utredningens förslag stärker aktörers suicidpreventiva arbete, vilket i sin tur leder till färre suicid. För att uppnå den ytterst önskade effekten, krävs med andra ord att en rad mellanliggande effekter uppstår. I vilken utsträckning aktörer och personer på olika nivåer faktiskt agerar på den kunskap och de insikter som kommer från den nationella utredningsfunktionen, lex Maria- och lex Sarah-utredningarna och de lokala suicidpreventiva analyserna, har utredningen begränsad rådighet över. Aktörernas agerande och beslut, samt effekterna av dessa på antalet suicid, påverkas av många faktorer. Det kommer med andra ord vara svårt att påvisa samband mellan förslagen och dess effekter ju längre bort i den tänkta orsakskedjan vi försöker finna dem. Med det sagt har utredningen nog utrett olika sätt att utforma förslagen för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att förslagen ska kunna leda till ett bredare och bättre suicidpreventivt arbete från samhällets sida.

Mot bakgrund av att förslagets nyttor i stor utsträckning är svårkvantifierbara, innehåller detta avsnitt framför allt kvalitativa resonemang. I resonemangen om nyttor skiljer vi på två typer av resultat: prestationer och effekter. Med prestationer menas exempelvis att den nationella utredningsfunktionen har genomfört insatser för att sprida information som nått olika mottagare i samhället, eller att verksamma inom hälso- och sjukvården tagit del av Socialstyrelsens kunskaps- och utbildningsinsatser. Prestationer är enklare att förutsäga än effekter<sup>40</sup>, då prestationer i högre grad går att påverka, exempelvis genom hur aktiviteterna budgeteras, utformas och genomförs. I den så kallade förändringsteorin nedan tydliggörs vilka effekter, det vill säga nyttor, vi tror att våra förslag kommer att bidra till på kort och lång sikt. Det bör nämnas att orsakskedjan i förändringsteorin inte faller ut per automatik. Aktiviteterna leder endast under vissa förutsättningar till prestationerna, aktiviteterna behöver exempelvis vara relevanta och genomföras med hög kvalitet.

---

<sup>40</sup> Med effekter menas att förändringar eller bevarade tillstånd har uppnåtts i samhället som en följd av prestationerna och som annars inte skulle ha inträffat. Se Ekonomistyrningsverket, *Resultatanalys för nybörjare*, 2003.

Figur 9.1 Förslagets förändringsteori



Källa: Suicidanalytutredningen, 2024.

De prestationsnära effekterna, nyttorna, kan sammanfattas som förbättrade förutsättningar för suicidpreventivt lärande bland en bredd av samhällsaktörer. Mer konkret uppfattar vi att suicidutredningarna kan bidra med olika typer av lärande.

Dels tror vi att utredningsfunktionen genom suicidutredningarna kan upptäcka nya saker, exempelvis brister i samhällets skyddsnet eller utvecklingsmöjligheter hos en enskild verksamhet, som inte är kända sedan innan. Det vill säga skapa kunskap som inte redan finns. Ett sådant lärande kan, om det förvaltas på ett bra sätt, leda till viktiga systemförändringar.

Dels tror vi att utredningsfunktionen genom suicidutredningarna kan upptäcka saker som det redan finns kunskap om i vissa kretsar, exempelvis bland forskare eller inom psykiatrin, men som inte är kända i ett bredare sammanhang. Sådana upptäckter kan leda till att viktig kunskap sprids till fler aktörer som kan vidta relevanta åtgärder i sin verksamhet.

Slutligen tror vi att utredningsfunktionen kommer att upptäcka brister och utvecklingsmöjligheter som redan är relativt kända i samhället, exempelvis hur samverkan bör fungera mellan vissa aktörer, eller varför något brister. Att påminna om redan känd kunskap kan fungera som ett imperativ till berörda aktörer att agera.

Alla dessa tre olika typer av lärande kan i sin tur bidra till fler och bättre preventiva åtgärder och insatser. Preventiva insatser värnar liv och hälsa samt kan, om de är effektiva, ses som sociala investeringar som leder till framtida kostnadsbesparingar.

Det förslag som har den största belastningen på statens budget är förslaget om att inrätta en nationell utredningsfunktion. Det är svårt att göra en kostnads-nyttoberäkning av förslaget. Kostnaderna som följer av att inrätta utredningsfunktionen är direkta kostnader. Det innebär att de har en offentligfinansiell effekt och belastar statsbudgeten och andra aktörers budget. Samhällsnyttorna av preventiva insatser, som utredningsfunktionen i förlängningen är tänkt att stimulera till, är i hög utsträckning indirekta nyttor, det vill säga de positiva effekterna följer i senare led, om ett suicid förhindras. Dessa indirekta nyttor medför inte någon direkt offentligfinansiell besparing.

Det finns en inneboende utmaning i att jämföra direkt offentligfinansiell påverkan med indirekta effekter. Finansdepartementet tar normalt inte hänsyn till direkta effekter vad gäller beräkningar för

de offentliga finanserna<sup>1</sup>, men att jämföra direkta kostnader för preventiva åtgärder och samhällsnyttor är vanligt förekommande i exempelvis transportekonomiska beslutsunderlag.<sup>2</sup> Som ett underlag för att värdera kostnader och nyttor, har vi låtit konsultföretaget Ramboll Management Consulting göra en räkneövning i form av en så kallad ”break-even”-analys, där de beräknat hur många suicid som behöver förhindras för att motivera kostnaderna som följer av förslaget om att inrätta den nationella utredningsfunktionen.<sup>3</sup>

Om vi utgår från Trafikverkets metod för olycksvärdering av trafikolyckor genom att kombinera Trafikverkets skattning av värdet av ett statistiskt liv (VSL)<sup>4</sup> med den senaste svenska studien som beräknat indirekta och direkta kostnader av suicid, överstiger nyttan av prevention kostnaden för en nationell utredningsfunktion på årsbasis. Räkneövningen ger att en nationell utredningsfunktion behöver förhindra mindre än ett (0,5) suicidfall per år för att utgifterna ska motsvara uppskattningen av samhällets värdering av en människas liv och den förväntade produktionen. Om vi exkluderar human-kostnaderna från beräkningarna (VSL) behöver cirka 3 till 5 suicid undvikas för att kostnaderna för utredningsfunktionen ska stå i paritet till samhällsvärdet. Räkneövningen grundar sig på snittkostnaden för ett suicidfall och tar inte hänsyn till vare sig ålder eller kön, vilket i hög grad påverkar de indirekta och direkta kostnaderna för döds-fallet.

Det är viktigt att komma ihåg att detta är en räkneövning. Räkneövningen i sig är inte tillräcklig grund för att motivera att den nationella utredningsfunktionen är en kostnadseffektiv användning av statens medel. Med det konstaterat är det tydligt att den offentliga-finansiella utgiften för utredningsfunktionen är försumbar i förhållande till de skattade samhällskostnaderna för suicid i Sverige under ett år.

Vi föreslår att den nationella utredningsfunktionen ska följas upp och utvärderas (se avsnitt 8.1.13). Det bör ingå i utvärderingen att

---

<sup>1</sup> Regeringen, *Finansdepartementets Beräkningskonventioner 2024*, 2024.

<sup>2</sup> Trafikverket, *Transportekonomi – termer förklarade på ett enklare sätt*, 2021.

<sup>3</sup> Ramboll, *Break-even analys av att inrätta ett nationellt centrum för suicidutredningar*, 2024.

<sup>4</sup> I Vimelfall m.fl., *Is prevention of suicide worth less? A comparison of the value per statistical life*, 2021 jämför värdet i att förebygga suicid i en suicidpreventiv kontext med värdet av att förebygga suicid via olycka i en annan säkerhetskontext. Studien, som är gjord i Sverige, konstaterar att det inte finns något stöd för att värdera effekten av suicidprevention lägre än riskreducerande program inom andra områden. Samma värde per statistiskt liv bör användas för att utvärdera suicidpreventiva insatser som för riskreducerande program inom andra policyområden.



bedöma i vilken utsträckning antagandena om hur funktionen ska leda till förändring på kort och lång sikt är rimliga, och i vilken utsträckning tänkta utfall på kort och medellång sikt uppvisas (se prestationer och prestationsnära effekter i figur 9.1). Vi bedömer dock att det inte kommer att vara möjligt att göra en effektutvärdering av funktionens påverkan på antalet suicid.

## 9.6 Konsekvenser för folkhälsan

Folkhälsa är ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsotillstånd. Begreppet folkhälsa avser både nivån på hälsa, exempelvis medellivslängden i befolkningen, och fördelningen av hälsa, exempelvis medellivslängden i olika grupper i befolkningen.

Enligt WHO innebär en god folkhälsa att hälsan är så god och jämlikt fördelad som möjligt bland olika grupper i samhället.<sup>5</sup> Målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen, och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Människors hälsa är ur ett internationellt perspektiv generellt sett god i Sverige, men ojämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper.<sup>6</sup> Suicid är en multifaktoriell fråga som är nära knuten till folkhälsa. Suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem som innebär att liv går förlorade och leder till omfattande psykiskt lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och andra berörda.<sup>7</sup>

Utredningen lägger inga förslag som direkt kommer att påverka folkhälsan. Samtliga förslag syftar till att indirekt påverka människors hälsa genom att stimulera olika aktörer i samhället till ett bättre suicidpreventivt arbete. Suicidpreventivt arbete rymmer en bred palett av åtgärder, som kan ta sikte på hela befolkningen, vissa grupper eller enskilda personer. Arbetet kan innebära att vidta åtgärder som begränsar tillgången till metoder för suicid, eller åtgärder som tar sikte på att förebygga psykisk ohälsa. Grupper med större risk för ohälsa kan generellt antas påverkas hälsomässigt mer positivt av förslagen jämfört med hela befolkningen, i den utsträckning de överlappar med grupper med statistiskt förhöjd suicidrisk. Exempelvis är ohälsan högre bland mottagare av ekonomiskt bistånd och personer med psykisk funktionsnedsättning än bland befolkningen i övrigt,

<sup>5</sup> Folkhälsomyndigheten, *Om folkhälsa*, hämtad 2024-06-19.

<sup>6</sup> Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2023*, 2023.

<sup>7</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention*, hämtad 2024-06-20.

samtidigt som dessa grupper har konstaterats ha en statistiskt förhöjd suicidrisk.<sup>8</sup>

Ett av motiven till att utredningsfunktionen inrättas vid Folkhälsomyndigheten är att suicidprevention ska ses ur ett bredare perspektiv än att vara en fråga enbart för hälso- och sjukvården. Placeringen tydliggör att suicid är en folkhälsofråga och att det suicidförebyggande arbetet behöver finnas på olika nivåer och arenor. Det tematiska arbetet som den nationella utredningsfunktionen ska bedriva, och arbetet med att sammanställa och analysera befintlig kunskap om suicid, ger möjlighet för samhället att särskilt lära sig mer om vad som kan göras för olika grupper i befolkningen med större risk för ohälsa och suicid.

Utredningsfunktionens uppgifter och uppdragen till IVO innebär vidare ökade möjligheter att upptäcka skillnader och mönster vad gäller exempelvis kön, ålder, socioekonomisk tillhörighet, funktionsnedsättning etcetera. Det kan i sin tur resultera i preventiva åtgärder som bidrar till att minska ojämlikheter, exempelvis genom konkreta insatser som främjar en mer jämlik tillgång till vård och stöd. Även förslagen i övrigt, som innebär ökade möjligheter till kunskapsutbyte, skapar bättre förutsättningar för olika aktörer i samhället att lära sig mer om vad de, enskilt och tillsammans, kan göra för att minska påverkbara riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer för ohälsa och suicid.

## 9.7 Konsekvenser för barn och unga

Barn är rättighetsbärare. Nedan sammanfattar vi därför de konsekvenser förslagen får för barn utifrån ett barnrättsperspektiv. Enligt våra utredningsdirektiv ska vi också särskilt redogöra för konsekvenserna av våra förslag för unga.

Principiella resonemang om avlidna personers, inkluderat barns, rätt till integritet i förhållande till samhällets behov av lärande, har vi behandlat i kapitel 8. Vad förslagen innebär för den praktiska personuppgiftsbehandlingen och det integritetsintrång den innebär, inkluderat för barn och unga, har vi redogjort för i samma kapitel.

---

<sup>8</sup> Socialstyrelsen, *Högre risk för psykisk ohälsa och suicid bland mottagare av ekonomiskt bistånd*, 2023. Se också liknande resonemang i Socialstyrelsen, *Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning – aspekter av betydelse*, 2023.

### 9.7.1 Barn

Förslagen i denna utredning handlar till stor del om utredningar av omständigheter kring en person som avlidit i suicid, och därmed även om barn som avlidit i suicid. Vi har strävat efter att anlägga ett barnrättsperspektiv även när det gäller förslag som berör avlidna barn eftersom utredningarna syftar till att ta fram underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande suicid inträffar igen.

I utformningen av våra förslag har vi särskilt beaktat barnkonventionens grundprinciper. Dessa rättigheter är: lika rättigheter och icke-diskriminering (artikel 2), barnets bästa (artikel 3) liv och utveckling (artikel 6), delaktighet och inflytande (artikel 12). Vi har även beaktat artikel 19 om barns rätt till ett liv helt utan våld och artikel 24 som uttrycker varje barns rätt till möjligheter att överleva, växa och utvecklas i ett sammanhang av fysiskt, emotionellt och socialt välbefinnande.<sup>9</sup>

Barn kommer framför allt att beröras av inrättandet av en nationell utredningsfunktion. Utredningsfunktionen kommer att utreda samtliga suicid bland barn.

Vart fjärde dödsfall i åldern 10–19 år är ett suicid. Under 2000-talet har i genomsnitt 22 barn dött i suicid varje år i Sverige. Samtidigt är kunskapen om varför barn tar sitt liv begränsad.

För gruppen barn är föreslaget att alla utreds, vilket vi bedömer som angeläget eftersom samhällets skyddsnät kring barn behöver vara starkare och det bör finnas än större möjligheter och fler förutsättningar att hitta åtgärder för att förebygga och förhindra suicid bland barn.

Utredningarna syftar till att se barnets hela livssituation och hur aktörer kring barnet har, eller inte har, samverkat. Vi bedömer att den nationella utredningsfunktionen, genom att utreda varje suicid bland barn, skulle kunna bidra till ökade kunskaper om suicid bland barn samt ge underlag för beslut om åtgärder för att förebygga liknande suicid. Förslagen ligger därför i linje med barnkonventionens grundprincip om barns bästa och barns rätt till liv, överlevnad och utveckling samt rätt till möjligheter att överleva, växa och utvecklas i ett sammanhang av fysiskt, emotionellt och socialt välbefinnande.

Att varje barns suicid utreds av en nationell utredningsfunktion innebär också att omständigheterna kring varje enskilt fall blir klar-

---

<sup>9</sup> Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

lagda, oavsett var i landet barnet bor eller vilken skola det gått på. Suicid bland barn är en händelse som inträffar sällan. Att sprida ut ansvaret för utredning på olika aktörer skulle därför riskera att det inte fanns tillräcklig kompetens eller kunskap för en suicidutredning, och att utredningarna skulle se olika ut över landet. Förslagen ligger därmed i linje med barnkonventionens grundprincip om lika rättigheter för varje barn. Vi anser också att det faktum att utredningsfunktionen ska utreda samtliga suicid bland barn skickar en viktig normerande signal om att samhället har ett stort ansvar i frågan om barns suicid.

Barn kommer också att beröras i egenskap av närstående till personer vars suicid utreds av den nationella utredningsfunktionen. I kapitel 8 (avsnitt 8.1.3) har vi beskrivit och motiverat våra förslag och ställningstaganden kring att höra närstående barn som en del av en suicidutredning samt lyft vikten av barns rätt till delaktighet och inflytande i förhållande till barnets ålder och mognad.

### 9.7.2 Unga

Bland unga personer, 15–29 år, stod suicid för en tredjedel av alla dödsfall under perioden 2006–2020. Under samma period har suicid-talen ökat bland 20–29-åringar.<sup>10</sup> Förslaget att den nationella utredningsfunktionens första tema att fördjupa sig i ska vara unga vuxna mellan 20–29 år skulle skapa möjligheter för samhällets olika aktörer att lära sig mer om vad som kan göras för att bryta denna negativa utveckling. Det är angeläget att få fram underlag för beslut om åtgärder för att förebygga suicid i den grupp där suicid ökat. Därmed ser vi att utredningens förslag i förlängningen kan bidra till en del av målet för ungdomspolitiken, som handlar om att alla ungdomar, 13–25 år, ska ha goda levnadsvillkor.

---

<sup>10</sup> Folkhälsomyndigheten, *Ökning av suicid bland unga vuxna 20–29 år, 2022*.

## 9.8 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Utredningen har, i enlighet med direktiven, särskilt beaktat de jämställdhetspolitiska delmålen om jämställd hälsa och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Mer konkret har utredningen utrett möjligheterna att utforma förslagen så att de kan bidra till att nå delmålen. Utredningen har också analyserat förslagen utifrån risken för eventuella negativa konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.

Jämställd hälsa handlar om fysisk, psykisk, sexuell och reproduktiv hälsa. Målet innefattar också förebyggande hälsoarbete, insatser till enskilda personer inom socialtjänsten, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt hälso- och sjukvård och offentligt finansierad omsorg.<sup>11</sup>

I kapitel 3 har vi redogjort för kunskapsläget vad gäller skillnader mellan kvinnor och män, flickor och pojkar vad gäller suicid, suicidförsök och vad skillnaderna beror på. Det är vanligare att män dör i suicid än att kvinnor gör det. Två tredjedelar av de som avled i suicid i Sverige 2022, var män. Samtidigt är det vanligare att kvinnor gör suicidförsök än att män gör det. Det är också vanligare att kvinnor vårdas på sjukhus för skador till följd av suicidhandlingar.<sup>12</sup> För barn som tar sitt liv är könsfördelningen en annan än för vuxna. Ungefär lika många flickor som pojkar under 18 år tar sitt liv.<sup>13</sup>

Skillnaden mellan kvinnor och män vad gäller suicid, suicidförsök och vårdkonsumtion har en tydlig koppling till problembilden kring ojämställd hälsa generellt. Kvinnor uppger i högre utsträckning än män att de har problem med sin hälsa. Det gäller bland annat psykisk ohälsa som ökar mest bland flickor och yngre kvinnor. Kvinnor skattar sin hälsa som sämre och har fler år med nedsatt aktivitetsförmåga men lever längre än män. Kvinnor söker sig generellt oftare till vården än män. Skillnaden i vårdkonsumtion mellan könen är åtta procent, om reproduktiv och könsspecifik vård räknas bort. Kvinnor söker mer vård för psykiska besvär och besvär i muskler och leder än män. Kvinnor söker oftare vård på vårdcentraler medan män har fler sjukhusinläggningar, särskilt i högre åldersgrupper. Män är generellt sett mindre vana vid att söka vård, är mer riskbenägna och har sämre

---

<sup>11</sup> Jämställdhetsmyndigheten, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, hämtad 2024-06-20.

<sup>12</sup> Folkhälsomyndigheten, *Statistik om suicid*, hämtad 2024-06-18.

<sup>13</sup> Folkhälsomyndigheten, *Suicid bland barn i Sverige*, 2021.

levnadsvanor än kvinnor, vilket ses som förklarande faktorer bakom att män oftare förolyckas och avlider tidigare i flera av de vanligaste folksjukdomarna.<sup>14</sup>

Enligt Jämställdhetsmyndigheten har normer kring kön betydelse för hälsan men kan också påverka vilken diagnos och behandling kvinnor och män får. Män söker mer sällan vård för psykiska besvär och får fler fysiska undersökningar än kvinnor, vars hälsoproblem riskerar att ses som psykosomatiska. Samtidigt som kvinnor diagnosticeras för psykisk ohälsa i högre utsträckning än män så tar betydligt fler män livet av sig. Detta tyder enligt Jämställdhetsmyndigheten på en underdiagnostisering av psykisk ohälsa hos män.<sup>15</sup> Forskningen om könsskillnader och suicid pekar mot att skillnaden mellan könen beror på ett flertal faktorer och kan bland annat förklaras av att män är mindre benägna att söka professionell hjälp till följd av psykiska hälsoproblem och mindre benägna att söka hjälp i ett tidigt skede av ett sjukdomsstadie än kvinnor, vilket medför att sjukdomstillstånd hinner förvärras och kompliceras. Kvinnor har traditionellt sett ett större kontaktnät som kan ge känslomässigt stöd än vad män tenderar att ha, och män använder även våldsammare metoder som oftare leder till fullbordade suicid.<sup>16</sup>

Vi bedömer att förslagen skulle förbättra förutsättningarna för olika aktörer i samhället att upptäcka, analysera och fördjupa kunskaperna om skillnader mellan kvinnor och män, pojkar och flickor. Den nationella utredningsfunktionens tematiska arbete ger möjlighet att djupstudera frågeställningar som har koppling till skillnader mellan könen, exempelvis vad gäller insatser och bemötande från samhället. Inom ramen för de uppdrag vi föreslår att IVO ska få ha de möjlighet att särskilt granska inkomna anmälningar och anlägga ett jämställdhetsperspektiv i sin tillsyn.

Genom möjligheten för den nationella utredningsfunktionen att arbeta såväl tematiskt som integrerat utifrån ett jämställdhetsperspektiv, och bättre förutsättningar för IVO att analysera och återföra kunskap till verksamheter med koppling till suicid och suicidförsök, bedömer vi att förutsättningarna för olika samhällsaktörer att upptäcka och åtgärda påverkbara skillnader mellan kvinnor och män kan stärkas.

---

<sup>14</sup> Jämställdhetsmyndigheten, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, hämtad 2024-06-20.

<sup>15</sup> Jämställdhetsmyndigheten, *Delmål 5: Jämställd hälsa*, hämtad 2024-06-20.

<sup>16</sup> Stain och Wasserman, *Mäns självmordsnärbet och ovilja att söka hjälp*, 2019.

Suicidförsök, som är betydligt vanligare bland kvinnor än män, ingår inte i vårt uppdrag och förslag om att inrätta en nationell utredningsfunktion. Vi har ändå undersökt möjligheten att systematiskt utreda suicidförsök, men identifierat att det är förknippat med stora svårigheter. Vi ser det därför som viktigt att frågan om att utöka utredningsverksamheten till att omfatta även suicidförsök bör ingå i den utvärdering vi föreslagit av utredningsfunktionen.

Vad gäller delmålet om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra, kommer utredningens förslag inte ha någon negativ inverkan på möjligheten att nå delmålet, men bedöms inte heller ha en per automatik positiv inverkan på samhällsproblemet. Med det sagt finns olika typer av kopplingar mellan suicidrisk och både förövare och offer för våld i nära relationer.

Enligt både Nationellt centrum för kvinnofrid och Unizon finns ett klart samband mellan kvinnors utsatthet för våld, fysisk och psykisk ohälsa och suicidförsök.<sup>17</sup> I arbetet med att ta fram en databas för att kunna identifiera individer i riskzon att mörda sin partner har polisen i region mitt identifierat män som uttrycker självmordstankar, män som tar stryptag, som nyligen separerat eller som misshandlat samma partner under en längre tid som män i riskzonen.<sup>18</sup> Män som tagit sitt liv och som utövat våld i nära relationer, eller kvinnor som tagit sitt liv och som utsatts för våld, skulle kunna vara möjliga tematiska fördjupningar för den nationella utredningsfunktionen. Utredningsfunktionen skulle i det arbetet, förutom lärdomar om vad samhället skulle kunna göra för att förebygga detta, kunna identifiera viktiga kunskapsluckor att täppa till. Möjligtvis finns här vissa synergieffekter att tillvarata mellan Socialstyrelsens arbete med dödsfalls- och skadeutredningar och Folkhälsomyndighetens suicidutredningar.

## 9.9 Konsekvenser av att inte genomföra förslagen

Avslutningsvis resonerar vi här om vad det skulle innebära om de föreslagna åtgärderna inte vidtas, det så kallade nollalternativet. Det finns andra initiativ och åtgärder från nationell nivå som kan påverka det samhällsproblem som suicid utgör, än de förslag utredningen lämnar. Det handlar bland annat om den nationella strategin för psy-

<sup>17</sup> Fempers Nyheter, *Ökad suicidrisk för den som utsätts för våld i nära relation*, hämtad 2024-06-20.

<sup>18</sup> SVT Nyheter, *Polisen: Mäns självmordstankar ökar risken för kvinnomord*, hämtad 2024-06-20.

kisk hälsa och suicidprevention och det arbete som sannolikt kommer att vidtas av myndigheter, regioner med flera för att förverkliga målen i strategin. Det finns dessutom ett pågående uppdrag till Socialstyrelsen att i samverkan med IVO genomföra kunskapsförhöjande insatser när det gäller utredningar av suicid och suicidförsök enligt lex Maria och lex Sarah.<sup>19</sup> Uppdraget ska slutredovisas 2026. Regeringen har under 2024 därtill fattat beslut om fortsatta satsningar på psykisk hälsa och suicidprevention. Bland annat inrättandet av en nationell samordnare för ett samlat suicidpreventivt arbete<sup>20</sup>, en nationell stödlinje inom området psykisk hälsa och suicidprevention<sup>21</sup> och ett nationellt forskningsprogram på området.<sup>22</sup> Vidare skulle Statens haverikommission rent teoretiskt kunna utreda suicid redan i dag. Det skulle dock bli fråga om en utredning av en enskild händelse och inte innebära en systematisk kunskapsuppbyggnad om suicid.

Om utredningens förslag inte genomförs skulle det innebära att förbättringen av det suicidpreventiva arbetet inte kommer att påskyndas i samma takt som med förslagen. Att antalet suicid har legat på samma nivå under flera års tid, och ökar något bland unga vuxna, talar för att det samhällsproblem som suicid utgör inte är av övergående karaktär och att ett intensifierat arbete krävs för att nå den av riksdagen beslutade visionen för det suicidpreventiva arbetet: ”att ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord”. Riksdagens vision tydliggör att även om andra åtgärder som kommer vidtas i förlängningen leder till ett minskat antal suicid, kan samhället inte slå sig till ro.<sup>23</sup> Det suicidpreventiva arbetet behöver utvecklas för att vi som samhälle ska närma oss visionen. Detta talar i sin tur för att ett flertal åtgärder behöver vidtas i olika delar av samhället, varav utredningens förslag utgör några av dessa. Utredningen bedömer att förslagen kan vara ett sätt att påskynda förbättringarna av samhällets suicidpreventiva arbete.

Det är svårt att beräkna samhällskostnaden av att utredningens förslag inte genomförs. Utredningen har inte haft i uppdrag att, och

---

<sup>19</sup> Regeringsbeslut, S2022/03299 (delvis).

<sup>20</sup> Regeringsbeslut, S2024/00816.

<sup>21</sup> Regeringsbeslut, S2024/00718 (delvis).

<sup>22</sup> Tidöavtalet *En överenskommelse för Sverige*, 2022-10-14.

<sup>23</sup> I underlaget till en ny nationell strategi inom psykisk hälsa och suicidprevention föreslås ett av de övergripande målen vara färre liv förlorade i suicid. I underlaget till strategin framgår att målet skulle innebära en ambitionshöjning i arbetet med suicidprevention: ”Det handlar om att minska suicidtalet i mycket snabbare takt jämfört med de senaste 20 åren”. Se Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention Slutredovisning av regeringsuppdrag*, 2023 s. 39–40.



lämnar inga förslag på, suicidpreventiva insatser riktade direkt mot enskilda. Utredningens förslag syftar till att fler aktörer ska lära sig mer av suicid och suicidhändelser, vilket indirekt förväntas ha en påverkan på omfattningen och kvaliteten på aktörernas suicidpreventiva arbete. De stora kostnaderna förknippade med ett mindre intensifierat suicidpreventivt arbete utgörs av det produktionsbortfall som uppstår när personer dör i suicid. Det är av flera skäl svårt att isolera och beräkna vilken effekt den typ av förslag som utredningen lämnar i förlängningen skulle få på antal liv förlorade i suicid.



## DEL 2

Stödet till efterlevande



## 10 Stöd till efterlevande vid suicid

En del av utredningens uppdrag har varit att kartlägga och analysera vilket stöd och vilka insatser som olika samhällsaktörer ger anhöriga och närstående efter att en person tagit sitt liv.

Det finns inte någon tydlig avgränsning i vem som inkluderas i begreppet efterlevande efter suicid. Förutom den närmaste familjen kan ett dödsfall i suicid även ha en stark påverkan på exempelvis vänner, skolkamrater och kollegor. Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver omkring 5–10 personer som närmast drabbade när någon avlider genom suicid. Dödsfallet kan även ha stor påverkan på andra i omgivningen så som arbetskamrater, yrkesprofessionella på plats, de som bevittnar händelsen eller andra som är direkt involverade. Efterlevande efter suicid som grupp är en sedan länge känd riskgrupp för egna suicidförsök. Den påverkan sorgen har på de efterlevande får även samhällsekonomiska konsekvenser. Det handlar framför allt om stora produktionsbortfall.

I detta kapitel försöker vi ge en bild av hur människor påverkas av att förlora en närstående i suicid, vad efterlevandestöd innebär, hur efterlevandestödet styrs och hur stödet till efterlevande ser ut i dag.

### 10.1 Efterlevandestöd

Med begreppet efterlevande avser utredningen anhörig eller annan närstående till den som tagit sitt liv.<sup>1</sup> Eftersom begreppet efterlevande även används i sammanhang där dödsorsaken är en annan än suicid vill vi förtydliga att i denna utredning syftar begreppet efterlevande i första hand på efterlevande efter suicid. I de fall vi även syftar på efterlevande för andra dödsorsaker förtydligar vi det.

---

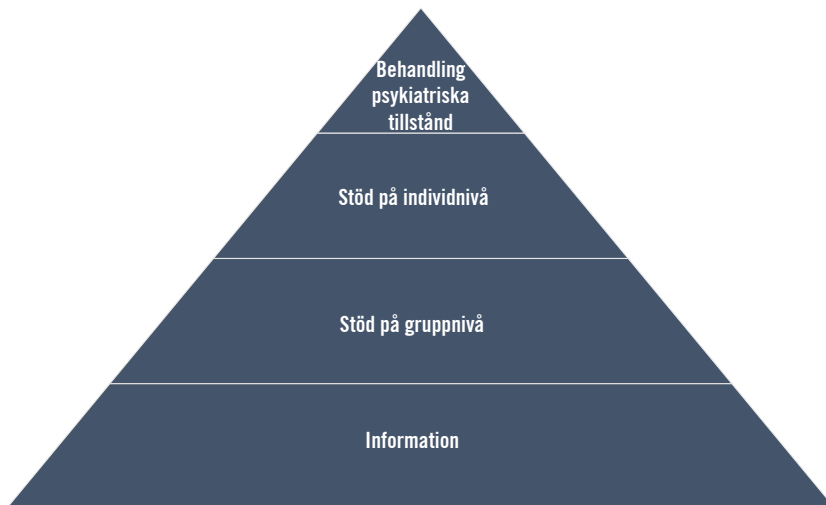
<sup>1</sup> Socialstyrelsen definierar anhörig som en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna. Närstående är en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till.

Efterlevandestöd är det stöd som ges till en person som förlorat någon anhörig eller annan närstående genom suicid. Efterlevandestöd kan omfatta såväl insatser som ges i det akuta skedet som insatser som pågår under en längre tid eller insatser som tillkommer i ett senare skede. Stödet kan handla om allt från information och rådgivning till behandling av olika psykiatriska tillstånd.<sup>2</sup> I internationella sammanhang brukar begreppet postvention användas för att beskriva insatser som sätts in för att stödja efterlevande vid suicid.<sup>3</sup>

### 10.1.1 Olika typer av efterlevnadsstöd

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten tog 2023 fram ett kunskapsstöd om efterlevandestöd vid suicid. Stödet riktar sig främst till beslutsfattare, verksamhetsutvecklare, strateger och praktiker med samordnande uppgifter inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd delar in efterlevandestödet i fyra olika nivåer:<sup>4</sup>

Figur 10.1 Fyra behovsnivåer av stöd till efterlevande vid suicid



Källa: Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, 2023.

<sup>2</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Stöd till efterlevande vid suicid. Samlad kunskap för yrkesverksamma*, 2023.

<sup>3</sup> Postvention kan i sin tur bli prevention genom att förebygga psykisk och fysisk ohälsa och suicid bland de efterlevande. För efterlevande som redan drabbats av psykisk ohälsa handlar det även om att underlätta återhämtning och minska risk för försämring.

<sup>4</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Stöd till efterlevande vid suicid. Samlad kunskap för yrkesverksamma*, 2023.

- *Alla efterlevande* bör få information om sorg, förlust, reaktioner och det stöd som finns att få. Information kan till exempel ges i form av broschyrer och faktablad. Alla barn behöver anpassad information utifrån ålder och mognad. I det akuta skedet behövs praktisk information om exempelvis myndighetskontakter och begravning. Ett exempel på samlad information som riktas till alla efterlevande, inte specifikt efterlevande efter suicid, är *Efterlevandeguiden* som tagits fram av Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och Skatteverket. Där samlas information som är relevant för efterlevande initialt, efter några månader och sedan efter några år.<sup>5</sup>
- *Många efterlevande* behöver medmänskligt stöd vilket, utöver stöd från familjen och den närmaste kretsen, även erbjuds av trossamfund och civilsamhällets organisationer. Det upplevs ofta som extra värdefullt att få ta del av andras erfarenheter och prata med någon som varit i en liknande situation. Detta gäller även barns behov av stödgrupper. Forskning tyder också på att deltagande i stödgrupper (så kallade Peer Support-grupper) för efterlevande efter suicid, kan underlätta sorgprocessen. Folkhälsomyndigheten har i mars 2024 fått i uppdrag att stödja inrättandet av en nationell stödlinje inom området psykisk hälsa och suicidprevention som ska vara öppen dygnet runt. Linjen ska kunna erbjuda samtalsstöd och lotsa vidare vid behov.<sup>6</sup>
- *En del efterlevande* kan behöva en kortare tids sjukskrivning vid en akut kris- och sorgereaktion. Andra vill gärna gå till jobbet för att det ger känsla av sammanhang och normalitet. Behoven ser olika ut, men vissa personer kan behöva snabb hjälp med till exempel svåra sömnproblem. Om sorgereaktionen förvärras är det viktigt att den efterlevande får professionell hjälp, i första hand hos primärvården där till exempel kuratorer och psykologer kan erbjuda psykosocialt och psykologiskt stöd. Många gånger kan det vara värdefullt att hela familjen får stöd. För barnens del kan det behövas extra stöd och anpassningar för att säkerställa att skolgången ska fungera. Elevhälsan har en viktig roll att spela i de sammanhangen. För barn är det extra viktigt att de kvarvarande viktiga vuxna kring barnet kan finnas till för barnet, exempelvis genom att klara av att

---

<sup>5</sup> Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och Skatteverket, *Efterlevandeguiden*, hämtad 2024-05-23.

<sup>6</sup> Regeringsbeslut S2024/00718 (delvis).

prata om det inträffade. Stödet kan många gånger behöva riktas direkt till de vuxna för att ge barnet den trygghet som behövs. Även här erbjuder civilsamhället professionell hjälp.

- *Ett fåtal efterlevande* kan behöva behandling av psykiatriska tillstånd. Detta kan bli aktuellt om sorgereaktionen förlängs och kompliceras. Depression, ångestsyndrom inklusive posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och sömnsvårigheter behandlas enligt aktuella riktlinjer och vårdprogram. Det finns en manualbaserad psykoterapibehandling för komplicerad sorg, men den finns inte tillgänglig på svenska. Behandlingens syfte är att underlätta sorgprocessen genom att stödja den efterlevande att acceptera förlusten och samtidigt orientera sig till ett liv utan den avlidna personen. Barn med PTSD kan exempelvis få hjälp med traumafokuserad KBT hos Rädda barnen.

Eftersom behoven och sorgprocessen ser olika ut för efterlevande efter suicid är det viktigt att de som möter efterlevande i sin yrkesutövning känner till vilket stöd den efterlevande behöver så att de kan informera om möjligheten att få stöd.<sup>7</sup>

Många efterlevande upplever stigma, okänsliga attityder och social isolering från omgivningen. Stigmat kan försvåra sorgearbetet. Därför kan det vara värdefullt med kontakt med andra som varit med om något liknande, till exempel stödgrupper för sörjande efter suicid. Något som många efterlevande lyfter fram är att det är hjälpsamt om stödet erbjuds under längre tid, eftersom exempelvis högtider, födelsedagar, semesterperioder och årsdagen för dödsfallet kan vara särskilt jobbiga.<sup>8</sup> Det här har också bekräftats i de samtal utredningen haft med intresseorganisationer och professioner som möter efterlevande i sitt arbete.

Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens stödmaterial har under år 2024 kompletterats av Socialstyrelsen med ett stödmaterial om hur hälso- och sjukvården kan erbjuda efterlevandestöd till barn som förlorat en förälder i suicid.

---

<sup>7</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen *Stöd till efterlevande vid suicid – samlad kunskap för yrkesverksamma*, 2023, s. 7–9.

<sup>8</sup> Ibid.



## 10.2 Att förlora en närstående i suicid

Att förlora en anhörig genom suicid är ett svårt trauma som kan leda till både sorg och andra konsekvenser. Sorg är en naturlig reaktion på någons död. Med tiden accepterar och anpassar sig de flesta till förlusten utan behov av professionell hjälp. Barn som drabbas av en anhörigs suicid är särskilt sårbara. Förutom den omedelbara kris- eller sorgereaktionen kan en förälders suicid påverka ett barns psykiska hälsa både på kort och lång sikt. Risken att dö i ung ålder är nästan fördubblad när en förälder har tagit sitt liv.<sup>9</sup>

Den påverkan sorgen har får även samhällsekonomiska konsekvenser. Enbart kostnaderna, i form av produktionsbortfall, vid en enskild persons sjukskrivning beräknas uppgå till cirka 100 000 kronor enligt en studie vid Linköpings universitet.<sup>10</sup> De samhällsekonomiska kostnaderna för arbetsmarknaden är därmed betydande. Utredningen har låtit en forskargrupp uppskatta kostnaderna för gruppen efterlevande efter suicid. Endast ett fåtal internationella studier har undersökt den ekonomiska förlusten och bördan för efterlevande personer. I nuläget finns inte vetenskapliga förutsättningar att beräkna exakta kostnader för samhället men forskargruppen konstaterar att samhällskostnaderna för anhöriga och närstående till personer som dött i suicid eller gjort suicidförsök är betydande.<sup>11</sup>

### 10.2.1 Efterlevande riskerar försämrad hälsa

Sorg är alltid en svår process, och att förlora en närstående i suicid kan vara särskilt komplext och traumatiskt. För efterlevande vid suicid finns även en ökad risk för så kallad komplicerad sorg, vilket innebär att sorgen blir mer långdragen och funktionsnedsättande än hos de flesta andra.<sup>12</sup> Vid sidan av den förväntade sorgen och saknaden kämpar efterlevande efter suicid ofta med överväldigande känslor av skuld, förvirring, avvisande, skam och ilska. Föräldrar som förlorat ett barn i suicid kan vara särskilt drabbade av skuld- och an-

<sup>9</sup> Socialstyrelsen, *Barn och unga som efterlevande vid suicid*, hämtad 2023-11-16.

<sup>10</sup> Den genomsnittliga tiden uppgick enligt studien till 28,6 veckor, se Ekberg m.fl. *Arbetsgivares kostnader, åtgärder och anpassningar för sjuknärvarande och sjukfrånvarande medarbetare: samband med återgång i arbete och produktion*, 2017.

<sup>11</sup> Feldman och Martinez, *Samhällskostnader för suicid i Sverige 2022. En sjukdomskostnadsstudie*, 2024.

<sup>12</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Stöd till efterlevande vid suicid. Samlad kunskap för yrkesverksamma*, 2023.

svarskänslor och löper både en risk för att utveckla komplicerad sorg, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression och egna suicidförsök. Efterlevande till en person som tagit sitt liv har både en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa och av egna suicidhandlingar.<sup>13</sup> I förhållande till övriga befolkningen har efterlevande en förhöjd suicidrisk.<sup>14</sup> Forskning visar att risken för suicid bland efterlevande är högst de första veckorna, månaderna och halvåret efter självmordet. Risken är störst hos dem som förlorat en partner eller ett barn.<sup>15</sup>

Enligt en svensk avhandling, hade föräldrar till barn avlidna i suicid en högre förekomst av sjukfrånvaro, en högre självs kattad ångest, depression och skadlig alkoholkonsumtion än icke-drabbade föräldrar. Studien visade även att 25 procent av föräldrarna var måttligt till svårt deprimerade två till fem år efter förlusten.<sup>16</sup> Det är vanligt att de som förlorat en anhörig eller annan närstående i suicid brottas med vissa utmaningar utöver de som vanligen uppstår efter plötsliga dödsfall. Suicid förknippas ofta med stigma och ses ganska ofta som något man inte pratar om. Stigmatiseringen kan leda till att släkt och vänner tar avstånd i stället för att erbjuda stöd. Tystnaden som kan uppstå runt exempelvis ett barn riskerar att förvärra barnets mående. Skuld och skamkänslor kan isolera de efterlevande och avskräcka dem från att söka stöd.<sup>17</sup> En annan förklaring till att en del efterlevande inte söker stöd kan vara att de upplever att hälso- och sjukvården har brutit i stödet till den avlidna personen, och därför inte vill vända sig dit.<sup>18</sup>

## 10.2.2 Barn som efterlevande

Barn som drabbas av att en förälder tagit sitt liv har ofta en dubbel sårbarhet – dels på grund av föräldraförlusten och dess dramatiska omständigheter, dels på grund av att de ofta kan ha varit med om svåra händelser redan innan föräldern dog. Det kan exempelvis handla om att föräldern varit sjuk under en längre tid. Det görs i dag inga årliga

<sup>13</sup> Folkhälsomyndigheten, *Efterlevande efter suicid*, hämtad 2023-09-21.

<sup>14</sup> Mogensen, *Death of a close relative and the risk of suicide in Sweden – A large scale register-based case-crossover study*, 2016. Rostila, *Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden*, 2013.

<sup>15</sup> Stain och Wasserman, ”Självmordsrisken är ökad hos närstående till självmordsoffer”, 2019.

<sup>16</sup> Omerov, *Parents who have lost a son or daughter through suicide: toward improved care and restored psychological health*, 2014.

<sup>17</sup> Feldman och Martinez, *Sambällskostnader för suicid i Sverige 2022 – en sjukdomskostnadsstudie*, 2024.

<sup>18</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Stöd till efterlevande vid suicid. Samlad kunskap för yrkesverksamma*, 2023.

statistiska sammanställningar över exakt hur många barn som förlorar en förälder eller ett syskon i suicid. Enligt en sammanställning som Statistiska centralbyrån gjort, på uppdrag av en forskningsstudie, framkom det att i genomsnitt 400 barn och unga mellan 0 och 20 år varje år drabbades av att en förälder tog sitt liv mellan åren 2004 och 2014.<sup>19</sup>

Under de senaste två decennierna har allt fler forskningsstudier om barn som mist en förälder i suicid publicerats. Kunskapen om hur en sådan förlust kan påverka efterlevande barn har därmed ökat, men kunskapsbristen är fortsatt stor och påverkar tillgången till stöd för den här gruppen barn menar Barnens rätt i samhället (Bris) i rapporten *När en förälder tagit sitt liv*.<sup>20</sup> Forskare har bland annat hävdad att området är empiriskt utforskat och att den uppmärksamhet som har riktats mot efterlevande barns situation – både före och efter föräldrarnas bortgång – är otillräcklig.<sup>21</sup>

Enligt Bris lever många barn som förlorat en förälder i suicid i utsatta miljöer med erfarenheter av våld, skadligt bruk och beroende samt vuxnas psykiska och/eller fysiska ohälsa. För många av dem saknas en vuxen som har kunnat ge barnet tillräcklig omsorg efter föräldrarnas död. En del barn bor kvar med en efterlevande förälder trots omsorgsbrist och en del bor i familjehem eller på hem för vård och boende (HVB). Bris har även kontakt med barn som levt skyddade från den vuxnes svårigheter och kanske aldrig haft någon kontakt med föräldern som dött. En gemensam fundering i flera av dessa samtal är hur de ska förhålla sig till sorg och saknad efter någon som inte alltid var bra för en, eller som de aldrig känt och nu aldrig kommer få chansen att lära känna.

Flera internationella studier slår fast att unga som i barndomen mist en förälder i suicid löper ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa till följd av komplicerad sorg och psykologiskt lidande. Problemen kan yttra sig som ångest, traumatisk stress, långvarig nedstämdhet och depression, med ökad benägenhet för social isolering, alkohol och drogberoende liksom suicidtankar och -handlingar. Risken att själv avlida i suicid är större hos den här gruppen än hos unga som har en förälder som dött av andra orsaker.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Se Bris, *När en förälder tagit sitt liv*, 2022.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Andriessen, *Pre- and post-loss features of adolescent suicide bereavement*, 2016. Cerel och Aldrich, *The impact of suicide on children and adolescents*, 2017.

<sup>22</sup> Se bland annat Cerel och Aldrich *The impact of suicide on children and adolescents*, 2011. Samt Brent, *The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death*, 2009.

Efterlevande barns riskutveckling över tid bekräftas också av två svenska studier utförda på uppdrag av Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka). I den ena studien visade det sig att de som i barn-  
domen hade haft en förälder som tagit sitt liv löpte tre gånger så stor risk att själva komma att vårdas för suicidförsök. De hade också en fördubblad risk att dö i ung ålder av orsaker som går att förebygga, såsom skadligt bruk och beroende, våld och suicid, jämfört med kontrollgruppen som bestod av unga vuxna utan vare sig erfarenhet av omsorgsansvar eller föräldraförlust.<sup>23</sup> Den andra studien visade att unga som mist en förälder i våldsamma dödsorsaker var särskilt utsatta. De löpte tre gånger högre risk att själva dö i förebyggbara orsaker under uppföljningstiden (18–35 år), jämfört med kontrollgruppen. Dödsrisken var särskilt hög inom gruppen unga som mist en förälder i suicid.<sup>24</sup> Studierna påvisade också socioekonomiska effekter av att ha en förälder som tagit sitt liv, då förlusten visade sig försvåra skolgången och inträdet på arbetsmarknaden.

Barn som förlorar en förälder i suicid riskerar lägre genomsnittliga grundskolebetyg vilket i sin tur kan leda till sämre möjligheter för vidareutbildning på gymnasienivå visar en svensk studie.<sup>25</sup> Denna bild bekräftas även av Bris som menar att skolgången ofta blir tuff för barn som drabbas av en förälders suicid, både i det akuta läget och på längre sikt. Barnet kan till exempel ha svårt att hänga med i skolarbetet och få problem med att reglera sina känslor. Den kognitiva utvecklingen hos barn kan försenas som en följd av förlusten, och till följd av tidigare svåra upplevelser. Sorgen i sig bidrar också till att inlärningen kan försvåras.<sup>26</sup>

## Hur barn hanterar förlusten av en förälder

Hur ett barn hanterar förlusten av en förälder är avgörande för hur den ökade riskutvecklingen uppstår. Barnets reaktion beror bland annat på individuella faktorer såsom ålder och mognad, men även hur föräldrarnas suicid har förklarats för barnet, relationen med den avlidne föräldern, huruvida det var barnet som hittade föräldern, tidigare trau-

---

<sup>23</sup> Hjern, *Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – Hur ser livet ut i ung vuxen ålder?*, 2014.

<sup>24</sup> Hjern, *Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen*, 2014.

<sup>25</sup> Liu, *School Outcomes Among Children Following Death of a Parent*, 2022.

<sup>26</sup> Bris, *När en förälder tagit sitt liv*, 2022.

matiska händelser och barnets dagliga livssituation.<sup>27</sup> Betydelsen av den kvarvarande föräldrarnas förmåga att vara närvarande och stödjande i sorgen, graden av kommunikation inom familjen samt stöd från kamrater och professionella i skolan och i det vidare sociala sammanhanget, framhålls i forskningen som särskilt viktiga faktorer både för barnets bearbetning och hantering av förlusten över tid. Det är vanligt att efterlevande barn blir upptagna av påträngande tankar, minnesbilder och frågor om skälen till föräldrarnas suicid, liksom av svårbearbetade känslor av smärta, ledsenhet, oro, skuld och skam. Många barn upplever att de blivit övergivna av sin avlidne förälder, vilket kan leda till motstridiga känslor mellan längtan och en önskan om att den avlidne föräldern ska komma tillbaka, och besvikelser och ilska riktat mot den avlidne föräldern. Förlusten kan även ge upphov till existentiella frågor och rädsla för att andra oväntade händelser ska inträffa, såsom exempelvis att den kvarvarande föräldern också ska dö.<sup>28</sup>

Det är också vanligt att efterlevande barn anklagar sig själva i sorgen; antingen för att inte vara tillräckligt värd att älska för att föräldern skulle välja att stanna i livet, eller för att själv inte ha förmått förhindra föräldern från att ta sitt liv. En del barn anklagar i stället den avlidne föräldern, utifrån känslor av övergivenhet och en moralisk övertygelse att föräldrar ska stanna i livet och ta hand om sina barn. Detta kan bidra till en negativ självbild hos det efterlevande barnet – antingen som en icke-älskvärd eller felande person, eller som barn till en dålig person.<sup>29</sup>

### 10.3 Styrningen av stödet till efterlevande

Att det finns oklarheter i hur ansvaret för efterlevandestödet är fördelat och vilka konsekvenser det får för efterlevande och berörda verksamheter har återkommande lyfts fram av de organisationer och personer utredningen träffat. Här framhålls ofta att det finns utrymme

---

<sup>27</sup> Andriessen, *Pre- and post-loss features of adolescent suicide bereavement: A systematic review*, 2016. Dyregrov, *After the Suicide: Helping the Bereaved to find a Path from Grief to Recovery*, 2017.

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> Silvé, *To mourn and resist stigma: Narration, meaning-making and self-formation after a parent's suicide*, 2016.

för en större tydlighet. Detta syns bland annat i de kartläggningar utredningen genomfört.<sup>30</sup>

Det finns i lag ingen specifik skyldighet för någon aktör att erbjuda stöd till en enskild som förlorat en närstående. Detta gäller både för efterlevande vid suicid och vid andra dödsorsaker. Om det finns behov av stöd så kan eller ska insatser erbjudas inom mer allmänna principer för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och inom skolan.

### 10.3.1 Nationell styrning

Från nationellt håll har det gjorts satsningar inom många områden som uppmärksammar efterlevandes behov mer generellt. Direkta satsningar inom området efterlevande vid suicid specifikt har dock varit färre. Samtidigt ska sägas att många uppdrag som utgått från nationellt håll överlappar även området och behoven gällande efterlevande vid suicid. Ett exempel på det är överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) där suicidpreventiva medel ingår och behov gällande efterlevandestöd vid suicid nämns.<sup>31</sup>

Statens styrning av stödet till efterlevande vid suicid har framför allt bestått i statsbidrag som fördelats till civilsamhällesorganisationer som arbetar med att stödja efterlevande.<sup>32</sup> Även Folkhälsomyndigheten har inom sitt samordnande uppdrag gjort insatser som berör efterlevandestöd vid suicid. Kunskapsstödet som tagits fram av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, som nämndes ovan, har också varit ett sätt för regeringen att försöka påverka arbetet med stöd till efterlevande i kommuner och regioner. I stödmaterialet, som även riktar sig till beslutsfattare, finns ett avsnitt om hur man kan ta fram ett länsövergripande arbetssätt för efterlevandestöd. På Kunskapsguiden lyfts också Kalmar län som ett positivt exempel på hur man kan jobba med stöd till efterlevande. Se avsnitt 10.4.3.

Syftet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för barn som efterlevande vid suicid är att ge inspiration och stöd i arbetet med att ta fram lokala processer och rutiner för att säkra att efterlevande barn fångas upp och får den information, råd och stöd de behöver. Det

---

<sup>30</sup> Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024.

<sup>31</sup> SKR, *Överenskommelse om psykisk hälsa och suicidprevention*, hämtad 2024-08-28.

<sup>32</sup> Förordning (2020:429). Folkhälsomyndigheten, *Verksamhetsbidrag till ideella organisationer inom psykisk hälsa och suicidprevention 2024*, hämtad 2024-08-05.

gäller både i det akuta läget och i en uppföljande fas.<sup>33</sup> Regeringen har också tillsatt Utredningen om stärkt stöd till anhöriga<sup>34</sup> för att lämna förslag på åtgärder som ska stärka stödet till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka. Utredningen lämnade betänkandet *Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga*, SOU 2024:60 i september 2024.

### 10.3.2 Reglering av stöd till närstående vid suicid

Generellt sett finns det väldigt lite specifika regleringar av vilket stöd efterlevande i allmänhet, eller vid suicid, har rätt att få. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har dock ett visst ansvar för att uppmärksamma enskilda personers behov i deras respektive verksamhet. Skolan ska ge alla barn och elever den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande för att de ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål.

#### Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen och öppenvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa.<sup>35</sup> Enligt regeringen omfattar hälso- och sjukvårdens förebyggande ansvar också att identifiera personer eller grupper av personer som riskerar att drabbas av ohälsa. Regeringen har särskilt uttalat att många anhöriga riskerar just detta, vilket det finns omfattande forskningsevidens för.<sup>36</sup>

När det gäller barn som närstående finns dock en särskild reglering för hälso- och sjukvården i 5 kap. 7 § HSL som innebär att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans

<sup>33</sup> Socialstyrelsen, *Stärkt stödet till efterlevande barn. Stödmaterial till hälso- och sjukvården för att uppmärksamma och följa upp behoven hos barn som mist en förälder*, 2024.

<sup>34</sup> S2023:05, se också utredningsdirektiven dir. 2023:77.

<sup>35</sup> Se 3 kap. 1 och 2 §§ samt 8 kap. 1 och 3 §§ HSL.

<sup>36</sup> Prop. 2008/09:82, s. 16.

med oväntat avlider.<sup>37</sup> Enligt förarbetena till bestämmelsen är insatser till barn prioriterade.<sup>38</sup> Det finns en motsvarande bestämmelse i 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659). När det gäller barn kan också konstateras att de av elevhälsans insatser som utgör hälso- och sjukvård regleras under HSL.

## Socialtjänsten

Socialtjänsten har enligt socialtjänstlag (2001:453), SoL,<sup>39</sup> det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver. Till socialnämndens uppgifter hör bland annat att svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.<sup>40</sup> Allmänt inriktade insatser, exempelvis insatser till enskilda i form av service, kan ges utan att det behöver göras någon behovsbedömning. Det kan vara fråga om rådgivande och informerande insatser eller olika typer av öppna verksamheter. Det ska vara en fråga om en service som är öppen för alla, även om serviceinsatsen i sig kan vara riktad till enskilda individer.

När det gäller individuellt anpassade insatser till enskilda, har socialnämnden en skyldighet att bevilja bistånd till den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, så att den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker dennes möjligheter att leva ett självständigt liv. Om en enskild har behov som inte ryms inom socialnämndens skyldighet har nämnden också en möjlighet att ge bistånd ändå, om den bedömer att det finns skäl för det.<sup>41</sup>

Enligt 5 kap. 10 § SoL ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Många kommuner har med anledning av 5 kap. 10 § SoL tagit fram allmänt inriktade insatser till anhöriga som vårdar eller stödjer

<sup>37</sup> Se 5 kap. 7 § andra stycket HSL.

<sup>38</sup> Se prop. 2008/09:193, s. 11.

<sup>39</sup> I SOU 2020:47 föreslås en ny socialtjänstlag. Det föreslås bland annat att bestämmelsen om anhörigstöd i 5 kap. 10 § formuleras om men någon förändring i sak inte är avsedd, se s. 424 f. I skrivande stund har någon proposition om ny socialtjänstlag inte lagts fram.

<sup>40</sup> Se 2 kap. 1 § och 3 kap. 1 § SoL.

<sup>41</sup> Se 4 kap. 1 och 2 §§ SoL. I SOU 2020:47 föreslås en ny socialtjänstlag. Det föreslås bland annat att bestämmelsen med möjlighet för socialnämnden att erbjuda insatser utan föregående behovsprövning. Bestämmelsen är ett komplement till biståndsbestämmelserna i 4 kap. 1 och 2 §§ SoL och innebär ingen begränsning av den enskildes rätt till bistånd, se s. 691 f. I skrivande stund har någon proposition om ny socialtjänstlag inte lagts fram.



en närstående, så kallat anhörigstöd. Det kan handla om stödsamtal, samtalsgrupper eller utbildning. När sådana stödinsatser riktar sig till en person ”som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder” kan insatserna också upphöra om den närstående avlider i exempelvis suicid. Då kan i stället en prövning av individuella insatser bli aktuell enligt vad som nämnts ovan.

När det gäller gruppen barn och unga ska socialnämnden enligt 5 kap. 1 § SoL också verka för att de växer upp under trygga och goda förhållanden. Socialnämnden ska även bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa. Socialnämndens förebyggande verksamhet inkluderar således till exempel uppsökande verksamhet för barn och unga som kan anses tillhöra en riskgrupp.<sup>42</sup>

## Skolan

Alla barn och elever i samtliga skolformer och i fritidshem ska ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling, för att de utifrån sina egna förutsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål, se 3 kap. skollagen (2010:800).

Om en anhörigs suicid påverkar elevers skolprestationer så att det kan befaras att en elev inte kommer att uppfylla de betygsriterier eller kriterier för bedömning av kunskaper som minst ska uppfyllas ska eleven skyndsamt ges stöd i form av extra anpassningar, se 3 kap. 5 § skollagen. Om sådana anpassningar bedöms som otillräckliga ska en utredning ske, vilket kan ligga till grund för särskilt stöd, se 3 kap. 7 § skollagen. Samråd ska då ske med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövligt. Elevhälsan i skolan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas, se 2 kap. 25 § skollagen. Viss personal inom elevhälsan, som till exempel skolsköterskor, omfattas också av regleringen i 5 kap. 7 § HSL och 6 kap. 5 § PSL. Bestämmelserna innebär att när barn har föräldrar eller vuxna som de bott tillsammans med som plötsligt avlider, ska barnens behov av information och stöd särskilt beaktas.

---

<sup>42</sup> Se 5 kap. 1 § SoL och prop. 2012/13:10 s. 128. I 2020:47 föreslås att barnrättsperspektivet tydliggörs och särskilda bestämmelser om barn och unga flyttas över till en egen avdelning. I skrivande stund har någon proposition om ny socialtjänstlag inte lagts fram.

## 10.4 Det efterlevandestöd som erbjuds i dag

Enligt Kunskapsguiden<sup>43</sup> är det viktigt att både verksamhetsansvariga och yrkesverksamma i vård och omsorg har kunskap om de risker som uppstår om efterlevande efter suicid inte får det stöd de behöver. Det framgår också att det är bra om regioner och kommuner utvecklar ett systematiskt arbetssätt för att erbjuda efterlevandestöd, utifrån sina lokala förutsättningar. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen lyfte även i underlaget till den nationella strategin fram att det finns behov av uppsökande och uppföljande krisstöd för personer som drabbas av en närståendes suicid. För att få en klarare bild av hur tillgången till efterlevandestöd vid suicid ser ut har utredningen låtit göra en kartläggning av efterlevandestödet i regioner och kommuner.

### 10.4.1 Regionernas och kommunernas stöd till efterlevande

Utredningens samlade bild är att stödet till efterlevande ser väldigt olika ut i olika delar av landet. Ett generellt mönster som framkommit i den kartläggning utredningen låtit göra, och som även bekräftats i våra övriga intervjuer, är att det stöd som finns har svårt att nå de efterlevande. Kartläggningen gjordes av Governo AB och bestod av enkäter till regioner och kommuner samt fallstudier i tre utvalda län. Kartläggningen finns i bilaga 3 till detta betänkande. Enkäten besvarades av 156 av 290 kommuner (53 procent) och 17 av 21 regioner (80 procent).<sup>44</sup> Kartläggningen visar att den struktur som finns för arbetet med efterlevandestöd inom regioner och kommuner är decentraliserad och därför ser olika ut i landet. Stödet kan bestå av allt från information till stöd på grupp- eller individnivå till behandling av psykiatriska tillstånd. Den vanligaste formen av stöd ges på individnivå.

---

<sup>43</sup> Kunskapsguiden är en webbplats som samlar kunskapsstödande produkter från Socialstyrelsen, andra myndigheter och aktörer. Informationen riktar sig till yrkesverksamma inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

<sup>44</sup> Kartläggningen pågick november–december 2023.

## Efterlevandestöd erbjuds främst av regionerna

Nästan alla regioner som besvarade enkäten som ingick i kartläggningen uppgav att de erbjuder någon form av efterlevandestöd vid suicid och 65 procent (11 regioner) uppgav att de erbjuder ett specifikt stöd till efterlevande vid suicid. Övriga regioner uppgav att det finns någon annan typ av stöd som efterlevande kan ta del av. Hälften av kommunerna uppgav att de erbjuder efterlevandestöd, det är dock sällan anpassat till suicid utan ingår i ett mera generellt efterlevandestöd. Bland kommunerna är det vanligare att det efterlevandestöd som erbjuds är en del av det generella krisstödet och inte specifikt för suicid. 18 procent av de svarande kommunerna (28) uppgav att de har ett specifikt stöd till efterlevande vid suicid. 40 procent av de svarande kommunerna (62) uppgav att de inte erbjuder något stöd till efterlevande vid suicid. Flera svarande upplever att kommunen har en mer oklar roll när det kommer till att erbjuda efterlevandestöd och att det snarare är regionernas ansvar.

Den kommunala verksamhet som utmärkte sig i kartläggningens fallstudier var skolan. Där finns i högre grad utarbetade rutiner vid en elevs eller anhörigs dödsfall. Det handlar då inte om specifikt stöd anpassat till suicid utan mer om skolans generella krisplaner. Krisplanerna upplevs som tydliga och det finns tydliga processer och ett tydligt arbetssätt för att möta och hantera elevernas behov.

I enkätsvaren uppgav majoriteten av regionerna att det inte finns någon avgränsning för vem som får ta del av det stöd som erbjuds. Två regioner angav dock att det finns begränsningar där en region uppgav att stödet baseras på att den sökande ska vara bosatt i regionen samt vara myndig. En annan region uppgav att ett suicid inte får ha inträffat mer än ett år tillbaka i tiden för att den efterlevande ska få stöd. Liknande begränsningar finns även i det stöd som erbjuds av en del kommuner; för att få stöd ska personen vara myndig, bo i kommunen eller ha en aktiv kontakt med kommunal verksamhet. Många regioner uppgav i sina svar att de hänvisar efterlevande i behov av stöd till civilsamhällesaktörer. Kartläggningen visar att varken kommuner eller regioner anser att de har ett långsiktigt ansvar för efterlevandestöd.

Tänkbara förklaringar till att det framför allt är regionerna som arbetar med efterlevandestöd är att regionerna ansvarar för vård- och behandling och att en del suicidala personer har haft kontakt med

psykiatrin innan de tagit sitt liv. En annan förklaring till att färre kommuner än regioner erbjuder efterlevandestöd kan dels vara att verksamheterna inte får kännedom om inträffade suicid, dels att visst stöd inom socialtjänsten ska ges individuellt. Det skulle kunna innebära att kommuner inte upplever att de kan kontakta familjer och erbjuda hjälp om det inte exempelvis finns en ansökan om insats.

### Rätt kompetens är en utmaning

I kartläggningen framkommer att resurs- och kompetensbrist inom kommunal verksamhet gör det svårt att erbjuda efterlevandestöd. Att suicid är en händelse som inträffar sällan för många kommuner gör det också svårt att säkerställa rätt kompetens. Vissa kommuner framhåller även att civilsamhället erbjuder stöd. Flera kommuner har insikt i sina brister i efterlevandestödet och uttrycker en vilja att förbättra arbetet vilket bland annat framgår av de fritextsvar som lämnats i kartläggningens enkät. Samtidigt ser de stora utmaningar kopplade till kommunens storlek och resurstillgång.

### Barns behov riskerar att förbises

Att stödet i vissa delar av landet begränsas till de som är myndiga innebär att barn som blir efterlevande riskerar att inte få något stöd. Barns behov av efterlevandestöd är också något som har lyfts fram särskilt av de organisationer och personer utredningen haft kontakt med. Flera av dessa aktörer nämner att barn behöver fångas upp på ett annat sätt än vuxna, och någon uttrycker att barn får sämre stöd än vuxna.

Utredningen kan konstatera att den bild som framkommer i den kartläggning vi låtit genomföra, bekräftas av en studie av Nka. Studien avser barn som blivit efterlevande efter en förälders bortgång oavsett orsak. Den visar att många barn som blivit efterlevande inte fått något stöd från skolan eller från sjukvården, trots att de ansåg att det hade behövts.<sup>45</sup>

Elevhälsan och skolan spelar en central roll i barn och ungas liv. I tidigare kapitel har skolans arbete med krisstöd beskrivits. Ett väl fungerande krisstöd kan vara ett viktigt stöd till barn i den initiala

---

<sup>45</sup> Liu, *School Outcome Among Children Following Death of a Parent*, 2022.

fasen och det finns både exempel på att det fungerar väl och att det brister i landet.

Ett problem med att tillgodose ett barns individuella behov av stöd är att barn inte alltid känner till vad elevhälsan har för uppdrag och att elevhälsan inte används som den resurs den skulle kunna vara.<sup>46</sup> Samtidigt ingår det inte alltid i det systematiska kvalitetsarbetet att analysera lärmiljöerna och samla in sådana uppgifter som gör att det finns möjlighet att vidta tidiga insatser för att förebygga att elever inte når kunskapskraven. Att rektorer och huvudmän ibland saknar kunskap om elevhälsans uppdrag och arbetssätt och om hälso-perspektivet i stort kan vara en bidragande orsak till att dessa aspekter saknas i kvalitetsarbetet.<sup>47</sup> Därtill varierar tillgången till elevhälsans olika yrkesgrupper.<sup>48</sup> Regeringen har tillsatt en utredning som bland annat ska analysera och ta ställning till vad elevhälsans uppdrag och syfte ska vara, samt föreslå hur elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser kan stärkas.<sup>49</sup>

Den reglering som finns i HSL och PSL som avser det särskilda behov av information och stöd ett barn har vid plötslig bortgång av en förälder, eller annan vuxen barnet varaktigt sammanbott med, har begränsningar som inte utgår ifrån barnets behov. Regleringen omfattar inte andra barn som barnet kan ha levt med eller ha som närstående som exempelvis syskon, nära vän eller kärlekspartner.

En utmaning är att barns behov förutsätter ett stöd under en betydligt längre tid då barnets mående kan förändras i takt med att barnet blir äldre och visar en annan förståelse för det inträffade och konsekvenserna av det. I utredningens kartläggning av regioners och kommuners efterlevandestöd framkom ett par exempel på olika former av begränsningar i stöd, bland annat baserat på hur lång tid som gått sedan det personen avled. Begränsningar av den typen riskerar att utsätta barn för onödigt lidande och försämra deras hälsa över tid.

---

<sup>46</sup> Skolinspektion, *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, 2015, s. 21.

<sup>47</sup> SOU 2021:11.

<sup>48</sup> SOU 2016:94 s. 257 samt Skolinspektionen, *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, 2015, s. 17 ff. samt SOU 2021:11.

<sup>49</sup> Regeringsbeslut dir. 2024:30.

## Civilsamhället tar ett stort ansvar

I kartläggningen framstår civilsamhället spela en viktig roll och ta ett stort ansvar för efterlevandestödet. Den generella uppfattningen är att civilsamhället utgör ett bra komplement till det efterlevandestöd som erbjuds inom hälso- och sjukvården och kommunerna, men att det är viktigt att säkerställa att civilsamhället inte får för stor roll då dessa organisationer ofta har begränsade resurser. Många kommuner anger att civilsamhället tar ett stort ansvar för stödet till efterlevande som förklaring till att de inte själva erbjuder efterlevandestöd.<sup>50</sup> 62 av kommunerna som besvarade kartläggningens enkät uppgav att de hänvisar efterlevandestöd vid suicid till civilsamhällesaktörer, främst Svenska kyrkan, Suicide Zero och SPES. Att civilsamhället tar ett stort ansvar framgick även i de fallstudier som genomfördes.<sup>51</sup>

## Ovanligt med uppsökande efterlevandestöd

Det är inte ovanligt att de efterlevande själva behöver hitta till efterlevandestödet. 9 av de 17 regioner som besvarade enkäten arbetar uppsökande för att erbjuda stöd till efterlevande. Bland kommunerna är andelen som arbetar uppsökande ännu lägre. Det framkom också i kartläggningen att det finns misstankar om att många efterlevande med behov av stöd inte hittar fram till den hjälp som finns. Den bilden bekräftas av de flesta efterlevande och civilsamhällesorganisationer som utredningen haft kontakt med. Aktörerna framhåller även att det är vanligt att de efterlevande själva behöver söka efter det stöd och den behandling de behöver och att det är ovanligt med uppsökande hjälp.<sup>52</sup>

Forskning visar att nära 8 av 10 efterlevande tackar ja till stöd som erbjuds i nära anslutning till dödsfallet. Om den efterlevande ändå tackar nej är det dels viktigt att komma ihåg att personen befinner sig mitt i en kris och kan vara i behov av stöd längre fram, dels händer det att efterlevande inte själva minns att de tackat nej till stöd som

---

<sup>50</sup> Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024, s. 19. Flera andra faktorer framkommer också som avgörande för att efterlevandestöd inte erbjuds, till exempel resurs- och kompetensbrist, svårigheter att identifiera suicid samt faktumet att suicid sällan förekommer.

<sup>51</sup> Enkäten besvarar inte huruvida kommunerna även gav någon form av verksamhetsbidrag till berörda civilsamhällesorganisationer.

<sup>52</sup> Hearing med företrädare för civilsamhällesorganisationer 2023-12-05 samt 2023-12-08.

erbjudits i ett skede där chocken varit för stor.<sup>53</sup> Flera regioner uppmärksammar att de bara kan erbjuda stöd om de har kännedom om att ett behov finns. Det har också framkommit i kartläggningen att vissa regioner själva anser att de skulle behöva jobba mer med att kommunicera de stöd som finns.

### Svårt att få långsiktigt stöd

Det vanligaste stöd som erbjuds efterlevande från regioner och kommuner är stöd på individnivå, oftast i form av samtalsstöd. Det är framför allt inom specialistpsykiatri som stöd erbjuds. Flera regioner uppger samtidigt att efterlevande har svårt att hitta efterlevandestödet. Huruvida man får stöd blir då avhängigt av att man söker sig till vården, eller att man redan har en pågående kontakt.

Kartläggningen visar även att varken kommuner eller regioner anser sig ha något ansvar för att erbjuda ett mer långsiktigt efterlevandestöd. Behovet av ett mer långsiktigt efterlevandestöd har lyfts fram i de samtal utredningen haft med civilsamhällesorganisationer och andra organisationer. Det framgår även i det stödmaterial som getts ut av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

#### 10.4.2 Civilsamhällets insatser

En stor del av stödet till efterlevande vid suicid utförs av olika ideella organisationer, något som bland annat bekräftas i den kartläggning utredningen låtit genomföra och utredningens kontakter med olika organisationer och personer. Att samhället i så hög utsträckning förlitar sig på insatser från civilsamhället är något flera civilsamhällesaktörer framhåller som problematiskt. De civilsamhällesaktörer utredningen träffat uppger att de vill vara ett kompletterande stöd snarare än ett bärande stöd. De civilsamhällesaktörerna som regioner och kommuner oftast hänvisar till är SPES, Suicide Zero och Svenska kyrkan.

SPES är en civilsamhällesorganisation som funnits sedan år 1987 och som erbjuder stöd och hjälp till efterlevande bland annat genom

---

<sup>53</sup> McGeechan, *Evaluation of a Pilot Police-led Suicide Early Alert Surveillance Strategy in the UK. Injury Prevention*, 2018. Springer, *Proactive Support for Survivors of Trauma. TAPS Suicide Prevention and Postvention*, hämtad 2024-08-15. Hill, *Evaluation of the Primary Care Navigator (PCN) Model for People Bereaved by Suicide in the Peel, Rockingham and Kwinana Region in WA*, 2021.

en stödlinje och självhjälpgrupper. SPES är en rikstäckande organisation med lokala avdelningar i de flesta län. SPES efterlyser en större tydlighet när det gäller ansvaret för stödet till efterlevande, och en bättre samordning av det stöd som erbjuds. SPES framhåller vikten av att stödet som erbjuds är uppsökande då många efterlevande inte är i skick att själva söka efter hjälp.<sup>54</sup>

Suicide Zero är en civilsamhällesorganisation som funnits sedan år 2013 och arbetar för att minska suicid i Sverige. Suicide Zero erbjuder bland annat utbildningar till allmänheten och organisationer och jobbar stödjande gentemot kommuner och regioner. På lokal nivå har de volontärer i ett flertal län som bistår verksamheten på olika vis. Suicide Zeros bild är att stödet till efterlevande ofta brister. Stödet bör komma från en neutral part, snarare än en verksamhet som varit involverad i behandling av den som avlidit exempelvis. Det är bra om de är specialiserade på trauma/komplicerad sorg.<sup>55</sup>

Det finns en överenskommelse mellan Polismyndigheten och trosamfundet inom Sveriges kristna råd där samverkan mellan polisen och berörda trosamfund regleras. Där framgår bland annat att präster, pastorer och diakoner kan bistå polisen vid överlämnande av dödsbud. Den person som medföljer polisen har då möjlighet att stanna kvar hos den efterlevande personen eller familjen, efter att polisen åkt därifrån.<sup>56</sup> Frågor om livet och döden berör samtliga trosamfund. Samtidigt har polisen sällan information om den avlidnes religiösa tillhörighet på förhand. Överenskommelsen rör polisens kontakter med Svenska kyrkan, frikyrkor och katolska kyrkan. Om det är en familj med annan trostillhörighet än dessa finns ingen sådan överenskommelse och det finns sällan upparbetade kontaktvägar.

I den senare delen av sorgprocessen, och för att möjliggöra stöd och kontakt med andra personer som har gått igenom liknande situationer, spelar civilsamhället en stor roll. Utöver ovanstående aktörer finns många andra civilsamhällesaktörer som erbjuder efterlevandestöd vid suicid, bland annat Suicidprevention i väst (SPIV), Randiga huset, Rädda barnen, Ericastiftelsen och Barnens rätt i samhället (Bris).

---

<sup>54</sup> Intervju med företrädare för SPES 2023-12-05 samt 2024-02-15.

<sup>55</sup> Intervju med företrädare för Suicide Zero 2023-09-30.

<sup>56</sup> Sveriges kristna råd, *Kyrka – Polis i samverkan*, hämtad 2024-05-06.



### 10.4.3 Två regionala exempel

Enligt Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen pågår det i flera regioner ett arbete med att utveckla regionala eller länsgemensamma rutiner för ett mer systematiskt och strukturerat stöd till efterlevande efter suicid.<sup>57</sup> Det finns några exempel på regioner som har kommit långt i det arbetet. Nedan ger vi exempel på hur efterlevandestödet utvecklats i två sådana regioner.

#### Länsövergripande efterlevandestöd i Kalmar län

I Kalmar län har regionen och kommunförbundet tillsammans med berörda aktörer så som polisen, utvecklat stödet till efterlevande efter suicid och utformat ett länsövergripande arbetssätt. Arbetssättet ska tydliggöra aktörers roller och ansvar och säkerställa att efterlevandestöd erbjuds närstående vid suicid. Stödet ges både till vuxna och barn.

Den länsövergripande rutinen som finns sedan år 2022 går ut på att polisen, som meddelar dödsbud till den efterlevande, även har i uppgift att informera om rutinen för att efterlevandestöd vid suicid i länet. Polisen efterfrågar samtycke, vid vilken hälsocentral den efterlevande är listad och återkopplar sedan till den berörda hälsocentralen att det finns en efterlevande som gett sitt samtycke till att bli erbjuden stöd. Därefter är det verksamhetschefen på hälsocentralen som utser en lämplig medarbetare som får i uppdrag att agera som efterlevandelots.

Efterlevandelotsen ska samordna, underlätta och förenkla livet för den efterlevande. Lotsens roll är primärt att inventera vilket behov den efterlevande har, ge hjälp och stöd samt hänvisa till andra insatser vid behov. Lotsen ska inte behandla medicinskt eller terapeutiskt. Efterlevandelotsen tar regelbundna kontakter med den efterlevande för att stämma av aktuellt mående, nytillkomna behov samt följa upp att eventuella stödinsatser kommit i gång.<sup>58</sup>

<sup>57</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Stöd till efterlevande vid suicid. Samlad kunskap för yrkesverksamma*, 2023.

<sup>58</sup> Region Kalmar län, *Efterlevandestöd vid suicid*, hämtad 2024-08-28.

### Barntraumateamen i Region Östergötland

I region Östergötland har efterlevandestödet för barn utvecklats i särskild ordning. I över 20 år har det funnits ett särskilt krisstöd som kopplas in när barn blir efterlevande vid suicid. Barntraumateamen bedrivs inom barn- och ungdomspsykiatri.

Verksamheten startade år 2000 och i dag finns tre team i länet. Personalen är socionomer med minst vidareutbildning steg 1 i psykoterapi eller legitimerade psykologer.

Stödet erbjuds familjer med barn och ungdomar under 18 år och eventuella äldre syskon. Teamen har fyra uppdrag: att stödja barn och unga som förlorar en förälder genom plötslig död, stöd vid andra extrema trauman och vid förälders allvarliga sjukdom samt konsultation och kunskapsspridning.

En stor del (37 procent) av de barn som teamet kommer i kontakt med är efterlevande på grund av suicid. Barntraumateamet arbetar proaktivt med att söka upp familjer som drabbats och erbjuder krisstöd. Arbetet utgår inte från symptom eller behov, utan från själva händelsen.<sup>59</sup>

## 10.5 Begränsade kunskaper om efterlevandestödets effekter

Kunskaper om olika efterlevnadsstödsinsatsers effekter är begränsad. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sammanställt forskning om effekter av olika typer av stöd till anhöriga efter suicid. I sin sammanställning skriver SBU att det finns behov av insatser för stöd och hjälp till de anhöriga efter suicid. Enligt SBU saknas det dock etablerade insatser för stöd och vägledning för anhöriga för den akuta fasen i direkt anslutning till en närstående persons suicid.<sup>60</sup>

Det finns studier som visar en viss minskning av sorgens intensitet och suicidrisk vid stödsinsatser och behandling.<sup>61</sup> Nästan alla studier som ingick i de tre systematiska översikter som inkluderades

<sup>59</sup> Intervju med företrädare för Barntraumateamet 2024-01-15 samt *Uppdragsbeskrivning för barntraumateamen i Östergötland*, 2022.

<sup>60</sup> SBU, *Stöd till anhöriga efter suicid*, hämtad 2024-08-15.

<sup>61</sup> Ibid.

i SBU:s sammanställning bedömdes dock ha låg kvalitet och därmed hög risk för så kallad bias (överskattning eller underskattning av resultat). SBU:s slutsats är att det behövs fler primärstudier med god metodologisk kvalitet när det gäller stöd till anhöriga efter suicid.

Barntraumateamets verksamhet har utvärderats av Nka. Studien handlar om hela Barntraumateamets verksamhet, och inte bara om stödet till efterlevande vid suicid, och har ett ansenligt bortfall. Vissa slutsatser om stödet kan ändå dras. En sammanfattande slutsats är att det stöd Barntraumateamet förmedlat till barn som förlorat en förälder kan vara en viktig förutsättning för barn när det gäller att ta sig ur sorgprocessen och fungera väl i det fortsatta livet. Sammantaget har barn och föräldrar som varit i kontakt med Barntraumateamet efter en förälders plötsliga död till stor del varit hjälpta av det stöd de fått. Arbetet har upplevts som hoppgivande, bekräftande och normaliserande. De som deltog i utvärderingen tycks också i dag vara vid relativt god psykisk hälsa, vilket antyder att teamets arbete kan ha fyllt en viktig funktion för återhämtningen. Det är dock inte uteslutet att den grupp som studien fångat består av de individer som klarat sig bäst, det finns en risk för att bortfallet till stor del består av personer som inte orkat delta.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Nationellt kompetenscentrum anhöriga, *Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping*, 2014.



# 11 Stödet till efterlevande behöver utvecklas

I föregående kapitel har vi beskrivit hur människor kan påverkas av att förlora en närstående i suicid, vad efterlevandestöd är, hur det styrs och vilket efterlevandestöd som finns i Sverige i dag. I detta kapitel gör utredningen en analys av de utvecklingsbehov som vi ser kopplat till efterlevandestödet vid suicid. Kapitlet avslutas med utredningens bedömningar av behovet av förbättringar och vad som behöver utredas vidare för att kunna utveckla stödet till efterlevande.

## 11.1 Utmaningar i stödet till efterlevande vid suicid

Utredningens uppfattning är att det finns stora skillnader i vilket efterlevandestöd som erbjuds i olika delar av landet. Det finns också en skillnad mellan det stöd som regioner och kommuner uppger att de erbjuder och efterlevandes bild av vilket stöd som finns att tillgå. Hur efterlevandestödet är reglerat i dagsläget är också en viktig faktor för hur kommuner och regioner upplever sitt ansvar i frågan.

### 11.1.1 Behov av tydligare styrning

Som vi nämnt i föregående kapitel är regleringen kring vilket stöd efterlevande vid suicid kan få begränsad, något som gäller både vid suicid och andra dödsorsaker. Ansvaret för efterlevande vuxna inom ramen för vård och omsorg tolkas på olika sätt i regioner och kommuner. I vissa delar av landet ses det som en kommunal uppgift och i andra delar som en uppgift för den regionala hälso- och sjukvården. Detta innebär att stödet till efterlevande varierar över landet.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja hälso- och sjukvården och socialtjänsten i arbetet med stöd till efterlevande vid suicid. Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd om stöd till efterlevande vid suicid är ett sätt att försöka uppmuntra till ett länsövergripande arbetssätt för att stödja efterlevande. I övrigt har statens styrning av efterlevandestödet vid suicid huvudsakligen bestått av statsbidrag som fördelats till civilsamhällesorganisationer som arbetar med att stödja efterlevande samt insatser inom angränsande områden med påverkan även på efterlevandestöd vid suicid. Vår bedömning är att det behövs en tydligare styrning för att stödet till efterlevande ska bli likvärdigt i landet.

### 11.1.2 Stora skillnader i landet

Utredningen har kunnat konstatera att vilket stöd som erbjuds till efterlevande vid suicid varierar i landet. Det handlar både om hur stödet är organiserat, vad det består av samt vilka det riktas till. Enligt en rapport som Lumell Associates gjort på uppdrag av Socialstyrelsen finns det betydande skillnader i vilken typ av efterlevandestöd som erbjuds i landet. Rapporten visar att stödet är begränsat, även om det finns undantag. En av slutsatserna i rapporten är att det är betydande skillnader i vilken möjlighet efterlevande har att få stöd beroende på var de bor. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen bekräftar i sitt stödmaterial att det finns redogörelser från bland annat anhörig- och efterlevandeorganisationer i Sverige om att stödet till de efterlevande vid suicid brister, särskilt för efterlevande till personer som inte haft kontakt med vård och omsorg.<sup>1</sup>

Utredningens kartläggning och intervjuer med berörda organisationer och personer bekräftar bilden att variationerna i landet är omfattande. Vissa regioner och kommuner erbjuder stöd som är anpassat för suicid, andra gör det inte. Enligt Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen finns det behov av uppsökande och uppföljande krisstöd för personer som drabbas av en närståendes suicid. Detta har även lyfts fram av Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandestöd (SPES). Uppsökande stöd är generellt sett ovanligt, men det finns

---

<sup>1</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Stöd till efterlevande vid suicid – samlad kunskap för yrkesverksamma*, 2023, s. 5.

exempel på ambitiösa och framgångsrika former av efterlevandestöd som även inkluderar ett uppsökande stöd.

Kartläggningen visar att tillgång till länsövergripande rutiner är begränsat, och i de fall där de finns är förankringen ofta bristfällig. Det är vanligt att stödet ligger utspritt hos olika medarbetare och mer ovanligt att det finns specialiserade grupper. Det är en utmaning för regioner som inte har någon specialiserad grupp för efterlevandestöd att bygga upp kompetens i frågorna eftersom suicid inträffar relativt sällan.

### 11.1.3 Viktigt med uppsökande stöd

Många regioner och kommuner erbjuder någon form av stöd till efterlevande. Trots det är det många efterlevande vid suicid som upplever att de inte har fått något stöd. Den här bilden bekräftas av flera regioner som i sina enkätsvar lyfter fram att efterlevande med behov av stöd inte hittar fram till den hjälp som finns. Flera lyfter fram problematiken att regionerna bara kan erbjuda stöd om de har kännedom om att det finns ett behov. Om regionen inte har kännedom om att ett suicid har inträffat har de svårt att erbjuda stöd. En annan förklaring till att efterlevandestöd sällan är uppsökande skulle kunna vara begränsade kunskaper om vikten av just uppsökande stöd vid suicid samt kännedom om vilken riskgrupp efterlevande efter suicid utgör.

Vikten av att efterlevandestödet är uppsökande och uthålligt är något som bekräftats av flera av de efterlevande och företrädare för civilsamhällesorganisationer som utredningen träffat. Ofta beskrivs att efter ett suicid är många efterlevande i sådan chock att de inte förstår att söka upp information om vilket stöd som finns. Det händer att den efterlevande kan tacka nej till ett erbjudande av stöd om det erbjuds när chocken är som mest påtaglig. Många efterlevande vittnar om att de själva inte varit medvetna om att de har tackat nej till ett stöd på grund av chocken efter det plötsliga dödsfallet. Studier visar dock att de allra flesta efterlevande är positiva till att bli erbjudna stöd och hjälp.

Utredningens bild är att efterlevande sällan erbjuds ett uppsökande stöd även om det finns exempel på det. I de flesta fall behöver efterlevande själva identifiera var och hur de behöver söka stöd. Detta försvåras både av att många efterlevande inte orkar söka stöd på egen hand och av att stigma, skam och skuld kan göra det svårt att be om

hjälp utifrån. En utmaning vid utformning av ett uppsökande efterlevandestöd är att identifiera vilka personer som ska inkluderas och hur risker med att missa personer i behov av stöd ska undvikas.

#### 11.1.4 Brister i stödet till barn

Barn som blir efterlevande vid suicid är en konstaterad riskgrupp. Sorgen efter en förälder eller ett syskon som tagit sitt liv påverkar barnet under lång tid. Sorgeprocessen påverkar bland annat hur barnet orkar hämta in kunskap och prestera i skolan. Utmärkande för barns sorg är också att den kan ta olika form i takt med att barnet blir äldre och får en annan förståelse för konsekvenserna av det inträffade.

Enligt Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen förekommer det att barn och unga som drabbas av en närståendes suicid blir utan insatser från samhällets sida.<sup>2</sup> Även de intervjuer utredningen gjort med organisationer som har kontakt med barn som mår dåligt, såsom Rädda barnen och Bris bekräftar denna bild. Det har också framkommit att det förekommer att efterlevande barn som kommer i kontakt med stödjande verksamhet behöver mer omfattande stöd än de hade behövt om de fått stödet i ett tidigare skede.

Som tidigare nämnts visar utredningens kartläggning att rutinerna för att hantera krissituationen i det akuta skedet uppfattas som välfungerande inom skolans verksamhet, men utmaningen med barns mående är att det kommer att behövas stöd under en längre tid. I en studie av Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ansåg hälften av barnen att de inte fått något stöd från skolan eller från annan sjukvård, trots att de ansåg att sådant hade behövts. Studien pekar också på att barn som förlorat en förälder i högre utsträckning lider av suicidtankar i jämförelse med en motsvarande nationell åldersgrupp. Nka bedömer därför att det är viktigt att följa upp dessa barn avseende suicidtankar.<sup>3</sup>

Utredningens bedömning är att skolans generella arbete med krisplaner är välutvecklat. När det gäller individuellt stöd finns konstaterade brister i barns kännedom om vad elevhälsan kan hjälpa till med.

---

<sup>2</sup> Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar*, 2022.

<sup>3</sup> Nationellt kompetenscentrum anhöriga, *Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping*, 2014.



Elevhälsans resurser används inte heller i önskvärd utsträckning och tillgången till elevhälsa varierar stort över landet.<sup>4</sup>

För barn som blir efterlevande finns det, som vi tidigare nämnt, ett särskilt ansvar för hälso- och sjukvården utpekat i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Bestämmelserna omfattar inte exempelvis syskon, nära vän eller kärlekspartner som plötsligt avlider. Utredningen kan inte se att en sådan begränsning är motiverad utifrån ett barnrättsperspektiv. Även socialnämnden har ett särskilt ansvar för en förebyggande och uppsökande verksamhet för barn och unga som riskerar att fara illa, till exempel barn och unga i någon form av riskgrupp. Ändå tycks det som att det är just barn som verkar ha sämst möjligheter att få stöd. Närvaron av ideella organisationer som kan erbjuda särskilt stöd till barn efter suicid ser dessutom olika ut i olika delar av landet. Utredningen ser allvarligt på att barn och unga som drabbas av en närståendes suicid riskerar att bli utan insatser från samhällets sida.

### 11.1.5 Behov av stöd i den akuta fasen

När det gäller insatser i den akuta fasen, i direkt anslutning till en närstående persons suicid, saknas etablerade insatser för stöd och vägledning för anhöriga enligt SBU.<sup>5</sup> I en enkät från Folkhälsomyndigheten svarade 29 procent av Sveriges kommuner att de har en policy för akut krisomhändertagande av anhöriga (svarsfrekvens: 74 procent).<sup>6</sup> I de fallstudier som ingår i utredningens kartläggning framkommer att efterlevande ser ett stort behov av praktisk hjälp och stöd i de initiala faserna efter ett suicid. Det är dock något som de upplever att varken kommuner eller regioner erbjuder. Behovet av praktiskt stöd i den akuta fasen kan vara stort och är något som har lyfts fram i våra intervjuer med efterlevande. En stor skillnad mellan olika regioners efterlevandestöd är vilket stöd man erbjuds i det akuta skedet. Här är variationerna stora. Det kan variera mellan inget stöd alls, eller att stödet inte är uppsökande till ett uppsökande, proaktivt och praktiskt krisstöd med psykolog och kuratorskompetens. En annan

<sup>4</sup> Se bland annat Socialstyrelsen och Skolverket, *Vägledning för elevhälsan*, 2014, hämtad 2024-03-06, s. 50. Skolverket, *Hälsa för lärande – lärande för hälsa*, 2019. Våren 2024 tillsätts en utredning, dir. 2024:30, i syfte att analysera och föreslå hur elevhälsan kan stärkas i syfte att bättre tillgodose elevernas behov.

<sup>5</sup> SBU, *Stöd till anhöriga efter suicid*, hämtad 2024-08-15.

<sup>6</sup> Folkhälsomyndigheten, *Psyisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2020*, 2020.

skillnad i efterlevandestödet är hur länge stödet håller i sig, där det kan variera från ett eller ett par samtal till en långsiktig kontakt över flera års tid. Ytterligare en skillnad är om stödet omfattar alla efterlevande vid suicid eller om det görs avgränsningar exempelvis på grund av ålder eller hur lång tid det gått sedan personen avled. En förklaring till skillnaderna mellan olika regioner kan vara att det uppfattas som oklart vem som har ansvar för att erbjuda krisstöd.

### 11.1.6 Ett stort ansvar för civilsamhället

Vi har tidigare konstaterat att stora insatser inom det suicidpreventiva området utförs av ideella organisationer och att stödet till civilsamhällesorganisationer har ökat över tid. En synpunkt som framkommer från civilsamhällesorganisationerna själva är att det civila samhället ska kunna komplettera det offentliga, snarare än att kompensera för dess brister. I nuläget finns det många exempel på att förhållandet är det motsatta. Till exempel lyfter SPES fram att det inte är rimligt att civilsamhällesorganisationerna ska utgöra den första krisinstansen för efterlevande, för det behövs snarare ett professionellt krisstöd. Det är, enligt SPES, bättre att använda civilsamhällesorganisationerna för att till exempel ordna samtalsgrupper för efterlevande. Ericastiftelsen betonar vikten av professionella insatser. Att träffa barn i trauma kräver professionell kompetens. De lyfter även att det kan vara problematiskt om efterlevande ska ta hand om efterlevande.<sup>7</sup>

Ett problem med att förlita sig för mycket på civilsamhället är alltså att de ideella organisationerna inte alltid har relevant utbildning. Ofta är de själva efterlevande och arbetar med medmänskliga stödinsatser på sin fritid. Ideella organisationer har dessutom olika förutsättningar att etablera sig i olika delar av landet, vilket medför att stödet för efterlevande varierar.

---

<sup>7</sup> Intervju med företrädare för Ericastiftelsen, 2024-04-23.

### 11.1.7 Risker med att se efterlevandestöd som en del av utredningsarbetet

Under utredningsarbetet har vi stött på en förväntan om att de utredningar efter suicid, som vi haft i uppdrag att föreslå ett nationellt ansvar för, skulle kunna fungera som en del av efterlevandestödet. Det är vanligt att de utredningar som görs på lokal nivå i enlighet med lex Maria ser de efterlevandes delaktighet i utredningen som en möjlighet till efterlevandestöd, eller att utredningen i någon form utgör ett efterlevandestöd till de efterlevande.

Vår bedömning är att den förväntan och dessa erfarenheter bottenar i att en utredning kanske skulle kunna ge svar på frågor som de efterlevande brottas med, och att efterlevandes delaktighet i en utredning ger en möjlighet att bedöma mående och vid behov erbjuda stöd och behandling. En nationell suicidutredning, såsom den föreslås i betänkandet, är beroende av efterlevande som en viktig källa till information. Det gäller också vid lex Sarah- och lex Maria-utredningar. De efterlevandes delaktighet skulle kunna upplevas som ett stöd av de efterlevande själva. Det vore självklart positivt. Vi bedömer dock att det är viktigt att hålla isär syftet med utredningar efter suicid och efterlevandestödet efter suicid, både på nationell nivå och på lokal nivå. Syftet med de nationella utredningarna är ett ökat lärande på samhällsnivå, medan syftet med efterlevandestöd handlar om stöd, vård eller behandling och bör anpassas efter den specifika situationen och de efterlevandes behov. Vi bedömer att det kan finnas en risk i att se utredningar efter suicid som en del av stödet till efterlevande. Efterlevandestöd är något som behöver säkerställas systematiskt, och i enlighet med kunskaper om de efterlevandes behov. De förutsättningarna bedömer vi inte finns inom ramarna för en suicidutredning (se avsnitt 8.1).

## 11.2 Behov av förbättringar av efterlevandestöd efter suicid

**Bedömning:** Stödet till efterlevande vid suicid behöver förbättras. Det finns stora risker med ett bristande stöd. Stödet behöver bli mer uppsökande, uppföljande och likvärdigt.

Utredningen om stärkt stöd till anhöriga (S 2023:05) har lämnat betänkandet *Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga*, SOU 2024:60. Förslagen i betänkandet skulle kunna innebära en förbättring av stödet från hälso- och sjukvården och socialnämnden till barn som är efterlevande vid suicid. Barns olika tillgång till elevhälsan i skolan är dock ett fortsatt problem.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har nyligen tagit fram två kunskapsstöd om efterlevande vid suicid som på sikt kan leda till förbättringar i stödet till efterlevande vid suicid. Det finns dock fortfarande problem med hur verksamheterna ska få kännedom om inträffade suicid och därmed om vilka som är i behov av efterlevandestöd. Frågor om otydligt eller överlappande ansvar kvarstår också.

Inom ramen för den här utredningen har vi kartlagt och analyserat efterlevandestödet vid suicid. Frågan om huruvida efterlevandestödet bör regleras ytterligare har inte ingått i utredningens direktiv så vi har inte utrett den vidare. Om regeringen bedömer att behovet av förbättringar av efterlevandestödet vid suicid bör tillgodoses genom särskilda regleringar behöver det utredas.

### 11.2.1 Stödet till efterlevande behöver förbättras

I kartläggningen och analysen av efterlevandestöd efter suicid har utredningen kunnat göra följande bedömningar:

#### Stora risker med bristande stöd

Utredningens uppfattning är att stödet till efterlevande vid suicid inte är tillfredsställande. Vi bedömer att det finns stora risker med den situationen ur ett folkhälsoperspektiv. Både barn och vuxna som

blir efterlevande vid suicid har stor risk för försämrad hälsa och förhöjd risk för egna suicidhandlingar. Avsaknaden av ett bra stöd till efterlevande får dessutom samhällsekonomiska konsekvenser i form av högre produktionsbortfall och högre kostnader för hälso- och sjukvård än om adekvat stöd hade erbjudits.

### **Barns behov av stöd tillgodoses i många fall inte**

Det har framkommit i utredningens arbete att stödet till barn är särskilt eftersatt, trots att barn har särskild rätt till stöd vid en nära anhörigs dödsfall enligt HSL och PSL. Samtidigt är det särskilt viktigt att nå ut med stöd till barn som blir efterlevande. Stödet till barn kan också behöva se annorlunda ut än stödet till vuxna, det handlar framför allt om att stödja de kvarvarande vuxna och nätverket kring barnet till att kunna fungera stödjande gentemot barn. Något som kan vara utmanande då den vuxne går igenom en egen sorgprocess. Stödet behöver även anpassas efter att barns olika utvecklingsfaser kan medföra att barns behov förändras över tid. För barn som blir efterlevande vid suicid kan det innebära svårigheter att tillgodogöra sig kunskap i skolan och förskolan.

### **Stödet behöver bli mer uppsökande och uppföljande**

Stödet är inte tillräckligt anpassat efter de behov som ofta finns hos efterlevande vid suicid. En tydlig bild som utredningen fått via de organisationer som möter efterlevande vuxna och barn är att det är viktigt att efterlevandestödet är både uppsökande och uppföljande. Med uppsökande menas att den efterlevande blir kontaktad med ett erbjudande om stöd och med uppföljande avses att stödet kan finnas över en längre tidsperiod. Det stöd som erbjuds är dock sällan vare sig uppsökande eller uppföljande, utan ofta handlar det om tillfälliga och avgränsade insatser som den enskilde behöver söka på egen hand. Även där det finns ambitioner om ett uppsökande arbete finns utmaningar i att nå alla de efterlevande som har behov av stöd. Särskild vikt behöver läggas vid att i så stor utsträckning som möjligt lyckas nå brett i det uppsökande arbetet. Det är också viktigt att utforma stöd till efterlevande så att behov som uppstår senare i livet kan fångas upp.

## Stödet behöver bli mer likvärdigt

Samtliga regioner erbjuder någon form av stöd till efterlevande, men det finns stora variationer i hur stödet är utformat. I vissa regioner såsom Kalmar och Östergötland finns ambitiösa modeller för att nå ut med stöd till efterlevande. Samtidigt finns det många beskrivningar av att efterlevande inte erbjuds något stöd, utan att de måste orka söka efter stödet på egen hand. Utvecklingen av stödet kan även behöva ta hänsyn till flera olika perspektiv som exempelvis jämställdhetsperspektiv och barnrättsperspektiv. Stödet behöver även beakta andra perspektiv som förutsättningar utifrån etnicitet eller förutsättningar för hbtqi-personer.

## Nya kunskapsstöd och förslag kan leda till förbättringar

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har nyligen tagit fram två kunskapsstöd om efterlevande vid suicid. Det ena handlar om hela gruppen efterlevande vid suicid och det andra om barn som blir efterlevande vid suicid. Utredningen bedömer att det är viktigt att myndigheterna fortsätter att arbeta med att sprida kunskapsstöden och ger stöd till de regioner och kommuner som vill utveckla sitt efterlevandestöd samt att de följer utvecklingen av kunskapsstödens spridning och effekter. Det ingår också i det regeringsuppdrag om efterlevandestöd som Socialstyrelsen har fram till 2026.<sup>8</sup>

En del av de brister som uppmärksammats när det gäller stödet till barn som är efterlevande vid suicid skulle kunna åtgärdas med hjälp av förslagen i SOU 2024:60. Förslagen till förtydligande kring ansvaret för socialnämnden och hälso- och sjukvårdsverksamheter kring barn som är anhöriga skulle innebära förbättringar för barn som är efterlevande vid suicid. Förslagen tydliggör att ovanstående aktörer måste ha rutiner för att fånga upp dessa barn och att barnen har rätt till stöd.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Regeringsbeslut S2019/02244.

<sup>9</sup> SOU 2024:60.

### 11.2.2 Behov av fortsatt utredning av utveckling av efterlevandestöd efter suicid

**Bedömning:** Det finns flera frågor kring behov, förutsättningar och utformning av efterlevandestöd vid suicid som behöver utredas vidare.

Utredningen vill göra regeringen uppmärksam på att vem som har ansvar för stödet till efterlevande vid suicid, och i vilken omfattning, uppfattas som otydligt och ibland överlappande av de personer och organisationer som utredningen träffat. Det är samtidigt ovanligt att tillgången till stöd från hälso- och sjukvården är reglerat utifrån särskilda patientgrupper. Inte heller ansvaret för stöd till efterlevande generellt är uttryckligen reglerat i författningarna för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Undantaget är barns behov av information, råd och stöd när en förälder eller vårdnadshavare oväntat dör.

Socialtjänsten har ett ansvar för att se till att den som inte själv kan tillgodose sina behov ska få bistånd för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Socialtjänsten ska också verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden samt bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa. Dessa skyldigheter är dock brett formulerade och lämnar utrymme för tolkning av i vilken omfattning och i vilka fall kommunen har ett ansvar för stödet till efterlevande vid suicid. Likaså har hälso- och sjukvården ett brett formulerat uppdrag att enligt 3 kap. 2 § HSL arbeta för att förebygga ohälsa i vilket det ingår att identifiera och arbeta hälsofrämjande och förebyggande med personer eller grupper som riskerar att drabbas av ohälsa, däribland anhöriga (prop. 2008/09:82 s. 16).

Det har framkommit i utredningens arbete att en omfattande del av det efterlevandestöd som erbjuds i samhället kommer från civilsamhället. Både privata och offentliga aktörer hänvisar delar av efterlevandestödet vid suicid till civilsamhällesaktörer. Samtidigt ser det olika ut i landet gällande vilka civilsamhällesorganisationer som har en lokal närvaro och inte. Detta medför att förutsättningarna för civilsamhället att erbjuda efterlevandestöd ser väldigt olika ut i landet. Det finns också olika bilder av lämpligheten i att delar av efterlevandestödet ges inom ramar för civilsamhällesorganisationer där krav på och tillgång till yrkesprofessioner inte är samma som för kommuner och

regioners verksamheter. Frågan om civilsamhällets roll i förhållande till efterlevandestöd vid suicid skulle alltså behöva utredas vidare.

Det har också framkommit att en förklaring till att många efterlevande upplever att de inte erbjudits något stöd är att regioner och kommuner ofta saknar kännedom om de suicid som inträffar. Att utforma ett stöd som ska vara uppsökande skulle kräva ett system för ett sådant informationsutbyte. Det är en komplex fråga som även skulle innebära att uppgifter om inträffade suicid delas mellan olika berörda samhällsaktörer som exempelvis socialtjänst och hälso- och sjukvård i syfte att erbjuda stöd. Något sådant system finns inte i dag och skulle i så fall behöva utredas. Det finns dock exempel på verksamheter, som barntraumateamet i Region Östergötland, som i sitt uppdrag både bedriver en uppsökande verksamhet gentemot barn som efterlevande både vid suicid och andra dödsorsaker. Verksamheten visar att det går att möta barnens behov trots komplexiteten i ovanstående faktorer.

Ett sätt att nå en mer likvärdig och förbättrad tillgång till efterlevandestöd vid suicid är att reglera ansvaret för stödet. Samtidigt är frågan om efterlevandestöd vid just suicid ska särregleras komplicerad. Utredningen har konstaterat att efterlevande vid suicid, i synnerhet barn och unga, löper högre risk för försämrade hälsa och försämrade livsvillkor än efterlevande generellt. Därtill finns en förhöjd suicidrisk i gruppen efterlevande vid suicid. Inom ramen för denna utredning har det dock inte funnits utrymme att jämföra efterlevande vid suicid med andra grupper av efterlevande och deras behov av stöd. Det gör det svårt att överväga om en särreglering vore klok eller inte. Vi har inte heller haft möjlighet att utreda andra konsekvenser av en reglering av stödet. Vår bedömning är därför att en eventuell reglering av stödet till efterlevande vid suicid skulle behöva utredas vidare.



# 12 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

## 12.1 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

**Förslag:** De föreslagna reglerna i socialtjänstlagen (2001:453), patientsäkerhetslagen (2010:659), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt i begravningsförordningen (1990:1147) ska träda i kraft den 1 januari 2026.

De föreslagna reglerna i lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid samt förslagen om ändringarna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska träda i kraft den 1 juni 2026. Förslagen om ändringarna i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten och förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska också träda i kraft den 1 juni 2026.

Det behövs inga övergångsbestämmelser.

Utredningens förslag till regler om uppgiftsskyldighet i socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och patientsäkerhetslagen är obligatoriska skyldigheter som handlar om informationsutbyte av, ofta känsliga, personuppgifter mellan vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten eller verksamheter som utför insatser på socialtjänstens uppdrag respektive LSS-verksamheter. I dessa aktörers uppdrag ingår dock redan personuppgiftsbehandling och informationsutbyte med olika aktörer. De nya reglerna innebär således ett visst behov av åtgärder för att kunna tillämpas fullt ut, men i första hand torde dessa bestå i kännedom om de nya reglerna.

Den föreslagna underrättelseskyldigheten för Rättsmedicinalverket (RMV) i begravningsförordningen innebär dock att RMV kommer

behöva dela känsliga personuppgifter med nya aktörer. RMV behöver vidta åtgärder för att få nödvändig infrastruktur på plats samt inrätta en struktur för den nya underrättelseskyldigheten. De aktörer som ska underrättas om dödsbeviset med dödsorsaken avsiktlig självskada – det vill säga suicid – behöver också få kännedom om det nya regelverket. Vi bedömer att behovet av information till aktörerna i fråga kan tillgodoses genom de kontakter RMV kan behöva ta vid uppbyggnad av den infrastruktur som behövs och genom att RMV börjar tillämpa underrättelseskyldigheten.

När det gäller uppgiftsskyldigheten i de föreslagna bestämmelserna i socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och patientsäkerhetslagen behöver berörda aktörer få kännedom om de möjligheter och skyldigheter som följer med de nya bestämmelserna. Vi bedömer att behovet av information om de nya skyldigheterna kan tillgodoses genom Socialstyrelsens uppdrag om kunskapshöjande insatser.

Till stor del är det samma aktörer som berörs av de föreslagna ändringarna i socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och patientsäkerhetslagen som av RMV:s underrättelseskyldighet. Av effektivitetsskäl är det därför lämpligt att de föreslagna ändringarna i patientsäkerhetslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, socialtjänstlagen och begravningsförordningen träder i kraft samtidigt.

Utredningen överlämnar detta betänkande i oktober 2024. Utredningen anser att det framstår som rimligt att de föreslagna reglerna i patientsäkerhetslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen samt i begravningsförordningen kan träda i kraft den 1 januari 2026.

När det gäller den nya lagen om utredningar för att förebygga suicid samt förslagen om ändringarna i offentlighets- och sekretesslagen, förordningen med instruktion för Folkhälsomyndigheten, lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten samt förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten är de alla kopplade till det nya uppdrag som Folkhälsomyndigheten föreslås få. Uppdraget är helt nytt för Folkhälsomyndigheten och skiljer sig i stora delar från myndighetens övriga verksamhet. Myndigheten behöver utveckla ett separat it-verktyg för utredningsfunktionen som kan leva upp till de krav på analys samt hantering av känsliga personuppgifter som uppdraget kräver. Myndigheten behöver vidare inrätta ett

center i organisationen och utveckla rutiner och arbetsprocesser för den nya utredningsverksamheten samt rekrytera chef och medarbetare till utredningsfunktionen. Vi bedömer mot den bakgrunden att det är rimligt att de lagändringar som berör det nya uppdraget träder i kraft den 1 juni 2026.

Lagen om utredningar för att förebygga suicid innehåller en ny uppgiftsskyldighet för flera aktörer samt skyldighet för myndigheter att biträda utredningsfunktionen. Skyldigheterna innebär ett visst behov av åtgärder för att kunna tillämpas fullt ut, men det består huvudsakligen i kännedom om de nya reglerna. Vi bedömer att behovet av information om de nya skyldigheterna kan tillgodoses genom Folkhälsomyndighetens kommunikationsinsatser i samband med uppbyggnaden av den nationella utredningsfunktionen.

Utredningens förslag avser nya regler som kan börja tillämpas från och med att de träder i kraft. Utredningen ser inget behov av övergångsbestämmelser.



# 13 Författningskommentar

## 13.1 Förslaget till lag om utredningar för att förebygga suicid

### Syfte och tillämpningsområde

#### 1 §

*Denna lag innehåller bestämmelser om utredningar efter suicid i syfte att förebygga och förhindra suicid.*

Övervägandena i denna del finns i avsnitt 8.1.3. Bestämmelsen definierar lagens syfte. Utredningarna enligt lagen syftar till att ge underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga eller förhindra framtida suicid. Det kan till exempel vara underlag för beslut till regeringen, eller underlag till en myndighet som varit involverad i utredningen eller till aktörer inom det verksamhetsområde som berörs av utredningen, eller underlag till beslut om exempelvis en informationsinsats till allmänheten. Utredningarna skiljer sig på så vis från exempelvis utredningar som görs vid suicid som vårdskada enligt de så kallade lex Maria-bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, där utredningarna syftar till att kartlägga händelseförloppet inom hälso- och sjukvården i det enskilda fallet.

Med begreppet *suicid* avses i den föreslagna lagen att någon avlidit till följd av avsiktlig självskada. Denna bedömning framgår av dödsorsaksintyget.

#### 2 §

*En utredning ska genomföras när ett barn har avlidit i suicid och ett dödsorsaksintyg efter en rättsmedicinsk undersökning är utfärdat.*

*En utredning får också genomföras när ett dödsorsaksintyg efter en rättsmedicinsk undersökning är utfärdat och*

– en vuxen person avlidit i suicid och det finns skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid, eller

– ett barn eller en vuxen avlidit av annan dödsorsak än suicid, eller när dödsorsaken är oklar, och det finns särskilda skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid.

Paragrafen anger när en utredning ska respektive får göras. Övervägandena finns i avsnitt 8.1.4.

Bestämmelsens första stycke anger att en utredning ska genomföras när ett barn avlidit i suicid och ett dödsorsaksintyg efter en rättsmedicinsk undersökning är utfärdat. Med barn avses personer under 18 år.

Det är Rättsmedicinalverket (RMV) som enligt 1 § och 2 § 2 förordningen (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket ansvarar för rättsmedicinska undersökningar och ansvarar för att dödsorsaksintyg utfärdas efter sådana, se 16 § tredje stycket begravningsförordningen (1990:1147). Först när ett sådant är utfärdat får utredningsmyndigheten genomföra en utredning enligt den föreslagna lagen.

Bestämmelsens *andra stycke* anger att en utredning får göras. En förutsättning är att ett dödsorsaksintyg efter en rättsmedicinsk undersökning är utfärdat. Därtill får utredningsmyndigheten inleda en utredning när en vuxen person har avlidit i suicid och den bedömer att det finns skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid. Bedömningen av vad som kan utgöra ”skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid” bör utgå från vilka kunskapsluckor som finns om exempelvis olika metoder, riskgrupper, riskfaktorer eller andra relevanta omständigheter. Det är behovet av lärande, som i sin förlängning kan leda till ett underlag för beslut om åtgärder för att förebygga och förhindra suicid, som ska styra urvalet och ligga till grund för bedömningen av vilka ärenden som ska utredas. Bedömningen görs av den utredande myndigheten.

Vidare regleras i bestämmelsens andra stycke att en utredning också får genomföras när RMV utfärdat dödsorsaksintyg och bedömt dödsorsaken som annan än suicid eller som oklar, och det finns särskilda skäl som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid. Begreppet ”särskilda skäl” innebär att utredningsmyndigheten bedömer att det finns en tydlig kunskapslucka kring åtgärder som kan bidra till att förebygga och förhindra suicid som dessa ärenden kan bidra att fylla. Kunskapsluckan

eller frågeställningen ska vara väldefinierad och kopplingen till de aktuella ärendena tydlig. Det är således frågan om en restriktiv bedömning. Huvudprincipen när utredningsmyndigheten väljer vilka ärenden och teman som ska utredas är alltså alltjämt behovet av lärande, som i sin förlängning kan leda till ett underlag för beslut om åtgärder för att förebygga och förhindra suicid. Omständigheter som utgör särskilda skäl kan exempelvis vara om utredningsmyndigheten bedömer att det finns ett område där samhällets behov av lärande i suicidpreventivt syfte är angeläget, men att området till viss del inkluderar dödsfall med oklar avsikt, samt att det är av betydelse ur lärandesyfte att utreda dessa, eller för att det handlar om en metod eller ett tillvägagångssätt där det bedöms vara särskilt svårt att avgöra om individen haft till syfte att ta sitt liv eller inte.

Utredningsmyndighetens beslut om att inleda en utredning efter ett suicid är inte överklagbara.

## Utredningsmyndigheten

### 3 §

*Utredningsverksamheten ska bedrivas av den myndighet som regeringen bestämmer (utredningsmyndigheten).*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.1.2 och anger att regeringen bestämmer vilken myndighet som ska bedriva utredningsverksamheten.

### 4 §

*Utredningsmyndigheten får anlita experter och sakkunniga för att biträda utredningsmyndigheten.*

*Statliga förvaltningsmyndigheter som bedriver tillsyn över verksamhet som berörs av en utredning eller vars ansvarsområde berörs av en utredning ska, efter begäran från utredningsmyndigheten, biträda utredningsmyndigheten genom att ställa experter till förfogande.*

*Skyldigheten att ställa experter till utredningsmyndighetens förfogande enligt andra stycket gäller inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern.*

Övervägandena finns i avsnitt 8.1.6. Bestämmelsens *första stycke* klargör att utredningsmyndigheten får anlita extern kompetens för att biträda i utredningen. Huruvida experter och sakkunniga behövs för att exempelvis bistå i urvalsprocessen av ärenden – eller i analysen av samhällets behov av lärande, för att analysera enskilda utredningar, för att analysera iakttagelser av utredningarna i förhållande till övrig kunskap – avgör utredningsmyndigheten. Förutom den expertis som redan finns hos utredningsmyndigheten, kan det finnas skäl att anlita personer från andra myndigheter och organisationer för att en fullständig och djup analys ska kunna genomföras i utredningarna. Med experter avses olika myndighetsrepresentanter oavsett om myndigheten berörs av det ärende som är föremål för utredning eller inte. Med sakkunniga avses andra än myndighetsrepresentanter till exempel personer från olika organisationer med en sådan kompetens som kan vara av vikt för det ärende som utreds, eller fristående forskare med relevanta kunskaper.

Bestämmelsens *andra stycke* att statliga förvaltningsmyndigheter som bedriver tillsyn över verksamhet som berörs av en utredning eller vars ansvarsområde berörs av en utredning ska, efter begäran från utredningsmyndigheten, biträda utredningsmyndigheten genom att ställa experter till förfogande. De myndigheter som berörs av en utredning är sådana som har information om den individ vars livssituation utreds. Övriga förvaltningsmyndigheter som omfattas av skyldigheten är myndigheter som i och för sig inte har information om den individ vars livssituation utreds, men vars ansvarsområde berörs av det samhällsområde som utredningsmyndigheten identifierat som angeläget att öka kunskapen inom i sitt tematiska urval av ärenden att utreda, eller statliga förvaltningsmyndigheter som har tillsyn över sådant ansvarsområde. Experternas roll i utredningsarbetet är att bidra med sin kompetens och särskilda sakkunskap utifrån erfarenheter från den egna myndighetens verksamhet. Skyldigheten för de myndigheter som avses i stycket, att ställa experter till förfogande, hindrar inte att utredningsmyndigheten även anlitar andra experter och sakkunniga att biträda utredningen.

Bestämmelsens *tredje stycke* fastslår att skyldigheten att ställa experter till förfogande inte gäller Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen och Justitiekanslern (JK).



## 5 §

*När ett ärende inleds ska utredningsmyndigheten informera statliga förvaltningsmyndigheter som är ansvariga för tillsyn eller intern tillsyn av verksamhet som berörs av utredningen eller vars ansvarsområde berörs av en utredning enligt denna lag.*

*Skyldigheten i första stycket gäller inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern.*

Övervägandena finns i avsnitt 8.1.10. Utredningsmyndigheten ska enligt bestämmelsen informera behörig tillsynsmyndighet eller den myndighet vars verksamhet eller ansvarsområde berörs av en utredning om att en utredning enligt lagen inletts. Detta för att tillsynsmyndigheterna ska kunna planera sin verksamhet så att eventuella utredningar och tillsynsinsatser inte krockar. Det innebär inte ett förbud mot att en tillsynsinsats bedrivs parallellt med en suicidutredning, utan är endast en information, så att myndigheterna kan samråda kring insatsernas utförande. Utredningsmyndigheten ska också informera de övriga myndigheter vars verksamhet eller ansvarsområde berörs av utredningar för att dessa ska kunna planera eventuell intern tillsyn eller kvalitetsarbete.

## Uppgiftsskyldighet

## 6 §

*Följande myndigheter och yrkesverksamma är skyldiga att på utredningsmyndighetens begäran lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 2 §:*

- 1. myndigheter vars verksamhet berör barn,*
- 2. myndighet som ansvarar för rättsmedicinsk undersökning,*
- 3. andra myndigheter som i sin verksamhet har kommit i kontakt med, eller fått information om, personen vars dödsfall utreds,*
- 4. anställda hos sådana myndigheter som avses i 1–3,*
- 5. de som är verksamma inom yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter och fullgör uppgifter som berör barn eller annan sådan verksamhet inom hälso- och sjukvården, på socialtjänstens område, inom skolväsendet eller annan utbildningsverksamhet, och som har kommit i kontakt med, eller på annat vis erhållit information om personen som avses i 2 §, och*
- 6. de myndigheter som utövar tillsyn över de verksamheter som avses i 1–5, dock inte Riksdagens ombudsmän, Riksrevisionen och Justitiekanslern.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.1.7. Bestämmelsen reglerar vilka aktörer som har en uppgiftsskyldighet till utredningsmyndigheten.

Bestämmelsen är sekretessbrytande, jfr 10 kap. 28 § OSL, och bryter också tystnadsplikt. Bestämmelsen är utformad med 5 § lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUB, respektive 5 a § LUB som förlaga, se prop. 2006/07:108 s. 34 respektive prop. 2011/12:4 s. 36 för ytterligare överväganden.

Begreppet ”uppgifter som behövs för en utredning” innefattar inte bara uppgifter som behövs för enskilda utredningar. Den innefattar också uppgifter som behövs för bedömningarna i 2 § andra och tredje stycket, dvs. bedömningar om det finns skäl eller särskilda omständigheter som talar för att en utredning kan bidra till underlag för åtgärder som har som mål att förebygga suicid. Myndigheten kan alltså också behöva begära ut uppgifter som behövs för exempelvis kartläggningar eller förstudier.

Det kommer att, precis som anges i prop. 2006/07:108 s. 63 f. och i prop. 2011/12:4 s. 37, finnas ärenden där det inte går att på förhand säga vilka uppgifter som kommer att vara av betydelse för utredningsverksamheten eller vilka uppgifter en verksamhet har tillgång till. Utredningsmyndigheten kommer därför i enskilda ärenden att behöva ta del av samtliga uppgifter i en ärendeakt eller en patientjournal. Utredningsmyndighetens bedömning av vilka uppgifter som behövs bör som huvudregel godtas men den utlämnande myndigheten och verksamheten bör alltid göra en egen bedömning av om uppgifter ska lämnas ut. Eftersom det kan vara svårt för utredningsmyndigheten att veta vilka uppgifter som den tillfrågade myndigheten eller annan uppgiftsskyldig har tillgång till, kan utredningsmyndigheten i vissa ärenden behöva lämna ytterligare information om vilka uppgifter som behövs, och för vilket ändamål uppgifterna behövs.

När det gäller bestämmelsens *första punkt, myndigheter vars verksamhet berör barn*, reglerar den uppgiftsskyldighet som riktar sig till myndigheter som i sin verksamhet kommer i kontakt med barn på ett sådant sätt att de kan få inblick i barns livsförhållanden. Punkten motsvarar bestämmelsen i 5 § 1 LUB. Se prop. 2006/07:108 s. 34 för överväganden.

När det gäller *andra punkten, myndighet som ansvarar för rättsmedicinsk undersökning*, reglerar den RMV:s<sup>1</sup> uppgiftsskyldighet till myndigheten. RMV:s utredningar av dödssätt och dödsorsak kommer utgöra en viktig del av utredningsmyndighetens underlag. Utrednings-

---

<sup>1</sup> RMV är den myndighet som ansvarar för rättsmedicinska undersökningar, se 1 § och 2 § 2 förordningen med instruktion för Rättsmedicinalverket.

myndigheten kommer därför regelbundet behöva begära ut underlag från RMV, både utifrån det urval eller tema som utredningsfunktionen avser att utreda, och uppgifter för eventuella förstudier och kartläggningar inför dessa urval och teman. Eftersom det är utredningsmyndigheten som kommer att veta vilka uppgifter de behöver inför varje urval eller förstudie är det utredningsfunktionen som får specificera uppgifterna så långt det är möjligt.

Bestämmelsens *tredje punkt* omfattar andra myndigheter som i sin verksamhet har kommit i kontakt med, eller – till skillnad från bestämmelsen i 5 a § 1 LUB – fått information om, personen vars dödsfall utreds.

Uppgiftsskyldigheten gäller alltså även myndigheter som i sin verksamhet har kommit i kontakt med barnet eller den vuxna person vars dödsfall är aktuellt för en utredning samt myndigheter som på annat vis erhållit information om barnet eller den vuxne i fråga. Med ”verksamhet” avses, precis som anges i prop. 2011/12:4 s. 59 f., inte enbart den verksamhet som utgör handläggning av ett ärende utan även rent faktisk verksamhet, exempelvis råd, stöd, vård och behandling.

Begreppet ”kommit i kontakt med” motsvarar begreppet i 5 a § 1 LUB. Därtill innefattar begreppet ansökningar om insatser, förfrågningar om råd och stöd, att den enskilde erhållit insats, råd, stöd eller vård från myndigheten i fråga. En remissförfrågan eller att stå i vårdkö omfattas också i begreppet då det bör jämföras med en förfrågan om vård från den enskilde.

Begreppet ”på annat vis erhållit information om den enskilde” handlar om information som myndigheten har som inte kommit direkt från den enskilde i fråga. Det kan exempelvis handla om orosanmälningar till socialtjänsten avseende barn eller uppgifter en myndighet har fått från vårdnadshavare avseende barnet i fråga. På samma vis kan socialtjänsten ha tagit emot orosanmälningar från närstående avseende vuxna. Det kan också handla om information som Kronofogdemyndigheten har fått om skulder avseende en individ från en gälldenär eller en handräckningsförfrågan hos polisen avseende en enskild.

Såsom anges i prop. 2011/12:4 s. 60 omfattar uppgiftsskyldigheten exempelvis Åklagar- och Polismyndigheten, Migrationsverket, Skatteverket, Försäkringskassan, kriminalvården, förskole- och skolmyndigheter och alla verksamheter inom hälso- och sjukvården inklusive elevhälsan. Även annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet än

sådan som bedrivs inom hälso- och sjukvården omfattas samt Statens institutionsstyrelse och kommunalt drivna hem för vård eller boende.

Den *fjärde punkten* reglerar att uppgiftsskyldighet omfattar *anställda hos de myndigheter* som avses i bestämmelsens första – tredje punkt. Bestämmelsen motsvarar 5 § 3 och 5 a § 2 LUB, se prop. 2011/12:4 s. 60. Uppgiftsskyldigheten gäller förhållanden som den anställde har fått kännedom om i sin verksamhet hos myndigheten. Förhållanden som den anställde har fått kännedom om som privatperson omfattas inte av uppgiftsskyldigheten.

Gällande den *femte punkten* omfattar den *vissa enskilda verksamheter och dess anställda samt yrkesverksamma*. Uppgiftsskyldigheten ska även gälla för de som är verksamma inom en yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som berör barn, se förarbetena till 5 § 4 LUB, prop. 2006/07:108 s. 35. Det kan handla om verksamheter som fristående skolor, enskild förskoleverksamhet och enskild skolbarnsomsorg.

Uppgiftsskyldigheten ska också omfatta de som är verksamma inom en yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet och fullgör uppgifter inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område. Tillämpningsområdet motsvarar det som anges i förarbetena till 5 a § 3 LUB, se prop. 2011/12:4 s. 60 och prop 2011/12:4 s. 38.

Utöver detta gäller också den föreslagna uppgiftsskyldigheten enskilda verksamheter inom skolväsendet och annan utbildningsverksamhet, till skillnad från 5 § 4 och 5 a § 3 LUB. Begreppet skolväsendet inbegriper sådan verksamhet som avses i 2 kap. 5 § skollagen (2010:800). Det innebär att verksamheten behöver lämna ut nödvändiga uppgifter om såväl barn som personer som fyllt 18 år som deltagit i verksamheten eller som verksamheten har uppgifter om. Begreppet annan utbildningsverksamhet motsvarar samma begrepp som i 23 kap. 5 § första meningen offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Begreppet avser alltså bland annat högskoleutbildningen, folkhögskola, den kommunala vuxenutbildningen och arbetsmarknadsutbildningen, se prop. 2009/10:165 s. 950.

Bestämmelsens *sjätte punkt* reglerar *tillsynsmyndigheters* uppgiftsskyldighet och är utformad med 5 § 5 respektive 5 a § 4 LUB som förlagor, se prop. 2006/07:108 s. 35 och prop. 2011/12:4 s. 40 för överväganden. Därtill kan förtydligas att de aktuella tillsynsmyndigheter som omfattas av uppgiftsskyldigheten exempelvis kan vara Statens skolverk, som har tillsyn över kommunernas skolverksamhet och barn-

omsorg samt över fristående skolor. Även exempelvis Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn över sjukvårdspersonal och vårdinrättningar, Arbetsmiljöverkets tillsyn över arbetsmiljö- och arbetstidsfrågor, Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps tillsyn enligt lagen (2003:778) om skydd mot olyckor över kommuner och räddningstjänst omfattas också.

JO, Riksrevisionen och JK omfattas inte av uppgiftsskyldigheten. Om någon av dessa myndigheter haft ett ärende som rör ett fall som utredningsmyndigheten utreder får myndigheten begära ut beslutet i tillsynsärendet och de offentliga och allmänna handlingar som hör till.

## Utredningens genomförande

### 7 §

*Utredningsmyndigheten ska i en utredning*

*1. klarlägga omständigheter kring personens livssituation som bedöms vara relevanta för utredningen,*

*2. analysera om, och i så fall hur, de kan ha inverkat på dödsfallet, samt*

*3. analysera om det finns faktorer eller insatser som har, eller skulle kunna ha, fungerat som stöd eller förebyggt eller förhindrat dödsfallet.*

*I de fall utredningsmyndigheten finner det lämpligt ska utredningarna utgöra underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga eller förhindra framtida suicid.*

Bestämmelsen reglerar utredningarnas genomförande och behandlas i avsnitt 8.1.3.

Bestämmelsens *första punkt* innebär att omständigheter kring personens livssituation som bedöms vara relevanta för utredningen ska klarläggas. Med begreppet *omständigheter kring den enskildes livssituation* avses att utredningen inte enbart ska fokusera på det närmsta händelseförloppet vid dödsfallet utan att det är av vikt att klarlägga flera faktorer kring personens livssituation. Det kan handla om svåra livshändelser såsom ekonomisk utsatthet, någon form av ohälsa, missbruk, separation, att ha förlorat en närstående eller någon form av social utsatthet. De olika kontakter med samhällsaktörer som tagits, eller insatser som getts, med anledning av dessa omständigheter behöver också klarläggas.

Att det är omständigheter kring den enskildes livssituation som *bedöms vara relevanta för utredningen* som ska klarläggas innebär att de

faktorer som utreds dock inte bör ligga alltför långt tillbaka i tiden. Men om utredningsfunktionen bedömer att omständigheterna i ett enskilt ärende har koppling till faktorer som ligger en bit längre tillbaka i tiden och som är relevanta för utredningen, finns inget hinder för att också klarlägga dessa faktorer. Det är upp till utredningsfunktionen att i varje enskilt fall bedöma hur långt tillbaka utredningen behöver gå utifrån vad som är relevant för den aktuella utredningen.

Bestämmelsens *andra punkt* innebär att utredningsmyndigheten behöver analysera om omständigheterna kan ha inverkat på dödsfallet. Det är inte fråga om ett orsakssamband som ska utredas och klarläggas, men en del av utredningen ska också vara att analysera om de omständigheter som klarlagts kan ha haft någon betydelse för eller inverkan på händelseförloppet.

Den *tredje punkten* innebär att utredningsfunktionen ska *analysera om det finns faktorer eller insatser som har, eller skulle kunna ha, fungerat som stöd eller förebyggt eller förhindrat dödsfallet*. Detta innebär att en systemanalys ska göras och att det är kringliggande faktorer och insatser som är föremål för analysen. Det kan röra sig om exempelvis en myndighets arbetssätt, bemötande, kompetens, regler, rutiner, organisering eller ansvar. Det kan handla om nuvarande faktorer och insatser som av någon anledning inte aktualiserats eller om andra, i dag inte existerande, arbetssätt, samverkansmöjligheter, organiseringsmöjligheter och insatser.

Enligt bestämmelsens *andra stycke* ska utredningsmyndighetens analyser, när det är möjligt, mynna ut i *underlag för beslut om åtgärder som har som mål att förebygga eller förhindra suicid*. Underlaget för beslut om åtgärder kan ha olika mottagare beroende på omständigheterna i utredningen. Det kan vara underlag för beslut till regeringen, eller underlag till en myndighet som varit involverad i utredningen eller till aktörer inom det verksamhetsområde som berörs av utredningen, eller underlag till beslut om exempelvis en informationsinsats till allmänheten. Underlaget ska återspegla de kunskaper och iakttagelser utredningsfunktionen gjort. För att underlaget ska bli komplett och relevant är det nödvändigt att utredningsfunktionen analyserar sina iakttagelser och kunskaper från utredningarna tillsammans med befintlig forskning och annan kunskap om suicid och suicidpreventiva åtgärder såsom angetts i avsnitt 8.1.1.

## 8 §

*Utredningsmyndigheten ska höra närstående vid genomförande av en utredning enligt 2 § om det inte är uppenbart olämpligt.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.1.3 och fastslår en skyldighet för utredningsmyndigheten att höra närstående om det inte är uppenbart onödigt eller olämpligt.

Med begreppet *närstående* avses make, partner, sambo, särbo, barn, föräldrar, syskon eller annan person som den avlidne haft en nära relation till. Det behöver inte vara frågan om faktiskt släktskap, en nära vän kan också omfattas. I den bedömningen bör hänsyn också tas till att utredningsfunktionen ska eftersträva att få en bred bild, för att skapa bästa förutsättningar för lärande. I övrigt får en bedömning göras i det enskilda fallet, med utgångspunkt i hur nära relationen är eller har varit.

Bestämmelsen innebär att närstående som huvudregel ska höras vid utredningar. Undantag kan göras i de fall utredningsfunktionen bedömer att det är uppenbart olämpligt att höra närstående. Huruvida det är uppenbart olämpligt att höra närstående är en bedömning som ska göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Det skulle exempelvis kunna framstå som olämpligt att höra närstående om det framkommer att hälsan hos de närstående skulle kunna påverkas negativt av att höras i en utredning, eller om den avlidne och den närstående är dokumenterat brottsoffer respektive gärningsperson i förhållande till varandra.

Utredningsfunktionen kan behöva kartlägga en särskild grupp eller göra en förstudie där vissa grundare utredningsåtgärder vidtas. I sådana fall inleds inte en utredning av en enskilds livssituation och då behöver närstående inte heller höras.

När det gäller barn som är närstående bör en bedömning göras i det enskilda fallet där hänsyn tas till barnets ålder, mognad, relation till den enskilde i fråga och barnets vilja. Om utredningsfunktionen bedömer det olämpligt i det enskilda fallet att höra ett barn kan barnets eventuella inställning och synpunkter i stället förmedlas via föräldrar eller vårdnadshavare. Om ett barn självmant uttrycker att det vill lämna synpunkter till utredningen så bör utredningsfunktionen överväga om det i det enskilda fallet är lämpligt att höra barnet utifrån barnets ålder, mognad och vilja.

Att närstående ska höras innebär att utredningsmyndigheten ska fråga de närstående om de vill delta i utredningen. Det är upp till de närstående att avgöra om de vill delta. I de fall där närstående inte vill delta i utredningen bör utredningsmyndigheten överväga om det är lämpligt att fortgå med utredning av ärendet. Om närstående motsätter sig att en suicidutredning görs, och utredningsmyndigheten bedömer att det inte skulle påverka det tematiska slutresultatet i större utsträckning, bör utredningsmyndigheten respektera de närståendes önskan och avsluta utredningen. I de ärenden där utredningsmyndigheten bedömer att det är avgörande ur ett lärandeperspektiv att utreda ärendet kan myndigheten gå vidare med utredningen utan någon närståendes medverkan.

## Behandling av personuppgifter

### 9 §

*Bestämmelser om behandling av personuppgifter i verksamhet enligt denna lag finns i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.1.11 och är en hänvisning till lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

## Tystnadsplikt

### 10 §

*En enskild person eller den som är eller varit verksam inom enskild verksamhet och som medverkat i en utredning enligt denna lag får inte obehörigen röja vad denne då har fått veta om enskilds personliga förhållanden.*

Bestämmelsen reglerar tystnadsplikt för enskild som medverkat i en utredning enligt lagen. Paragrafen behandlas i avsnitt 8.1.12.

Utredningsmyndigheten får anlita experter och sakkunniga för att biträda utredningen. Om den sakkunnige inte är en myndighetsperson, och därmed omfattas av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, omfattas den i stället av bestämmelsen om tystnadsplikt. Bestämmelsen innebär att tystnadsplikt gäller för enskilda personer eller personer som är eller varit verksamma inom enskild verksamhet avseende uppgifter om enskilds personliga förhållanden som



framkommit i ett utredningsärende. Den som bryter mot bestämmelsen kan dömas för brott mot tystnadsplikten enligt 20 kap. 3 § brottsbalken. Bestämmelsen motsvarar 10 § LUB. Se prop. 2017/18:215 s. 75 f. för överväganden.

## 13.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

### 23 b §

*Den som bedriver verksamhet enligt 9 § 2–10 ska på begäran av annan sådan verksamhet lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 23 g § som berör en enskild som avlidit i suicid.*

*Den som bedriver verksamhet enligt 9 § 2–10 ska också på begäran av*

- yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område,*

- Statens institutionsstyrelse,*

- socialnämnden, eller*

- en vårdgivare*

*lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), respektive en utredning enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), som berör en enskild eller en patient som avlidit i suicid.*

Bestämmelsen, som är ny, reglerar uppgiftsskyldighet för verksamhet som utför insatser enligt 9 § 2–10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), bestämmelsen avser alltså sådana verksamheter som omfattas av anmälnings- och tillståndsplikten i 23 § LSS. Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.2.3.

*Första stycket* anger att verksamheten, på begäran av annan sådan verksamhet som genomför en utredning som berör en enskild som avlidit i suicid, ska lämna de uppgifter som behövs för utredningen.

*Andra stycket* reglerar uppgiftsskyldigheten gentemot vårdgivare, Statens institutionsstyrelse, socialnämnden, eller yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område. Med *vårdgivare* avses sådan verksamhet som definieras i 1 kap. 3 § PSL. Med *yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område* avses sådan verksamhet som nämns i 7 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Att uppgifter ska lämnas ut på begäran av den som genomför en utredning som avser en enskild som *avlidit i suicid* innebär en enskild som avlidit till följd av avsiktlig självskada. När det gäller frågor om

hur verksamheten får kännedom om dödssättet, vilka uppgifter som verksamheten lägger till grund för sin bedömning om suicid samt verksamhetens bedömning av om en vårdskada respektive ett missförhållande ska utredas eller inte avses inte någon förändring i sak. Bedömningarna utgår som tidigare från aktuella bestämmelser i 3 kap. PSL, 24 b–f §§ LSS respektive 14 kap. SoL. Uppgiften om att utredningen avser en person som avlidit i suicid kan den utlämnande verksamheten som regel godta om det inte framkommer några skäl att ifrågasätta den.

Med begreppet *uppgifter som behövs för en utredning* avses att det krävs en viss konkretion av begäran. Det kommer dock finnas ärenden där det inte går att på förhand säga vilka uppgifter som kommer vara av betydelse för utredningen, där konkretionen snarare handlar om vilken aktör det är frågan om och kontaktens natur i vidare mening. Den begärande partens bedömning av vilka uppgifter som behövs bör som huvudregel godtas men den utlämnande myndigheten och verksamheten bör alltid göra en egen bedömning av om uppgifter ska lämnas ut. De uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen kan exempelvis handla om beslut, råd, stöd, insatser som i direkt eller indirekt mening kan anses ha haft betydelse för den enskildes livssituation. Det kan handla om situationer där en vårdgivare genom anhöriga eller patienten själv känner till att insatser som påverkat den enskildes livssituation utförts av socialtjänsten. I dessa fall kan vårdgivaren bedöma att uppgifterna kan vara av betydelse för utredningen och efterfråga de uppgifter som finns hos socialtjänsten. Detsamma gäller om exempelvis en person som nyligen släppts från missbruksvård och får avslag på insats från socialtjänst och verksamheterna känner till att personen varit aktuell hos dem båda, då kan de begära ut uppgifter från varandra med stöd av bestämmelsen.

Begreppet *uppgifter som behövs för en utredning* innebär alltså att det finns någon slags kännedom om att uppgifter finns att hämta hos den andra verksamheten. Att rutinmässigt efterfråga sådana uppgifter utan sådan kännedom går inte att göra med stöd av bestämmelsen.

### 13.3 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

#### 14 kap.

##### 7 a §

*Statens institutionsstyrelse, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område ska, på begäran av den som genomför en utredning enligt 6 § som berör en enskild som avlidit i suicid, lämna de uppgifter som behövs för utredningen.*

*Statens institutionsstyrelse, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område ska också, på begäran av*

*– verksamhet som genomför en utredning enligt 23 g § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som berör en enskild som avlidit i suicid, eller*

*– vårdgivare som genomför en utredning enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som berör en patient som avlidit i suicid, lämna de uppgifter som behövs för utredningen.*

Bestämmelsen, som är ny, reglerar uppgiftsskyldighet för Statens institutionsstyrelse, socialnämnden och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område och behandlas i avsnitt 8.2.3.

Bestämmelsen är sekretessbrytande, jfr 10 kap. 28 § OSL.

I bestämmelsens *första stycke* anges uppgiftsskyldigheten för verksamheterna sinsemellan. Med *yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område* avses sådan verksamhet som nämns i 7 kap. 1 § SoL.

I bestämmelsens *andra stycke* regleras uppgiftsskyldigheten mot verksamhet som genomför en utredning enligt 23 g § LSS samt vårdgivare. De verksamheter som omfattas är de som utför insatser enligt 9 § 2–10 LSS och omfattas av tillstånds- och anmälningsskyldigheten i 23 § LSS. Med *vårdgivare* avses sådan verksamhet som definieras i 1 kap. 3 § PSL.

Att uppgifter ska lämnas ut på begäran av den som genomför en utredning som avser en enskild som *avlidit i suicid* innebär en enskild som avlidit till följd av avsiktlig självskada. När det gäller frågor om hur verksamheten får kännedom om dödssättet, vilka uppgifter som verksamheten lägger till grund för sin bedömning om suicid samt verksamhetens bedömning av om en vårdskada respektive ett miss-

förhållande ska utredas eller inte avses inte någon förändring i sak. Bedömningarna utgår som tidigare från aktuella bestämmelser i 3 kap. PSL, 24 b–f §§ LSS respektive 14 kap. SoL. Uppgiften om att utredningen avser en person som avlidit i suicid kan den utlämnande verksamheten som regel godta om det inte framkommer några skäl att ifrågasätta den.

Med begreppet *uppgifter som behövs för en utredning* avses att det krävs en viss konkretion av begäran. Det kommer dock finnas ärenden där det inte går att på förhand säga vilka uppgifter som kommer vara av betydelse för utredningen, där konkretionen snarare handlar om vilken aktör det är frågan om och kontaktens natur i vidare mening. Den begärande partens bedömning av vilka uppgifter som behövs bör som huvudregel godtas men den utlämnande myndigheten och verksamheten bör alltid göra en egen bedömning av om uppgifter ska lämnas ut. De uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen kan exempelvis handla om beslut, råd, stöd, insatser som i direkt eller indirekt mening kan anses ha haft betydelse för den enskildes livssituation. Det kan handla om situationer där en vårdgivare genom anhöriga eller patienten själv känner till att insatser som påverkat den enskildes livssituation utförts av socialtjänsten. I dessa fall kan vårdgivaren bedöma att uppgifterna kan vara av betydelse för utredningen och efterfråga de uppgifter som finns hos socialtjänsten. Detsamma gäller om exempelvis en person som nyligen släppts från missbruksvård och får avslag på insats från socialtjänst och verksamheterna känner till att personen varit aktuell hos dem båda, då kan de begära ut uppgifter från varandra med stöd av bestämmelsen.

Begreppet *uppgifter som behövs för en utredning* innebär alltså att det finns någon slags kännedom om att uppgifter finns att hämta hos den andra verksamheten. Att rutinmässigt efterfråga sådana uppgifter utan sådan kännedom går inte att göra med stöd av bestämmelsen.

## 13.4 Förslaget till lag om ändring i lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

### 2 §

*I denna lag avses med socialtjänst*

*1. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst, den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare och den särskilda lagstiftningen om insatser för barn i form av skyddat boende,*

*2. verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd,*

*3. verksamhet som i övrigt bedrivs av Statens institutionsstyrelse,*

*4. verksamhet hos kommunal invandrarbyrå,*

*5. verksamhet enligt lagstiftning om stöd och service till vissa funktionshindrade,*

*6. handläggning av ärenden om bistånd som lämnas av socialnämnd enligt lagstiftning om mottagande av asylsökande m.fl.,*

*8. handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade, och*

*9. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall,*

*10. verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid.*

*Med socialtjänst avses även tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamhet som avses i första stycket 1–10.*

Bestämmelsen hanteras i avsnitt 8.1.11. Bestämmelsen föreslås ändras genom att en ny punkt 10 införs i första stycket: Med socialtjänst avses i lagen även verksamhet enligt den föreslagna lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid. Andra stycket ändras så att det också omfattar punkten 10, därmed kommer utredningsmyndighetens behandling av personuppgifter för sin uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten regleras av lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

### 3 a §

*Lagen gäller i tillämpliga delar även uppgifter om avlidna personer i verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid.*

Bestämmelsen är ny, övervägandena finns i avsnitt 8.1.11, och innebär att lagen gäller i tillämpliga delar även för uppgift om avlidna personer i utredningsmyndighetens verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid.

### 7 a §

*I sammanställningar av personuppgifter får det inte tas in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden.*

*Undantag från första stycket gäller för*

*1. uppgifter om åtgärder som har beslutats inom socialtjänsten som innebär myndighetsutövning och om den bestämmelse som ett sådant beslut grundar sig på,*

*2. uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring,*

*3. tillsynsverksamhet som bedrivs av Inspektionen för vård och omsorg,*

*4. administration som bedrivs av Statens institutionsstyrelse centralt, och*

*5. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall,*

*6. verksamhet enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid.*

Övervägandena till bestämmelsen och förhållandet till dataskyddsförordningen<sup>2</sup> framgår i avsnitt 8.1.11.

Paragrafens andra stycke föreslås ändras så att utredningsmyndigheten undantas från förbudet att ta in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden i sammanställningar av personuppgifter. Genom ändringen får utredningsmyndigheten i sin verksamhet, enligt den föreslagna lagen om utredningar för att förebygga suicid, behandla känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden i sammanställningar av personuppgifter.

---

<sup>2</sup> Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

## 13.5 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

### Utredningar för att förebygga suicid

#### 10 b §

*Sekretess gäller för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som hänför sig till myndighets verksamhet som avser utredningar enligt lagen (0000:000) om utredningar för att förebygga suicid, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.*

*Sekretessen enligt första stycket gäller även för uppgift som hänför sig till myndighets verksamhet för att biträda verksamhet som avses i första stycket.*

*För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.*

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om sekretess i utredningsverksamheten avseende uppgifter om enskilds personliga förhållanden och är utformad med 26 kap. 10 a § OSL som förlaga. Övervägandena finns i avsnitt 8.1.12.

Av första stycket följer att sekretess gäller i utredningsverksamheten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men, dvs. det råder en presumtion för sekretess för sådana uppgifter. Det gäller både den avlidne som är föremål för utredning och uppgifter om exempelvis anhöriga. Precis som anges i prop. 2017/18:215 s. 73 f. innebär begreppet att sekretess ska gälla för uppgift som *hänför sig till myndighets verksamhet* att sekretessen gäller för uppgiften även om den lämnas till andra myndigheter i flera led. Sekretessbestämmelsen är en primär sekretessbestämmelse hos alla de myndigheter där uppgiften befinner sig.

Bestämmelsens *andra stycke* innebär att sekretess med ett omvänt skaderekvisit också ska gälla för uppgift som hänför sig till myndighets verksamhet för att biträda verksamheten enligt lagen om utredningar för att förebygga suicid. Bestämmelsen omfattar både uppgifter som den biträdande myndigheten får från utredningsmyndigheten och uppgifter som den biträdande myndigheten avser att lämna till utredningsmyndigheten. Det innebär bland annat att bestämmelsen blir tillämplig om utredningsmyndigheten exempelvis begär ett utlåtande av en offentliganställd expert, se prop. 2017/18:215 s. 73 f.

I tredje stycket anges att sekretessen för uppgift i en allmän handling gäller i högst sjuttio år.

## 13.6 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

### 3 kap.

#### 3 a §

*En vårdgivare ska lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 3 § som berör en patient som avlidit i suicid på begäran av en annan vårdgivare.*

*En vårdgivare ska också lämna de uppgifter som behövs för en utredning enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), respektive en utredning enligt 23 g § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, som berör enskild som avlidit i suicid på begäran av*

- Statens institutionsstyrelse,*
- socialnämnden,*
- yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område, eller*
- verksamhet som utför insatser enligt 9 § 2–10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Bestämmelsen reglerar uppgiftsskyldighet för vårdgivare och behandlas i avsnitt 8.2.3. Bestämmelsen är sekretessbrytande, jfr 10 kap. 28 § OSL.

Vilka som är *vårdgivare* anges i 1 kap. 3 § PSL. Uppgifter ska lämnas på begäran av en annan vårdgivare som genomför en utredning enligt 3 kap. 3 § PSL som berör enskild som avlidit i suicid. Uppgifter som är nödvändiga för en utredning enligt 14 kap. 6 § SoL som berör enskild som avlidit i suicid, ska också lämnas på begäran av Statens institutionsstyrelse, socialnämnden, yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område eller verksamhet som utför insatser enligt 9 § 2–10 LSS. Med *yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som fullgör uppgifter på socialtjänstens område* avses sådan verksamhet som anges i 7 kap. 1 § SoL. Med *verksamheter som utför insatser enligt 9 § 2–10 LSS* avses alltså verksamheter som omfattas av tillstånds- och anmälningsplikten i 23 § LSS.

Att utredningen avser *en enskild som avlidit i suicid* innebär en enskild som avlidit till följd av avsiktlig självskada. När det gäller frågor om hur verksamheten får kännedom om uppgift om dödssättet, vilka uppgifter som verksamheten lägger till grund för sin bedömning om suicid samt verksamhetens bedömning av om en vårdskada respektive ett missförhållande ska utredas eller inte, avses inte någon förändring i sak. Bedömningarna utgår som tidigare från aktuella bestäm-



melser i 3 kap. PSL, 24 b–f §§ LSS respektive 14 kap. SoL. Uppgiften om att utredningen avser en person som avlidit i suicid kan den utlämnande verksamheten som regel godta om det inte framkommer några skäl att ifrågasätta den.

Med begreppet *uppgifter som behövs för en utredning* avses att det krävs en viss konkretion av begäran. Det kommer dock finnas ärenden där det inte går att på förhand säga vilka uppgifter som kommer vara av betydelse för utredningen, där konkretionen snarare handlar om vilken aktör det är frågan om och kontaktens natur i vidare mening. Den begärande partens bedömning av vilka uppgifter som behövs bör som huvudregel godtas men den utlämnande myndigheten och verksamheten bör alltid göra en egen bedömning av om uppgifter ska lämnas ut. De uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen kan exempelvis handla om beslut, råd, stöd, insatser som i direkt eller indirekt mening kan anses ha haft betydelse för den enskildes livssituation. Det kan handla om situationer där en verksamhet inom socialtjänsten, genom anhöriga eller patienten själv, känner till att den enskilde varit aktuell inom hälso- och sjukvården och att det kan ha påverkat händelseförloppet kring den enskilde och ha betydelse för verksamhetens utredning om missförhållanden. I dessa fall kan verksamheten efterfråga de uppgifter som finns hos hälso- och sjukvården. Detsamma gäller om exempelvis psykiatrin har kännedom om att en patient har erhållit somatisk vård och att information om den somatiska vården skulle kunna bidra till att klarlägga händelseförloppet fram till den misstänkta vårdskadan. Det kan också handla om vårdgivare eller verksamhet som får information via ett register om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation att det finns aktuella uppgifter att hämta hos en annan vårdgivare.

Begreppet *uppgifter som behövs för en utredning* innebär alltså att det finns någon slags kännedom om att uppgifter finns att hämta hos den andra verksamheten. Att rutinmässigt efterfråga sådana uppgifter utan sådan kännedom går inte att göra med stöd av bestämmelsen.



# Referenser

## Offentligt tryck

### Lagar

Föräldrabalk (1949:381).

Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform.

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Tandvårdslagen (1985:125).

Lagen (1990:712) om undersökning av olyckor.

Begravningslagen (1990:1144).

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Tobakslagen (1993:581).

Lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Lagen (1995:832) om obduktion m.m.

Personuppgiftslagen (1998:204).

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Socialtjänstlagen (2001:453).

Lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar.

Lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

Lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.

- Patientdatalag (2008:355).  
Lag (2009:366) om handel med läkemedel.  
Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).  
Patientsäkerhetslag (2010:659).  
Skollag (2010:800).  
Patientlag (2014:821).  
Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).  
Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.  
Lag (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.  
Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.  
Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.  
Lag (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.  
Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

### **Förordningar**

- Förordning (1990:717) om undersökning av olyckor.  
Begravningsförordning (1990:1147).  
Kommittéförordning (1998:1474).  
Förordning (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.  
Socialtjänstförordning (2001:937).  
Förordning (2003:789) om skydd mot olyckor.  
Myndighetsförordning (2007:515).  
Förordning (2007:748) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.  
Förordning (2007:860) med instruktion för Statens haverikommission.  
Förordning (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.  
Förordning (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Förordning (2010:185) med instruktion för Trafikverket.  
Patientsäkerhetsförordning (2010:1369).  
Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.  
Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.  
Förordning (2024:183) om konsekvensutredningar.

### Myndighetsföreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria (SOSFS 2005:28).  
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5).  
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).  
Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) (HSLF-FS 2017:41).  
Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter och allmänna råd om innehåll och struktur i kommunens handlingsprogram för förebyggande verksamhet och räddningstjänst (MSBFS 2021:1).

### Rättsakter från EU

EUT L 119, 4.5.2016, s. 1–88, Celex 32016R0679, *Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän data-skyddsförordning)*.

## Propositioner

- Prop. 1979/80:2, *Med förslag till sekretesslag m.m. Del A.*
- Prop. 1980/81:28, *Om följdlagstiftning till den nya sekretesslagen.*
- Prop. 1981/82:186, *Om ändring i sekretesslagen m.m.*
- Prop. 1988/89:67, *Om sekretessfrågor inom undervisningsväsendet m.m.*
- Prop. 1993/94:48, *Handlingsoffentlighet hos kommunala företag.*
- Prop. 1993/94:149, *Ålägganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*
- Prop. 1995/96: 176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
- Prop. 2002/03:119, *Reformerad räddningstjänstlagstiftning.*
- Prop. 2005/06:141, *Genomförande av EG-direktiv om kvalitet och säkerhet hos blod och blodkomponenter.*
- Prop. 2005/06:161, *Sekretessfrågor skyddade adresser m.m.*
- Prop. 2006/07:108, *Utredningar avseende barn som har avlidit i anledning av brott m.m.*
- Prop. 2007/08:110, *En förnyad folkhälsopolitik.*
- Prop. 2007/08:126, *Datalag m.m.*
- Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.*
- Prop. 2008/09:150, *Offentlighets- och sekretesslag.*
- Prop. 2008/09:160, *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.*
- Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*
- Prop. 2009/10:131, *Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar.*
- 2009/10:165, *Den nya skollagen - för kunskap, valfrihet och trygghet.*
- Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn.*
- Prop. 2011/12:4, *Utredningar avseende vissa dödsfall.*
- Prop. 2012/13:10, *Stärkt stöd och skydd för barn och unga.*
- Prop. 2017/18:186, *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.*
- Prop. 2017/18:215, *Utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.*

Prop. 2023/24:99, *Vårändringsbudget för 2024.*

### **Statens offentliga utredningar**

SOU 2010:45, *Slutbetänkande av Självordspreventionsutredningen.*

SOU 2014:24, *Olycksregister och djupstudier på transportområdet.*

SOU 2016:41, *Hur står det till med den personliga integriteten?*

SOU 2016:94, *Saknad! Uppmärksamma elever frånvaro och agera.*

SOU 2018:90, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt.*

SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

SOU 2021:11, *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd – och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning.*

SOU 2023:76, *Vidareanvändning av hälsodata för vård och klinisk forskning.*

SOU 2024:28, *Offentlighetsprincipen eller insynslag Allmänhetens insyn i enskilda aktörer inom skolväsendet.*

SOU 2024:60, *Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga*

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

Dir. 2023:3, *Översyn av vissa frågor inom det suicidpreventiva området.*

Dir. 2023:77, *Ett stärkt stöd till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka.*

Dir. 2024:30, *En förbättrad elevhälsa.*

### **Regeringsbeslut m.m.**

Regeringsbeslut S2014/8909/FS, *Godkännande av överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015.*

*Bilaga: Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.*

Regeringen, *Fem fokusområden fem år framåt. Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020, 2015.*

- Regeringsbeslut, N2016/05493/TS, *Uppdrag att leda övergripande samverkan i trafiksäkerhetsarbetet för vägtrafik.*
- Regeringsbeslut S2019/0244, *Uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande.*
- Regeringsbeslut S2019/04312/FS, *Regleringsbrev för Läkemedelsverket för 2019.*
- Regeringsbeslut, I2020/00423/US, *Nytt transportpolitiskt etappmål för trafiksäkerhet.*
- Regeringsbeslut S2020/00438/FS (delvis), *Uppdrag att lämna förslag på hur en särskild funktion för psykisk hälsa och suicidprevention kan inrättas vid Folkhälsomyndigheten.*
- Regeringsbeslut S2020/01044/FS (delvis), *Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023.*
- Regeringsbeslut S2021/08111 (delvis), *Regleringsbrev för Inspektionen för vård och omsorg 2022.*
- Regeringens skrivelse 2021/22:107, *Riksrevisionens rapport om statens suicidpreventiva arbete.*
- Regeringsbeslut S2022:04, *Utredningen om sekundäranvändning av hälsodata.*
- Regeringsbeslut S2022/03170, *Regleringsbrev för Läkemedelsverket för 2022.*
- Regeringsbeslut S2022/03299 (delvis), *Uppdrag att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök.*
- Regeringsbeslut S2022/04810 (delvis), *Regleringsbrev för Inspektionen för vård och omsorg 2023.*
- Regeringsbeslut, Ju2021/04139 (delvis), *Regleringsbrev för Kriminalvården för 2022.*
- Regeringsbeslut S2023:05, *Stärkt stöd till anhöriga.*
- Regeringsbeslut S2024/00718 (delvis), *Uppdrag att stödja inrättandet av en nationell stödlinje inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*



Regeringsbeslut S2024/00816, *Nationell samordnare för suicidprevention*.

Regeringsbeslut S2023/03357 (delvis), *Bemyndigande att under-teckna överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024, Bilaga: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

### Domstolsavgöranden

Högsta förvaltningsdomstolen RÅ 1992 not 270.

Högsta förvaltningsdomstolen RÅ 2007 ref. 16.

Högsta förvaltningsdomstolen RÅ 2009 ref. 17.

### Myndighetsbeslut

Justitieombudsmannen JO 1982/83 s. 224.

Justitieombudsmannen JO 1990/91 s. 366.

### Myndighetspublikationer

Ekonomistyrningsverket, *Resultatanalys för nybörjare*, 2003.

Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention 2017. En lägesrapport om det suicidpreventiva arbetet med att förebygga självmord*, 2017.

Folkhälsomyndigheten, *Suicid förekommer oftare i socioekonomiskt utsatta områden*, 2018.

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

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

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

Folkhälsomyndigheten, *Suicid bland barn i Sverige*, 2021.

- Folkhälsomyndigheten, *Ökning av suicid bland unga vuxna 20–29 år*, 2022.
- Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2023*, 2023.
- Folkhälsomyndigheten, *Psykisk hälsa och suicidprevention. Kommuners och regioners arbete med stöd av statliga stimulansmedel*, 2023.
- Folkhälsomyndigheten, *Tema Suicidprevention – Aktuell kunskap från Folkhälsomyndigheten 2023*, 2023.
- Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Rättsmedicinalverket, *Dödsfall till följd av narkotikaförgiftningar. En statistiksammanställning*, 2022.
- Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser – ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet*, 2016.
- Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården. En sammanställning av analys av händelseanalys i Nitha Kunskapsbank*, 2019.
- Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention. Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar*, 2022.
- Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Stöd till efterlevande vid suicid. Samlad kunskap för yrkesverksamma*, 2023.
- Inspektionen för vård och omsorg, *Blev det någon verkstad? Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg?*, 2016.
- Inspektionen för vård och omsorg, *lex Sarah – för att brukarna ska få det bättre*, 2017.
- 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, *Bidrar IVO till kvalitet i vården och omsorgen? En översyn av IVO:s handläggning av anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah*, 2021.
- Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av SiS särskilda ungdomshem 2021–2022 redovisning av regeringsuppdrag S2021/03345*, 2023.

- Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av verksamheter som utför estetiska ingrepp och behandlingar*, 2023.
- Inspektionen för vård och omsorg, *Vad har IVO sett 2022? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2022*, 2023.
- Inspektionen för vård och omsorg, *Årsredovisning 2022*, 2023.
- Inspektionen för vård och omsorg, *Årsredovisning 2023*, 2024.
- Kriminalvården, *Kunskapshöjande insatser för att stärka och utveckla kompetensen bland myndighetens personal om psykisk hälsa, ohälsa och suicidalitet (JU2022/02207)*, delredovisning 1, 2023.
- Läkemedelsverket, *Förskrivning av opioider i Sverige. Användning över tid*, 2020.
- Läkemedelsverket, *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2021.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid*, 2015.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Beskrivning av olyckor som kan leda till räddningsinsats Nationellt underlag som stöd och fördjupning till arbetet med kommunernas handlingsprogram enligt lagen om skydd mot olyckor*, 2021.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Individuell analys inom området psykisk hälsa och suicidprevention: underlag till en kommande nationell strategi*, 2022.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Kommunal räddningstjänst inom området psykisk ohälsa och suicidprevention – en behovsanalys: studie*, 2022.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Psykisk hälsa ett gemensamt ansvar*, 2015.
- Polismyndigheten, *Polismyndighetens riktlinjer om åtgärder vid dödsfall som kan ha orsakats av yttre påverkan*, 2016.
- Polismyndigheten, *Kartläggning av Polismyndighetens händelserapporter om självmordsförsök 2017–2020 en deskriptiv analys, A729.038/2021*, 2022.
- Polismyndigheten, *Årsredovisning 2023*, 2024.

- Regeringen, *Finansdepartementets Beräkningskonventioner 2024*, 2024.
- Riksrevisionen, *Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet*, 2009.
- Riksrevisionen, *Statens suicidpreventiva arbete- samverkan med verkan?* 2021.
- Riksrevisionen, *Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre*, 2023.
- Rättsmedicinalverket, *Årsredovisning 2022*, 2023.
- Rättsmedicinalverket, *Årsredovisning 2023*, 2024.
- Skolinspektionen, *Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser*, 2015.
- Skolverket, *Hälsa för lärande, lärande för hälsa*, 2019.
- Skolverket, *Skolverkets individuella analys inför en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention*, 2021.
- Skolverket, *Barn och personal i förskola – Hösten 2023*, 2024.
- Skolverket, *Enskilda huvudmän i grund- och gymnasieskolan*, 2024.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Stöd till anhöriga efter suicid*, 2020.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*, 2021.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Underlagsrapport till Folkhälsomyndigheten samt Socialstyrelsen. Underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. En individuell analys av nuläge samt långsiktiga behov inom ramen för SBU*, 2022.
- Statskontoret, *Efteråt är allting för sent, Om utredningar av vissa dödsfall*, 2012.
- Statskontoret, *Sorgen finns det inga ord för, Om utredningar av vissa dödsfall*, 2014.
- Socialstyrelsen, *Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria en sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007*, 2007.
- Socialstyrelsen, *Själv mord 2006–2008 anmälda enligt lex Maria*, 2010.
- Socialstyrelsen, *Lex Sarah – handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, 2014.

- Socialstyrelsen, *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa – Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*, 2021.
- Socialstyrelsen, *Framställan gällande tillsyns- och sekretessfrågor i Socialstyrelsens utredningsverksamhet för att förebygga vissa skador och dödsfall*, 2021.
- Socialstyrelsen, *Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021*, 2022.
- Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök, delredovisning 2022*.
- Socialstyrelsen, *Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning – aspekter av betydelse*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Högre risk för psykisk ohälsa och suicid bland mottagare av ekonomiskt bistånd*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Sjukhusvård och eftervård vid avsiktlig självskada*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023*, 2024.
- Socialstyrelsen, *Stärk stödet till efterlevande barn – stödmaterial till hälso- och sjukvården för att uppmärksamma och följa upp behoven hos barn som mist en förälder*, 2024.
- Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, *Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag*, 2006.
- Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention slutredovisning av regeringsuppdrag 2023*, 2023.
- Trafikverket, *Trafikverkets analys inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, 2021.
- Trafikverket, *Transportekonomi – termer förklarade på ett enklare sätt*, 2021.

- Trafikverket, *Aktionsplan för säker vägtrafik 2022–2025*, 2022.
- Trafikanalys, *Haverikommissionens säkerhetsutredningar – utfall i transportsystemet*, 2022.
- Trafikverket, *Trafikverkets årsredovisning 2022*, 2023.
- Trafikanalys, *Bantrafikskador 2023*, 2024.
- Transportstyrelsen och Trafikverket, *Klassificering av suicid i vägtrafiken. En jämförelse mellan två sätt att klassificera dödsfall*, 2018.
- Vägverket, *Djupstudier av dödsolyckor räddar liv*, 2004.
- Vägtrafikinspektionen, *Utvärdering av Vägverkets djupstudie- och OLA-arbete samt projektet Nationell samling*, 2005.
- Vägtrafikinspektionen, *Uppföljning av Vägtrafikinspektionens utvärdering av Vägverkets djupstudie- och OLA-arbete samt projektet Nationell samling*, 2007.

### Litteratur, utredningar, publikationer m.m.

- Ahlm, K., Eriksson, A., Lekander, T. m.fl., Alla dödsfall i trafiken är inte ”dödsolyckor” – en analys av officiell statistik över dödsfall i svensk vägtrafik år 1999, *Läkartidningen*, nummer 17, 2001.
- Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., och Mitchell, P., Pre- and post-loss features of adolescent suicide bereavement: A systematic review, *APA PsycNet*, 2017.
- Bergqvist, E., Probert-Lindström, S., Fröding, E. m.fl., Health care utilisation two years prior to suicide in Sweden: a retrospective explorative study based on medical records, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Beskow, J., Runesson, B. och Åsgård, U., Psychological autopsies: Methods and Ethics, *Suicide life Threat Behav.*, 1990.
- Bhushan D., Yadav J., Rozatkar A.R., Moirangthem S., Arora A., The psychological autopsy: An overview of its utility and methodology, *J Neurosci Rural Pract.*, 2023.
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, B. och Walker, M., The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death, *American Journal of Psychiatry*, 2009.

- Bris, *När en förälder tagit sitt liv*, 2022.
- Bryan, C., *Rethinking Suicide – Why Prevention Fails, And How We Could Do Better*, Oxford University Press Inc, 2022.
- Cerel, J. och Aldrich, R., The impact of suicide on children and adolescents, i: Jordan, J. R., McIntosh J. L., (red.). *Grief After Suicide: Understanding the Consequences and Caring for Survivors*, Routledge, 2011.
- Dalsgaard S., Thorsteinsson E. och Trabjerg Betina B., Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence, *AMA Psychiatry*, 2019.
- Ekberg K., Bernfort L., Karlsson N., Linderöth C., Persson J., *Arbetsgivares kostnader, åtgärder och anpassningar för sjuknärvarande och sjukfrånvarande medarbetare: samband med återgång i arbete och produktion*, Linköping University Electronic Press, 2017.
- Feldman, I. och Martínez de Alva, P., *Samhällskostnader för suicid i Sverige 2022 – en sjukdomskostnadsstudie*, Uppsala universitet, 2024.
- Fröding, E., *Patient safety and suicide – learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm*, diss., Jönköping University, 2022.
- Governo, *Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid*, 2024.
- Hill, N.T.M., Tan Wen-Xuan, S.R., Amratia, P., Strauss, P. m.fl., Evaluation of the Primary Care Navigator (PCN) Model for People Bereaved by Suicide in the Peel, Rockingham, and Kwinana Region in WA., *Telethon Kids Institute*, 2021.
- Hjern, A., Arat, A., Rostila, M., Berg, L. och Vinnerljung, B., *Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen*, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitetet, 2014.
- Hjern, A., Arat, A. och Vinnerljung, B., *Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – Hur ser livet ut i ung vuxen ålder?*, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitetet, 2014.

- Isacsson, G., Självordsfrekvensen ner med 25 procent, *Läkartidningen*, nummer 14, 2000.
- Liu, C., Grotta, A., Hiyoshi, A., Berg, L. och Rostila, M., School Outcomes Among Children Following Death of a Parent, *JAMA Netw Open*, 2022.
- Lumell Associates AB, *Kunskapsläget kring utredningar och anmälningar av suicid och suicidförsök*, 2023.
- Lumell Associates AB, *Analys av svenska styrdokument som berör området psykisk hälsa och suicidprevention. Underlag inför framtagandet av en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention*, 2021.
- Löf, *Utredning av allvarliga vårdskador Vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys*, 2023.
- McGeehan, G.J., Richardson, C., Weir, K., Wilson, L., O'Neill, G. och Newbury-Birch, D., Evaluation of a pilot police-led suicide early alert surveillance strategy in the UK, *Inj Prev.*, 2018.
- Mogensen, H., Möller, J., Hultin, H. och Mittendorfer-Rutz, E., Death of a Close Relative and the Risk of Suicide in Sweden-A Large Scale Register-Based Case-Crossover Study, *PLoS One*, 2016.
- Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *Stödmaterial för kommunernas handlingsplanarbete*, 2020.
- Nationellt kompetenscenter anhöriga, *Utvärdering av Barntraumateamet i Norrköping*, 2014.
- Nordic Council of Ministers, *Prevention of suicide and suicide attempts in the Nordic countries*, Pub.nr. 2024:509, 2024.
- Omerov, P., *Parents who have lost a son or daughter through suicide – Towards improved care and restored psychological health*, diss., Karolinska Institutet, 2014.
- Ramboll Management Consulting, *Break-even analys av att invätta ett nationellt centrum för suicidutredningar*, 2024.
- Rostila, M., Saarela, J. och Kawachi, I., Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden, *BMJ Open*, 2013.



Runeson, B., Haglund, A., Lichtenstein, P., och Tidemalm, D., Suicide Risk After Nonfatal Self-Harm: A National Cohort Study, 2000–2008, *Psychiatrist*, 2016.

Silvén Hagström, A., *To mourn and resist stigma: Narration, meaning-making and selfformation after a parent's suicide*, diss., Linköpings universitet, 2016.

Stain, R., och Wasserman, D., Mäns självmordsnärlighet och ovilja att söka hjälp, *Läkartidningen*, nummer 43, 2019.

Tidöavtalet, *En överenskommelse för Sverige*, 2022.

Tøllefsen, I.M., Helweg-Larsen, K., Thiblin, I. m.fl., Are suicide deaths under-reported? Nationwide re-evaluations of 1800 deaths in Scandinavia, *BMJ Open*, 2015.

Vimefall, E. m.fl., Is prevention of suicide worth less? A comparison of the value per statistical life, *The European Journal of Health Economics*, 2022.

## Webbsidor

Fempers Nyheter, *Ökad suicidrisk för den som utsätts för våld i nära relation*, <https://fempers.se/2024/14/okad-suicidrisk-for-den-som-utsatts-for-vald-i-nara-relation/>, hämtad 2024-06-20.

Folkhälsomyndigheten, *Efterlevande efter suicid*, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/efterlevande-efter-suicid/>, hämtad 2023-09-21.

Folkhälsomyndigheten, *Statistik om suicid*, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/>, hämtad 2023-09-01.

Folkhälsomyndigheten, *Nationellt handlingsprogram för suicidprevention*, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/nationellt-handlingsprogram/>, hämtad 2023-10-31.

- Folkhälsomyndigheten, *Suicidförebyggande arbete*,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/att-forebygga-suicid/>,  
hämtad 2023-11-17.
- Folkhälsomyndigheten, *Suicid i världen*,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicid-i-varlden/>, hämtad 2023-11-20.
- Folkhälsomyndigheten, *Kopplingen mellan stigma och suicid*,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/kopplingen-mellan-stigma-suicid/>, hämtad 2024-02-29.
- Folkhälsomyndigheten, *Att förebygga suicid*,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/att-forebygga-suicid/>,  
hämtad 2024-06-10.
- Folkhälsomyndigheten, *Om folkhälsa*,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/om-folkhalsa/>,  
hämtad 2024-06-19.
- Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention*,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/>, hämtad 2024-06-20.
- Folkhälsomyndigheten, *Vad är psykisk hälsa*,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>, hämtad 2024-06-10.
- Folkhälsomyndigheten, *Verksamhetsbidrag till ideella organisationer inom psykisk hälsa och suicidprevention 2024*,  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/statsbidrag/beviljade-medel/beviljade-medel-2024/verksamhetsbidrag-till-ideella-organisationer-inom-psykisk-halsa-och-suicidprevention-2024/>, hämtad 2024-08-05.

Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och Skatteverket, *Efterlevandeguiden*, <https://efterlevandeguiden.se/>, hämtad 2024-05-23.

Inera, *Nitha – it-stöd för händelseanalys*,  
<https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/nitha---it-stod-for-handelseanalys>, hämtad 2024-06-18.

Inspektionen för vård och omsorg, *Omsorgsregistret*,  
<https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/anmal-verksamhetsregister/omsorgsregistret/>, hämtad 2024-08-22.

Inspektionen för vård och omsorg, *Vårdgivarregistret*,  
<https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/anmal-verksamhetsregister/vardgivarregistret/>, hämtad 2024-08-22.

Jämställdhetsmyndigheten, *Delmål 5: Jämställd hälsa*,  
<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/jamstalldhet-i-sverige/delmål-5-jamstalld-halsa/>, hämtad 2024-06-20.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *RESPI – Om suicid*, <https://respi.se/om-suicid>, hämtad 2023-08-27.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *Själv mord i Sverige*, <https://ki.se/nasp/statistik/sjalmord-i-sverige>, hämtad 2023-09-29.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *Rekommandationer för suicidpreventiva insatser*, <https://respi.se/>, hämtad 2023-10-31.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, *Restriktion av medel som används i suicidsyfte*,  
<https://respi.se/insatser/evidensbaserade-insatser/restriktion-av-medel-som-anvands-i-suicidsyfte>, hämtad 2024-01-22.

Region Kalmar län, *Efterlevandestöd vid suicid*,  
<https://vardgivare.regionkalmar.se/vard--behandling/psykisk-halsa/efterlevandestod-vid-suicid/#>, hämtad 2024-08-28.

- Region Uppsala *Händelseanalys i samverkan vid suicid hos barn under 18 år*,  
<https://publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-30169&docId=DocPlusSTYR-30169&filename=H%C3%A4ndelseanalys%20i%20samverkan%20vid%20suicid%20hos%20barn%20under%2018%20%C3%A5r.pdf>, hämtad 2024-03-07.
- Skolverket, *Skolenhetsregistret*,  
<https://www.skolverket.se/skolutveckling/skolenhetsregistret/>, hämtad 2024-08-15.
- Socialstyrelsen, *Barn och unga som efterlevande vid suicid*,  
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/barn-och-unga-som-efterlevande-vid-suicid/>, hämtad 2023-11-16.
- Socialstyrelsen, *Internationell klassifikation av sjukdomar (ICD-11)*, <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-11/>, hämtad 2024-02-27.
- Socialstyrelsen och Skolverket, *Vägledning för elevhälsan*,  
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/vagledning-for-elevhalsa/>, hämtad 2024-03-06.
- Springer, S. *Proactive Support for Survivors of Trauma. TAPS Suicide Prevention and Postvention*,  
<https://www.taps.org/articles/2019/proactive-support-trauma-survivor>, hämtad 2024-08-15.
- Storumans kommun, *B4 (Before) arbetar mot psykisk ohälsa*,  
<https://www.storuman.se/kommun/omsorg--hjalp/psykisk-ohalsa/b4-ska-arbeta-mot-psykisk-ohalsa/>, hämtad 2024-05-01.
- Sveriges kommuner och regioner, *Markörbaserad journalgranskning*,  
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskad-origarden/markorbaseradjournalgranskning.4633.html>, hämtad 2024-02-21.
- Sveriges kristna råd, *Kyrka – Polis i samverkan*,  
<https://www.skr.org/vart-arbete/kyrka-polis-i-samverkan/>, hämtad 2024-05-06.

Sveriges television, *Patienter tar livet av sig i brist på läkarvård inom psykiatrin*, <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/patienter-tar-livet-av-sig-i-brist-pa-lakarvard-inom-psykiatrin>, hämtad 2024-06-04.

Trafikverket, *GNS Vägs samverkan*, <https://bransch.trafikverket.se/for-dig-i-branschen/samarbete-med-branschen/Samarbeten-for-trafiksakerhet/gruppen-for-nollvisionen-i-samverkan-gns/gns-vags-samverkan/>, hämtad 2024-08-09.

Vårdföretagarna, *Privat vårdfakta*, <https://www.vardforetagarna.se/privat-vardfakta/oversikt/>, hämtad 2024-08-22.

WHO, *Suicide*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, hämtad 2023-09-29.



# Kommittédirektiv 2023:3

## Översyn av vissa frågor inom det suicidpreventiva området

Beslut vid regeringssammanträde den 19 januari 2023

### Sammanfattning

Suicidalitet medför ett stort psykiskt lidande och utgör ett allvarligt samhällsproblem. Sverige behöver ta krafttag för att motverka förekomsten av suicid. En särskild utredare ska därför se över vissa frågor inom det suicidpreventiva området genom att bl.a. analysera och föreslå hur ett nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid kan utformas. Ett sådant arbetssätt tillämpas när någon person avlidit genom suicid och innebär att en utredning genomförs för att komma fram till vad som har hänt och för att upptäcka eventuella brister i samhällets skyddsnet. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete genom ett ökat lärande i berörda verksamheter samt ett stärkt samarbete mellan samhällsaktörer på lokal, regional och nationell nivå.

Utredaren ska bl.a.

- kartlägga och analysera vilket ansvar som olika samhällsaktörer har och vilka insatser och åtgärder som vidtas efter att en person har avlidit till följd av suicid,
- analysera och föreslå hur ett nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid kan utformas och utreda närliggande frågor,

- analysera regelverken för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och för socialtjänstens kvalitetsarbete som rör suicid och suicidförsök och om det finns behov att förändra dessa för att utveckla det suicidförebyggande arbetet, och
- lämna författningsförslag om det bedöms nödvändigt.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2024.

### **Uppdraget att se över vissa frågor inom det suicidpreventiva området**

Suicid är den yttersta konsekvensen av psykiskt lidande, men också av kriser och svåra livsförhållanden. Det är ett allvarligt folkhälsoproblem som förutom förlust av människoliv också leder till stort psykiskt lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och närstående samt andra berörda. Därför är det viktigt att ge nödvändigt stöd till de efterlevande. Även om arbetet med att förebygga suicid har intensifierats under senare år och antalet suicid i Sverige har minskat över tid, begår fortfarande i genomsnitt 1 200 personer självmord årligen. Därutöver registreras varje år ytterligare omkring 300 personer som misstänks ha avlidit till följd av suicid, men där avsikten bakom handlingen inte kunnat styrkas. Därutöver fick cirka 6 700 personer sjukhusvård för suicidförsök år 2020 och cirka 150 000 personer uppskattas ha haft tankar på att ta sitt liv de senaste 12 månaderna, varav majoriteten är kvinnor och flickor. Könsskillnaden var störst bland 10–19-åringarna och minst bland 65–84-åringarna. Bland de yngsta (10–19 år) vårdades nästan fyra gånger fler flickor än pojkar 2020 i samband med suicidförsök.

Under den gångna 20-årsperioden har suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare) i befolkningen minskat i de flesta åldersgrupper, utom bland unga vuxna i åldern 20–29 år. I den åldersgruppen ökade antalet suicid under perioden 2006–2020. Två tredjedelar av dem som avlider i suicid är män och skillnaden mellan könen ökar med stigande ålder. Bland barn och unga under 18 år är det däremot ungefär lika många flickor som pojkar som avlider i suicid. Orsakerna till skillnaden mellan kvinnor och män, flickor och pojkar behöver analyseras.

Suicidpreventivt arbete är i första hand viktigt för att minska antalet suicid och för att minska det lidande som suicid medför. Det kan dock



också noteras att suicid innebär en kostnad för samhället på åtskilliga miljarder kronor varje år. För 2014 beräknades de indirekta kostnaderna för förlorade arbetsår för dem som avlider i suicid till cirka 4,4–9 miljarder kronor, medan de direkta kostnader som uppstår under eller i direkt anslutning till suicid beräknades till cirka 46–60 miljoner kronor, enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps rapport Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid (2015). Även för de yrkesgrupper som kommer i kontakt med personer som tar sitt liv, t.ex. blåljuspersonal, lokförare och personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, innebär suicid ofta att det finns traumatiska upplevelser som behöver bearbetas.

Det stora antalet suicid och suicidförsök tillsammans med det psykiska lidande detta medför och tillhörande samhällsekonomiska kostnader innebär att suicidalitet är ett allvarligt samhällsproblem. För att kunna nå den av riksdagen beslutade nollvisionen för det suicidpreventiva arbetet – att ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord – behöver suicidförebyggande insatser finnas på både individ- och befolkningsnivå och arbetet intensifieras av alla berörda samhällsaktörer (prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226). Det handlar bl.a. om att öka kunskapen om de bakomliggande faktorerna till suicid och suicidförsök samt att säkerställa att suicidpreventiva insatser prioriteras i berörda verksamheter. För att förebygga suicid behövs ett ökat lärande i berörda verksamheter samt ett stärkt samarbete mellan aktörer på lokal, regional och nationell nivå. En översyn bör därför göras av vissa frågor inom det suicidpreventiva området.

### *Ett nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid*

Det är centralt att suicid och suicidförsök förebyggs så långt det är möjligt. En viktig förutsättning för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete är att suicidpreventiva åtgärder samordnas inom och mellan samhällets olika verksamhetsområden, t.ex. hälso- och sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården, polisen och utbildningsväsendet. Det är även angeläget att offentliga verksamheter analyserar inträffade självmord och, utifrån dessa analyser, vidtar åtgärder för att förbättra det suicidpreventiva arbetet i respektive verksamhet. Genom att risker och brister i verksamheterna identifieras, åtgärdas och följs

upp kan suicid och suicidförsök förebyggas såväl i verksamheten som på samhällsnivå. Anhöriga och närstående kan då även, så långt det är möjligt, få klarhet i vad som faktiskt inträffat.

Redan i dag finns lagreglerade skyldigheter att göra händelseanalyser i vissa fall. Sådana skyldigheter finns bl.a. för verksamheter inom hälso- och sjukvården enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) samt inom socialtjänsten enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Ett krav på händelseanalyssystem har också införts genom lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, då det har funnits ett skyddsbehov om ett barn eller en vuxen har skadats eller avlidit med anledning av ett brott. De ärenden som rör vuxna är avgränsade till brott som har begåtts av en till brottsoffret närstående person. Syftet med lagen, och de utredningar och händelseanalyser som genomförs med stöd av denna, är att hitta brister i samhällets skyddsnett och ge regeringen underlag till förslag till åtgärder samt att stärka samhällets förebyggande arbete mot våld och därmed förebygga att barn far illa, eller att vuxna utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller tidigare närstående personer.

För en utredning enligt lagen om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall krävs dokumentation från aktörer, t.ex. polisen, socialtjänsten, hälso- och sjukvården, kriminalvården, Arbetsförmedlingen och Rättsmedicinalverket, som enligt lagen är skyldiga att på utredningsmyndighetens (Socialstyrelsens) begäran lämna de uppgifter som behövs för en utredning och biträda utredningsmyndigheten genom att ställa experter till förfogande. De utredningar som genomförs enligt lagen kan liknas vid en haverikommission. Denna utredningsmodell skulle kunna appliceras på fall där personer har avlidit i suicid. Ett viktigt syfte med att lägga ansvaret på en nationell aktör är att breda händelseanalyser inte ska gå ut över tillgängligheten i övrig vård.

Det finns goda skäl att genomföra ytterligare insatser för att stärka och utveckla det suicidpreventiva arbetet hos berörda offentliga aktörer genom att införa breda händelseanalyser efter suicid. Regeringen anser att sådana breda händelseanalyser bör vara ett nationellt ansvar och att de ska bidra till att klarlägga vad i samhällets skyddsnett som kan ha brustit, vad bristerna kan bero på och hur samhällets aktörer kan förhindra att det händer igen.

Utredaren ska därför

- kartlägga och analysera vilket ansvar som olika samhällsaktörer har och vilka insatser och åtgärder som vidtas efter att en person har avlidit till följd av suicid,
- kartlägga och analysera vilket stöd och vilka insatser som olika samhällsaktörer ger anhöriga och närstående efter att en person har avlidit till följd av suicid,
- kartlägga och analysera hur samordningen och uppföljningen mellan olika relevanta aktörer ser ut i dag efter att en person har avlidit till följd av suicid och lämna förslag på hur detta kan förbättras och beakta existerande kartläggningar, exempelvis gällande samordningen mellan psykiatri och beroendevården,
- analysera förutsättningarna hos de centrala samhällsaktörerna för att genomföra ett nationellt ansvar för breda händelseanalyser vid suicid,
- analysera och föreslå hur ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid kan utformas och utreda närliggande frågor, såsom vilka aktörer som ska omfattas av händelseanalyssystemet samt lämpligheten och ändamålsenligheten i att undanta vissa fall från utredningsansvaret och vilka fall som då ska komma i fråga,
- analysera och överväga för- och nackdelar med ett stegvist införande av breda händelseanalyser efter suicid samt ta fram förslag till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv utformning av ett sådant stegvist införande,
- analysera och föreslå hur den kunskap som samlas genom sådana händelseanalyser kan återföras till det suicidförebyggande arbetet på lokal och regional nivå och till övriga berörda verksamheter, samt hur lärandet i berörda verksamheter kan stärkas, och
- lämna författningsförslag om det bedöms nödvändigt.

Vid analysen av hur ett nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid kan utformas ska utredaren ta del av Socialstyrelsens och andra berörda aktörers erfarenheter av den del av utredningsverksamheten som syftar till att förebygga att barn eller vuxna avlider eller

skadas till följd av brott av en närstående eller tidigare närstående person och särskilt överväga om det är ändamålsenligt och kostnadseffektivt att utvidga befintlig reglering till att omfatta breda händelseanalyser efter suicid.

Utredaren ska verka för att budgetrestriktivitet, kostnadseffektivitet och samhällsekonomisk effektivitet beaktas vid förslagets utformning och utforma förslagen så att de ger så låg administrativ börda som möjligt för kommuner och regioner, myndigheter, företag och andra berörda aktörer.

Utredaren ska särskilt redogöra för hur eventuella författningsförslag förhåller sig till dels gällande regler om offentlighet och sekretess, tystnadsplikt och dataskydd, dels den enskildes behov av skydd för den personliga integriteten.

*Regelverken för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och socialtjänstens kvalitetsarbete i fråga om suicid ska analyseras*

Patienter med risk att ta sitt liv förekommer inom alla delar av hälso- och sjukvården. En tredjedel av alla som avlider i suicid har en pågående kontakt med den psykiatriska vården, men betydligt fler har haft kontakt med övrig hälso- och sjukvård. Det är därför viktigt att alla relevanta delar av hälso- och sjukvården har kunskap om suicidprevention och om hur sårbara individer ska bemötas, samt har rutiner för utredningar och anmälningar av vårdskador och allvarliga vårdskador som rör suicid och suicidförsök.

Patientsäkerhetsarbetet är en central del av det suicidförebyggande arbetet. Tidigare var vårdgivare skyldiga att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient begick självmord inom fyra veckor efter den senaste vårdkontakten. Denna skyldighet reglerades i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria. Föreskrifterna upphörde att gälla den 1 september 2017. Sedan dess omfattas anmälningar och utredningar av suicid av bestämmelserna i 3 kap. 3 och 5 §§ patientsäkerhetslagen. Bestämmelserna innebär att vårdgivaren ska utreda händelser i vården som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. En sådan anmälan, inklusive utredning, ska lämnas till IVO som granskar vårdgivarens utredning och har

möjlighet att ställa krav på vårdgivaren om denne inte har följt gällande bestämmelser i patientsäkerhetslagen.

Antalet anmälningar till IVO som gäller suicid låg på en relativt konstant nivå under perioden 2014–2017 men har minskat efter det att skyldigheten att anmäla suicid som inträffat nära i tid efter en vårdkontakt upphörde att gälla, enligt IVO:s rapport Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017 (2018). Resultat från flera nationella sammanställningar av vårdgivarnas utredningar av suicid, som bl.a. genomförts av Socialstyrelsen, tyder på att kunskapen om identifierade brister i utredningar och anmälningar av vårdskador som rör suicid och suicidförsök inte används fullt ut i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Suicidhandlingar är inte enbart kopplade till psykiatriska tillstånd och hälso- och sjukvårdsinsatser, utan många individer i risk för att ta sitt liv är även aktuella för insatser inom socialtjänsten. Även kommuner och andra aktörer inom socialtjänstområdet behöver därför uppmärksamma suicidhändelser och känna till sina skyldigheter när det gäller utredningar och anmälningar av missförhållanden och allvarliga missförhållanden enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Enligt IVO finns det en underreportering av missförhållanden och allvarliga missförhållanden och flera huvudmän underlåter att sammanställa och analysera sina rapporter i tillräcklig utsträckning, se IVO:s rapport Lex Sarah – för att brukarna ska få det bättre (2017). Enligt IVO behöver det systematiska kvalitetsarbetet och förståelsen för det förbättras på flera olika sätt. IVO har inte gjort någon särskild analys av huvudmännens benägenhet att anmäla och utreda ärenden som rör suicid.

En alltför snävt avgränsad anmälningsskyldighet och ett minskat antal genomförda utredningar kan påverka det suicidpreventiva arbetet i hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten på ett negativt sätt.

Utredaren ska därför

- analysera regelverken för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och för socialtjänstens kvalitetsarbete som rör suicid och suicidförsök och om det finns behov att förändra dessa för att utveckla det suicidförebyggande arbetet,
- lämna författningsförslag om det bedöms nödvändigt.

Utredaren ska verka för att budgetrestriktivitet, kostnadseffektivitet och samhällsekonomisk effektivitet beaktas vid förslagets utformning och utforma eventuella förslag så att de ger så låg administrativ börda som möjligt för myndigheter, regioner, kommuner samt företag och andra berörda aktörer.

Utredaren ska särskilt redogöra för hur eventuella författningsförslag förhåller sig till dels gällande regler om offentlighet och sekretess, tystnadsplikt och dataskydd, dels den enskildes behov av skydd för den personliga integriteten.

### **Konsekvensbeskrivningar**

Utredaren ska redogöra för kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) inklusive konsekvensbeskrivningar i enlighet med de krav som uppställs i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Det är särskilt angeläget att redogöra för förslagets samhällsekonomiska och offentligfinansiella effekter, inklusive kostnad-nyttoeffekter, samt att kvantifiera och värdera dessa. De administrativa konsekvenserna för staten, regioner och kommuner ska särredovisas och kvantifieras. Utredaren ska därutöver redogöra för förslagets konsekvenser för folkhälsan, för barn utifrån ett barnrättsperspektiv och för unga. Konsekvensbeskrivningen ska inkludera ett tydligt jämställdhetsperspektiv samt ska särskilt beakta de jämställdhetspolitiska delmålen om jämställd hälsa och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), som gäller som svensk lag, ska vara en utgångspunkt i arbetet när det gäller barn under 18 år.

Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas.

### **Kontakter och redovisning av uppdraget**

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren samverka med berörda myndigheter. Utredaren ska vidare föra dialog med Sveriges Kommuner och Regioner, kommuner och regioner, patient-, brukar-

och anhörigorganisationer samt med andra aktörer som är relevanta för uppdragets genomförande.

Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta relevant arbete som bedrivs inom utredningsväsendet och på berörda myndigheter. Detta innefattar särskilt uppdraget till Socialstyrelsen att stödja hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och att ge stöd till efterlevande (S2019/02244), uppdraget till Socialstyrelsen och IVO att genomföra insatser för att utveckla hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utredningar och anmälningar som rör suicid och suicidförsök (S2022/03299) samt uppdraget till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen att, tillsammans med 24 berörda myndigheter, lämna in underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (S2020/06171).

Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2024.

(Socialdepartementet)





# Etiska aspekter på suicid och Suicidanalysutredningens förslag

De flesta har någon gång hört sentensen ”kunskap är makt” som kärnfullt sammanfattar insikten att vår förmåga att påverka världen är en följd av att vi skaffar oss kunskap om den.<sup>1</sup> Därför behöver en föresats om att minska antalet suicid, för att få någon praktisk effekt, kombineras med ett ständigt lärande om problemets alla aspekter. Den föreliggande Suicidanalysutredningens förslag är i linje med och åtnjuter stöd från en rad etiska principer och värden, men de ger också upphov till intresseavvägningar som behöver formuleras och bedömas. I denna bilaga diskuteras suicid och utredningens förslag ur en etisk eller moralfilosofisk synvinkel. Den börjar med en komprimerad allmän presentation av hur suicid behandlats inom olika idétraditioner för att sedan mer konkret diskutera utredningens utgångspunkter och slutsatser.

## Etiska och allmänfilosofiska perspektiv på suicid

Suicid har länge varit föremål för en rik diskussion inom såväl västerländska som andra idétraditioner. Ämnet suicid berör centrala filosofiska frågor och diskussionsfält, till exempel idéer om välbefinnande och livets värde och den därmed angränsande frågan om individen alltid är den som själv vet bäst vilken livskvalitet hen har eller om detta är en delvis objektiv fråga som man kan ha en felaktig föreställning om. Exempel på andra filosofiska frågor aktualiserade av suicid är vad det innebär att ett beslut (och en beslutsprocess) är rationellt grundat, om det finns omständigheter under

---

<sup>1</sup> Uttrycket förknippas med Francis Bacon (1561–1626).

vilka det kan ligga i en persons intresse att inte vara vid liv, i vilken mån en person kan ha moraliska förpliktelser mot sig själv, liksom frågor om det individuella självbestämmandets räckvidd och roll i en samhällelig kontext. Filosofer har också intresserat sig för begreppsliga och terminologiska frågor rörande suicid och suicidalt beteende, liksom självfallet för etiska aspekter på suicidprevention och samhällets ansvar i relation till suicid.

De tidiga tänkarna Platon och Aristoteles behandlade inte suicid särskilt ingående i sina arbeten, men de tycks över lag ha betraktat suicid som en ovärdig och feg handling som skadar det omgivande samhället. Platon (428–328 f.v.t.) medger vissa undantag, till exempel att individen annars oundvikligen skulle drabbas av extrem olycka eller att ett suicid har utdömts i en rättsprocess (Platons läromästare Sokrates (469–399 f.v.t) dömdes att svälja en bägare med gift för att ha förnekat gudarna och förlett ungdomen.) Aristoteles (384–322 f.v.t.) för en diskussion om möjligheten att agera orättfärdigt mot sig själv och drar slutsatsen att suicid trots att det skadar individen inte är exempel på en orättfärdig handling eftersom skadan vållas med samtycke. I den senare stoiska traditionen finns mer välutvecklade försvar av suicid som en möjlig rationell handling. Seneca (4 f.v.t.–65) konstaterade att livet som sådant inte har ett egenvärde, utan det som har värde är den livskvalitet som livet kan innehålla. Hos Cicero (106–43 f.v.t.) återfinns liknande formuleringar, enligt vilka suicid kan vara ett välöverlagt gensvar om man på goda grunder kan misstänka att återstoden av livet kommer att erbjuda ett överskott av olycka över lycka. Hos alla dessa tänkare angrips som synes frågan om suicid inte i första hand som en del av en psykiatrisk sjukdomsbild utan som en intellektuell utforskning av frågan huruvida en rationell individ på goda grunder kan önska avsluta sitt liv.

Med den kristna traditionen omdanas i grunden synen på suicid. Även om Bibeln inte ger någon definitiv vägledning anses det allmänt att kristen etik är helt avvisande till suicid. Enligt denna etiska skola är suicid otillåtet inte i första hand för att individen kan missta sig om sin egen framtida livskvalitet eller för att hen skadar samhället eller sina anhöriga utan för att livet är en gåva från Gud som människan inte har full bestämmanderätt över. Det är Gud, inte människan, som ska bestämma en individs livslängd, och beslutet att ta sitt liv gör våld på denna princip. Enligt den så kallade *doktrinen om människolivets helgd*, som i modern tid särskilt förvaltas inom den

katolskt kristna traditionen, är suicid liksom abort och även frivillig dödshjälp kategoriskt fel eftersom dessa handlingar innebär att ett oskyldigt mänskligt liv avsiktligt utsläcks. Den första kristna tänkare som utvecklade idén att suicid strider mot den kristna läran var kyrkofadern Augustinus (354–430). Han menade bland annat att det är den rimligaste tolkningen av det femte budordet, ”Du skall inte dräpa”. Synen har därefter vidareutvecklats men i allt väsentligt bevarats inom kristet grundad etisk reflektion.

Inom den europeiska kulturkretsen förblev detta den gängse synen under många århundraden. Den kristna tänkaren John Donne (1572–1631) argumenterade förvisso för en tolkning av den kristna läran enligt vilken suicid inte skulle avvisas så kategoriskt men det var först med upplysningen som en mer systematisk utmaning formulerades. Den skotska empiristen och religionsskeptikern David Hume (1711–1776) återgick i den kända essän ”Of Suicide” till den stoiska skolans angreppssätt, där livskvalitet och självbestämmande är de avgörande komponenterna vid en etisk analys av suicid. Han uttryckte också stor misstänksamhet gentemot föreställningar om vad som är ”naturligt” eller ”Guds vilja”. Framför allt gjorde han sig till talesperson för en hållning som vi i dag finner nästan självklar: etiska problem rör i första hand hur vi behandlar *varandra*, inte vad vi frivilligt väljer att göra med våra egna liv. Sådana beslut och betenden kan vara mer eller mindre förnuftiga, men inte *oetiska*. Den tyska filosofen Immanuel Kant (1724–1804) uttryckte ungefär samtidigt en motsatt syn, snarlik den gängse kristna i sin slutsats om än inte i sitt rättfärdigande. Enligt Kant måste vi människor, begåvade med förnuft, moralisk reflektion och fri vilja, betrakta dessa förmågor som i sig värdefulla och helt centrala för vår mänsklighet. Därför bör, enligt Kant, ett avsiktligt och genomtänkt utplånande av den egna personen, och därigenom dessa förmågor, ses som i någon mening självmotsägande och i vart fall som en nedvärdering av den egna mänskligheten.

De radikalt olika synsätt som kommer till uttryck hos dessa två tänkare, båda med stort inflytande på den moderna idévärlden, lever på många sätt kvar i dag i en ambivalent mix. Å ena sidan domineras dagens värderingar av Humes syn att etiska frågor i första hand aktualiseras av hur *andra* behandlas, och att det därför på många sätt är förfelat att moralisera över suicid som ett tillkortakommande hos den suicidala personen. Snarare handlar, enligt denna syn, de etiska frå-

gor som suicid aktualiserar om det omgivande samhällets ansvar avseende sådana saker som prevention, lärande, vårdtillgång och så vidare. Samtidigt finns ett tankegodt från de antika och kristna traditionerna, via Kant, som utgör en idémässig klangbotten för de skamkänslor och föreställningar om personligt tillkortakommande som fortfarande mer eller mindre omedvetet omger suicid.

Också inom andra idétraditioner, både religiösa och sekulära, har suicid behandlats från etisk och allmänfilosofisk synpunkt. Kristendomens starka avvisande härrör som sagt mer från den katolska kyrkans ställningstagande än från en omfattande behandling av suicid i Bibeln. Men också inom de andra abrahamitiska religionerna judendom och islam återfinns en allmänt avvisande hållning. En gemensam nämnare är synen att ett beslut att ta sitt liv anses strida mot den fundamentala utgångspunkten att det är Gud och inte människan som råder över liv och död. Inom olika afrikanska traditioner finns också en avvisande hållning, men suicid betraktas där inte i första hand som ett brott mot Gud utan mer som ett svek mot gruppen, den mänskliga sociala sammanflätningen. Enligt hinduismen avbryter suicid själens färd mot befrielse (moksha) och den dåliga karma som genereras antas leda till än mer lidande. Den hinduiska och buddistiska skolorna är också de typiskt sett avvisande till suicid. Också inom buddismen återfinns tanken att suicid inte avslutar utan snarare förstärker ett lidande. Inom alla de rika idétraditioner som här kort behandlats finns självklart en mångfald röster och avvikande perspektiv jämte vad som kan sägas utgöra standardversionen.<sup>2</sup>

## Etik och etisk analys

Att granska en fråga från etisk synpunkt innebär att formulera de olika värden eller intressen som aktualiseras och föra ett sammanhängande resonemang om hur dessa värden ska förstås, motiveras och vägas mot varandra. Frasen etisk analys kan ge sken av ett påhäng separerad från andra aspekter. Ibland uttrycker vi oss så, och kunde exempelvis säga ”Etiska hänsyn talar för att operationen bör göras men ekonomiska hänsyn talar emot”. Detta sätt att uttrycka saken ger

---

<sup>2</sup> Originalkällor till dessa och många andra traditioner och enskilda tänkare finns sammanställda i *The Ethics of Suicide: Historical Sources*, Margaret Pabst Battin (utg.), Oxford University Press, 2015. I nätbaserade *Stanford Encyclopedia of Philosophy* ges en god överblick över de filosofiska aspekterna av suicid i artikeln ”Suicide”.

dock inget svar på den centrala frågan om patienten bör opereras eller ej. En rimligare syn är därför att med ”etisk analys” avse den *helhetsbedömning* som måste göras och som slutar i en handlingsrekommendation, eller åtminstone i en värdering av de olika handlingsalternativens för- och nackdelar. Operationen kan gynna patienten på vissa sätt, innebära risker på andra, den kan vara kostsam och innebära att resurser inte kan användas för att ta hand om andra patienter, den kan bygga på en metod som bara är delvis anpassad till just denna slags situation och så vidare. Den etiska frågan är då: givet alla dessa omständigheter, varav vissa talar för och andra emot, bör operationen utföras eller ej? Vad har vi sammantaget starkast skäl att göra?

## Grundläggande etiska teorier och mellanliggande principer

Vilka värderingar bör vägleda hur en sådan sammanlagd bedömning ska göras? Den som vänder sig till den moderna akademiska moralfilosofin finner att man inom detta område formulerar, försvarar och granskar grundläggande etiska teorier med namn som utilitarism, rättighetsteori, kantiansk pliktetik, dygdetik, kontraktsetik och så vidare. Dessa olika positioner ger kriterier för att bedöma handlingar som endera rätt eller fel och de är tillräckligt generellt formulerade för att kunna appliceras på i stort sett alla slags problemområden. Den som med utgångspunkt i dessa söker utvärdera eller formulera samhällets insatser avseende exempelvis suicidprevention stöter emellertid snart på problem. De olika hållningarna kommer att ge delvis likartade men delvis oförenliga rekommendationer. Ibland är det oklart vilken rekommendation som följer från en viss teori och ibland kan en och samma position förstås på olika sätt, med följder för de praktiska implikationerna. Man märker snart att det inte finns någon konsensus bland kompetenta forskare rörande vilken teori som är riktig eller mest rimlig, och hur en sådan bedömning skulle gå till och underbyggas.<sup>3</sup>

Ett mer fruktbart angreppssätt blir därför att i någon mån förbise dessa grundläggande etiska teorier och i stället försöka utarbeta mel-

---

<sup>3</sup> En läsvärd introduktion till etik ges i *Om rätt och fel: introduktion till moralfilosofi* av James och Stuart Rachels, Studentlitteratur, 2015. En mer ingående och krävande översikt och diskussion återfinns i *Moral Theory: An Introduction* av Mark Timmons, tredje utgåvan, Rowman & Littlefield, 2022.

lanliggande principer som är praktiskt vägledande samtidigt som de kan åtnjuta stöd från flera olika mer grundläggande etiska teorier och hållningar. Respekt för självbestämmande är exempel på en sådan mellanliggande princip, som inte i sig själv är en heltäckande moral-filosofi men som ger riktning och begränsningar i många frågor och samhällsområden, och vars rimlighet kan motiveras med utgångspunkt i olika grundläggande etiska teorier. Respekt för självbestämmande kan försvaras med utilitarism eller nyttohänsyn som ett viktigt värde som påverkar människors välbefinnande och tillit till samhällsinstitutioner. Från en rättighetsetisk synpunkt är självbestämmande en självklar norm som sätter upp ett hinder mot paternalism och problematiska överföringar av bördor och nyttigheter mellan individer och grupper. Vi ser det som en dygd hos exempelvis en läkare att hen vinnlägger sig om att förstå patientens sinnesstämning, önskemål och värderingar och med dessa som utgångspunkt främja och respektera vederbörandes självbestämmande.

## Fyra principer

Inom den medicinsk-etiska debatten finns det sedan 1970-talet en praxis att inordna och diskutera problem och tvistefrågor med utgångspunkt i *fyra principer*. Det är kanske inte en regel helt utan undantag men flertalet problem tycks på ett fruktbart sätt kunna uppfattas som konflikter mellan dessa principer och hur de ska vägas mot varandra eller tolkas i det specifika fallet. På motsvarande sätt kan positioner och lösningsförslag berättigas därför att de kan motiveras med utgångspunkt i principerna. Principerna i fråga är:

1. Göra gott-principen
2. Inte skada-principen
3. Autonomiprincipen
4. Rättvisepincipen.

Att principerna här skrivits i en nummerordning ska inte tolkas som en hierarki, och det saknas också enighet kring hur en sådan hierarki närmare bestämt skulle se ut. Det är rimligare att tänka på dem som ett slags valutor eller aspekter i medicinsk-etiska frågor.

### Göra gott och inte skada

De första två principerna kan sägas handla om två sidor av ett och samma mynt: välbefinnande i bred mening. Sjukvårdsinsatser motiveras av att de på olika sätt *gör gott*: de främjar patientens hälsa, funktionsförmågor, subjektiva tillfredsställelse, länglevnad och så vidare. Alla dessa värden faller in under ”göra gott”. En medicinsk insats kan också ge upphov till oönskade biverkningar, och denna skada måste beaktas jämsides det goda som insatsen gör. Hur dålig biverkan som kan anses försvarlig beror på flera omständigheter, till exempel tillståndets allvar, vilka alternativ som finns till den föreslagna behandlingen, hur stor den gynnsamma effekten kan antas vara, och så vidare.

Ofta är det förhållandevis okontroversiellt vad det är att göra gott respektive vålla skada. Det handlar om sådana saker som smärtlindring, förmåga att gå och stå, tala, gå på toaletten eller om huvudvärk, yrsel, illamående etcetera. Men det kan också finnas mindre glasklara fall, där vår uppfattning om välbefinnande måste ges en mer precis innebörd. Är till exempel en patient mer behjälpt av en insats som skulle öka hans funktionsförmåga men sänka den subjektivt upplevda tillfredsställelsen, eller tvärtom? Enligt den doktrin om människolivets helgd som nämndes ovan åsamkas alltid något slags skada när en oskyldig mänsklig varelse avsiktligen dödas, även om det gäller ett foster eller en döende person som har beslutsförmåga och önskar dödshjälp. Enligt andra synsätt innebär inte dessa slags beslut och handlingar att någon skada uppstår. Återigen, det finns en stor gemensam zon där vi i stort sett alltid är överens om vad det innebär att gynna respektive skada någon, men det finns också viktiga undantag där oenighet och konflikt kan uppstå.

## Autonomi

Den som blickar bakåt i historien, både när det gäller medicinsk forskning och klinisk verksamhet, slås av hur *auktoritärt* dessa verksamheter ofta bedrevs. Patienters eller försökspersoners intresse av att få information och i ljuset av sådan information besluta sig för att ge eller inte ge sitt *samtycke* till den föreslagna behandlingen tycks ha spelat en underordnad roll jämte läkarens uppfattning om vad som är bra och viktigt. I dag ses det som en självklarhet att vuxna, beslutskapabla människor informeras om sitt hälsotillstånd, om de olika för- och nackdelarna med olika behandlingsalternativ och att de har rätt att tacka nej till föreslagen vård. Vi har med andra ord anammat en princip om *självbestämmande* eller *autonomi*.

Autonomiprincipen kan ses som ett förbud mot *paternalism*, det vill säga insatser utan samtycke som motiveras av hänsyn till personens eget bästa. Autonomi innebär alltså en frihet eller rätt att fatta beslut som i andras ögon ter sig okloka. Så formulerad kan respekt för autonomi tyckas stå i strid med suicidpreventivt arbete, som på många sätt bygger på en idé om att människor ibland behöver skyddas från sina egna beslut. Inom det akademiska filosofiämnet, där etiska teorier och praktiska problem avhandlas på ett förutsättningslöst sätt, finns mycket riktigt en diskussion om en möjlig konflikt mellan suicidpreventiva insatser och respekt för autonomi. Enligt en hållning bör människor själva kunna komma fram till om deras liv är värda att fortsätta levas eller ej, och samhället ska inte på ett paternalistiskt sätt underkänna hens beslut. Denna akademiska diskussion har ett värde eftersom den sporrar oss att betänka vad självbestämmande, rationalitet och livskvalitet är, vilket ansvar samhället har och inte har för medborgarnas väl och ve etc. Men det är också viktigt att inte dra för stora växlar i praktiskt hänseende från sådana meningsutbyten. Även om det kan finnas någonting sådant som rationella suicid, det vill säga en välgrundad övertygelse att fortsatt liv vore sämre än döden, kan samhället på goda grunder utgå från att suicid och suicidförsök till övervägande del består av fall som inte är rationella, och där personen alltså inte agerar på ett sätt som är i enlighet med hennes egna väl genomtänkta värderingar.

Respekt för autonomi förbjuder att vi i förment omsorg om individens eget bästa går emot hennes beslut, men denna norm saknar tillämplighet när individen agerar påverkad av en psykisk sjukdom



eller annan omständighet såsom en traumatisk händelse, livskris etc. som sätter hennes beslutsförmåga ur spel. Ett samhälle som tar suicidprevention som ett viktigt uppdrag är således inte i spänningsrelation till ett samhälle som värdesätter individers självbestämmanderätt. Tvärtom kan suicidprevention ses som inte bara förenligt med utan ett konkret uttryck för respekt för självbestämmande, eftersom suicid i den överväldigande andelen fall inte är ett uttryck för individens självbestämmande i den mening som är etiskt skyddsvärd.

## Rättvisa

Rättvisa kan sägas beröra en undergrupp etiska frågor där *fördelning* på olika sätt står i fokus. De kan handla om fördelningen av någonting åtråvärt, såsom strandläge, bidrag, sjukvård, musikskola, eller semester men också om sådant som straff, värnplikt och skatt. En minimal, formell rättviseprincip fordrar att man bör behandla lika fall lika. Detta säger inte i sig så mycket om hur man bör behandla människor, bara att det är orättvist med godtycke, det vill säga att utan att kunna peka på någon relevant skillnad två grupper eller individer emellan tilldelas dem olika bördor och nyttigheter. En mer innehållsrik rättviseprincip säger något om vad som kan anses vara relevanta respektive irrelevanta skillnader och ges till exempel av diskrimineringslagstiftning som förbjuder att individer behandlas bättre eller sämre med hänvisning till sådant som hudfärg, religion eller sexuell läggning.

I sjukvårdskontext ses denna typ av likabehandling generellt som en självklarhet. Den svenska fördelningsplattformens människovärdesprincip innebär just ett sådant förbud mot diskriminering: fördelningen av sjukvårdsresurser får aldrig styras av sådant som social status, yrke, hudfärg och så vidare. Under covidpandemin väcktes frågan om en vaccinfördelning som till exempel prioriterade vårdpersonal framför andra yrkesgrupper vore förenlig med denna princip, vilket gav upphov till diskussioner om hur principen närmare bestämt ska förstås och om dessa diktat alltid var rimliga.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Den klassiska formuleringen av de så kallade fyra principerna finns i Tom L. Beauchamp och James F. Childress *Principles of Biomedical Ethics*, åttonde utgåvan, Oxford University Press, 2019. Första utgåvan kom 1979.

## Principerna i relation till utredningens förslag

Även om vi inte alltid är överens om hur dessa principer mer exakt ska tolkas och hur de bör vägas mot varandra vid konflikter har de visat sig fruktbara att använda som referenspunkter vid etikediskussioner rörande vård, hälsa och medicin. Mer eller mindre alla problem och debatter vi känner från den medicinsk-etiska arenan berör de fyra principerna och hur de bör förstås och bedömas. Också i denna fråga – lärande kring suicid och suicidprevention – har principerna tillämplighet och de etiska avvägningar som vi måste artikulera och ta ställning till kan med fördel förstås som att göra rätt avvägning dem emellan.

## Göra gott och undvika skada

Ansträngningar att förebygga och förhindra suicid bygger först och främst på en tanke om att *det ligger ett värde i att rädda liv*. Möjligheten att förhindra dödsfall är med andra ord den primära bevekelsegrunden för att öka lärandet i samband med ett suicid. Detta värde kan i sin tur förgrenas till

1. värdet av förlorade (goda) levnadsår för den direkt berörda personen själv,
2. traumat och sorgen med tillhörande livskvalitetssänkning hos personens nära och kära, samt
3. samhällsekonomiska effekter i termer av förlorad produktivitet och kostnader i samband med suicidhändelsen.

Enligt vissa filosofiska utgångspunkter är liv som sådant alltid någonting bra och varje händelse som förkortar en individs liv innebär att individen i någon mening *skadas*. Enligt en annan uppfattning är liv inte alltid men *typiskt sett* någonting bra, och en nödvändig förutsättning för att kunna åtnjuta välbefinnande, uppnå mål, skapa relationer och så vidare. Den senare synen innebär alltså att det inte nödvändigtvis ligger ett värde i att rädda och förlänga liv. Värdet beror på just den individens framtida livskvalitet, preferenser och målsättningar. Denna hållning kan sägas vara den gängse och återspeglas exempelvis i praktiken att vård inte alltid syftar till att rädda och förlänga liv

utan även tar livskvaliteten som det fortsatta livet kan rymma i beaktande. Att avbryta påbörjad vård, eller att avstå från att sätta in vård, är någonting som beslutskompetenta patienter har rätt att fatta beslut om. Den typen av beslut sker efter noggrant övervägande och görs av patienten i ljuset av läkarens information om den sannolika prognosen. En sådan situation har ganska litet gemensamt med merparten av de suicid som utförs, där personen ofta agerar hastigt och med ogrundade föreställningar om prognosen. Samhällets suicidpreventiva arbete behöver således inte bygga på idén att liv, oavsett livskvalitet, alltid är värt att levas. Insatserna kan försvaras med utgångspunkt i den mindre kontroversiella tanken att liv är en förutsättning för livskvalitet eller välbefinnande och att de flesta suicidala personer befinner sig i ett tillstånd där de antingen tenderar att göra alltför pessimistiska prognoser kring den framtida livskvaliteten eller tillfälligt saknar de psykologiska förutsättningarna att väga samman alla faktorer som är relevanta för ett så livsavgörande beslut. Även om det finns undantag till denna bild kan samhället på goda grunder anta om ett enskilt fall att det finns en risk att suicidbeslutet inte är välgrundat, ett antagande som till exempel är centralt i försvaret av räddningsinsatser vid suicidförsök.

Att suicidprevention och lärande kring suicid både syftar till och faktiskt gör gott och förhindrar skada är ganska okontroversiellt. Det existerande suicidpreventiva arbetet och de vidareutvecklingar som föreslås i utredningen har således en naturlig hemvist i denna centrala etiska hållning, som manar oss att värna liv, främja hälsa och välbefinnande samt lindra och förebygga lidande och förtida död.

## Autonomi

Som vi redan noterat kan man inledningsvis uppfatta det som att av de fyra principerna är autonomi den som minst tydligt ger stöd för suicidpreventiva insatser och lärande i syfte att förbättra det suicidpreventiva arbetet. Skälet är att det kan tyckas finnas en inneboende paternalism i suicidprevention, en tanke om att individer för sitt eget bästa i vissa fall bör förhindras leva ut övertygelser och preferenser som de själva ser som centrala. Denna hållning framstår som mindre övertygande om man betänker att suicid ofta är förknippade med traumatiska livshändelser eller allvarlig psykisk ohälsa som kan sätta

beslutskompetens, impulskontroll, konsekvensanalys etc. ur spel. Respekten för autonomi är tillämplig på individer med autonom förmåga. En sådan förmåga är förvisso inte ett antingen/eller-tillstånd, men det är viktigt att se att människor är extra sårbara när förmågan brister och insatser syftande till att skydda sådana individer kan inte utan vidare avfärdas som paternalistiska.

En annan aspekt av självbestämmande eller autonomi rör personlig integritet och vars och ens intresse i kontroll över medicinska och andra potentiellt känsliga uppgifter om den egna personen. Också här finns en potentiell spänning gentemot förbättrat lärande kring suicidprevention. Utredningen föreslår att sekretessbrytande bestämmelser införs som närmare knyter samman data från exempelvis hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS-verksamheter vid utredningar efter suicid. Denna rekommendation speglar utredningens fokus på ett systemiskt lärande, som söker gå utöver det existerande ofta mer fragmentariska lärande som finns på området i stort eller vid specifika suicid. Att personuppgifter om en avlidna person skulle vara sekretessbelagda är inte självklart (dataskyddsdirektivet berör uppgifter som kan hänföras till *levande* individer) men är en följd av existerande svensk rätt på området. Mot detta står dock ett samhällsintresse att minska antalet suicid, och den sekretessbrytande bestämmelsen skulle inte åberopas generellt efter suicid utan enbart rörande sådana fall där den föreslagna utredningsmyndigheten ser ett specifikt behov av ökat lärande.

Tanken att det finns en potentiell spänningsrelation mellan det goda som den sekretessbrytande bestämmelsen kan åstadkomma och det integritetsintrång den kan medföra väcker frågan *vems* autonomi och integritet det är som ska skyddas? Kan avlidna personer ha en integritet och autonomi som kan respekteras eller kränkas, och hur ska någonting sådant närmare bestämt förstås? En besläktad fråga väcks av sådant som testamenten och andra viljeyttringar från avlidna. Bör dessa viljeyttringar respekteras därför att den avlidne annars kränks, eller är det mer en pragmatiskt motiverad konvention som, om den inte efterlevdes, skulle oro dem som alltjämt är vid liv? Om betydelsen av att respektera avlidnas integritet främst motiveras av hur denna hantering påverkar nu levande blir det en empirisk snarare än principiell fråga att undersöka vilken policy som är den bästa. Om människor känner att de accepterar eller rent av förordar att uppgifter om avlidna efter suicid används för lärande i syfte att

minska framtida suicid är förfarandet enligt en sådan syn försvarlig. Om respekten för avlidnas integritet däremot förstås i en mer principiell mening kan allmän acceptans för att i vissa fall åsidosätta den inte ses som ett tillräckligt rättfärdigande.

## Rättvisa

Att suicidprevention och förbättrat lärande kopplat till suicidprevention är något som gör gott och förhindrar skada men kan tänkas ge upphov till vissa autonomirelaterade intresseavvägningar är en välbekant analys. Vad en *rättvisesympunkt* på utredningens förslag skulle vara är mindre uppenbart. Kanske är dock rättvisa den aspekt av frågan som starkast motiverar utredningens centrala tes om värdet av att inte bara alstra utan sammanställa och mer systematiskt och evidensbaserat kunna agera på vårt lärande om suicid. Ovan karakteriserade vi rättvisa som ett slags förbud mot godtycklighet i hur människor behandlas. Rättvisa åsyftar därmed dels en sorts formell *likabehandlingsprincip*, dels en substantiell likvärdighet i samhällets omsorg om olika individer. För att kunna leva upp till en substantiell likvärdighet i omsorg om olika grupper och individers sårbarhet avseende suicid är det viktigt att vi agerar på systematiskt sammanställt och analyserad kunskap. Utredningen påpekar att mycket kunskap redan i dagsläget samlas in men att det stundom saknas mekanismer för att sammanställa detta lärande på ett sätt som ger den systematiska överblick som behövs för att vidta effektiva åtgärder. Denna observation är i sig en rättvisehänsyn: med små medel kan vi göra stor nytta, därför att mycket av arbetet är redan gjort men kommer i dagsläget inte till full användning.

Utredningen föreslår att den framtida utredningsmyndigheten ska kunna genomföra suicidutredningar med utgångspunkt i teman som suicid hos äldre, suicid hos tonåringar, suicid hos asylsökande, suicid hos arbetslösa osv. Genom att utreda suicid med en bred repertoar av teman ökar chanserna att de vunna kunskaperna inte på ett systematiskt sätt över- eller underbetonar olika grupper och individers suicidrisker. Vilka grupper är överrepresenterade i suicidstatistiken, och varför är det så? I vilken mån kan överrepresentationen sägas bero på bristande rättvisa i samhällets funktionssätt, och vad kan göras för att motverka sådana tillkortakommanden? Bredden i ut-

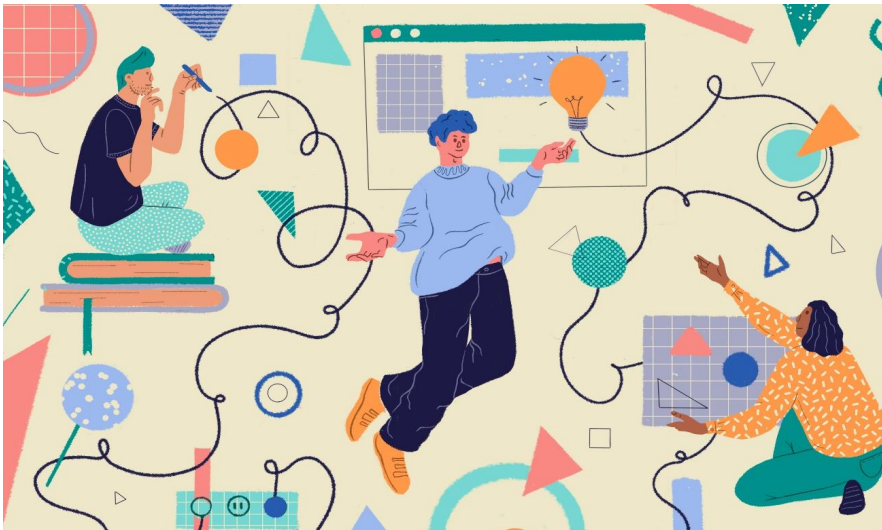
redningarna ökar också möjligheterna att etablera kunskaper om vilka slags kartläggningar och åtgärder som kan tänkas vara effektiva att rikta gentemot olika grupper och individer. Allt detta motiveras av just rättvisehänsyn eftersom utredningsresultaten kan vägleda framtida insatser på ett sådant sätt att samhället verkligen lyckas visa likvärdig omsorg om individer och grupper baserat på korrekt information om var sårbarheter finns.

## Sammanfattning

Starka etiska skäl stöder utredningens förslag om betydelsen av systematiskt lärande kring suicid. Sådana hänsyn som kan tänkas tala emot utredningens förslag – till exempel betydelsen av strikt reglering av tillgång till känslig information om avlidna – kan ges en tillfredsställande lösning som främjar lärandet utan att åsidosätta normer om personlig integritet och privatliv. Sådana normer och institutionella regler och rutiner för hur de efterlevs är centrala för människors tillit till samhällets olika institutioner, vare sig det handlar om sjukvård, forskning eller rättsväsende. Med hänsyn till det stora värdet av tillit i olika sammanhang är det därför viktigt att utredningens förslag inte bara är ”riktiga” utan att de allmänt också *uppfattas* som riktiga. Det blir därför viktigt att inte bara implementera utredningens förslag utan även att på ett redigt och transparent sätt kommunicera och förklara grunderna för rekommendationerna.

# Kartläggning: Efterlevandestöd och utredningar efter suicid

## Slutrapport



2024-01-31

Jan Grönlund, Lovisa Ericsson och Wilhelm Hultin



## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
1. Inledning .....	4
1.1. BAKGRUND .....	4
1.2. SYFTE OCH MÅL .....	4
1.3. FRÅGESTÄLLNINGAR .....	4
1.4. GENOMFÖRANDE .....	5
1.5. AVGRÄNSNINGAR OCH DEFINITIONER .....	8
1.6. DISPOSITION .....	8
2. Suicidfrågor ur ett nationellt perspektiv .....	9
2.1. REGION .....	9
2.2. KOMMUN .....	16
3. Fallstudier .....	22
3.1. HALLANDS LÄN .....	22
3.2. NORRBOTTENS LÄN .....	26
3.3. STOCKHOLMS LÄN .....	31
3.4. SAMMANFATTNING AV FALLSTUDIERN .....	35
4. Analys och slutsatser .....	36
5. Bilagor .....	40





## Sammanfattning

I januari 2023 tillsatte regeringen en statlig utredning med syftet att genomföra en översyn av vissa frågor inom det suicidpreventiva området - Suicidanalysutredningen (S2023:01). Utifrån denna bakgrund har Governo genomfört en kartläggning avseende utredningar efter suicid och efterlevandestöd inom regionala verksamheter, kommunala verksamheter och civilsamhällesorganisationer. Kartläggningen syftar till att tydliggöra utbudet av efterlevandestöd i landet och synliggöra i vilken omfattning rutiner och arbetssätt för att erbjuda efterlevandestöd finns och används. Vidare syftar kartläggningen till att tydliggöra i vilken utsträckning suicidfall följs upp och utreds av olika verksamheter samt vilka resurser som krävs. Kartläggningen har haft två primära datainsamlingsmetoder: en enkätundersökning som vänt sig till Sveriges samtliga kommuner och regioner, samt en intervjustudie som genomförts i form av fallstudier i tre län.

Av kartläggningens slutsatser framgår att utredningar främst genomförs inom hälso- och sjukvården och då framför allt inom specialpsykiatrin. Samverkan mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården samt med övriga aktörer sker i begränsad omfattning där sekretess utgör det centrala hindret. Samtliga intervjuer med efterlevande ger också bilden av att anhöriga i väldigt liten utsträckning involveras i suicidutredningar. När det kommer till värdet av utredningar anses det viktigt att utredningar görs, dock upplevs det utmanande att resultaten inte sipprar ner till de patientnära verksamheterna och således inte leder till organisatoriskt lärande. I kommunerna utreds suicid inte i lika hög utsträckning och resultatet visar på att det över lag finns en osäkerhet inom kommunerna gällande deras roll och ansvar i såväl suicidpreventiva frågor som utredningar efter suicid. Mängden resurser som avsätts för utredningar inom kommunal verksamhet är därmed begränsad.

Gällande tillgången till efterlevandestöd så går det att konstatera att regionerna erbjuder efterlevandestöd i större utsträckning än kommunerna. Regionerna har även i högre utsträckning efterlevandestöd som är specifikt riktat till suicid, medan det i kommunerna är vanligast att generellt efterlevandestöd erbjuds. Av det efterlevandestöd som erbjuds, är stöd på individnivå den vanligaste formen. Dock är det ingen aktör, varken inom kommun eller region, som anser sig ha ansvar för att erbjuda mer långsiktigt efterlevandestöd. Ett återkommande perspektiv är bristen på specifikt efterlevandestöd till barn och det är påtagligt att möjligheten att få anpassat stöd som barn skiljer sig åt i landet. I fallstudierna såväl som i enkätundersökningarna framstår civilsamhället spela en viktig roll och tar ett stort ansvar för efterlevandestödet. Den generella uppfattningen är att civilsamhället utgör ett bra komplement till det efterlevandestöd som erbjuds inom hälso- och sjukvården och kommunerna, men att det är viktigt att säkerställa att civilsamhället inte får för stor roll då dessa organisationer ofta har begränsade resurser.



# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

I januari 2023 tillsatte regeringen en statlig utredning med syftet att genomföra en översyn av vissa frågor inom det suicidpreventiva området. Utredningen kallas Suicidanalysutredningen (S2023:01). Den särskilda utredaren ska bland annat analysera och föreslå hur ett nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid kan utformas. Utredaren ska också analysera om regelverken för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och socialtjänstens kvalitetsarbete som rör suicid och suicidförsök bör förändras för att utveckla det suicidförebyggande arbetet.

Suicidanalysutredningen har nu initierat en kartläggning avseende utredningar efter suicid och efterlevandestöd inom regionala verksamheter, kommunala verksamheter och civillsamhällesorganisationer. I genomförandet av denna fördjupningsstudie har utredningen tagit stöd av managementkonsultföretaget Governo.

## 1.2. Syfte och mål

Syftet med kartläggningen har varit tvådelat. Dels har det handlat om att tydliggöra utbudet av efterlevandestöd i landet, dels att synliggöra i vilken omfattning rutiner och arbets sätt för att erbjuda efterlevandestöd finns och används. Kartläggningens andra huvudsyfte har varit att tydliggöra i vilken utsträckning suicidfall följs upp och utreds av olika verksamheter samt vilka resurser som krävs. Målet har varit att komplettera den kunskap som redan finns om arbetet med efterlevandestöd och utredning av suicid.

## 1.3. Frågeställningar

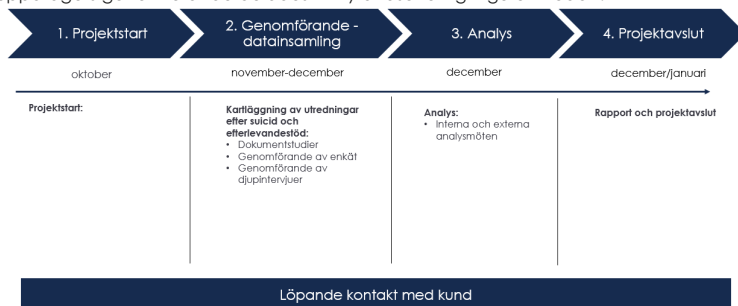
Kartläggningen har utgått från att besvara följande två frågeställningar:

- ✦ Hur ser tillgången till efterlevandestöd ut och vilka verksamheter arbetar med efterlevandestöd?
- ✦ I vilken omfattning utreds suicid och hur mycket resurser avsätts till detta?



## 1.4. Genomförande

Uppdragets genomförande delades in i fyra faser enligt figuren nedan:



Kartläggningen har som nämnts ovan syftat till att ge en fördjupad bild av hur, och i vilken omfattning, arbetet med utredningar efter suicid och efterlevandestöd ser ut. Med utgångspunkt i datainsamlingen påbörjades ett analysarbete för att besvara de centrala frågeställningarna.

Nedan ges en beskrivning av kartläggningens olika datainsamlingsmetoder.

### 1.4.1. Enkätundersökning

I kartläggningen ingick att genomföra två enkätundersökningar som riktade sig till samtliga kommuner och regioner med syfte att få en helhetsbild av aktörernas arbete med utredningar efter suicid och efterlevandestöd.

Enkätundersökningen genomfördes under perioden 21 november – 8 december 2023 med hjälp av enkätverktyget Insurvey. Inom ramen för enkäternas svarstid skickades även två påminnelser ut till respondenterna. Enkätfrågorna togs fram av uppdragsgivaren i samverkan med Governo, med en utformning som byggde på en kombination av fasta och öppna svarsalternativ.

Totalt erhöles svar från 156 kommuner och 17 regioner. Bortfallet på 46 procent av kommunerna och 19 procent av regionerna kan dels bero på att enkäten till kommunerna inte skickades direkt till respondenterna, dels att frågornas karaktär i viss mån krävde flera personers involvering för att besvara och där tidsbrist kan ha orsakat visst bortfall.

### 1.4.2. Fallstudier

Med syfte att få en djupare bild av arbetet med utredningar och efterlevandestöd efter suicid genomfördes fallstudier i tre län: Hallands län, Norrbottens län och Stockholms län, där intervjuer genomfördes med personer inom hälso- och sjukvård, kommun och civilsamhället som har god insyn inom detta område.



Urvalet för fallstudierna presenteras i tabell 1.

**Tabell 1 – Urval för fallstudier**

Län	Region	Kommun
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hallands län</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Region Halland</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falkenbergs kommun</li> <li>Halmstads kommun</li> <li>Hylte kommun</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Norrbottens län</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Region Norrbotten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Boden kommun</li> <li>Gällivare kommun</li> <li>Luleå kommun</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Stockholms län</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Region Stockholm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stockholms stad</li> <li>Tyresö kommun</li> <li>Nykvarn kommun</li> </ul>

Urvalet av län är gjort för att åstadkomma en geografisk, storleksmässig och politisk representativitet över landet. Urvalet av kommuner grundade sig på att få en storleksmässig representativitet.

#### Fördelning av intervjuer per län

Den struktur som finns inom regioner och kommuner vad gäller arbetet med efterlevandestöd och utredningar efter suicid är komplicerad och decentraliserad. Kunskapen om dessa frågor finns således inte samlad hos någon central funktion, varav utgångspunkten för fallstudierna var att genomföra cirka 19 intervjuer per län för att få en tillräckligt god bild av det arbete som sker. Totalt genomfördes 54 intervjuer fördelat på tre län.

Intervjuerna i respektive län/fallstudie fördelades utifrån principerna i tabell 1.

**Tabell 2 – Principer för intervjuer**

Civilsamhället (3 representanter)	Hälsa- och sjukvården (4 representanter)	Kommuner (3x4 intervjuer)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Representanter från civilsamhället</li> <li>Efterlevande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offentlig primärvård</li> <li>Privat primärvård</li> <li>Specialistspsykiatri</li> <li>Somatisk specialistvård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialchef</li> <li>Skolhuvudman</li> <li>Chef för övrig relevant verksamhet</li> </ul>

Vilka funktioner som intervjuats i respektive län/fallstudie presenteras i tabellerna nedan.



Tabell 3 – Intervjufördelning inom kommuner

Hallands län	Norrbottnens län	Stockholms län
<b>Halmstad kommun</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> <li>Skolhuvudman</li> <li>Räddningstjänst</li> </ul>	<b>Luleå kommun</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> <li>Skolhuvudman</li> <li>Räddningstjänst</li> </ul>	<b>Stockholms stad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> <li>Skolhuvudman</li> <li>Enheten för vuxna</li> </ul>
<b>Falkenbergs kommun</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> <li>Samordnare för kuratorer</li> </ul>	<b>Gällivare kommun</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> <li>Skolhuvudman</li> <li>Räddningstjänst</li> </ul>	<b>Nykvarn kommun</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> </ul>
<b>Hylte kommun</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> <li>Skolhuvudman</li> <li>Samordnare för kuratorer</li> </ul>	<b>Bodens kommun</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> <li>Skolhuvudman</li> <li>Räddningstjänst</li> </ul>	<b>Tyresö kommun</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anhörigstöd</li> <li>Socialtjänst</li> <li>Skolhuvudman</li> <li>Elevhälsan</li> </ul>

Tabell 4 – Intervjufördelning inom hälso-sjukvård

Region Halland	Region Norrbotten	Region Stockholm
<b>Offentlig primärvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chefsläkare vårdcentral</li> </ul>	<b>Offentlig primärvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chefsläkare vårdcentral</li> </ul>	<b>Offentlig primärvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verksamhetschef vårdcentral</li> </ul>
<b>Privat primärvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verksamhetschef vårdcentral</li> </ul>	<b>Privat primärvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verksamhetschef vårdcentral</li> </ul>	<b>Privat primärvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verksamhetschef vårdcentral</li> </ul>
<b>Specialistpsykiatri:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chefsläkare</li> </ul>	<b>Specialistpsykiatri:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Psykiatrisjuksköterska</li> </ul>	<b>Specialistpsykiatri:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Psykiatrker och suicidexpert</li> </ul>
<b>Somatisk specialistvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chefsläkare</li> </ul>	<b>Somatiskspecialistvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chefsläkare</li> </ul>	<b>Somatisk specialistvård:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chefsläkare</li> </ul>

Tabell 5 – Intervjufördelning inom civilsamhället

Hallands län	Norrbottnens län	Stockholms län
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordförande för SPES, Region Halland/VGR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volontär, SPES Norrbotten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordförande för SPES, Region Stockholm</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Volontär, Suicide Zero Halmstad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volontär, Suicide Zero Luleå</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volontär, Suicide Zero Stockholm</li> </ul>



• Diakon, Svenska kyrkan Halmstad	• Diakon, Svenska kyrkan Luleå	• Diakon, Svenska kyrkan Stockholm
--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

### 1.5. Avgränsningar och definitioner

Fallstudierna har genomförts via intervjuer med en (1) representant från utvalda verksamhetsområden inom kommun och hälso- och sjukvård, vilket betyder att resultaten är baserade på enskilda personers svar vars kunskap och erfarenhet inom området har varierat. Därmed är det av betydelse att betona att fallstudierna har karaktär av avancerade stickprov och bör i vissa fall inte generaliseras för verksamhetsområdena som helhet, utan svaren är baserade på personers egna erfarenheter och kunskap vilket bidrar till att det kan finnas flera dimensioner av verksamheternas arbete som inte framgår av svaren.

I rapporten används begreppet *regional verksamhet* vilket i sammanhanget avser den hälso- och sjukvårdsverksamhet som regionerna ansvarar för.

### 1.6. Disposition

I kapitel två redovisas resultatet från de enkätundersökningar som skickades ut till samtliga kommuner och regioner. Resultatet speglar förekomsten av utredningar och efterlevandestöd från ett nationellt perspektiv. Kapitlet avslutas med en summering av de båda enkätundersökningarna.

I kapitel tre presenteras kartläggningens resultat avseende det som framkommit i fallstudierna. Även detta kapitel avrundas med en summering av resultatet.

I det avslutande kapitlet fyra återfinns Governos analys och slutsatser där kartläggningens frågeställningar besvaras.

Till denna rapport bifogas även åtta bilagor.

- ✦ Bilaga 1A innehåller diagrammen från kommunernas enkätundersökning.
- ✦ Bilaga 1B innehåller fritextsvar från kommunernas enkätundersökning.
- ✦ Bilaga 1C innehåller rådata från kommunernas enkätundersökning.
- ✦ Bilaga 2A innehåller diagrammen från regionernas enkätundersökning.
- ✦ Bilaga 2B innehåller fritextsvar från regionernas enkätundersökning.
- ✦ Bilaga 2C innehåller rådata från regionernas enkätundersökning.
- ✦ Bilaga 3 innehåller de rutiner som skickats in från kommuner och regioner.
- ✦ Bilaga 4 innehåller svar om kännedom och resursåtgång av utredningar efter suicid.



## 2. Suicidfrågor ur ett nationellt perspektiv

I detta kapitel sammanfattas resultatet från den enkätundersökning som ingått i uppdraget. Enkätundersökningen har bestått av två separata enkäter, en till samtliga Sveriges kommuner och en till samtliga regioner. Enkäten har ställt frågor om arbetet med utredningar efter suicid samt efterlevandestöd. Svaren för respektive område presenteras nedan uppdelat per region och kommun.

Utöver enkätundersökningen skickades även specifika frågor via e-post till samtliga regioners suicidpreventionssamordnare angående i vilken utsträckning de har rutiner för efterlevandestöd och utredningar efter suicid. Deras svar presenteras löpande genom respektive del.

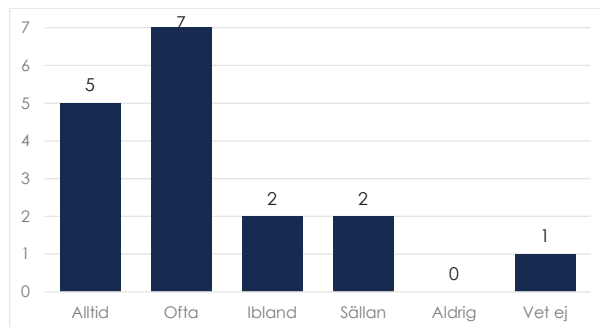
### 2.1. Region

Sammanlagt har svar inkommit från 17 regioner och de som besvarat enkäten består främst av seniora läkare, suicidpreventionssamordnare samt strateger eller utvecklingsledare på regionkontoren.

De regionala verksamheter som i högst utsträckning omfattas av svaren är psykiatrisk specialistvård och primärvården. Av de regioner som angett att övrig verksamhet även omfattas av svaren nämns bland annat sjukvårdens larmcentral.

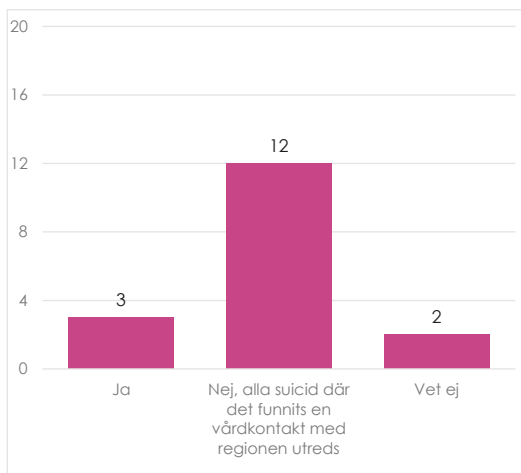
#### 2.1.1. Utredningar efter suicid

Hur regionerna arbetar med utredningar efter suicid varierar, men det finns också stora likheter. Huvudsakligen är det specialistpsykiatri som är den regionala verksamhet som upplevs vara mest involverad i suicidutredningar, se figur 1. Det framkommer från hur regionerna svarat när de blivit ombudda att uppskatta hur ofta primärvård, somatisk specialistvård, psykiatrisk specialistvård samt övrig verksamhet deltar i dessa utredningar.



Figur 1: Hur ofta deltar psykiatrisk specialistvård i samarbete kring utredningar efter suicid inom regionen/regionalt finansierad verksamhet?

Det ska dock belysas att även om specialistpsykiatrin är den av ovan specificerade verksamheter som upplevs vara mest förekommande, framgår att de andra verksamheterna också regelbundet utreder suicid. Cirka 90 procent uppger att somatisk specialistvård deltar i någon utsträckning, samma siffra för primärvården är cirka 80 procent. Majoriteten av regionerna menar också att det inte finns en tidsgräns som avgör vilka suicid de utreder, vilket framgår från figur 2.



Figur 2: Finns det en tidsgräns för senaste vårdkontakt som avgör vilka suicid som utreds?

Gällande i vilken utsträckning regionala verksamheter samarbetar för att genomföra utredningar efter suicid, uppger hälften av de 17 regioner som svarat att de alltid eller



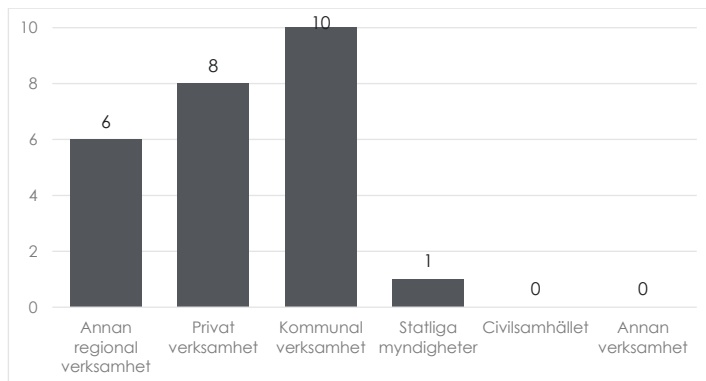


ofta samarbetar. Av resterande regioner uppger fem att så ibland är fallet och tre att det sällan förekommer. I vilken utsträckning utredningar sker i samarbete mellan regionen och externa aktörer är mer varierat, och som tabell 1 visar har bara en region en länsövergripande rutin för dessa frågor.

**Tabell 1: Finns en länsövergripande rutin för utredning/uppföljning av suicid i samverkan?**

<b>Region Blekinge</b>	Nej
<b>Region Dalarna</b>	Nej
<b>Region Jämtland</b>	Nej
<b>Region Jönköping</b>	Nej
<b>Region Kalmar</b>	Nej
<b>Region Kronoberg</b>	Nej
<b>Region Skåne</b>	Nej
<b>Region Sörmland</b>	Nej
<b>Region Uppsala</b>	Ja, för barn och unga.
<b>Region Västerbotten</b>	Nej
<b>Region Västernorrland</b>	Nej
<b>Region Västmanland</b>	Nej
<b>Västra Götalandsregionen (VGR)</b>	Nej
<b>Region Örebro</b>	Nej
<b>Region Östergötland</b>	Nej

Till den specifika frågan om regionerna bjuder in externa aktörer i utredningsarbetet anger majoriteten att det sker i begränsad omfattning eller inte alls. Enbart en region uppger att de ofta bjuder in externa aktörer. Enligt figur 3 är den externa aktör som i högst utsträckning bjuds in till att delta i utredningar kommunal verksamhet, vilket tio regioner svarar. Vidare anger åtta regioner att de samarbetar med privata aktörer, och här menas främst privata vårdgivare. Sex regioner samarbetar även med övrig regional verksamhet. Vad gäller involvering av andra parter inom suicidutredningar inkluderar anhöriga nästan alltid. 53 procent av samtliga 17 svarande regioner uppger att så alltid är fallet och 24 procent ofta.



Figur 3: Vilka externa aktörer samarbetar ni med vid utredningar efter suicid?

Något som framkommer i fritextsvaren är att utgångspunkten för många regioner avseende att bjuda in andra aktörer, är om de varit delaktiga i den suiciderades vård och således kan bidra med ytterligare infallsvinklar. Vidare är en iakttagelse som lyfts av en region att de vårdaktörer som leder utredningarna använder andra aktörer i syfte av informationsinhämtning, snarare än att de bjuds in som en utredande part.

Genom fritextsvaren framkommer flera reflektioner där en region exempelvis lyfter att vårdskador och suicid tenderar att hanteras på samma sätt. En annan region lyfter att utredningsfrågan ägs av specialistpsykiatri och att de har en mer upparbetad rutin för detta arbete. Ytterligare en region menar att övriga vårdverksamheters roll och ansvar gällande utredningsfrågan, exempelvis primärvårdens, är mer oklar. Följaktligen efterfrågar en annan region mer nationell samordning.

Ytterligare en region vill att lärdomarna från suicidutredningar på ett bättre sätt ska spridas till relevanta offentliga aktörer. Samtidigt gör en annan region iakttagelsen att lex Maria-anmälningar och den föranledda utredningen, som anses vara verktyg för detta lärande, inte är optimalt anpassade för suicid. Samma region belyser att suicid oftast föregås av en längre vårdkontakt och att lex Maria är mer inriktad på att synliggöra fel som inträffat vid den enskilda händelsen.

### 2.1.2. Efterlevandestöd

Utifrån svaren från regionernas suicidpreventionssamordnare framgår att relativt få regioner har en länsövergripande rutin för efterlevandestöd vilket illustreras nedan i tabell 2. Däremot framkommer från enkätundersökningen att en länsövergripande rutin inte anses som nödvändig för att erbjuda ett efterlevandestöd, eftersom majoriteten av regionerna faktiskt erbjuder efterlevandestöd ändå. Av regionerna menar elva stycken att de har ett specifikt stöd till efterlevande, sex ett generellt stöd efterlevande kan ta del av och fyra att de erbjuder en annan form av efterlevandestöd vid suicid. Här bör

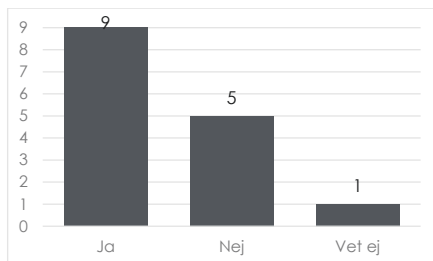


noteras att flera svarsalternativ var möjliga till frågan. Däremot menar flera regioner som besvarat enkäten att det finns misstankar om att många efterlevande med behov av stöd inte hittar fram till den hjälp som finns och flera lyfter problematiken att regionerna bara kan erbjuda stöd om de har kännedom om att ett behov finns. Vidare har bara två regioner genomfört utvärderingar av sin länsövergripande rutin för efterlevandestöd och två har i sina system möjlighet att följa upp vilka resurser som avsätts till arbetet.

**Tabell 2: Finns en länsövergripande rutin för efterlevandestöd som inkluderar suicid och/eller suicidförsök?**

<b>Region Blekinge</b>	Nej
<b>Region Dalarna</b>	Nej
<b>Region Jämtland</b>	Nej
<b>Region Jönköping</b>	Nej
<b>Region Kalmar</b>	Ja
<b>Region Kronoberg</b>	Ja
<b>Region Skåne</b>	Nej
<b>Region Sörmland</b>	Nej
<b>Region Uppsala</b>	Nej
<b>Region Västerbotten</b>	Nej
<b>Region Västernorrland</b>	Nej
<b>Region Västmanland</b>	Nej
<b>Västra Götalandsregionen (VGR)</b>	Ja
<b>Region Örebro</b>	Ja
<b>Region Östergötland</b>	Nej

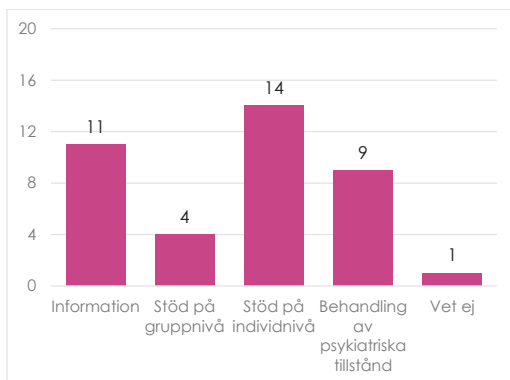
Från enkätsvaren framgår att regionerna arbetar på olika sätt gällande efterlevandestöd. Det blir tydligt på flera sätt, exempelvis genom i vilken utsträckning regionerna svarar att de söker upp efterlevande för att erbjuda stöd enligt figur 4, samt gällande vilken typ av stöd de erbjuder. Det framkommer också från en regions fritextsvar att aktivt uppsökande kan variera och att det oftast är efterlevande själva som är drivande i att uppsöka hjälp. En annan region uppger att de erbjuder telefonuppföljning som en ytterligare form av efterlevandestöd.



Figur 4: Söker ni aktivt upp efterlevande för att erbjuda stöd?

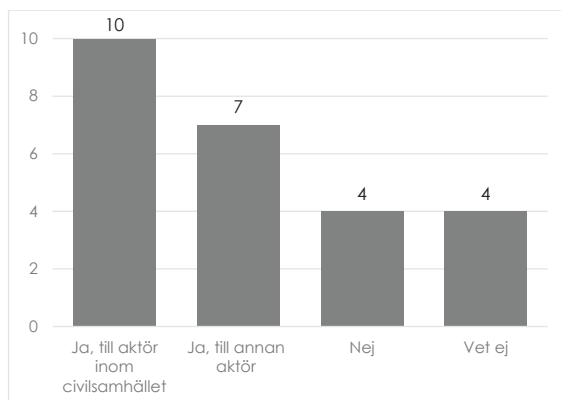
Majoriteten av regionerna anger att det inte finns någon avgränsning för vem som får ta del av det stöd som erbjuds. Enbart två regioner anger att det finns begränsningar där de uppger att stödet baseras på att den sökande ska vara bosatt i regionen samt vara myndig. En av regionerna menar också att ett suicid inte får ha inträffat mer än ett år tillbaka i tiden för att deras efterlevande ska få stöd.

Gällande vilket typ av efterlevandestöd som erbjuds framkommer att det finns variation, men att stödet främst utgörs av riktade insatser på individnivå, se figur 5.



Figur 5: Vilka former av efterlevandestöd vid suicid erbjuder regionen?

Majoriteten av regionerna hänvisar också, enligt figur 6, efterlevande som är i behov av ytterligare stöd vidare till civilsamhället och andra aktörer, exempelvis kommunens anhörigstöd, primärvården, Svenska kyrkan och företagshälsövård. Bland civilsamhällesaktörerna är SPES och Svenska kyrkan de främst förekommande aktörerna dit hänvisning sker.



Figur 6: Brukar ni hänvisa efterlevande vid suicid i behov av stöd till annan aktör?

Från fritextsvaren framkommer flera andra reflektioner om detta arbete från regionerna. Två regioner lyfter att det i vissa fall finns svårigheter med att säkerställa suicid som dödsorsak. Detta upplevs vara en grundläggande anledning till att flera inte får tillgång till efterlevandestöd. Däremot finns det fortfarande utmaningar vad gäller att slussa efterlevande som identifierats vara i behov av stöd till det stöd som erbjuds. En region har utvecklat en potentiell lösning för detta, en efterlevandelots, vilket är en funktion för att under en tid följa upp och koordinera det stöd som erbjuds.

Ytterligare reflektioner som framkommer från en region, är att barn upplevs få sämre stöd än vuxna och att regionerna behöver arbeta mer med att kommunicera ut vilket stöd som finns att ta del av. En region lyfter även att det är viktigt att diagnoser inte ställs mot varandra och att efterlevandestöd bör vara tillgängligt i bred bemärkelse, så att ingen som behöver stöd avvisas för att de har fel diagnos.

### 2.1.3. Summering

Gällande utredningar efter suicid finns rutiner vad gäller detta arbete inom hälso- och sjukvården, och framför allt inom specialistpsykiatrin. Involvering av externa aktörer i utredningar sker i varierad omfattning och när det görs, används de främst för informationsinhämtning, snarare än som aktiva parter i utredningsarbetet.

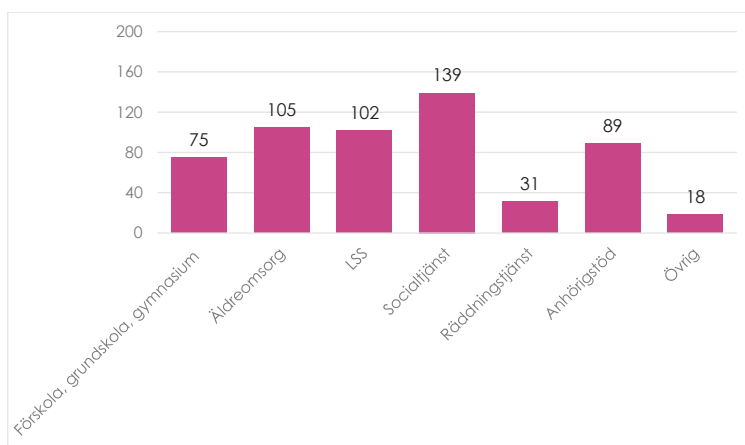
Gällande efterlevandestödet erbjuder nästan alla regioner någon typ av efterlevandestöd. Karaktären på efterlevandestödet är varierat - individuellt stöd är den form av efterlevandestöd som är främst förekommande. Gällande hänvisning sker det främst till andra vårdaktörer eller till civilsamhället, där SPES och Svenska kyrkan framstår som betydande aktörer i detta arbete. Vissa regioner upplever dock att efterlevande har svårt att hitta till stödet, trots att många regioner uppger att de aktivt söker upp efterlevande för att erbjuda stöd.



## 2.2. Kommun

Sammanlagt har 156 kommuner inkommit med svar till enkäten.

De kommunala verksamheter som i högst utsträckning omfattas av svaren är socialtjänst, äldreomsorg, LSS samt anhörigstöd vilket framgår från figur 7. Av de som angett "övrig verksamhet" är hemsjukvård, kommunalt ägda bolag och socialpsykiatri de främst förekommande.

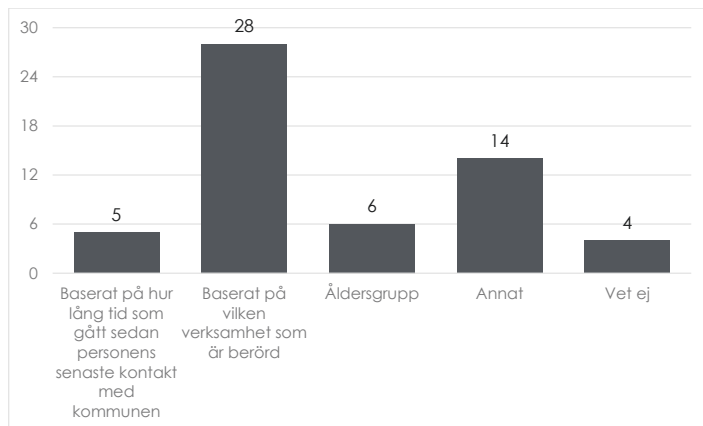


Figur 7: Vilka kommunala verksamheters förhållanden kommer att omfattas av dina svar?

### 2.2.1. Utredningar efter suicid

Av de 156 kommuner som besvarat enkäten uppger 42 procent att de gör utredningar efter suicid inträffat. Vidare menar 47 procent att de inte gör utredningar och 10 procent att de saknar vetskap om huruvida utredningar utförs. Det finns därmed betydande variation i hur utvecklat det kommunala arbetet med suicidutredningar är i landet. Av de 66 kommuner som genomför utredningar efter suicid svarar 70 procent att de enbart utreder ett urval av ärenden medan 20 procent menar att de utreder alla suicid kommunen får kännedom om.

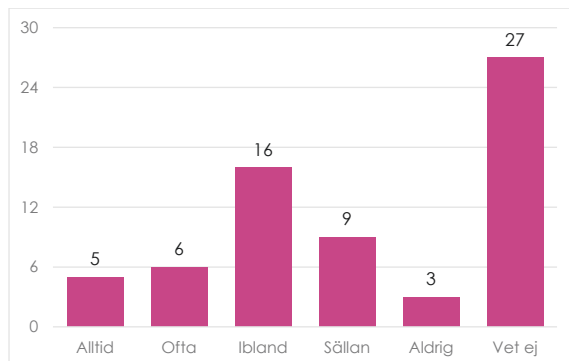
Som redovisas nedan i figur 8 är den främsta anledningen till om ett suicid utreds eller inte, baserat på om personen i fråga haft kontakt med den specifika verksamheten eller ej. Dock finns det andra anledningar som spelar in i huruvida en utredning ska genomföras eller inte vilket bygger på mer informella faktorer. Två faktorer som uppges spela in i bedömningen är exempelvis om ett missförhållande upptäckts, alternativt om individen som suiciderat haft en aktiv kontakt med verksamheten. Andra aspekter som lyfts är huruvida kommunen upptäcker att suicid inträffat.



Figur 8: Hur görs urvalet av ärenden att utreda?

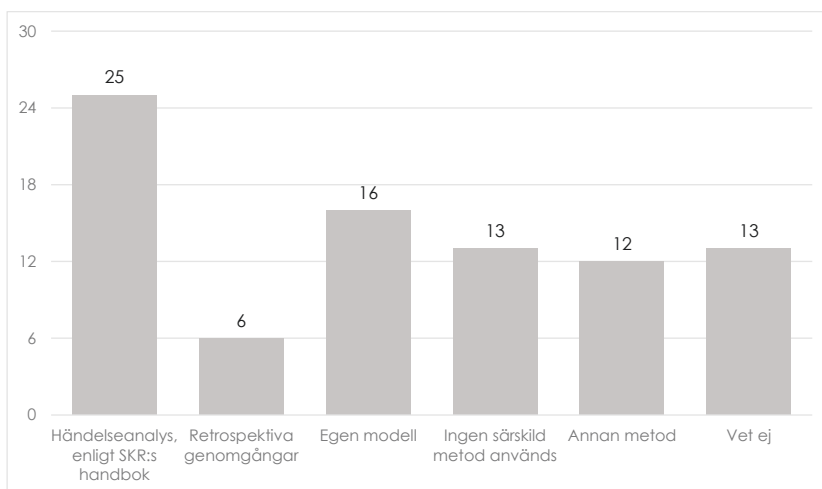
Gällande vilka kommunala verksamheter som genomför utredningar efter suicid svarar cirka 80 procent av de 66 utredande kommunerna socialtjänsten, cirka 60 procent svarar LSS och äldreomsorg. Bara cirka 30 procent uppger skola och åtta procent räddningstjänst. Av de sju kommuner som nämner övriga aktörer framkommer bland annat socialpsykiatri som en aktör i sammanhanget.

Enkätresultatet antyder att det finns en viss osäkerhet kring utredningsarbetet i kommunerna. Det framgår till exempel från svaren till frågan om hur ofta de samarbetar mellan olika kommunala verksamheter för att göra utredningar, där strax under hälften av de 66 kommunerna svarat att de inte vet, se figur 9. Vidare angående vilka externa aktörer som involveras, svarar 64 procent av kommunerna att regionen involveras.



Figur 9: Hur ofta gör kommunen utredningar efter suicid med delaktighet från flera verksamheter inom kommunen?

Kommunernas arbetssätt rörande utredningar efter suicid ser väldigt olika ut, exempelvis gällande i vilken utsträckning anhöriga involveras och när det gäller vilken metod som används för att göra utredningar efter suicid. Här är svaren relativt jämnt spridda mellan de olika svarsalternativen. Se figur 10.



Figur 10: Vilken metod används för utredningarna?

Av enkätsvaren framgår det att kommunerna inte blir inbjudna regelbundet till att delta i andra aktörers utredningar efter suicid. Bara 13 procent av samtliga 156 kommuner



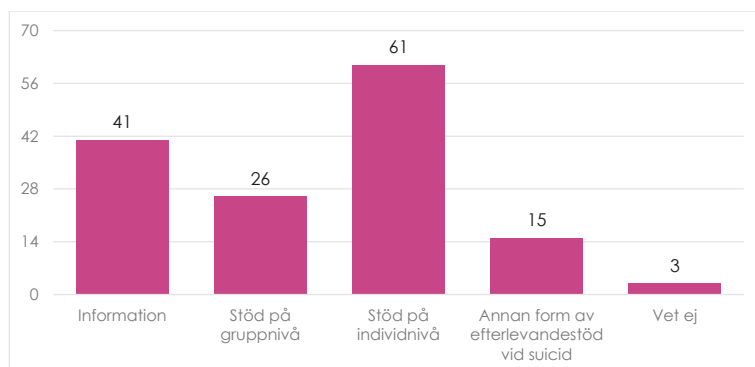


som besvarat enkäten svarar att de får sådana inbjudningar, cirka 50 procent uppger att det inte sker och drygt 40 procent att de inte vet om de blir inbjudna. Bland de 20 kommuner som blir inbjudna, väljer bara ungefär hälften att alltid delta.

Flera kommuner uppger i fritextsvaren att deras kommun saknar rutin eller tycker arbetet med suicidutredningar är ett underprioriterat område. Detta trots att flera kommuner gör någon typ av utredning eller undersökning efter att ett dödsfall skett som berör kommunal verksamhet. Däremot anger flera också att suicid sällan sker, vilket tros vara en anledning till att de saknar ett mer etablerat arbetsätt samt kompetensen för att göra utredningar. Vidare, där rutiner finns är det inte alltid självklart att de används eller att det finns kännedom om dem. Många kommuner nämner också andra utmaningar i arbetet med utredningar efter suicid, exempelvis nämner flera att suicidfrågan är något de nyligen börjat arbeta med. Några enstaka lyfter också att sekretessfrågan kan avskräcka från att ens börja med detta arbete.

### 2.2.2. Efterlevandestöd

Av alla 156 kommuner som besvarat enkäten framkommer att 35 procent erbjuder ett generellt efterlevandestöd och 18 procent ett specifikt stöd riktat till efterlevande. Ungefär 40 procent uppger att de inte erbjuder ett efterlevandestöd, 20 procent menar att de inte vet huruvida det erbjuds. Här bör noteras att flera svarsalternativ var möjliga till frågan. Till frågan om huruvida kommunerna aktivt söker upp efterlevande svarar däremot bara 32 procent av de 74 kommuner som erbjuder efterlevandestöd att de gör det, 50 procent inte och resterande 18 procent att de inte vet huruvida det förekommer. Som kommentar till frågan om vilket efterlevandestöd som erbjuds nämner en kommun att efterlevande som är kända av förvaltningen kontaktas. En annan nämner att sjuksköterska alltid kontaktar anhöriga efter att en patient avlidit i deras verksamhet. Vilket efterlevandestöd som kommunerna erbjuder framgår från figur 11.



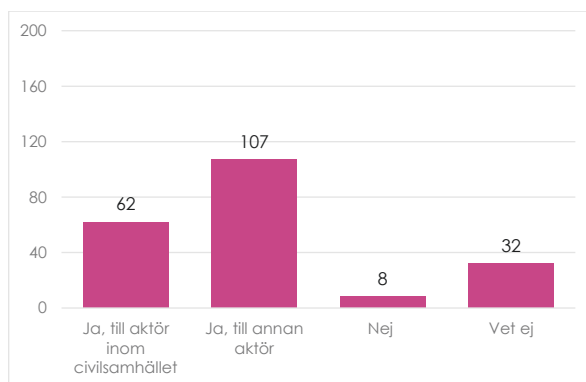
Figur 11: Vilka former av efterlevandestöd vid suicid erbjuder kommunen?



Flera kommuner uttrycker att de ser att ansvaret för efterlevandestöd ligger på regionen. Det blir tydligt av förklaringen som flera kommuner (cirka 15 av 60) angav på frågan om varför de inte erbjuder ett efterlevandestöd. Civilsamhället upplevs också ta ett stort ansvar gällande detta arbete, något som många kommuner också nämner som förklaring till att de inte själva erbjuder efterlevandestöd. Flera andra faktorer framkommer också som avgörande för att efterlevandestöd inte erbjuds, till exempel resurs- och kompetensbrist, svårigheter att identifiera suicid samt faktumet att suicid sällan förekommer.

Det specifikt riktade stödet till efterlevande uppges av hälften av kommunerna som erbjuder ett sådant (28 stycken), inte vara avgränsat till en speciell grupp. De sex kommuner som uppger att det finns en avgränsning menar att individen i behov av stöd ska vara myndig, bo i kommunen eller ha en aktiv kontakt med kommunal verksamhet.

Trots att det finns skilda uppfattningar om vems ansvar efterlevandestödet är, anses information vara en betydande del av det stöd som erbjuds. På det viset kan kommunen också hänvisa vidare till andra aktörer som kan vara behjälpliga, se figur 12. Utöver civilsamhället nämns vården, och då framför allt psykiatrin, som en relevant aktör att hänvisa till. BUP, barn- och ungdomshälsan och anhörigstödet är andra. De civilsamhällesaktörer som hänvisas till är främst Svenska kyrkan samt SPES.



Figur 12: Hänvisar ni efterlevande vid suicid i behov av stöd till annan aktör?

I övriga kommentarer till enkätfrågorna nämner flera kommuner (cirka tio stycken) att de har vetskap om att det finns brister i deras arbete med efterlevandestöd, alternativt att de ser utvecklingspotential. Det finns en vilja bland kommunerna att förbättra sitt arbete men flera tror också att det finns stora utmaningar kopplade till deras kommuns storlek och resurstillgång. Här föreslås nationella resurser som kan kliva in och hjälpa den enskilda kommunen som en möjlig lösning. "Lotsare" som är etablerade i Region Kalmar Län, nämns av tre kommuner som eftersträvansvärda. Denna roll, innefattar att ta



kontakt med efterlevande och hålla ihop det uppföljande stödet som erbjuds under en viss tid.<sup>1</sup> Ett fåtal kommuner uppmärksammar även barn som en speciell grupp, som behöver fångas upp på andra sätt än vuxna. I detta arbete anses skolan ha en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet.

### 2.2.3. Summering

Ungefär hälften av alla 156 svarande kommuner gör utredningar efter suicid. Av de kommuner som genomför utredningar uppger merparten att de endast genomförs på ett urval av ärenden. Urvalet av ärenden baseras främst på om en kontakt funnits med verksamheten eller inte. Kommunerna arbetar också på olika sätt med utredningar efter suicid, exempelvis vad gäller inkludering av anhöriga, inkludering av andra aktörer och metodval vid utredningar. Flera kommuner saknar rutiner och ser frågan om suicid som underprioriterad. Att små kommuner saknar resurser och att suicid förekommer relativt sällan tros vara anledning till detta.

Av de kommuner som erbjuder efterlevandestöd ingår stödet främst i det generella krisstödet. Flera svarande upplever dock att kommunen har en mer oklar roll när det kommer till att erbjuda efterlevandestöd och att det snarare är regionernas ansvar. Vidare är uppfattningen från flera kommuner att civilsamhället tar en stor roll i detta arbete, framför allt kyrkan.

---

<sup>1</sup>Region Kalmar "Länsgemensam rutin för efterlevandestöd vid suicid i Kalmar län" (2021)  
<https://vardgivare.regionkalmar.se/globalassets/vard-och-behandling/psykisk-halsa/etterlevandestod/lansgemensam-rutin-etterlevandestod.pdf>



## 3. Fallstudier

I detta kapitel presenteras resultatet av de intervjuer som genomförts med representanter från hälso- och sjukvård, kommuner och civilsamhällesorganisationer i Hallands län, Norrbottens län och Stockholm län. Vidare presenteras även resultatet av frågor som skickats ut till suicidpreventionssamordnarna i de tre aktuella länen. Frågorna har avsett arbetet med utredningar efter suicid såväl som efterlevandestöd vid suicid.

Avslutningsvis i detta kapitel presenterar Governo en sammanfattande summering av resultatet.

### 3.1. Hallands län

I Hallands län har en länsövergripande rutin för efterlevandestöd vid suicid tagits fram "Stöd till närstående vid inträffat suicid" som finns tillgänglig för alla på vårdgivarwebben. Rutinen har funnits drygt ett år, varför någon utredning om dess effektivitet och användning inte genomförts. Dock planeras en utvärdering av rutinen under 2024. Trots att någon utvärdering ännu inte gjorts, bygger rutinen på arbets sätt som tidigare inte varit formaliserade, varför antagandet görs att efterlevandestöd erbjuds i enlighet med rutinen. Rutinen återfinns i sin helhet i bilaga 3.

När det gäller uppföljning av resurser som avsatts för efterlevandestöd vid suicid inom regionens verksamhet, görs kodning i journalen enligt beskrivning i rutinen för efterlevandestöd. Dock betonas att det inte finns några resurser avsatta specifikt för efterlevandestöd, utan samtal med efterlevande sker inom ramarna för ordinarie verksamhet.

Någon länsövergripande rutin för utredning/uppföljning av suicid i samverkan finns inte.

#### 3.1.1. Hälso-sjukvård i Hallands län

##### Utredningar

Enligt överenskommelse med övriga regionala aktörer inom hälso-och sjukvården i Region Halland har specialistpsykiatrin tagit på sig ansvarsfrågan kring suicidfrågor, vilket även medfört ansvaret att göra utredningar efter suicid.

Även om specialistpsykiatrin har tagit på sig huvudansvaret, är det i sammanhanget värt att lyfta fram det arbete som gjorts inom den somatiska specialistvården kopplat till fastställande av rutiner och riktlinjer för när utredningar ska göras och inte. Som en del av det arbete som genomförts finns nu en framtagen checklista med namnet "Handbok för allvarlig vårdskada". Trots detta genomförs det aldrig eller väldigt sällan utredningar inom den somatiska specialistvården, likväl som inom primärvården. Att utredningar görs i begränsad omfattning inom primärvården och somatiken beror främst på att verksamheterna inte får vetskap om att ett suicid har inträffat. Uppfattningen är att sekretessen utgör det främsta hindret för att suicidfall inte kommer verksamheterna till känna.



Inom specialistpsykiatrin görs alltid en bedömning vid inträffat suicid där SKR:s metod för händelseanalys används som ramverk, dock resulterar inte bedömningarna alltid i en Lex Maria-anmälan. Huruvida en Lex-Maria anmälan genomförs eller ej avgörs av både formella och informella kriterier. De formella kriterierna omfattar exempelvis efterlevnaden av rutiner, medan de informella kriterierna är en bedömning utifrån specifika fall.

Majoriteten av de utredningar som genomförs inom specialistpsykiatrin sker med viss delaktighet från andra verksamheter inom hälso- och sjukvården men där resursbristen utgör ett hinder för att genomföra breda utredningar i större omfattning. Dock finns det en gemensam uppfattning hos de tillfrågade verksamheterna av värdet av att delta i breda utredningar och betydelsen att involvera relevanta aktörer i utredningsarbetet för att få en helhetsbild av händelsen och säkerställa ett effektivt lärande.

I de fall där breda utredningar genomförs varierar samarbetsgraden från fall till fall men präglas ofta av gemensamma möten mellan utredningsparterna där dialog och relevant dokumentation delas. Chefläkarna är inte direkt involverade i utredningarna men har ett övergripande ansvar för att granska och säkerställa att åtgärder vidtas i samband med utredningens färdigställande.

Efterlevande blir alltid tillfrågade att delta i utredningar och om det uppdagas att det finns andra relevanta anhöriga än de som initialt blir kontaktade, ges de möjlighet att delta. Uppfattningen är att tidig involvering av de anhöriga anses avgörande både för kvaliteten på utredningen och för de anhöriga.

Det finns en gemensam bild hos de intervjuade verksamheterna att arbetet med utredningar leder till betydande förbättringar inom respektive verksamhet. Exempelvis har man inom specialistpsykiatrin justerat rutiner för att följa upp patienter som avbokar sina besök och därmed kan vara i en riskzon för suicid. Utredningarna har även stärkt förmågan hos personalen inom somatisk specialistvård att upptäcka suicidtendenser i tidigare skede.

En gemensam ståndpunkt hos verksamheterna är att fokus bör ligga på det förebyggande arbetet snarare än enbart på utredningar, då kompetensen finns för att aktivt arbeta förebyggande från början. Exempelvis lyfter specialistpsykiatrin fram patientsäkerhetsronderna som ett alternativt verktyg till utredningarna som kan bidra till att upptäcka verksamhetsförbättringar. Vidare betonas vikten av långsiktighet i budgeten för att möjliggöra förebyggande åtgärder.

### **Efterlevandestöd**

Inom Region Halland finns en läns-gemensam rutin "Stöd till närstående vid inträffat suicid" som syftar till att definiera hanteringen och ansvarsfördelningen för krisstöd till närstående vid suicid, dock ingår inte suicidförsök i rutinen. Rutinen innehåller ett specifikt avsnitt om barn som efterlevande och att deras behov särskilt ska uppmärksammas. Exempelvis belyser rutinen att barn är extra sårbara vid livspåfrestningar och kan därför behöva hjälp långt efter dödsfallet. Rutinen återfinns i sin helhet i bilaga 3.



Primärvården har även tagit fram en broschyr riktad till efterlevande som finns tillgänglig både i fysiskt och digitalt format, till exempel i väntrum på vårdcentraler. Efterlevandestödet ges i olika former men primärt handlar det om individuella samtal och informationsdelning om vad för stöd som erbjuds av andra aktörer.

Inom regionen finns det inga formella begränsningar för vem som kan ta del av efterlevandestödet, utan det styrs framför allt av vilka som uppfattar sig själva som närstående. Förekomsten av det uppsökande arbetet är varierande där specialistpsykiatrin alltid arbetar uppsökande i form av telefonsamtal, medan primärvården och somatiken inte gör det. Hänvisning till andra aktörer är något som är vanligt förekommande inom alla tillfrågade verksamheter och de vanligaste aktörerna att hänvisa till är sjukhuskyrkan, specialistpsykiatrin och civilsamhället.

### 3.1.2. Kommuner i Hallands län

#### Utredningar

En gemensam uppfattning hos de tillfrågade kommunerna i länet är att deras uppdrag kring suicidprevention betraktas mer som ett indirekt uppdrag snarare än ett formellt uppdrag. Det som nämns genomgående av kommunerna är att det suicidpreventiva arbetet handlar om att fånga upp suicidala tankar hos målgrupperna i deras verksamheter och hänvisa vidare till andra aktörer vid behov. En aktör som genomfört ytterligare arbete på området är socialtjänsten i Halmstad kommun, som genomfört kompetenshöjande insatser inom området med bland annat en grundläggande utbildning för samtliga medarbetare och chefer om suicid. Vidare har socialförvaltningen i Halmstad kommun tagit fram *Rutin vid suicidförsök eller misstänkt suicid* som gäller för samtlig personal inom socialförvaltningens alla verksamheter. Rutinen gäller vid signaler eller varningstecken på att risk för suicid finns, vid suicidförsök eller vid inträffat suicid. Rutinen finns i sin helhet i bilaga 3.

En grundläggande premiss hos samtliga tillfrågade kommuner och kommunala verksamheter som ingått i kartläggningen är att personen som suiciderat ska haft en pågående kontakt med dem innan det inträffade för att en utredning ska genomföras. Trots detta görs utredningar efter suicid i väldigt begränsad omfattning vilket främst beror på att verksamheterna sällan får reda på att suicid har begåtts. Här ser kommunerna att användningen av olika journalsystem hindrar informationsutbytet mellan kommunala och regionala enheter, vilket de också ser som en potentiell anledning till att kommunerna aldrig eller sällan blir tillfrågad att delta i breda utredningar tillsammans med regionen även fast de ser ett stort värde av att delta.

Den verksamhet som skiljer sig från övriga när det kommer till genomförande av utredningar efter suicid är Räddningstjänsten i Halmstads kommun som rutinmässigt genomför After Action Review (AAR) efter ett suicid med fokus på om de kunnat agera annorlunda. Resultaten från utredningarna delas med andra aktörer, exempelvis att informera om riskfyllda miljöer vilket resulterat i förbättringar som bland annat kraftigare belysning vid järnvägar, högre staket och minskad tågastighet.

#### Efterlevandestöd



Det efterlevandestöd som erbjuds ingår i samtliga kommuners ordinarie krisstöd och är således inte specifikt anpassat till suicid. Av det efterlevandestöd som erbjuds i de tillfrågade kommunerna är stödsamtal med exempelvis kuratorer, handläggare eller skolskötterska och lotsning vidare till andra aktörer främst förekommande. En utmärkande verksamhet i sammanhanget är Räddningstjänsten som ofta är på plats vid ett inträffat suicid och som många gånger är bland de första som de anhöriga kommer i kontakt med. Räddningstjänsten har i ett senare skede även möjlighet att gå igenom händelseförloppet med de anhöriga om så önskas samt åka tillbaka med dem till platsen där det hände.

Inom samtliga tillfrågade kommuner riktas socialtjänstens och anhörigstödet efterlevandestöd primärt till dem som har en pågående kontakt med verksamheterna, dock nekas inte utomstående stöd i de fall där personerna själva kontaktar dem. Inom skolan finns ett aktivt uppsökande arbete gentemot anhöriga där det finns som rutin att alltid ringa upp anhöriga oavsett dödsfall. Att arbeta uppsökande är dock inget som sker inom de övriga tillfrågade förvaltningarna.

Något som görs genomgående hos de tillfrågade kommunerna är att vid behov hänvisa till andra aktörer, dock är förfarandet inte reglerat i någon rutin. Hänvisning sker alltid till andra aktörer om de ser att behovet finns, men det saknas fasta rutiner kring denna process. Hänvisning sker huvudsakligen till civilsamhällsorganisationer, sjukhuskyrkan, primärvården, BUP samt öppenvårdspsykiatri.

### 3.1.3. Civilsamhället i Hallands län

#### Utredningar

Av de efterlevande som intervjuats inom ramen för kartläggningen är uppfattningen utifrån deras egen erfarenhet samt utifrån dialoger med andra efterlevande, att utredningar sällan genomförs efter suicid. En av de tillfrågade efterlevande hade egen erfarenhet av att en utredning tillsatts efter inträffat suicid som genomfördes av specialistsykiatri och som då även gjorde en Lex Maria-anmälan. Involveringen av de anhöriga sågs under utredningsfasen som begränsad och den enda involveringen var efter utredningens färdigställande där de anhöriga bjöds in för att ge skriftliga kommentarer på resultatet. De efterlevande betonar vikten av att få en helhetsbild av vad som hänt och möjlighet att ge sin bild av situationen, varav den bristande delaktigheten av de anhöriga i utredningen bidrog till känslan att utredningens fokus var att belysa potentiella brister inom den specifika verksamheten, snarare än att försöka få en helhetsbild av det som inträffat. Efterlevande lyfter även fram att många suicid sker utanför vården och därmed inte blir föremål för utredningar, vilket är problematiskt då ett stort antal suicid riskerar att missas.

#### Efterlevandestöd

##### Egen erfarenhet som efterlevande vid suicid

Vid samtal med efterlevande framgår att det finns en märkbar brist på aktörer som aktivt söker upp efterlevande för att erbjuda stöd efter inträffat suicid. Efterlevande



uttrycker en önskan att aktörer borde arbeta mer systematiskt med uppsökande verksamhet och att olika aktörer fyller olika funktioner beroende på vilket stadiet man befinner sig i som efterlevande.

I dagsläget är uppfattningen att det krävs ett stort ansvar av de efterlevande själva att ta initiativ och aktivt söka kontakt för att få den stöd de behöver. Detta innebär ett tungt ansvar för dem att själva nå ut och söka hjälp i stället för att erbjudas stöd. Därmed belyser alla de efterlevande som intervjuats att samhällsaktörer borde ta kontakt direkt eller i nära anslutning efter händelsen för att informera om tillgängligt stöd och hjälpresurser då anhöriga initialt behöver hjälp med mycket praktiskt. Civilsamhället ses fylla en viktig funktion i ett senare skede och när man kommit förbi den initiala fasen då man är mer mottaglig för att börja bearbeta det som inträffat och prata med andra, något som kan vara svårt att göra när man är mitt i sorgen.

#### Organisationens erfarenheter av hur stödet till efterlevande ser ut i länet

Uppfattningen hos de civilsamhällesaktörer som intervjuats är att många efterlevande vänder sig till och får stöd från primärvården. Trots detta betonas bristen på ett enhetligt stöd inom länet, vilket resulterar i generell låg kännedom om vilket stöd som faktiskt finns tillgängligt.

I samtal med Svenska kyrkan lyfter de fram sitt arbete med att erbjuda genom individuella stödsamtal för att hantera sorgarbetet. Vidare finns även samtalsgrupper för efterlevande där kravet är att personen har passerat en bearbetningsfas och att minst tre till fyra månader har passerat sedan händelsen. Dessa grupper träffas vanligtvis sex till åtta gånger varannan vecka och tar upp olika teman och aspekter relaterade till sorgprocessen. Svenska kyrkan strävar efter att kommunicera vilket stöd som finns att tillgå, vilket delvis görs genom att närvara vid exempelvis högskolor och följa med polisen vid dödsbesked.

I samtal med Suicide Zero betonas organisationens fokus på utbildning, förebyggande arbete och opinionsbildning kring suicidprevention. SPES lyfter fram deras rikstäckande stödlinje som centralt i deras efterlevandestöd, dock finns ingen möjlighet till fysiska möten för efterlevande i Hallands län. Finansieringen av Suicide Zero och SPES skiljer sig åt då Suicide Zero är ideellt finansierat, medan SPES både får ideella medel och statliga medel.

### **3.2. Norrbottens län**

I Norrbottens län finns ingen länsövergripande rutin för efterlevandestöd. Dock pågår ett arbete inom regionen att utarbeta och implementera en modell som bygger på Kalmarmodellen – en modell som bygger på tillit och förtroende mellan huvudmän med fokus på uppföljningar, utvärderingar och uppbyggnad av patientcentrerade och effektiva processer.

Eftersom det inte finns någon rutin på plats finns det således inte heller någon möjlighet att följa upp de resurser som avsatts för efterlevandestöd vid suicid.





När det gäller en länsövergripande rutin för utredning och uppföljning av suicid i samverkan, finns ingen sådan etablerad. Vid analys efter suicid finns dock möjlighet att samla in information från andra aktörer, såsom kommunen.

### 3.2.1. Hälso-sjukvård i Norrbottens län

#### Utredningar efter suicid

Inom hälso- och sjukvården i Norrbottens län är det primärt specialisterpsykiatri som genomför utredningar efter suicid. Inom specialisterpsykiatri görs alltid en bedömning om det ska göras en Lex-Maria anmälan eller inte, förutsatt att de har kännedom om att ett suicid har inträffat. Inom primärvården görs utredningar om den som suiciderat haft kontakt med dem i närtid och där vårdansvaret tydligt varit deras. I intervjuerna med både den offentliga och privata primärvården betonar de att det är en vanlig uppfattning inom verksamheten att det brustit på en annan vårdnivå, vilket bidrar till att utredningar som genomförs inom primärvården är till antalet få. Även utredningar inom den somatiska specialistvården genomförs i mycket begränsad omfattning där en av huvudanledningarna ses vara den vaga kopplingen mellan verksamheten och suicidfrågor.

I specialisterpsykiatri utredningar sker samarbete främst med andra hälso- och sjukvårdsaktörer, ett samarbete som vanligtvis präglas av gemensamma möten och informationsutbyte mellan de olika aktörerna. SKR:s metod för händelseanalys används i varierad omfattning beroende på situation. Utgångspunkten är att utredningens analysteam består av medlemmar från alla medverkande verksamheter för att säkerställa en heltäckande representation under hela utredningen. I intervjuerna framgår det att det finns en vilja och engagemang från andra hälso- och sjukvårdsaktörer att delta i breda utredningar ur ett lärande- och kompetenshöjande perspektiv för bättre uppföljning och stöttning av patienter. Alla intervjuade verksamheter framhåller betydelsen av kommunernas deltagande i breda utredningar, men att sekretessfrågan utgör ett hinder för deras deltagande. Specialisterpsykiatri lyfter fram patientorganisationer som en värdefull aktör i breda utredningar då de ofta besitter värdefull kompletterande kunskap – dock är deras medverkan inget som förekommer idag.

Oavsett inom vilken del av hälso- och sjukvården utredningarna genomförs, involveras efterlevande alltid i utredningar. Inom specialisterpsykiatri nämner de att personalen initialt tar kontakt med de anhöriga som står som kontaktpersoner i journalen och att de efterlevande involveras under hela processen och bjuds in till samtal som en del av den initiala informationsinsamlingen. När utredningen är avslutad och granskad av IVO återkopplas resultatet alltid till de anhöriga.

Åsikterna skiljer sig åt mellan de intervjuade aktörerna huruvida utredningar leder till förbättringar eller ej. De fördelar som nämns är värde för anhöriga och personal samt identifiering av kunskapsluckor och behov av utbildning och kompetensutveckling. Exempel på åtgärder som vidtagits efter genomförda utredningar är följande:

- ✦ Inom somatisk specialistvård: Utveckling av remissronder.



- ✦ Inom offentlig primärvård: En suicidriskbedömningsmall har införts på alla enheter.
- ✦ Inom privat primärvård: Implementering av Trygg vårdövergång.

Specialistpsykiatrin ställer sig mer frågande till utredningar då de menar att utredningarna saknar helhetssyn och inte kommer klinikerna till gagn där de verkliga förändringarna behöver ske. Inom primärvården nämns att det råder en kultur av rädsla för att göra fel, och att många som deltar i utredningarna har begränsad erfarenhet av kliniskt arbete, vilket ofta gör att åtgärderna hamnar för långt ifrån klinikerna. Karaktären på åtgärderna behöver riktas mot att implementeras på klinisk nivå och för de som möter patienterna i akuta situationer. Specialistpsykiatrin nämner även att tidsspannet för hur långt man går tillbaka i personen i frågas journal behöver utvidgas för att fånga upp potentiella anledningar som kan ha betydelse för händelsen.

#### Efterlevandestöd

Efterlevandestöd erbjuds inom alla tillfrågade verksamheter, dock är stödet inte specifikt anpassat till just suicid utan ingår i det generella krisstödet. Det finns ingen formell avgränsning för vem som kan få efterlevandestöd och det efterlevandestöd som finns att tillgå inkluderar individuella samtal, samt information om var de kan få ytterligare stöd. En länsgemensam rutin för efterlevandestöd vid suicid är under framtagande, dock kommer den ej omfattas av efterlevandestöd vid suicidförsök.

Av de tillfrågade verksamheterna är det enbart specialistpsykiatrin som arbetar uppsökande gentemot efterlevande och det uppsökande arbetet består av telefonsamtal till de anhöriga. Dock arbetar samtliga verksamheter med att hänvisa efterlevande till andra aktörer, vilket ofta är till andra hälso- och sjukvårdsaktörer samt civilsamhället. I samtal med primärvården lyfter de fram att civilsamhället spelar en betydande roll när det kommer till efterlevandestödet då sorg kan få stämpeln som "något sjukt" om efterlevandestödet ligger inom hälso- och sjukvårdsansvaret. Man lyfter betydelsen av att se sorg som en del av livet, och inte som en sjukdom.

### 3.2.2. Kommuner i Norrbottens län

#### Utredningar

Uppfattningen inom samtliga kommuner är att en stor del av det suicidpreventiva arbetet är att hänvisa vidare till andra aktörer samt att fånga upp signaler av suicidala tankar. Några kommuner nämner ytterligare arbete som pågår inom det suicidpreventiva området, exempelvis håller Gällivare kommun på att ta fram en handlingsplan för suicidprevention och Räddningstjänsten i kommunen har ett pågående arbete att ta fram en specifik handlingsplan för deras verksamhet där det finns specificerat vad Räddningstjänsten ska göra inom ramen för det suicidpreventiva arbetet.

I Luleå kommun har *Handlingsplan vid suicidhot* tagits fram som syftar till att ge stöd till personalen i de fall där de misstänker akut fara för livet. Handlingsplanen finns att hitta i sin helhet i bilaga 3. Vidare nämner Räddningstjänsten i samma kommun att



utbildningen "Akut omhändertagande av suicidal personer" är obligatorisk för alla heltidsanställda inom Räddningstjänsten.

Inom alla kommuner ser skolan sitt ansvar inom det suicidpreventiva arbetet som centralt, men varje skola sätter egna ramar och mål för det hälsofrämjande arbetet vilket gör att arbetet ser väldigt olika ut. Exempelvis har Bodens kommun tagit fram centrala riktlinjer för alla kommunens skolor kring psykiskt välmående.

Alla kommuner delar uppfattningen att utredningar efter suicid har en stor betydelse, trots detta genomförs utredningar aldrig eller väldigt sällan inom de tillfrågade verksamheterna. Den främsta anledningen som nämns är att verksamheterna sällan får reda på att ett suicid har begåtts. Det är en generell uppfattning hos alla kommuner att utredningar bör göras om det kommer verksamheten till känna att ett suicid har inträffat. Dock är uppfattningen inom skolan tudelad mellan kommunerna gällande om det ingår i deras uppdrag eller inte att genomföra utredningar.

Få kommuner och verksamheter har erfarenhet av att delta i breda utredningar, men en verksamhet som nämner att de har erfarenhet av att delta är socialtjänsten i Luleå kommun som betonar att samarbetet präglades av tvärprofessionella möten och även involvering av anhöriga med syfte att inhämta deras synpunkter. Ett exempel på åtgärd som genomfördes efter utredningen var införande av en ny rutin inom socialtjänsten att chef ska kontaktas om man inte får direkt kontakt med en brukare.

En genomgående uppfattning är att kommunerna i större utsträckning önskar delta i breda utredningar då de menar att kommunerna ofta besitter mer praktisk kännedom om personen i fråga än hälso-sjukvården. Dock framställs sekretess som ett hinder för deltagande.

#### **Efterlevandestöd**

Efterlevandestöd är något som erbjuds i alla kommuner och verksamheter även om det finns en gemensam uppfattning att det inte är en del av ordinarie uppdrag. Därmed är det efterlevandestöd som erbjuds av kommunerna inte specifikt anpassat för suicid, utan en del av det ordinarie krisstödet.

Ingen av kommunerna arbetar uppsökande gentemot efterlevande men det efterlevandestöd som finns ges i form av individuella samtal, gruppsamtal inom anhörigstöd och vidare information om vart de kan vända sig för ytterligare stöd. Trots att ingen av de tillfrågade verksamheterna har några rutiner för att tillhandahålla efterlevandestöd, har skolan inom alla tillfrågade kommuner rutiner för hantering kring om ett suicid inträffar. Exempelvis finns det i Gällivare kommuns centrala kris- och beredskapsplan, ett avsnitt som lyfter fram hur skolan bör agera vid ett suicidfall. Kris- och beredskapsplanen finns att läsa i sin helhet i bilaga 3.

Hänvisning till andra aktörer förekommer i mån av behov, och hänvisningar görs framför allt till civilsamhället och aktörer inom hälso- och sjukvård.



### 3.2.3. Civilsamhället i Norrbottens län

#### Utredningar efter suicid

Av de efterlevande som intervjuats inom ramen för kartläggningen är uppfattningen utifrån deras egen erfarenhet samt utifrån dialoger med andra efterlevande, att utredningar sällan genomförs efter suicid. De känner även en stark önskan och behov av att utredningar behöver göras i större omfattning och att involvering av anhöriga bör vara obligatoriskt. Ett perspektiv som lyfts fram är att förståelsen hos de efterlevande kring dödsorsaken är en avgörande faktor i sorgprocessen och att utredningar spelar en väsentlig roll genom att bistå i bearbetningen av förlusten. Vidare framhålls även värdet av att genomföra utredningar vid misstänkta suicidförsök då det finns ett betydande mörkertal av dödsfall som hamnar i gråzonen om det skett ett suicid eller ej, och där det är centralt för efterlevande att få en klarare förståelse och stöd i sorgearbetet.

#### Efterlevandestöd

##### Egen erfarenhet som efterlevande vid suicid

I samtal med efterlevande framgår det att den uppsökande kontakten från kommunen eller regionen är bristande. En av de tillfrågade efterlevande med egen erfarenhet vittnar om att det enbart var en aktör från civilsamhället som initierade kontakt, en kontakt som sågs som värdefull. Dock fanns önskan att bli kontaktad av fler aktörer med erbjudande om att delta i samtalsgrupper eller liknande stödåtgärder.

Vidare beskrivs specialistpsykiatri som en aktör som gav stöd i form av behandling av PTSD och kognitiv terapi under ett års tid. Kontakten initierades av personen själv en månad efter händelsen, och terapin pågick en gång i veckan i en timme under den perioden.

##### Organisationens erfarenheter av hur stödet till efterlevande ser ut i länet

Uppfattningen hos de civilsamhällesaktörer som intervjuats är att det råder en brist på systematiskt efterlevandestöd efter suicid, vilket resulterar i att många efterlevande själva måste ta kontakt med relevanta aktörer för att få stöd. En del efterlevande tar hjälp från primärvården och kommunen, men upplevelsen av tillgängligt stöd skiftar beroende på var i länet man befinner sig. Exempelvis får vissa i länet tillgång till psykologhjälp från sin vårdcentral, medan andra blir hänvisade vidare.

I Norrbottens län är det utmanande för civilsamhällesorganisationer att etablera lokalföreningar, särskilt i glesbygden. Dessutom påpekas avsaknaden av specifikt stöd till barn och att etablerade organisationer som exempelvis Randiga huset inte finns i Norrbotten, vilket ger sämre förutsättningar att hjälpa barn i länet. Den enda aktören som finns etablerade på plats i länet är Svenska kyrkan som erbjuder sorgegrupper på både lång och kort sikt.

SPES och Suicide Zero är två organisationer som erbjuder olika typer av stöd till efterlevande. SPES tillhandahåller samtalsstöd via telefon, kommunikationsinsatser för att nå ut till allmänheten och sprider informationsbroschyrer på platser som bibliotek



och vårdcentraler. Suicide Zero däremot arbetar mer preventivt med förebyggande insatser.

### 3.3. Stockholms län

I Stockholms län saknas i dagsläget en länsomfattande rutin för efterlevandestöd, dock pågår det ett aktivt arbete för att ta fram en modell för detta. När det gäller möjligheten att följa upp resurser som avsatts för efterlevandestöd vid suicid inom regionens verksamhet, är det i dagsläget inte möjligt att genomföra i full utsträckning. Därför har det heller inte gjorts någon registerbaserad utvärdering av efterlevandestöd vid suicid.

När det kommer till en länsövergripande rutin för utredning och uppföljning av suicid i samverkan, finns ingen sådan etablerad.

#### 3.3.1. Hälso-sjukvård i Stockholms län

##### Utredningar

Inom specialistpsykiatrien uppges utredningar alltid genomföras vid inträffat suicid, där beslutet om en Lex Maria-anmälan grundar sig på huruvida utredningen visar att rutinerna följts eller ej. Inom specialistpsykiatrien finns tre huvudsakliga rutiner:

- ✦ Rutin för retrospektiv genomgång: Anvisning gällande genomförandet av retrospektiva genomgångar. Rutinen påtalar bland annat att en retrospektiv genomgång ska genomföras 8–16 veckor efter att suicid har inträffat.
- ✦ Riktlinje för suicid i vården, stöd till personal: Anvisning gällande stöd till personal som arbetar med suicidnära patienter och stöd när en patient tagit sitt liv.
- ✦ Riktlinje för involvering av närstående: Betonar vikten av närstående som en viktig informationskälla inom vården och hur personalen kan hantera situationer där kontakt med närstående är nödvändig.

Rutinerna finns att hitta i sin helhet i bilaga 3.

Den somatiska specialistvården uppfattar inte utredningar som en del av deras uppdrag. Inom primärvården är huvudorsaken till att utredningar inte genomförs att informationen om att ett suicid har inträffat inte når dem. Dessutom nämns kunskapen om hur och när en utredning ska genomföras inom primärvården som låg och ofta personbunden.

I de utredningar som initieras av specialistpsykiatrien används SKR:s metod för händelseanalys fullt ut eller delvis och anhöriga involveras alltid i utredningarna, vars erfarenheter samlas in i ett tidigt skede och återkopplas efter avslutad utredning. Alla tillfrågade verksamheter ser utredningar som en möjlighet att identifiera vad som har gått fel och att ge en mer komplett bild av händelsen för både medarbetare och efterlevande. Dock påpekar specialistpsykiatrien att resultaten från utredningarna inte alltid används optimalt och att det finns en stor förbättringspotential i arbetet att presentera åtgärdsförslag som faktiskt leder till förbättringar. Inom den offentliga



primärvården lyfts ett exempel fram som lett till förbättringar där en lokal rutin inom verksamheten togs fram för att stötta personal om hur patienter som uttrycker suicidala tankar ska hanteras och vem som ska kontaktas.

Av intervjuerna framgår det att breda utredningar enbart förekommer inom specialistsykiatrin. Att andra aktörer inom hälso- och sjukvården och primärvården bjuds in sker per rutin inom specialistsykiatrin och samarbetet präglas av gemensamma analysmöten där all personal som varit involverad i patientens vård bjuds in. Mötena syftar till att skapa en djupare förståelse och lärande av händelsen vilket uppfattas vara en lärorik process. Det finns en stark vilja från andra hälso- och sjukvårdsaktörer att delta i breda utredningar, dock delar inte övriga intervjuade hälso- och sjukvårdsaktörer bilden av att verksamheterna alltid blir tillfrågade av att delta i specialistsykiatrins utredningar. Alla de intervjuade verksamheterna delar dock bilden att genomförandet av breda utredningar har potential att stärka samverkan kring patientgruppen och i högre utsträckning hitta felanalysen.

En generell uppfattning är att det ses som nödvändigt att inkludera fler aktörer i utredningarna för att få en mer nyanserad bild av individen. Vårdens begränsade insikt om en individ och deras liv understryker behovet av att engagera fler, särskilt kommunen som besitter en djupare kunskap om den sociala dimensionen av människors liv, vilket kan belysa alternativa former av sårbarhet som vårdpersonalen inte nödvändigtvis är medveten om.

### **Efterlevandestöd**

Efterlevandestöd erbjuds inom alla tillfrågade verksamheter och utgörs främst av individuella samtal samt hänvisningar till andra resurser vid behov. Specialistsykiatrin är den enda verksamhet som ger efterlevandestöd som är specifikt för suicid, detta arbete regleras av en specifik rutin för efterlevandestöd kallad "Stöd till närstående efter suicid". Övriga aktörer som tillfrågats i kartläggningen erbjuder generellt efterlevandestöd som ingår i det generella krisarbetet.

Av vad som framgår av intervjuerna finns inga formella avgränsningar om vem som kan få efterlevandestöd. Den enda verksamheten som nämner en avgränsning är primärvården som menar att den enda avgränsningen är att personen ska vara listad på den aktuella vårdcentralen där de söker hjälp. Specialistsykiatrin är den enda verksamheten som arbetar rutinartat med uppsökande gentemot anhöriga i form av telefonsamtal, något som varierar inom primärvården och somatiken.

Specialistsykiatrin menar att när frågor hänvisas till civilsamhället kan det uppfattas som att hälso- och sjukvården fransäger sig ansvaret. Om civilsamhället förväntas ta ett större ansvar bör det åtföljas av ökade resurser för att möjliggöra detta då de i dagsläget präglas av osäkra förhållanden med begränsade ekonomiska resurser. Sammantaget betonas vikten av ett samarbete där både hälso- och sjukvården samt civilsamhället kompletterar varandra, med medvetenhet om civilsamhällets varierande expertis och kunskapsnivåer.



### 3.3.2. Kommuner i Stockholms län

---

#### Utredningar

Utifrån samtliga kommuners perspektiv anses det suicidpreventiva arbetet inte utgöra en formell del av deras uppdrag. Dock menar samtliga kommuner att allt hälsofrämjande arbete kan ses som en del av det suicidpreventiva arbetet och att det finns kompetens för att implementera tidiga insatser, särskilt i tidiga skeden och under tidig ålder.

Utredningar inom de tillfrågade kommunerna sker i ytterst begränsad omfattning då den enda verksamheten som har erfarenhet av att genomföra utredningar är socialtjänsten inom Stockholms stad. Orsaken till att utredningar sker i så pass begränsad omfattning anses vara att verksamheterna sällan får kännedom om att suicid inträffat, och om det väl händer är riktlinjerna för när en utredning ska initieras otydliga.

Ingen av de tillfrågade kommunerna saknar erfarenhet av att samarbeta i breda utredningar med regionen och har inte heller blivit tillfrågade om att delta. Dock ser samtliga kommuner ett betydande värde av att samarbeta med regionen för att förstå hur andra verksamheter bedriver sitt arbete och för att klargöra ansvarsfördelningen mellan kommun och region. Det finns en önskan från samtliga kommuner om att främja gränsöverskridande samarbete mellan kommun och region genom kunskapsutbyte för att öka förståelsen och kännedomen kring varningssignaler för suicid.

#### Efterlevandestöd

Det efterlevandestödet som tillhandahålls av kommunerna består främst av individuella samtal samt vägledning till andra aktörer vid behov. Hänvisning sker primärt till aktörer inom hälso- och sjukvården eller civilsamhället för att tillgodose specifika behov eller ytterligare stöd.

Det finns inga avgränsningar hos någon av kommunerna kring vem som kan få efterlevandestöd, dock är det befintliga efterlevandestödet generellt och inte specifikt inriktat på suicid. Den verksamhet som lyfter fram en begränsning kring efterlevandestödet är utbildningsförvaltningen inom Stockholms stad som nämner att barnet måste ha gått på skolan för att ett kristöd ska aktiveras. Ett exempel på åtgärd som genomförs är att personalen kollar upp om eleven har syskon på en annan skola i kommunen och kontaktar i så fall den rektorn om vad som skett.

### 3.3.3. Civilsamhället i Stockholms län

---

#### Utredningar

Av de efterlevande som intervjuats inom ramen för kartläggningen är uppfattningen, utifrån deras egna erfarenheter samt dialoger med andra efterlevande, att utredningar efter suicid anses vara av betydande vikt. Det gäller både för anhöriga och vårdpersonal.



Vidare betonar de att utredningar bidrar till att synliggöra eventuella brister eller fel i systemet för att revidera arbetssätt och undvika att liknande situationer uppstår i framtiden.

För de efterlevande som intervjuats lyfts det fram att det är av central betydelse att det framgår vem som ansvarar för utredningen och vem som genomför den, information som idag anses som bristande. Önskan finns även att efterlevande i större omfattning betraktas som en resurs i utredningsprocessen då deras involvering möjliggör ytterligare aspekter, insikter och förståelse för händelseförloppet.

### **Efterlevandestöd**

#### Egen erfarenhet som efterlevande vid suicid

I samtal med efterlevande framgår det som betydande att i ett initialt skede få stöd på plats i hemmet i stället för att behöva ta sig i väg. Exempelvis kan det finnas ett mobilt team som ger stöd i hemmet och hjälper till med det praktiska. En åtgärd som lyfts fram som önskvärd i arbetet framåt är en informationsbroschyr som listar olika funktioner eller personer att kontakta för stöd och hjälp. Dessutom betonas vikten av att aktörer arbetar uppsökande gentemot efterlevande för att diskutera behovet av fortsatt hjälp och support. Det är av betydelse att det finns någon som kan ställa praktiska frågor för att identifiera den specifika hjälpen som kan vara nödvändig i situationen. Dock är upplevelsen att det finns en brist på initiativ från aktörer att aktivt söka upp och erbjuda stöd till efterlevande.

Vidare betonas att det är viktigt att det finns olika professioner att tillgå under olika faser av sorgen och att inte en och samma aktör kan tillgodose alla behov. Betydande aktörer som nämns är SPES, föreläsare, präster, diakoner, psykologer och läkare. Vidare finns en önskan om vägledning och stöd till föräldrar om hur de kan stötta sina barn som är efterlevande, vilket är en viktig aspekt som behöver uppmärksammas och utvecklas för att kunna tillgodose det behovet på ett bättre sätt.

#### Organisationens erfarenheter av hur stödet till efterlevande ser ut i länet

Uppfattningen hos de civilsamhällesaktörer som intervjuats är att efterlevandestödet från samhällsaktörer är bristfälligt och att ett stort ansvar läggs på individerna själva. Utifrån det stöd som erbjuds är uppfattningen att det är utformat för vuxna och att det inte finns något specifikt stöd för barn. Vidare nämns de långa väntetiderna till BUP som problematiskt. Suicide Zero nämner att efterlevandestöd till barn borde inledas direkt och att de sörjer på ett annorlunda sätt och därför behöver alternativt anpassat stöd. Vidare nämns att det finns en påtaglig brist på information om var de efterlevande kan få stöd.

Stöd som erbjuds inom civilsamhället är exempelvis SPES som finansieras genom bidrag och som erbjuder efterlevande individuella samtal och gruppsamtal på lång- och kort sikt.

Svenska kyrkan är även en aktör som arbetar med generellt efterlevandestöd i hela länet. I Engelbrekts församling finns dock specifika sorgegrupper för personer som





förlorat anhöriga till suicid. Sorgegrupperna är till för både barn och vuxna där rekommendationen för barn som önskar delta är att det har gått sex månader sedan suicidet inträffade.

### 3.4. Sammanfattning av fallstudierna

#### Utredningar

Sammanfattningsvis visar resultatet av fallstudierna att utredningar efter suicid främst genomförs inom hälso- och sjukvården och i begränsad omfattning inom kommunerna. En likhet mellan hälso- och sjukvården inom samtliga län är att utredningar framför allt genomförs inom specialistsykiatriin där SKR:s metod för händelseanalys används i mer eller mindre utsträckning. En huvudsak till att utredningar genomförs i begränsad omfattning i övriga verksamheter inom hälso- och sjukvården och kommunerna är att de inte får vetskap om att ett suicid har inträffat, eller att verksamheterna inte ser utredningar som en del av sitt uppdrag.

Det råder en samstämmig bild inom alla län att utredningar inom hälso- och sjukvården är viktiga för förståelsen både hos personalen samt de efterlevande. För att utredningarna ska leda till ett organisatoriskt lärande och ej begränsas till den närmast berörda enheten, är en förutsättning att lärdomarna från utredningarna sipprar ner till de kliniska verksamheterna som arbetar patientnära.

#### Efterlevandestöd

Över lag är det efterlevandestöd som finns inte specifikt anpassat till suicid, utan ingår i respektive organisations generella krisstöd. Både kommuner och regioner erbjuder inledande stöd, dock ser ingen aktör att ansvaret för mer långsiktigt efterlevandestöd ligger inom deras respektive uppdrag, utan ser hänvisning till andra aktörer som en del av det efterlevandestöd de erbjuder. Brist finns på specifikt efterlevandestöd till barn – behov av andra insatser då de sörjer annorlunda.

Rutinerna för efterlevandestöd är få och de som finns är ofta bristande i förankringen inom verksamheterna. Att aktörer arbetar uppsökande och kontaktar de efterlevande är av central betydelse för de efterlevande, men förekommer i dagsläget endast i begränsad omfattning inom både kommun och region.

Civilsamhällesorganisationer uppfattar att utbudet av efterlevandestöd från offentliga organisationer, likväl som från civilsamhället, varierar beroende på vart i landet man bor. Praktisk hjälp under den inledande perioden efter händelsen är betydelsefullt och önskas av de efterlevande, i ett senare skede är samtal relevant.

Uppfattningen är att civilsamhället är ett bra komplement till det efterlevandestöd som erbjuds inom hälso- och sjukvården och kommunerna. Civilsamhällesorganisationer tenderar att tillhandahålla mer tillgängligt informationsmaterial än vad som erbjuds av kommuner och regioner. Detta understryker behovet av ett mer strukturerat och anpassat stöd för de efterlevande efter suicid.



## 4. Analys och slutsatser

I detta kapitel presenteras Governos sammantagna analys och slutsatser av genomförd datainsamling genom att besvara kartläggningens frågeställningar:

- ✦ I vilken omfattning utreds suicid och hur mycket resurser avsätts till detta?
- ✦ Hur ser tillgången till efterlevandestöd ut och vilka verksamheter arbetar med efterlevandestöd?

### 4.1. I vilken omfattning utreds suicid och hur stora resurser avsätts till detta?

Sammantaget pekar kartläggningen på att utredningar huvudsakligen sker inom hälso- och sjukvården och framför allt inom specialistpsykiatri. Enkäten stödjer denna iakttagelse vilket går att urskilja i regionernas uppskattning kring vilken regional verksamhet som deltar i utredningar, där specialistpsykiatri tydligt framgår som den mest aktiva aktören.

Fallstudierna och enkätundersökningen ger delvis olika bilder av övriga regionala verksamheters deltagande i utredningar. Från fallstudierna framstår primärvården och den somatiska specialistvårdens roll som begränsad, där huvudsaker till detta är att de inte får vetskap om att suicid inträffat, samt att de inte ser utredningar som en del av sitt uppdrag. Trots att enkätsvaren också tyder på att specialistpsykiatri har den mest betydande rollen i utredningsarbetet, pekar enkätsvaren mot att andra regionala verksamheter också är med och utreder, även om det sker i mer begränsad omfattning.

Att de kommunala verksamheterna utreder suicid överhuvudtaget är inte lika självklart, vilket bekräftas av såväl enkät- som intervju svar. Enkäten ger bilden av att socialtjänsten är den kommunala aktören med mest framträdande roll inom utredningsarbetet. Det skiljer sig från fallstudierna som snarare vittnar om att socialtjänsten upplever sig ha en otydlig roll. Det svaren från fallstudierna och enkäten båda pekar på, är även att skolans roll i utredningar är otydlig, även om de har allmänna rutiner att följa vid dödsfall.

Sammantaget ger enkätsvaren uttryck för en viss osäkerhet hos kommunerna gällande utredningar efter suicid. Har man ett ansvar för frågan eller inte? Ungefär hälften av kommunerna gör inga utredningar alls och bland de som gör utredningar, menar flera att deras arbete är bristande alternativt att de saknar tydliga rutiner. Flera fritextsvar vittnar dock om att detta är ett arbete som börjat uppmärksammas och prioriterats allt mer. Den verksamhet som sticker ut i fallstudierna är Räddningstjänsten som både ser sin roll i det suicidpreventiva arbetet såväl som i utredningsarbetet som central. Vidare går det av fallstudierna att urskilja att Räddningstjänsten i hög grad även delar resultaten av deras utredningar med andra kommunala aktörer – en företeelse som inte går att påträffa hos andra kommunala verksamheter.



Av kartläggningen framgår att det enbart är Region Uppsala som har en länsövergripande rutin för utredningar efter suicid, och denna är avgränsad till att enbart gälla barn och unga. Trots detta finns det delade meningar om i vilken utsträckning samarbete sker inom utredningar efter suicid från fallstudierna och enkätsvaren. Angående samarbete i utredningar mellan regionala verksamheter framgår det från såväl enkäten som fallstudierna att det förekommer. Dock sker samverkan i utredningar i varierad omfattning där det tydligt framgår att den somatiska specialistvården deltar i väldigt begränsad omfattning.

Gällande involvering av externa aktörer menar flera regioner att de bjuder in kommunerna att delta i dessa utredningar, något som kommunernas enkätsvar inte bekräftar. Majoriteten av kommunerna menar att de inte blir inbjudna att delta i andra aktörers utredningar alls. Bara en dryg tiondel av kommunerna vittnar om att de regelbundet blir inbjudna. Detta stämmer överens med fallstudierna som menar att regionerna anser sig bjuda in kommunerna, men att kommunerna själva upplever sig sällan få frågan. Av de kommuner som upplever sig bli inbjudna, är det inte heller självklart att de alltid väljer att delta vilket av svaren kan förklaras av en kombination av kompetensbrist och otillräckliga resurser.

När det kommer till värdet av utredningar anses det viktigt att utredningar görs, det framgår från både enkät och fallstudier. Dock är den genomgående uppfattningen att utredningarna sällan leder till ett organisatoriskt lärande. Representationen i utredningarna anses betydande för att kunskapen och åtgärderna hamnar hos de som har direktkontakt med personerna i fråga. Ett möjligt problem är däremot, som nämns ovan, att utredningarna i huvudsak enbart genomförs av psykiatrin och att kunskapen sedan inte sprids.

Det finns flera övriga utmaningar som lyfts gällande arbetet med utredningar. Från fallstudierna nämns kulturen och skuldbeläggandet som en anledning till att utredningarna inte genomförs alls – detta är däremot inget som framgår av enkätsvaren. Vidare anses sekretess mellan och inom huvudmän primärt vara ett hinder för samverkan från kommunernas sida, vilket ett par enskilda kommuner nämner i sina enkätsvar.

Gällande omfattningen av resurser som tillsätts för utredningar efter suicid framkommer inget tydligt svar från antingen fallstudierna eller enkäten. Det faktum att flera kommuner däremot uppger att de inte genomför utredningar efter suicid alls, tyder på att detta inte är ett område som de satsar mycket resurser på. Samma iakttagelse går att göra för regionala verksamheter utöver specialistpsykiatrin.

Samtliga intervjuer med efterlevande ger också bilden av att anhöriga i väldigt liten utsträckning involveras i suicidutredningar. Från enkätsvaren framkommer däremot en relativt splittrad bild där kommunernas involvering av anhöriga är jämnt fördelade över svarsalternativen. Regionerna menar däremot att anhöriga nästan alltid involveras i deras utredningar.



#### 4.2. Hur ser tillgången till efterlevandestöd ut och vilka verksamheter arbetar med efterlevandestöd?

I kartläggningen går det att konstatera att majoriteten av regionerna erbjuder efterlevandestöd till skillnad från kommunerna där drygt hälften av alla kommuner erbjuder efterlevandestöd. Därmed förekommer efterlevandestöd i högre utsträckning inom regionerna än inom kommunerna. Regionerna har även i högre utsträckning efterlevandestöd som är specifikt riktat till suicid, medan det i kommunerna är vanligast att generell efterlevandestöd erbjuds – detta är ett mönster som går att se i fallstudierna såväl som i enkätundersökningen. En viss differens går att urskilja mellan enkätresultaten och fallstudierna då en klar majoritet av de regioner som i enkäten svarat att de erbjuder efterlevandestöd, erbjuder stöd som är specifikt för just suicid. Detta är något som skiljer sig från fallstudierna där resultatet visar att det efterlevandestöd som erbjuds i regionerna i större omfattning är generell, snarare än specifikt inriktat på suicid. Av kartläggningen framgår det att det är inom hälso- och sjukvården, och speciellt inom specialistpsykiatrin, som det finns störst vana och mest utarbetade rutiner och arbetsätt hur man ska arbeta med efterlevandestöd, oavsett om det är generellt eller specifikt anpassat till suicid.

Av det efterlevandestöd som erbjuds i landet, oavsett om det ingår i det generella efterlevandestödet eller specifikt för suicid, kan det konstateras att stöd på individnivå är den vanligaste formen av stöd och där enskilda samtal med de efterlevande är främst förekommande. Dock är det ingen aktör, varken inom kommun eller region, som anser sig ha ansvar för att erbjuda mer långsiktigt efterlevandestöd. Efterlevande lyfter fram att behovet av praktisk hjälp är centralt under den initiala fasen, dock går det av kartläggningens resultat inte att urskilja någon aktör som erbjuder något sådant stöd.

Ett återkommande perspektiv är bristen på specifikt efterlevandestöd till barn och det är påtagligt att möjligheten att få anpassat stöd som barn skiljer sig åt i landet. Exempelvis uppmärksammas att etablerade organisationer som Randiga huset inte finns i Norrbottens län vilket ger sämre förutsättningar att hjälpa barn i länet. Vidare finns en önskan från efterlevande om vägledning och stöd till föräldrar om hur de kan stötta sina barn som är efterlevande, vilket är en viktig aspekt som behöver uppmärksammas och utvecklas för att kunna tillgodose det behovet på ett bättre sätt. Civilsamhället delar bilden att situationen för många barn är svår och att de långa väntetiderna till BUP är problematiska. Suicide Zero nämner att efterlevandestöd till barn borde inledas direkt och att de sörjer på ett annorlunda sätt och därför behöver anpassat stöd.

Av kartläggningens resultat går det att se en skillnad mellan efterlevandes, kommuners samt regioners uppfattning kring deras uppsökande arbete. Av fallstudierna är det tydligt att efterlevande ser aktörers uppsökande arbete som centralt, dock är deras bild att det i dagsläget sker i ytterst begränsad omfattning inom både kommun och region. Denna bild skiljer sig något från regionernas egen uppfattning då det i enkätresultaten syns att 60 procent av regionerna menar att de arbetar uppsökande. Antalet kommuner som anser sig arbeta uppsökande gentemot efterlevande är 32 procent. Av de verksamheter som arbetar uppsökande gentemot anhöriga är



telefonsamtal den typ av uppsökande arbete som framgår av svaren. Av resultatet framgår dock inte någon exakt frekvens på samtalen.

Både fallstudierna och enkätresultaten visar på att förekomsten av länsövergripande rutiner såväl som verksamhetsspecifika rutiner för efterlevandestöd, är begränsad. Länsövergripande rutiner för efterlevandestöd återfinns enbart i fem län: Hallands län, Kalmar län, Kronoberg län, VGR och Örebro län. Dock betonas i enkätsvaren, såväl som i fallstudierna, att efterlevnaden och förankringen av rutinerna inom verksamheterna ofta är bristande. Exempel på detta återfinns i Hallands län, ett av få län som har en länsövergripande rutin för efterlevandestöd, men där samtliga kommuner som intervjuats menar att det inte finns något efterlevandestöd som är specifikt anpassat till suicid eller rutin för efterlevandestöd.

Som tidigare nämnt förekommer verksamhetsspecifika rutiner för efterlevandestöd i begränsad omfattning både inom kommun och region. Dock finns en kommunal verksamhet som sticker ut i fallstudierna vilket är skolan, där det i högre grad finns utarbetade rutiner vid en elevs eller anhörigs dödsfall. Däremot är dessa rutiner inte specifika för just suicidfall utan ingår i ordinarie krisplaner, men innefattar tydliga processer och arbetssätt kring hantering av efterlevandestöd inklusive andra elever i skolan.

Uppföljning av resurser som avsatts för efterlevandestöd vid suicid inom regionernas verksamhet är också något som sker i begränsad omfattning, detta är något som enbart sker i Kronobergs län och Kalmar län. I fallstudierna såväl som i enkätundersökningarna framstår civilsamhället spela en viktig roll och tar ett stort ansvar för efterlevandestödet. Den generella uppfattningen är att civilsamhället utgör ett bra komplement till det efterlevandestöd som erbjuds inom hälso- och sjukvården och kommunerna. Det finns en risk att det offentliga "lämpar över" ansvaret på civilsamhället, vilket framhålls av organisationerna själva, men också av en stor del av de tillfrågade kommunerna och regionerna. Därmed är det av betydelse att betona att civilsamhället riskerar att få för stor roll, i stället för en kompletterande roll, vilket kan ses som problematiskt utifrån att omfattningen av det stöd och resurser som krävs oftast saknas inom dessa organisationer samt att många organisationer inte finns representerade på alla orter.

De civilsamhällesaktörer som kommuner och regioner i störst grad hänvisar till är SPES, Suicide Zero och Svenska kyrkan. Svenska kyrkan är även en aktör som arbetar med generell efterlevandestöd i hela länet, dock förekommer det viss variation inom församlingarna. Exempelvis har Engelbrekts församling specifika sorgegrupper för personer som förlorat anhöriga till suicid. Svenska kyrkan har av tradition en central roll i efterlevandestödet, dock är det viktigt att betona involvering och inkludering av andra trossamfund för att göra det representativt för befolkningen.



---

## 5. Bilagor

- ✦ Bilaga 1A - Kommunenkät
- ✦ Bilaga 1B - Fritextsvar kommunenkät
- ✦ Bilaga 1C - Rådata från kommunernas enkätundersökning
- ✦ Bilaga 2A - Regionenkät
- ✦ Bilaga 2B - Fritextsvar regionenkät
- ✦ Bilaga 2C - Rådata från regionernas enkätundersökning
- ✦ Bilaga 3 - Rutiner som skickats in från kommuner och regioner
- ✦ Bilaga 4 - Kännedom och resursåtgång av utredningar efter suicid.

# Samhällskostnader av suicid och "break-even-analys" av att inrätta ett nationellt centrum för suicidutredningar

*Denna underlagsrapport har Ramboll Management Consulting AB författat på uppdrag av Suicidanalysutredningen. Underlagsrapporten syftar till att användas för att tydliggöra kostnaderna och potentiella nyttor (kostnadsbesparingar) som följer av att införa ett nationellt centrum för suicidprevention.*

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får ett nytt uppdrag att inrätta ett nationellt centrum för suicidutredningar, som ska utreda och analysera inträffade suicid. Utredningsfunktionen ska arbeta med utgångspunkt i olika teman och utreda samtliga suicid bland barn, samt ett urval av suicid bland vuxna.

Förslaget innebär även att myndigheter med uppgifter som behövs för utredningsfunktionens verksamhet får en utökad uppgiftsskyldighet, samt att statliga förvaltningsmyndigheter som berörs av en utredning eller vars ansvarsområde berörs av en utredning får en skyldighet att ställa experter till förfogande.

## Om samhällsekonomiska konsekvenser av utredningens förslag om att inrätta ett nationellt centrum för suicidprevention

I Sverige avlider cirka 1 200 personer årligen till följd av suicid. De suicid som inträffar under ett år har uppskattats till att kosta samhället 7,3 miljarder kronor.<sup>1</sup>

Samhällsnyttan som följer av ett nationellt centrum för suicidprevention är svår att skatta. Men det finns en tydlig koppling mellan suicidpreventiva insatser och en reduktion i suicid – det är alltså möjligt att påverka suicidprevalensen.<sup>2</sup> Utredningens förslag syftar till att ett centrum ska etableras för att genomföra utredningar, som i sin tur ska få aktörer ska lära sig mer av suicid och suicidhändelser, vilket i sin tur förväntas ha en påverkan på olika aktörers suicidpreventiva arbete. Detta förväntas i sin tur leda till färre suicid genomförs i Sverige.

Samhällsnyttorna av utredningens förslag är således främst indirekta. Att nyttan faktiskt realiserar bygger på antagandet om att utredningens förslag stärker aktörers suicidpreventiva arbete, vilket i sin tur leder till färre suicidfall. Det är svårt att isolera och den orsaks- och sambandskedja som behöver uppstå för att i detalj beräkna vilken effekt den typ av förslag som lämnas i förlängningen skulle få på antal liv förlorade i suicid. Därför har utredningen uppdragit Ramboll att genomföra en s.k. ”break-even”-analys, vilket innebär att analysera frågan: hur många suicidfall behöver förhindras för att motivera kostnaderna som följer av utredningens förslag?

Kostnaderna som följer av att inrätta ett nationellt centrum för suicidprevention är direkta kostnader. Det innebär att de har en offentligfinansiell effekt och belastar statsbudgeten eller övriga aktörers budget. Samhällsnyttorna av preventiva insatser är i hög utsträckning indirekta nyttor, dvs. att de positiva effekterna följer i senare led om ett suicid förhindras. Dessa indirekta nyttor medför någon direkt offentligfinansiell besparing. Av detta följer en inneboende utmaning i att jämföra direkt offentligfinansiell påverkan med indirekta effekter. Finansdepartementet tar normalt inte hänsyn till indirekta effekter vad gäller beräkningar för de offentliga finanserna,<sup>3</sup> men att jämföra

<sup>1</sup> Kostnadsberäkningarna gäller för inträffade suicidfall år 2022. Uppsala universitet, *Samhällskostnader för suicid i Sverige 2022 – en sjukdomskostnadsstudie*, 2024.

<sup>2</sup> Se t.ex. Erlangsen, A., Madsen, T., Morthorst Reuter, B., Kjær Høier, N., Nordentoft, M., Wang, A. G., & Hadlaczky, G. (2024). Prevention of suicide and suicide attempts in the Nordic countries. Nordic Council of Ministers.

<sup>3</sup> Regeringen, Finansdepartementets Beräkningskonventioner 2024.



direkta kostnader för preventiva åtgärder och samhällsnyttor är vanligt förekommande i exempelvis transportekonomiska beslutsunderlag.<sup>4</sup>

I det första avsnittet redovisar vi olika sätt att uppskatta värdet av att förhindra suicid. I ett efterföljande avsnitt resonerar vi kring fördelar och nackdelar med olika metoder. Därefter redovisar vi kostnader som följer av att inrätta och upprätthålla ett nationellt centrum för suicidprevention och i ett avslutande avsnitt jämför vi kostnader av utredningens förslag för olika aktörer med kostnaden för ett förlorat liv i suicid.

## Det finns olika sätt att uppskatta värdet av ett förhindrat suicid

Det finns olika metoder att uppskatta värdet av ett förhindrat suicid. Varje metodval har sina egna utmaningar och implikationer. I följande avsnitt diskuterar vi de metodologiska för- och nackdelarna med två olika metoder. Den ena metoden beräknar samhällskostnader för suicid och suicidförsök och diskussionen tar utgångspunkt i en s.k. *cost of illness*-studie från Uppsala universitet. Den andra metoden utgår ifrån betalningsviljan för att motverka suicid och använder värdet av ett statistiskt liv från Trafikverkets ASEK 8.0.

*Cost-of-illness*-metoden (COI) värderar de direkta kostnaderna av bland annat vård och de indirekta kostnaderna av den förlorade produktion som uppstår vid ett suicidfall. Värdet av ett statistiskt liv-metoden (*Value of statistical life*, VSL) utgår från betalningsviljan för att minska risken för död. Nyttan att förhindra suicid kan därmed (och något förenklat) skattas antingen genom att uppskatta samhällskostnaderna när prevention misslyckas, eller betalningsviljan för att undvika att ett suicidfall sker.

COI-studier identifierar och värderar alla kostnader kopplade till en sjukdom eller ett tillstånd, typiskt under ett år. Kostnaden som skattas är därmed ett mått på den välfärdsminskning som en viss typ av händelser ger upphov till i samhället. Metoden tar hänsyn till direkta kostnader<sup>5</sup> (som till exempel räddningstjänst, ambulans samt rättsmedicinsk undersökning) och indirekta kostnader (som till exem-

<sup>4</sup> Trafikverket, Transportekonomi – termer förklarade på ett enklare sätt, 2021.

<sup>5</sup> I uppskattningen av direkta kostnader går det även att inkludera effektivitetsförluster för andra, i samband med exv. trafikpåverkan.

pel produktionsbortfall i yrkesliv och hemarbete). Humankostnader ingår oftast inte i beräkningarna. Det innebär att metoden endast tar hänsyn till den produktion som en människa bidrar med i förvärvs- eller hemarbete, men inte tar med värdet av liv och hälsa (utöver bidraget till våra gemensamma resurser i form av produktion).<sup>6</sup> En uppskattning av ett förhindrat suicid kan kombinera kostnader från alla eller vissa av dessa kategorier.

COI-studier har kritiserats för att de inte tar hänsyn till s.k. ”undvikbara kostnader”, dvs. kostnader som går att undvika om en viss aktivitet inte utförs. Därför kan COI-studier sägas ha liten relevans för policyåtgärder eller prioriteringar inom hälso- och sjukvården, då det inte ger någon vägledning om huruvida kostnaderna används effektivt (eller ineffektivt).

VSL är det gängse beräkningssättet för preventivt arbete i Sverige och används av Trafikverket. VSL kan typiskt sett användas för samhällsekonomiska kalkyler där två egenskaper är uppfyllda.<sup>7</sup> För det första gäller att de preventiva åtgärderna inte riktar sig till specifika och identifierade individer, dvs. att prioriteringsbesluten inte fattas avseende på vilka personer som gynnas eller missgynnas. För det andra ska åtgärderna innebära små förändringar i risker för ohälsa eller för tidig död. Värderingen består av ett humanvärde – dvs. värdet av liv utöver produktionsbidraget till våra gemensamma resurser. VSL inkluderar inte direkta materiella kostnader (exempelvis kostnader för sjukvård) eller produktionsbortfall. Det finns invändningar även mot denna metod, vilket främst har att göra med hur värderingen av ett statistiskt liv ska göras (se ovan).

Metoderna ger betydande skillnader i utfall, bland annat beroende på vilka kostnader som inkluderas i COI-analyser<sup>8</sup>, men framför allt för att inkluderingen av humanvärde innebär betydligt högre skattningar.

Vi bedömer att utgångspunkten för ”break-even”-analysen bör vara den gängse metod som används av Trafikverket. Det innebär att samhällsvärdet av ett suicid är summan av värdet av ett statistiskt liv (humanvärdet), produktionsbortfall (den produktion som går förlorad till följd av suicidet) samt de direkta kostnaderna (de resurser

---

<sup>6</sup> Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid (msb.se)

<sup>7</sup> Hultkrantz, L, och Svensson, M. Värdet av liv, Ekonomisk Debatt, 2002 nr 2.

<sup>8</sup> Ramboll har bl.a. redogjort för dessa skillnader i förhållande till samhällskostnaderna för alkohol i en rapport för Systembolaget. Systembolaget, Alkoholens samhällskostnader, Bilaga 1 Metodrapport, tabeller och känslighetsanalys, 2019.

som läggs inom t.ex. sjukvård förknippat med suicidet). Detta är i linje med hur motsvarande analyser genomförs vid preventivt arbete inom transportplanering, och det finns stöd för att detta även kan användas för suicid.<sup>9</sup>

Ett argument som talar emot att använda produktionsbortfall och direkta kostnader är att de kommer från COI-studier, samt att COI-studier har ett beskrivande syfte snarare än att användas för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Nedan redogör vi för en fördjupad diskussion om metodval.

### Fördjupad diskussion om metodval

I följande avsnitt jämför vi två COI-studier och Trafikverkets tillvägagångssätt för att beräkna värdet av prevention av trafikolyckor. Samtliga studier beräknar direkta och indirekta kostnader för dödsfall och Trafikverket använder utöver dessa kostnader även värdet av ett statistiskt liv. Det gör att skattningarna av ett suicid med uppgifter från Trafikverket blir betydligt högre än i COI-studierna. Det finns även en stor skillnad mellan studiernas skattning av produktionsbortfall, vilket är den största kostnadsposten utöver human-kostnader.

I tabell 1 presenterar vi kostnaden per suicidfall för tre olika studier som använder olika beräkningsunderlag. Till skillnad från Trafikverkets skattningar är COI-studierna genomförda för att beräkna det samlade samhällskostnaden för suicid. För att få en uppfattning av samhällskostnaden av *ett* suicid har vi dividerat kostnaden med antalet suicid. Men det är viktigt att poängtera att samhällskostnaden för ett suicid varierar betydligt beroende på den förväntade återstående livstiden för personen som avlidit i suicid.

---

<sup>9</sup> Vimefall, E. et al (2021) Is prevention of suicide worth less? A comparison of the value per statistical life, The European Journal of Health, Augusti 2021.

**Tabell 1 Uppskattade kostnader för suicid/olyckor, 2022 års penningvärde**

	Snittkostnad per suicidfall, COI-studie från Uppsala universitet 2022	Snittkostnad per suicidfall, baserat på MSB-studie (MSB, 2014), 2022 års penningvärde	Olycksvärdering för vägtrafikolyckor, Trafikverket ASEK 8.0, 2024)
Kostnader per suicidfall (tkr)	5 821 <sup>10</sup>	9 342–9 354	66 268
– varav humankostnader	<i>Ingår ej i beräkning</i>	<i>Ingår ej i beräkning</i>	58 955 <sup>11</sup>
– varav produktionsbortfall	5 742	9 302 <sup>12</sup>	7 174 <sup>13</sup>
– varav direkta kostnader	56	40–52 <sup>14</sup>	72

### *Humankostnader*

Humankostnader utgörs av förlust av liv och hälsa och utgör de numeriskt största kostnaderna av ett dödsfall. De svenska COI-studierna om samhällskostnader av suicid från Uppsala universitet och MSB räknar inte med humankostnader i sina beräkningar. Trafikverket, som gör sin skattning baserat på olyckstrafikdödsfall, räknar med humankostnader.

Värderingen av ett statistiskt liv är en ekonomisk uppskattning av värdet av att minska risken för dödsfall. Den risk som värderas avser en viss tidsperiod som infaller i närtid, till exempel det kom-

<sup>10</sup> Värdet är beräknat genom att dividera de beräknade totala samhällskostnaderna för det som i studien kallas för "säkra" suicid med antalet suicid år 2022. Uppsala universitet uppskattade samhällskostnaderna till 7,3 miljarder och år 2022 var antalet suicid totalt 1 254. 7,3 miljarder kronor/1 254  $\approx$  5,8 miljoner kronor per suicidfall.

<sup>11</sup> Värdet av ett statistiskt liv (ASEK 8.0), 2022 års penningvärde (tkr)

<sup>12</sup> Värdet är beräknat genom att dividera de beräknade indirekta samhällskostnaderna för säkra suicid med antalet fall av säkra 2014. MSB uppskattade de indirekta kostnaderna för produktionsbortfall för förvärvsarbete och hemarbete och till totalt 9 miljarder. År 2014 var antalet rapporterade säkra suicid totalt 1 148. 9 miljarder/1148  $\approx$  7,8 miljoner kronor per suicidfall. Omräknat till 2022 års penningvärde ger cirka 9,3 miljoner kronor.

<sup>13</sup> Värdet är beräknat genom att dividera de beräknade indirekta samhällskostnaderna för personer som omkommit till följd av en vägtrafikolycka dividerat med antalet omkomna till följd av vägtrafikolyckor 2014. De totala indirekta kostnaderna var 1,632 miljarder och antal avlidna var 270. 1,632 miljarder kronor/270  $\approx$  6 miljoner. Omräknat till 2022 års penningvärde ger cirka 7,1 miljoner kronor.

<sup>14</sup> Värdet är beräknat genom att dividera de direkta samhällskostnaderna för säkra suicid med antalet fall av säkra 2014. MSB uppskattade de direkta kostnaderna för suicid till 46–60 miljoner kronor. 46–60 miljoner/1 148  $\approx$  40–52 tusen kronor. Omräknat till 2022 års penningvärde ger cirka 40–52 tusen kronor.

mande året. Värdet är inte specifikt för en människas liv, utan motsvarar befolkningens betalningsvilja för att undvika att en okänd människa dör.

Trafikverket använder värdet av ett statistiskt liv som en del av sina beslutsunderlag för investeringar i trafiksäkerhet och infrastruktur. Enligt Trafikverkets ramverk för samhällsekonomiska analyser inom transportsektorn (ASEK 8.0) uppskattas VSL till 46 415 miljoner kronor med 2019 års penningvärde. Värdet som Trafikverket använder är i linje med andra studier inom OECD-området mellan 1995 och 2009.<sup>15</sup> Det finns flera metodologiska begränsningar med VSL som dels har att göra med svårigheten att hypotetiskt uppskatta betalningsvilja, dels att översätta resultaten av sådana uppskattningar till policyåtgärder.<sup>16</sup>

En av de huvudsakliga aspekterna som bör beaktas är om värdet av ett statistiskt liv, som används i samhällsekonomiska kalkyler om vägtrafikåtgärder, kan användas i en kalkyl om suicidprevention. Det finns en risk att antingen underskatta, eller överskatta nyttan av suicidprevention. Det finns viss evidens för att VSL påverkas av sättet man dör på. Detta skulle kunna bero på fruktan för att dö på ett visst sätt eller på individens upplevda kontroll över vissa dödsrisker, t.ex. cancer eller terroristattacker. En av skillnaderna mellan ett trafikolycksfall och ett suicidfall är att det senare å ena sidan kan tolkas som ett frivilligt val, å andra sidan kan betraktas som ett psykiskt tillstånd i vilket individen inte är i stånd att fatta rationella beslut. Det är svårt att teoretiskt argumentera för hur detta påverkar betalningsviljan. Däremot finns studier som visar på att fysiska barriärer

---

<sup>15</sup> En metastudie som sammanställt 48 VSL-estimat från tolv svenska studier publicerade efter 1996 visar att spridningen på värdet är stor, med en variation mellan 9 och 1 121 miljoner kronor, men med ett medelvärde runt 40 miljoner kronor.

<sup>16</sup> Utöver osäkerheten som är särskilt kopplade till studiemetodik (se till exempel: Hultkrantz, L. (2020). Värdet av ett statistiskt liv och Covid-19. Ekonomisk debatt, nr 8) finns flera metodologiska utmaningar. Bland annat går det att teoretiskt visa att individers betalningsvilja för liv ökar med inkomsten, men också individens risk för död i utgångsläget, se till exempel: Andersson, H. och Treich, N, The Value of a Statistical Life. Kapitel 17 i A Handbook of Transport Economics, 2011. Forskaren Lars Hultkrantz har även lyft flera teoretiska invändningar mot att översätta hälsoekonomisk analys till samhällsekonomisk nyttoanalys, exempelvis som underlag för att allokera budgetmedel mellan hälsovård och andra sektorer. För det första är det inte säkert att den faktiska budgetallokeringen som kommer av en sådan kalkyl nödvändigtvis överensstämmer med medborgarens preferenser. För det andra kan en och samma individ ha olika preferenser som "medborgare" och som "patient". En annan poäng som MSB lyfter i sin kostnadsskattning av suicid (Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid (msb.se)) är att det kan vara värt att presentera analysen per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), eftersom det ger möjlighet att jämföra den föreslagna åtgärden med andra åtgärder som riktas mot liv och hälsa. Detta är dock framför allt viktigt om man kan anta att det finns en onormal åldersfördelning för de som dör i suicid.

fungerar för att förebygga suicid, såsom tex. staket på pendeltågsstationer. Detta indikerar att självmordsbenägenhet är ett övergående psykiskt tillstånd, vilket är en förutsättning för att betalningsvilja för att förebygga suicid har potential att i förlängningen kunna leda till minskade (och inte endast senarelagda) suicid.<sup>17</sup>

De svenska forskarna Hultkrantz & Vimefall<sup>18</sup> har undersökt om VSL kan användas vid kalkyler om åtgärder för att stärka suicidprevention. I studien jämförs betalningsviljan för att förhindra självmord med betalningsviljan för att förebygga dödsfall i trafiken. Studien genomfördes med hjälp av metoden *Contingent Valuation* (CV) på 1 038 individer i åldrarna 18 till 80 år. Resultaten visade inget stöd för hypotesen att betalningsviljan för suicidprevention skulle vara lägre än för trafikdödsfall, vilket indikerar att samma VSL kan användas för både suicidprevention och trafikolyckor. Sammanfattningsvis bedömer vi att det är rimligt att använda VSL för suicid på samma sätt som för trafikolyckor.

Utöver skadorna på liv och hälsa för den personen som dör i suicid, påverkar även ett suicidfall anhöriga och närstående. Personer som har förlorat någon genom suicid löper ökad risk för att utveckla allvarliga psykiska problem, inklusive depression, posttraumatiskt stressyndrom och suicidala tendenser.<sup>19</sup> Det finns därmed risk att de totala samhällsliga humankostnaderna för ett suicidfall underskattas i värdeberäkningen av ett statistiskt liv.

### *Produktionsbortfall och indirekta kostnader*

Samtliga studier och metoder räknar med indirekta kostnader. Indirekta kostnader avser de resurser som går förlorade eller inte uppstår till följd av ett tidigt dödsfall.

Det typiska sättet för att uppskatta produktionsbortfallet är den så kallade humankapitalmetoden, som innebär att nuvärdet av den uteblivna produktionen till följd av dödsfall beräknas. Generellt riskerar humankapitalmetoden att överskatta det verkliga produktions-

---

<sup>17</sup> Se till exempel: Zalsman, G., Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review, *The Lancet Psychiatry* 3:7, 2016; samt Fredin-Knutzén, J. et al., A pilot study evaluating the effectiveness of preventing railway suicides by mid-track fencing, which restrict easy access to high-speed train tracks, *Journal of Safety Research* Vol. 83, 2022.

<sup>18</sup> Vimefall, E., Is prevention of suicide worth less? A comparison of the value per statistical life – PubMed (nih.gov), *European Journal of Health Economics* 23(2), 2022.

<sup>19</sup> Samhällskostnader för suicid i Sverige 2022 – en sjukdomskostnadsstudie (Uppsala universitet. 2024).

bortfallet eftersom en arbetslös person kan ersätta den omkomna personen, vilket innebär att samhället på det stora hela inte drabbas av något produktionsbortfall.<sup>20</sup> De betydande skillnader i skattningen av produktionsbortfall i de tre studier vi jämför illustrerar också att små skillnader i beräkningar kan ge stora konsekvenser för resultatet.

Några orsaker till variationen kan härledas till vilka åldersgrupper som inkluderas i analysen, huruvida man tar hänsyn till en eventuellt lägre förvärvsfrekvens hos den aktuella gruppen och skillnaden mellan män och kvinnors förväntade förvärvsinkomst, samt sannolikheten att överleva till en viss ålder.

I COI-studien från Uppsala universitet var produktionsbortfallet för förvärvsarbete och hemarbete totalt 7,3 respektive 1,9 miljarder kronor. Studien utgår ifrån antalet suicidfall 2022 och uppskattar antalet förlorade år på grund av för tidig dödlighet i varje åldersgrupp från dödsåldern till pensionsåldern för motsvarande år, i det här fallet 65 år för 2022. Därefter multipliceras antalet förlorade arbetsår med den genomsnittliga årsinkomsten (inklusive sociala avgifter, 50,5 procent för 2022) per åldersgrupp och kön. Uppskattningen multipliceras sedan med andelen av arbetskraften (69 procent 2022).

MSB skattar det genomsnittligt antalet förlorade levnadsår per suicid år 2014. I studien är de totala kostnaderna för produktionsbortfall från förvärvs- och hemarbete 4,4 respektive 4,6 miljarder kronor. Skillnaden i skattningen beror sannolikt på olika uppskattningar vad gäller inkomst för hemarbete, framtida förvärvsfrekvens och diskonteringsränta.

Trafikverkets uppskattning baseras på antalet omkomna i vägtrafikolyckor år 2014, som har en annan åldersfördelning än suicidfall. I Trafikverkets beräkning ingår inte hemarbete. Trots det är kostnaden per dödsfall betydligt högre än i COI-studierna för suicid. Det följer sannolikt av att Trafikverkets kostnadsuppskattning inkluderar produktionsbortfall för personer under 20 år, samt att de använder sysselsättningsgraden inom olika åldersspann, snarare än en och samma andel för förvärvsarbetande.

En av svårigheterna med att uppskatta produktionsbortfall till följd av suicidfall är att uppskatta sysselsättningsgrad och inkomst för gruppen personer som avlidit i suicid. Om det är med suicid som med annan ohälsa, kan man tänka sig att det finns en socioekonomisk gradient för suicid. Det skulle innebära att det finns en koppling mellan indivi-

---

<sup>20</sup> Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid (msb.se).

ders socioekonomiska status och risken för att dö i suicid. Om personer med lägre socioekonomisk status har en högre risk för suicid jämfört med personer med högre socioekonomisk status, kan användandet av genomsnittsinkomst samt sysselsättningsgraden innebära en över-skattning av produktionsbortfallet när någon dör i suicid.

Det pågår för nuvarande forskning om kopplingen mellan arbete och suicid som visar att det finns ett samband, men ingen empiri som stöttar att gruppen tydligt avviker vad gäller inkomst.<sup>21,22</sup> Däremot finns indikationer på att personer som har försökt att ta sina liv generellt tjänar mindre, vilket kan indikera en psykisk ohälsa som begränsar deras arbetsförmåga. Självskadebeteenden är överrepresenterade bland unga kvinnor, medan de som faktiskt avlider i suicid oftare är män, särskilt de som arbetar i yrken där det är lättare att ta sina liv.<sup>23</sup> Sammanfattningsvis är det rimligt att anta att genomsnittsvärdet för den övergripande populationen går att applicera på gruppen som avlidit i suicid.

### *Direkta kostnader*

De direkta kostnaderna kopplade till suicidfall som typiskt ingår i skattningarna är sjukvårdskostnader inklusive vård, ambulanstransport och rättsmedicinsk undersökning, samt kostnader för räddningstjänst, polis och egendomsskador. Kostnaderna varierar mellan studierna, eftersom de bygger på antaganden, exempelvis angående antalet vård-dygn för en person som vårdats på sjukhus innan dödsfallet.<sup>24</sup>

På det stora hela utgör direkta kostnader en liten del av den totala kostnaden för suicid, vilket innebär att felaktigheter inte får särskilt stort genomslag på slutresultatet.

---

<sup>21</sup>Milner et. al (2013), Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis, *The British Journal of Psychiatry* (2013) 203, 409–416.

<sup>22</sup>Matilla Santander N., Blazevska B, Carli V, et al. Relation between occupation, gender dominance in the occupation and workplace and suicide in Sweden: a longitudinal study *BMJ Open* 2022;12:e060096. doi: 10.1136/bmjopen-2021-060096

<sup>23</sup>Knipe, D. et al (2022), Suicide and self-harm *Lancet* 2022; 399: 1903–16.

<sup>24</sup>MSB använder Socialstyrelsen patient- och dödsorsaksregister avseende 2014 som visar att personer som omkommit i suicid totalt vårdats 115–286 dygn på sjukhus innan dödsfallet. I studien är spannet multiplicerat med snittkostnaden för ett vård dygn, vilket ger ett kostnadsspann på 4,5–11,1 miljoner kronor totalt. Trafikverket räknar slutenvårdförbrukningen för avlidna som genomsnittlig ökning i antalet vård dagar och slutenvårdskostnad efter olycka hämtat ur patientregistret. Genomsnittskostnaden multiplicerade sedan med antalet avlidna i vägtrafikolyckor.



## Kostnader för Centrum för nationella suicidutredningar

Suicidanalysutredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten får ett nytt uppdrag att inrätta ett nationellt centrum för suicidutredningar, som ska utreda och analysera inträffade suicid. Utredningsfunktionen föreslås arbeta med utgångspunkt i olika teman och utreda samtliga suicid bland barn, samt ett urval av suicid bland vuxna.

Förslaget innebär även att myndigheter med uppgifter som behövs för utredningsfunktionens verksamhet får en utökad uppgiftsskyldighet, samt att statliga förvaltningsmyndigheter som berörs av en utredning eller vars ansvarsområde berörs av en utredning får en skyldighet att ställa experter till förfogande.

## Kostnader för Folkhälsomyndigheten för ett nationellt centrum för suicidprevention

Kostnadsberäkningen har tagits fram i samarbete mellan Ramboll och Suicidanalysutredningen, med hjälp av underlag från bland annat Folkhälsomyndigheten. Denna kostnadsberäkning återfinns även i betänkandets nionde kapitel.

Kostnaderna för att inrätta och upprätthålla ett nationellt centrum för suicidprevention utgörs i huvudsak av personalkostnader<sup>25</sup> samt utvecklings- och förvaltningskostnader för it-system. Utöver detta tillkommer verksamhetskostnader för centrumet samt övriga overheadkostnader, det vill säga arbetsplats, it, ekonomi- och personalledning samt ledning och stöd.

Utredningen bedömer att utredningsfunktionen bör ha kapacitet att genomföra djupgående utredningar av ett urval av suicid inom en viss tematik och samtliga fall av suicid bland barn. För att möjliggöra detta bör funktionen bestå av cirka 10 utredare, en administratör samt en chef. Vi uppskattar att utredarna vid centrumet då har förutsättningar att genomföra cirka 50 djupgående utredningar av suicid per år. Detta bygger på ett antagande att utredarna vid utredningsfunktionen lägger 50 procent av sin årsarbetstid ( $50\% * 1\,880\text{ h} * 10\text{ utredare} = 9\,400\text{ h}$ ) på utredningar och att en utredning tar cirka en månad effektiv arbetstid att genomföra ( $9\,400\text{ h}/50\text{ utredningar} = 188\text{ timmar per utredning}$ ).

---

<sup>25</sup> Vilket förutom lön omfattar källskatt och arbetsgivaravgifter samt kostnader för exempelvis semester, tjänstepension och vissa förmåner.

Utredarna förväntas arbeta med flera utredningar parallellt. Resterande arbetstid förväntas användas till aggregerad analys av enskilda ärenden och rapportskrivning, samverkan med andra aktörer, att bistå med enklare sekretessprövning vid utlämning, att svara på frågor från allmänheten, andra myndigheter och företag samt administration, kommunikation och informationsspridning. En administratör på heltid bedöms kunna avlasta utredarna genom att bland annat administrera utlämningsärenden och mötesbokningar samt svara på frågor från allmänheten.

Utredarna förväntas samarbeta med övriga anställda inom Folkhälsomyndigheten, särskilt enheten för psykisk hälsa och suicidprevention. Antalet utredare möjliggör att utredningsfunktionen samlat besitter tillräcklig bredd av kompetens, samt har förutsättningar att genomföra tillräckligt många djupgående utredningar för att uppfylla funktionens syfte. Det är också en lagom storlek på en grupp för att samarbetet ska kunna fungera effektivt inom utredningsfunktionen. Om utredningstiden avgränsas i linje med vår beräkning bedömer vi att utredningsfunktionen kommer ha nödvändig kapacitet att genomföra informationsspridning och att föra dialog med relevanta aktörer.

Utredningen uppfattar nämligen att en central del av utredningsfunktionens arbete behöver vara att sprida viktiga lärdomar från arbetet till regioner, kommuner, statliga myndigheter och andra relevanta samhällsaktörer. Funktionen ska också ha möjlighet att genomföra informationskampanjer till specifika målgrupper, eller till den breda allmänheten, när det behövs. För att möjliggöra detta bedöms utredningsverksamheten ha behov av kommunikationsstöd från myndighetens kommunikationsavdelning. Uppskattningsvis omfattar kommunikationsstödet en årsarbetskraft.

Utredningsfunktionen förväntas även behöva stöd av rättsfunktionen vid myndigheten. Stödet från rättsfunktionen förväntas vara relativt omfattande, då verksamheten kommer att hantera känsliga personuppgifter. Det juridiska stödet innefattar att praktiskt organisera arbetet för att sekretess ska upprätthållas internt, och hur uppgifterna i övrigt ska hanteras för att uppnå krav på informations säkerhet och andra skyddsåtgärder. Uppskattningsvis omfattar det stödet en årsarbetskraft för juridik.

Utredningsfunktionen kommer också att behöva tillgång till ett it-stöd som möjliggör hantering av känsliga personuppgifter och möjlig-

gör tematisk analys. Ett motsvarande it-stöd, Djupstudieklienten, finns hos Trafikverket och används av de olycksutredare vid myndigheten som genomför djupstudier på dödsolyckor på väg.<sup>26</sup> Djupstudieklienten kostar cirka 2,5 miljoner kronor årligen i förvaltningskostnader. Folkhälsomyndigheten uppskattar att förvaltningen ett it-verktyg kräver motsvarande cirka tre årsarbetskrafter inom it-förvaltning, till en kostnad om 5,1 miljoner kronor per år.

Folkhälsomyndigheten har uppgett att en utredares personalkostnad är drygt 1 miljon kronor per år, en enhetschefs personalkostnad 1,3 miljoner kronor per år och en administratörs personalkostnad knappt 750 000 kronor per år.<sup>27</sup> Vi antar att juristen har samma personalkostnad som en enhetschef och att kommunikatören har en samma personalkostnad som utredare på drygt 1 miljon kronor.

Totalt beräknas personalkostnaderna vara 19,6 miljoner kronor per år (totalt 12,2 miljoner kronor för utredningsfunktionen plus 2,3 miljoner för stödfunktioner avseende juridik och kommunikation, samt 5,1 miljoner för it-förvaltning).

Folkhälsomyndigheten uppger att de har OH-kostnader per anställd motsvarande 50 procent av lönekostnaden, vilket är i linje med andra förvaltningsmyndigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn.<sup>28</sup> Vi beräknar OH-kostnaden för stödfunktionerna till 50 procent av personalkostnaden. Sammantaget uppskattas OH-kostnaderna vara 9,8 miljoner kronor per år (6,1 miljoner kronor för utredningsfunktionen plus 1,25 miljoner kronor för stödfunktioner och 2,25 miljoner kronor för it-förvaltning).

Utredningsfunktionen förväntas även ha övriga verksamhetskostnader för att uppfylla sitt uppdrag, som bland annat handledning, resor, material och utrustning för informationsspridning, samt utbildning. Dessa kostnader uppskattas vara 1 miljon kronor per år.

Därutöver tillkommer utvecklingskostnader för it-stödet. Folkhälsomyndigheten har i dagsläget inte tillgång till det it-stöd som utredningsfunktionen skulle behöva. Djupstudieklienten hos Trafikverket uppskattas ha kostat minst 3 miljoner kronor att utveckla. Folkhälsomyndigheten har uppgett att det är svårt att uppskatta kostnaden

---

<sup>26</sup> Djupstudieklienten fungerar primärt som ett arbetsverktyg för olycksutredare avseende registrering av information i aktuellt ärende. Den fungerar också som verktyg för att generera rapporter och ger möjlighet att söka efter information om vägtrafikolyckor med dödlig utgång. (Olycksregister och djupstudier på transportområdet, SOU 2014:24).

<sup>27</sup> Folkhälsomyndigheten, skriftlig kommunikation 2024.

<sup>28</sup> Skriftliga uppgifter från Folkhälsomyndigheten, 2024-08-09.

för att utveckla ett sådant it-verktyg, men att en grov uppskattning baserat på erfarenheter från utvecklingen av andra system, är cirka 7 miljoner kronor. Skillnaden mellan Folkhälsomyndighetens uppskattning av den löpande kostnaden, samt kostnaderna för it-förvaltning och Trafikverkets motsvarande kostnader speglar svårigheten att uppskatta denna kostnad då många faktorer som påverkar driftkostnaderna är okända innan it-stödet är utvecklat. I vår kostnadsberäkning har vi använt uppskattningarna från Folkhälsomyndigheten.

Uppbyggnaden av ett it-verktyg beräknas ta 12–15 månader. I inledningen av samma tidsperiod kan rekrytering av ny personal äga rum. Denna personal kommer att få i uppgift att utforma den nya verksamheten. Detta innebär att både rekryteringsprocessen och arbetet med att skapa och utveckla den nya verksamheten i stort kan ske parallellt med uppbyggnaden av ett it-verktyg.

I beräkningen av hur kostnader fördelar sig över år har vi utgått från att utredningsfunktionen kan börja inrättas under hösten 2025. Under det första halvåret antar vi att hälften av utredningsfunktionens personal kan anställas. Budgeten bör dock vara något högre för att möjliggöra rekrytering, framtagande av kommunikationsmaterial och initiala utredningar av verksamhetens behov med mera. Dessa kostnader uppskattas vara 3 miljoner kronor under uppstartsåret. Folkhälsomyndigheten bedömer att det kan ta cirka 15–21 månader från uppstart till full operationell verksamhet.

De sammanlagda kostnaderna för Folkhälsomyndigheten uppskattas vara 21,7 miljoner under första året, 33,9 miljoner under andra året och därefter 30,4 miljoner kronor per år. Att kostnaderna är något högre under de första åren följer av uppstartskostnader. Kostnaderna finns sammanställda i tabell 2.

**Tabell 2 Folkhälsomyndighetens kostnader för den nationella utredningsfunktionen, miljoner kronor**

	År 1	År 2	År 3
<b>Personalkostnader, totalt</b>	<b>9,8</b>	<b>19,6</b>	<b>19,6</b>
– varav utredare och enhetschef	6,1	12,2	12,2
– varav juridik och kommunikation	1,15	2,3	2,3
– varav it-förvaltning	2,55	5,1	5,1
<b>Overheadkostnader</b>	<b>4,9</b>	<b>9,8</b>	<b>9,8</b>
<b>Övriga verksamhetskostnader</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Utvecklingskostnader för it</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>	<b>0</b>
<b>Uppstartskostnader</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Summa	21,7	33,9	30,4

### Kostnader för övriga myndigheter

Övriga myndigheter förväntas lämna uppgifter till utredningsfunktionen, samt ställa experter till förfogande. Uppgiftslämnandet kan handla om att bidra med information om den egna myndigheten arbetar med suicidprevention. Expertstödet kan handla om att t.ex. medarbetare på olika myndigheter bidrar med expertstöd. Omfattningen i arbetet kan liknas med att vara expert i en statlig offentlig utredning. Det innebär att delta i expertgruppsmöten och att lämna kommentarer och inspel på skriven text.

Kostnaderna förknippade med att ställa expertis till förfogande kommer att vara hänförlig till olika myndigheter och variera mellan år. Exempelvis kan en tematik om suicid och ekonomisk utsatthet ställa krav på Försäkringskassan, Kronofogden och Spelinspektionen att bistå med expertis under en viss tidsperiod, medan en tematik om suicid och arbetsmiljö kan behöva expertis från Arbetsmiljöverket. Det innebär att olika myndigheter kommer att bidra med uppgifter och expertstöd. Utredningens bedömning är att expertisstödet kan variera mellan 20 arbetstimmar upp till 80 arbetstimmar per år.

## En jämförelse mellan kostnader antalet suicid som behöver förhindras

De sammantagna kostnaderna för ett nationellt centrum för suicidprevention uppskattas vara 21,7 miljoner kronor det första året, 33,9 under det andra året samt 30,4 miljoner kronor löpande per år efteråt.

Om vi utgår ifrån Trafikverkets metod för olycksvärdering av trafikolyckor genom att kombinera Trafikverkets skattning av ”värdet av ett statistiskt liv” med senaste svenska studien som beräknar indirekta och direkta kostnader av ett suicidfall, överstiger nyttan av prevention kostnaderna för ett nationellt centrum för ett år. Räkneövningen ger att ett nationellt centrum behöver förhindra mindre än ett (0,5) suicidfall per år för att utgifterna ska motsvara uppskattningen av samhällets värdering av en människas liv och den förväntade produktionen. Detta är beräknat på de löpande kostnaderna för centrumet från och med år 3.<sup>29</sup>

Räkneövningen grundar sig på snittkostnaden för ett suicidfall och tar inte hänsyn till vare sig ålder eller kön, vilket i hög grad påverkar de indirekta och direkta kostnaderna för dödsfallet.

Det är också viktigt att komma ihåg att detta endast är en räkneövning. Räkneövningen i sig är inte tillräcklig grund för att motivera att centrumet är en kostnadseffektiv användning av statens medel. Det kommer inte heller att vara möjligt att följa upp om centrumet för suicidprevention faktiskt bidrar till att ett eller flera suicid förhindras i framtiden. Med det konstaterat är det tydligt att den offentliga utgiften för centrumet är försumbar i förhållande till de skattade samhällskostnaderna för suicid i Sverige under ett år, samt att de understiger samhällskostnaderna för *ett* suicid om vi använder samma modell för samhällskostnader som används i trafikpolitiska sammanhang.

---

<sup>29</sup> Samhällets värdering (Värdet av ett statistiskt liv (ASEK 8.0) samt cost-of-illness för suicid (Uppsala universitet, 2024) är 57,4 miljoner. De löpande kostnaderna är 30,4 miljoner kronor.  $30,4/57,4 = 0,53$ .

**Tabell 3 Kostnader för ett nationellt centrum för suicidprevention i relation till samhällskostnaderna för ett suicid, huvudberäkning**

	Kostnader per suicidfall (tkr)	Antalet suicid som behöver förhindras för att motsvara kostnaderna
Värdet av ett statistiskt liv (ASEK 8.0) samt cost-of-illness för suicid (Uppsala universitet, 2022)	57 463	0,53

Vi har även genomfört alternativa beräkningar där vi använder uppgifter om samhällsvärderingen av suicidprevention från andra studier, se tabell 4. Om vi enbart räknar med humanvärdet, eller använder Trafikverkets olycksvärdering för trafikolyckor (som inkluderar både humanvärde, produktionsbortfall och direkta kostnader) är antalet suicid som behöver förhindras för att motsvara kostnaderna ungefär lika många (0,46 till 0,59). Om vi exkluderar humankostnaderna från beräkningarna (värdet av ett statistiskt liv) behöver cirka 3–5 suicid undvikas för att kostnaderna för centrat ska stå i paritet till samhällsvärdet.

**Tabell 4 Kostnader för ett nationellt centrum för suicidprevention i relation till samhällskostnaderna för en suicid, alternativa beräkningar**

	Kostnader per suicidfall (tkr)	Antalet suicid som behöver förhindras för att motsvara kostnaderna
Värdet av ett statistiskt liv (ASEK 8.0), 2022-års penningvärde (tkr)	51 642	0,59
Trafikverkets olycksvärdering för trafikolyckor, 2022 års penningvärde (tkr)	66 268	0,46
Indirekta och direkta kostnader för suicid, Uppsala universitet, 2022	5 821	5,27
COI, MSB, 2014 2022 års penningvärde (tkr)	9 354	3,24

# Statens offentliga utredningar 2024

---

## Kronologisk förteckning

---

1. Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier. Ju.
2. Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner. Del 1 och 2. S.
3. Ett starkt juridiskt liv för framtida generationer. Nationell strategi för att stärka juridiskt liv i Sverige 2025–2034. Ku.
4. Inskränkningarna i upphovsrätten. Ju.
5. Förbättrad ordning och säkerhet vid förvar. Ju.
6. Steg mot stärkt kapacitet. Fi.
7. Ett säkrare och mer tillgängligt fastighetsregister. Ju.
8. Livsmedelsberedskap för en ny tid. LI.
9. Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen. U.
10. Preskription av avlägsnandebeslut och vissa frågor om återreseförbud. Ju.
11. Rätt frågor på regeringens bord – en ändamålsenlig regeringsprövning på miljöområdet. KN.
12. Mål och mening med integration. A.
13. En effektivare kontaktförbudslagstiftning – ett utökat skydd för utsatta personer. Ju.
14. Arbetslivskriminalitet – myndighets-samverkan, en gemensam tipsfunktion, lärdomar från Belgien och gränsöverskridande arbete. A.
15. Nya regler för arbetskraftsinvandring m.m. Ju.
16. Växla yrke som vuxen – en reformerad vuxenutbildning och en ny yrkesskola för vuxna. U.
17. Skolor mot brott. U.
18. Nya regler om cybersäkerhet. Fö.
19. En ny beredskapssektor – för ökad försörjningsberedskap. KN.
20. Maskinellt värde för vissa industribyggnader – ett undantag från fastighets-skatt. Fi.
21. Ett inkluderande jämställdhetspolitiskt delmål mot våld. A.
22. En ny organisation för förvaltning av EU-medel. Fi.
23. En trygg uppväxt utan nikotin, alkohol och lustgas. S.
24. Ett effektivt straffrättsligt skydd för statliga stöd till företag. Fi.
25. En mer effektiv tillsyn över socialtjänsten. S.
26. En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022. S.
27. Kamerabevakning i offentlig verksamhet – lättnader och utökade möjligheter. Ju.
28. Offentlighetsprincipen eller insyns-lag. Allmänhetens insyn i enskilda aktörer inom skolväsendet. U.
29. Goda möjligheter till ökat välbefinnande. Fi.
30. En statlig ordning med brottsförebyggande åtgärder för barn och unga. S.
31. En ändamålsenlig vapenlagstiftning. Del 1 och 2. Ju.
32. Åtgärder mot mervärdesskattebedrägerier. Fi.
33. Delad hälsodata – dubbel nytta. Regler för ökad interoperabilitet i hälso- och sjukvården. S.
34. Ansvar och oberoende – public service i oroliga tider. Ku.
35. En framtid för alm och ask – förädling, forskning och finansiering. LI.



36. Förenkla och förbättra! Fi.
37. Förbättrade ränteavdragsregler för företag. Fi.
38. Digitala fastighetsköp & Förköpsrätt vid fastighetstransaktioner. LI.
39. Skärpta regler om ungdomsövervakning och straffreduktion för unga. Ju.
40. Genomförande av lönetransparensdirektivet. A.
41. Styrkraft för lyckad integration. A.
42. Bildning, utbildning och delaktighet – folkbildningspolitik i en ny tid. U.
43. Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Fi.
44. Stärkt kontroll av fusk i livsmedelskedjan. LI.
45. Kompletterande bestämmelser till EU:s reviderade förordning om elektronisk identifiering. Fi.
46. Ny lag om internationella sanktioner. Genomförande av EU:s sanktionsdirektiv. UD.
47. Digital myndighetspost. Fi.
48. Ett ändamålsenligt samhällsskydd. Vissa reformer av straff- och straffverkställighetslagstiftningen. Volym 1 och 2. Ju.
49. Arbetslöshetsförsäkringen vid störning, kris eller krig. A.
50. Nätt och jämnt. Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn. Del 1 och 2. Fi.
51. En mer rättssäker och effektiv domstolsprocess. Ju.
52. Allmänna sammankomster och Sveriges säkerhet. Ju.
53. Stöd till invandrares utvandring. Ju.
54. Vågar till ett tryggare samhälle. Åtgärder för att motverka återfall i brott. Ju.
55. En översyn av 23 kap. brottsbalken. Ju.
56. Animalieproduktion med hög konkurrenskraft och gott djurskydd. LI.
57. Ett nytt regelverk för hälsodataregister. S.
58. Ett nytt regelverk mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Volym 1 och 2. Fi.
59. Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – en modern och ändamålsenlig lagstiftning. Fö.
60. Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga. S.
61. Effektivare kontrollmöjligheter i systemen för rot, rut, grön teknik och personalliggare. Fi.
62. En förbättrad modell för presumtionshyra. Ju.
63. Ökat informationsutbyte mellan myndigheter. Behov och föreslagna förändringar. Ju.
64. Motståndskraft i samhällsviktiga tjänster. Fö.
65. Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig. Fö.
66. Livsviktigt lärande – fler vägar till kunskap för att förebygga suicid. S.

# Statens offentliga utredningar 2024

## Systematisk förteckning

---

### Arbetsmarknadsdepartementet

- Mål och mening med integration. [12]
- Arbetslivskriminalitet – myndighets-samverkan, en gemensam tipsfunktion, lärdomar från Belgien och gränsöver-skridande arbete. [14]
- Ett inkluderande jämställdhetspolitiskt delmål mot våld. [21]
- Genomförande av lönetransparensdirektivet. [40]
- Styrkraft för lyckad integration. [41]
- Arbetslöshetsförsäkringen vid störning, kris eller krig. [49]

### Finansdepartementet

- Steg mot stärkt kapacitet. [6]
- Maskinellt värde för vissa industribyggnader – ett undantag från fastighetsskatt. [20]
- En ny organisation för förvaltning av EU-medel. [22]
- Ett effektivt straffrättsligt skydd för statliga stöd till företag. [24]
- Goda möjligheter till ökat välstånd. [29]
- Åtgärder mot mervärdesskattebedrägerier. [32]
- Förenkla och förbättra! [36]
- Förbättrade ränteavdragsregler för företag. [37]
- Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. [43]
- Kompletterande bestämmelser till EU:s reviderade förordning om elektronisk identifiering. [45]
- Digital myndighetspost. [47]
- Nätt och jämnt. Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn. Del 1 och 2. [50]

- Ett nytt regelverk mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Volym 1 och 2. [58]
- Effektivare kontrollmöjligheter i systemen för rot, rut, grön teknik och personaliggare. [61]

### Försvarsdepartementet

- Nya regler om cybersäkerhet. [18]
- Signalspaning i försvarsunderrättelseverk-samhet – en modern och ändamålsenlig lagstiftning. [59]
- Motståndskraft i samhällsviktiga tjänster. [64]
- Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig. [65]

### Justitiedepartementet

- Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier. [1]
- Inskränkningarna i upphovsrätten. [4]
- Förbättrad ordning och säkerhet vid förvar. [5]
- Ett säkrare och mer tillgängligt fastighetsregister. [7]
- Preskription av avlägsnandebeslut och vissa frågor om återreseförbud. [10]
- En effektivare kontaktförbuds-lagstiftning – ett utökat skydd för utsatta personer. [13]
- Nya regler för arbetskraftsinvandring m.m. [15]
- Kamerabevakning i offentlig verksamhet – lättnader och utökade möjligheter. [27]
- En ändamålsenlig vapenlagstiftning. Del 1 och 2. [31]
- Skärpta regler om ungdomsövervakning och straffreduktion för unga. [39]

Ett ändamålsenligt samhällsskydd.  
Vissa reformer av straff- och straffverkställighetslagstiftningen. Volym 1 och 2. [48]

En mer rättssäker och effektiv domstolsprocess. [51]

Allmänna sammankomster och Sveriges säkerhet. [52]

Stöd till invandrades utvandring. [53]

Vägar till ett tryggare samhälle. Åtgärder för att motverka återfall i brott. [54]

En översyn av 23 kap. brottsbalken. [55]

En förbättrad modell för presumtionshyra. [62]

Ökat informationsutbyte mellan myndigheter. Behov och föreslagna förändringar. [63]

#### **Klimat- och näringslivsdepartementet**

Rätt frågor på regeringens bord – en ändamålsenlig regeringsprövning på miljöområdet. [11]

En ny beredskapssektor  
– för ökad försörjningsberedskap. [19]

#### **Kulturdepartementet**

Ett starkt judiskt liv för framtida generationer. Nationell strategi för att stärka judiskt liv i Sverige 2025–2034. [3]

Ansvar och oberoende  
– public service i oroliga tider. [34]

#### **Landsbygds- och infrastrukturdepartementet**

Livsmedelsberedskap för en ny tid. [8]

En framtid för alm och ask  
– förädling, forskning och finansiering. [35]

Digitala fastighetsköp & Förköpsrätt vid fastighetstransaktioner. [38]

Stärkt kontroll av fusk i livsmedelskedjan. [44].

Animalieproduktion med hög konkurrenskraft och gott djurskydd. [56].

#### **Socialdepartementet**

Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner. Del 1 och 2. [2]

En trygg uppväxt utan nikotin, alkohol och lustgas. [23]

En mer effektiv tillsyn över socialtjänsten. [25]

En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022. [26]

En statlig ordning med brottsförebyggande åtgärder för barn och unga. [30]

Delad hälsodata – dubbel nytta.  
Regler för ökad interoperabilitet i hälso- och sjukvården. [33]

Ett nytt regelverk för hälsodataregister. [57]

Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga. [60]

Livsviktigt lärande – fler vägar till kunskap för att förebygga suicid. [66]

#### **Utbildningsdepartementet**

Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen. [9]

Växla yrke som vuxen – en reformerad vuxenutbildning och en ny yrkesskola för vuxna. [16]

Skolor mot brott. [17]

Offentlighetsprincipen eller insynslag.  
Allmänhetens insyn i enskilda aktörer inom skolväsendet. [28]

Bildning, utbildning och delaktighet  
– folkbildningspolitik i en ny tid. [42]

#### **Utrikesdepartementet**

Ny lag om internationella sanktioner.  
Genomförande av EU:s sanktionsdirektiv. [46]