

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

Regional strategi för suicidprevention

1 Inledning

1.1 Varför suicidprevention är viktigt

Suicid är ett folkhälsoproblem som bör beaktas och angripas från flera perspektiv. Suicid är en mänsklig tragedi som inte bara påverkar offren, utan också innebär ett stort lidande för närstående och anhöriga.¹ Efterlevande till personer som begått suicid löper cirka tre gånger högre risk för suicid i jämförelse med efterlevande för personer som har gått bort i ett naturligt dödsfall.² Utöver närstående och anhöriga drabbas också personer som bevittnar suicid, till exempel i trafiken, i hälso- och sjukvården eller på andra allmänna platser.

En suicidhandling är den yttersta konsekvensen av ett svårt lidande som har drabbat den enskilde individen. Lidandet kan till exempel vara i form av psykiska sjukdomar, somatiska sjukdomar eller svåra livskriser. I en rad studier har konstaterats att en stor andel av de som försökt begå suicid lider av olika psykiatriska diagnoser så som depression, ångesttillstånd, schizofreni etcetera.³

De somatiska diagnoserna som innebär ett stort lidande för individen och som kan resultera i suicidhandlingar är till exempel diabetes, olika former av cancer eller kronisk smärta (;).⁴

Till de livskriser – som enligt forskning kan innebära en risk för suicid – räknas konflikter i familjen, erfarenheter av mobbning, ekonomiska svårigheter, arbetslöshet, liksom andra stressande livshändelser och omständigheter som kan leda till en hopplöshetskänsla och livsleda (;).⁵

¹ Folkhälsomyndigheten, 2019a.

² Runeson B, 2003.

³ Nock m.fl., 2009; Nock m. fl, 2010.

⁴ Butwicka m.fl, 2015; Pompili m.fl., 2014; Pompili m.fl., 2014; Hem m.fl., 2004; Vyssoki m.fl., 2015; Tang & Crane, 2006.

⁵ Kazan m.fl., 2016; Holt m.fl., 2015; Frاسquilho m.fl., 2016); Milner m.fl., 2013; Liu & Miller, 2014; Carli m.fl., 2014.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

Suicid representerar inte bara en individuell tragedi utan också en förlust för samhället.⁶ Enligt Folkhälsomyndighetens statistik har cirka 14% av befolkningen någon gång haft tankar på att ta sitt liv.

En suicid medför – precis som olyckor och sjukdomar – tre typer av kostnader; direkta, indirekta och humana vilka medför stora samhällsekonomiska konsekvenser. Dessa yttrar sig i form av förbrukade resurser – exempelvis kostnader för polis och räddningstjänst, rättsmedicinska undersökningar – produktionsfall samt förlust av potentiella levnadsår och välfärdsminskning. I en rapport från 2015 gjorde Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) en skattning av de samhällsekonomiska konsekvenserna av säkra suicid – här inkluderas alltså inte kostnader för osäkra suicid samt suicidförsök. I denna beräkning uppges de indirekta kostnaderna – som är kopplade till produktionsbortfall – uppgå till totalt 9 miljarder kronor (6,2 för män och 2,8 för kvinnor), medan de direkta kostnaderna uppskattas till 46 – 60 miljoner kronor.⁷

Skattningen täcker dock inte alla tänkbara direkta konsekvenser, men i likhet med internationella studier, visar den att de direkta kostnaderna uppgår till omkring en procent av totalkostnaden.

När det gäller humankostnaden – det vill säga förlusten av liv och hälsa – med hänsyn tagen till förväntad livslängd förloras i genomsnitt mer än 32 levnadsår för varje fullbordat suicid. Detta beror på att genomsnittsåldern för de som omkommer i suicid är relativt låg och därmed förloras fler potentiella levnadsår per dödsfall ibid.⁸

Suicid är ett känsligt ämne, därför kan det uppfattas som inhumant att lägga till ett ekonomiskt perspektiv på människors tragedier och lidande; men faktum kvarstår att dessa beräkningar av samhällskostnader kan ge en uppfattning om storleken på den välfärdsförlust som suicid ger upphov till, och på så vis ge vägledning i preventionsarbetet. Det vill säga vägledning i och förståelse för vikten av suicidpreventiva åtgärder ibid.⁹

Forskning visar att det är möjligt att förebygga suicidhandlingar. Såväl Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Folkhälsomyndigheten (FoHM) och World health organizations (WHO) har i olika genomgångar av

⁶ Socialdepartementet, 2008.

⁷ MSB, 2015.

⁸ Ibid.

⁹ MSB, 2015.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

vetenskaplig litteratur visat att olika typer av insatser minskar utfall av suicid, suicidförsök och/eller suicidtankar (;).¹⁰

1.2 Covid-19 pandemins inverkan på suicid

Covid-19 pandemins effekter på ökad psykisk ohälsa och även en befarad ökning av suicid i samhället har varit ett högaktuellt ämne. Under våren 2020 gick NASP ut med en förvarning om risken för ökat antal suicid och suicidförsök i samhället efter pandemin. De risker som belystes av NASP är kopplade till exempelvis sociala, ekonomiska och vårdrelaterade faktorer som följer som en konsekvens av pandemins efterverkningar. I sin beskrivning gör NASP hänvisning till flera exempel dokumenterade i forskning som pekar på att suicid tillfälligt minskar under kristider, som exempelvis krig eller naturkatastrofer, men att denna minskning är tillfällig och tenderar att kompenseras och till och med överkompenseras efter att den omedelbara krisen är över. Forskarna på NASP understryker vikten av att det befolkningsinriktade suicidförebyggande arbetet i samhället utökas och förstärks i syfte att förebygga den potentiella ökningen av suicid. Vidare refereras en vetenskaplig kartläggning – som NASP genomfört – där en rad evidensbaserade suicidpreventiva strategier på befolkningsnivå framhålls. Dock understryks vikten av att dessa strategier förankras politiskt inom regioner och kommuner för att kunna bedriva ett framgångsrikt suicidpreventivt arbete genom organisering och implementering i olika verksamheter.¹¹

Tilläggsas bör att det fortfarande är för tidigt att dra några slutsatser om signifikanta samband mellan pandemin och suicid samt suicidförsök. Det är svårt att uttala sig om de direkta och indirekta effekterna av pandemin på suicidtal i Sverige eller i enskilda regioner, eftersom det tar tid både när det gäller sammanställningar av fullbordade suicid – vilket sker med 10 månaders fördröjning – och när det gäller uttalanden om orsakssamband, det vill säga om det föreligger någon kausalitet, eftersom ”trender” – vare sig det handlar om tillfälliga minskningar eller öknings under ett år – bör tolkas med viss försiktighet. Detta bör beaktas i syfte att rikta fokus på rätt händelser och agera därefter. Dessa förhållanden påvisar komplexiteten i suicid och det sätt på vilket arbetet bör bedrivas, där multikomponentstrategier bör tillämpas för att uppnå bästa effekt.

10 NASP, 2019a; FOHM, 2016; SBU, 2015b; WHO, 2014.

11 NASP, 2020a.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

Sammantaget är det lämpligaste angreppssättet – utifrån rådande kunskapsläge och det som understryks av forskare och Folkhälsomyndigheten – att skapa förutsättningar och ta fasta på åtgärdsförslag för att motverka öknings av suicidhandlingar under kommande period.

1.3 Suicid på nationell nivå

Årligen dör cirka 1600 personer i suicid – säkra och osäkra – i Sverige. Till säkra suicid räknas de fall där det inte råder något tvivel om att avsikten varit att ta sitt liv enligt internationella klassifikationen av dödsorsaker och sjukdomar (ICD-10). Klassificeringen osäkra suicid används i de fall där det råder oklarhet kring om dödsfallet inträffat på grund av en uppsåtlig handling med avsikt att ta sitt liv eller på grund av olycksfall.¹²

Under 2019 tog 1588 personer sitt liv i Sverige. Av dessa var 1269 säkra suicid och 319 osäkra fall där det förelåg misstanke om suicid men avsikten inte kunde styrkas. Av de som begick suicid under 2019 var 1078 män och 510 kvinnor, och av dessa var totalt 5 barn under 15 år. I snitt dör 4 personer per dag i suicid.¹³

1.4 Skillnader i suicid utifrån kön, ålder och geografi

Såväl nationell som regional statistik visar att suicid är den vanligaste dödsorsaken bland män upp till 44 år. När det gäller suicidtalet, det vill säga antal suicid per 100 000 invånare, är det högst bland män 85+. En möjlig orsak som nämns i studier är att män tenderar att använda mer våldsamma metoder och därigenom ”lyckas” fullborda en suicidhandling i högre utsträckning. Detta samband har också bekräftats i en studie som undersökt könsskillnader vid suicid.¹⁴

Viktigt att notera att suicidtalet beräknas i relation till gruppernas storlek i befolkningen vilket skiljer sig från det faktiska antalet suicid i respektive grupp. Sett utifrån detta perspektiv är antalet suicid högst bland män 45–64 år. Ytterligare en viktig aspekt som bör tas i beaktande är antalet suicid sett i relation till totala antalet dödsfall i en åldersgrupp. Det sistnämnda förhållandet bör understrykas då antalet dödsfall i suicid bland unga personer – som löper lägre risk för dödsfall till följd av somatiska sjukdomar, jämfört

12 NASP, 2019b.

13 NASP, 2020b.

14 Tsirigotis K., 2001.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

med äldre – låg på 31% jämfört med andelen suicid för personer över 65 år som var mindre än 1 procent under 2019.

I nedanstående tabell ges en bild av antalet suicid i respektive åldersgrupp uppdelat på kön, samt suicidtal per 100 000 invånare i respektive grupp.¹⁵

Tabell: Antal suicid och antal suicid per 100 000 invånare uppdelat på kön och åldersgrupper 2019.				
ÅLDER	ANTAL MÄN	ANTAL MÄN /100 000	ANTAL KVINNOR	ANTAL KVINNOR /100 000
15–29 ÅR	169	17,1	92	10,1
30–44 ÅR	185	18,2	92	9,5
45–64 ÅR	274	21,5	130	10,4
65–84 ÅR	210	24,4	68	7,3
85+ ÅR	31	33,2	13	7,7

Källa: Folkhälsomyndighetens sammanställning av statistik från Socialstyrelsens dödsorsaksregister

Sett till hela befolkningen minskar suicidtalet i Sverige, men denna minskning stagnerar med tiden. De senaste 20 åren har suicidtalet i genomsnitt minskat med cirka 0,4% per år, vilket är en betydligt långsammare minskning än den som skedde under 90-talet.

Främsta anledningen till att suicidtalet har sjunkit, och fortsätter att sjunka i Sverige, är att suicid minskar i åldersgrupperna 45–64 och 65+. Under de senaste tjugo åren har minskningen i genomsnitt skett med ungefär 1% per år, och männen bidrar ungefär dubbelt så mycket till denna minskning som kvinnorna. Bland män över 65 år sker minskningen i genomsnitt med nästan 2% per år, dock är män 65+ fortfarande den grupp som har de högsta suicidtal, följt av män i åldrarna 45–64 år.¹⁶

Bland den yngre populationen kan däremot ingen signifikant minskning i suicidtal skönjas, utan snarare en ökning eller i bästa fall stagnation. Faktum är att suicidtalet snarare har ökat i genomsnitt med cirka 1% per år, under de senaste tjugo åren, i gruppen 15–24 år. Det har även skett en ökning bland kvinnor i åldersgruppen 25–44 år, vilken är en trend som först nu har gått att fastställa.¹⁷

15 Folkhälsomyndigheten, 2020a.

16 NASP, 2020b

17 Ibid,

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

1.4.1 Geografiska skillnader

Geografiska skillnader förekommer när det gäller mäns suicid, där det förekommer flest genomförda suicid i kommuner på landsbygden, medan det för kvinnor inte ses liknande geografiska skillnader i suicidfrekvensen.¹⁸ Orsaken till dessa skillnader för suicid på landsbygden kontra storstäder är inte helt kartlagda enligt Folkhälsomyndigheten, dock uppges socioekonomiska faktorer samt det sätt på vilket suicid utreds och registreras, vara tänkbara orsaker.¹⁹

I resultatet av en systematisk litteraturoversikt av totalt 27 studier, påvisas sambandet mellan socioekonomiska faktorer och suicidalitet, där det konstateras att suicidalt beteende är vanligare i socioekonomiskt utsatta områden, jämfört med områden med högre socioekonomisk standard. Detta samband kan ses i olika länder i Europa, i såväl olika åldersgrupper som bland könen, men är starkast bland män.²⁰ Även i en studie från USA – refererad i Lumells gapanalys – har man observerat ökad dödlighet i suicid på landsbygden jämfört med storstäder. I denna studie framhålls också de socioekonomiska faktorerna – arbetslöshet, låg utbildning och social utsatthet samt tillgång till skjutvapen – som förklaringsmodeller till skillnaderna bland kvinnor och män.²¹

1.5 Självskador och suicidförsök

Enligt Socialstyrelsens statistik vårdades 6800 personer på sjukhus för självskador – avsiktlig självdestruktiv handling – under 2019. Motsvarande siffra för 2018, låg på 6600 inläggningar på grund av självtillfogade skador.²²

När det gäller självskador och suicidförsök är kvinnor – främst åldersgruppen 15–24 år – överrepresenterade. Kvinnor vårdas oftare än män på sjukhus på grund av avsiktlig självdestruktiv handling. Denna statistik omfattar både suicidförsök och självtillfogade skador utan suicidavsikt, då avsiktlig självdestruktiv handling kodas på samma sätt oberoende på om personen har utfört handlingen med avsikt att begå suicid eller inte. Vanligaste självskademetoden är förgiftning med läkemedel, som omfattar cirka 6000

18 Lumell, 2020.

19 Folkhälsomyndigheten, 2020a.

20 Folkhälsomyndigheten, 2018a.

21 Lumell, 2020.

22 Socialstyrelsen, 2020.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

personer, dvs. 9 av 10, av alla självsador som har resulterat i ineliggande vård ibid.²³

1.6 Region Södermanlands roll i det suicidpreventiva arbetet

I enlighet med beslut i fullmäktige i november 2018, har Region Sörmland – i mål och budget för 2019–2021 – fått uppdrag att ta fram en nollvision för suicid.

Som bakgrund till denna nollvision beskrivs suicid som ett samhälleligt problem som måste tas på mycket stort allvar. Med utgångspunkt i befintligt kunskapsunderlag och utvärderingar av det suicidpreventiva arbetet på nationell nivå, kan fastslås att det suicidpreventiva arbetet inte är en enskild verksamhets eller huvudmans ansvar. Bakom suicidhandlingar finns en komplex problematik och ett brett spektrum av riskfaktorer. Förebyggandet av suicid kräver därför en bred preventiv ansats (;).²⁴

En nollvision för suicid beslutades av Sveriges riksdag 2008. Nollvisionen syftar till att samla olika krafter i samhället åt ett gemensamt håll. Syftet med visionen är därmed inte att lägga hela ansvaret på en ensam huvudman, som hälso- och sjukvård, socialtjänst eller skolan, utan skapa engagemang och aktivt arbete från flera aktörer i samhället. Föreliggande strategi kommer att utgå ifrån nollvisionen, dock behövs målsättningar på vägen som sätts i paritet med vad som är rimligt att påverka genom implementering av kunskapsbaserade insatser inom regionens ansvarsområden. Därutöver behöver alla verksamheter inom region Sörmland stödja och samverka med andra aktörer som utgör andra länkar i kedjan som utgör risk- och skyddsfaktorer för suicidhandlingar.

”Ingen människa ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att självmord ses som den enda utvägen.” Proposition 2007/08:110, En förnyad folkhälsopolitik.

Strategiområden i det nationella handlingsprogrammet

1. Främja goda livschanser för mindre gynnade grupper
2. Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för självmord
3. Minska tillgänglighet till medel och metoder för självmord

²³ Ibid.

²⁴ WHO, 2014; Socialdepartementet, 2008.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

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

1.6.1 Suicid i Sörmland

I Sörmland dör årligen cirka 46 personer i suicid i snitt, uppdelat på en tioårsperiod. 2019 tog 48 personer sitt liv i Sörmland, och suicidstalet per 100 000 invånare låg på 19,81, strax över rikssnittet på 18,72.

Under tioårsperioden 2010–2019 begick totalt 458 personer – 15 år och äldre – suicid i Sörmland. Av dessa var 326 män (71%) och 132 kvinnor (28,8%).

Tabell 1. Dödsorsaksstatistik, Södermanlands län, Ålder: 15+, Båda könen

Årtal	Antal suicid (säkra och osäkra diagnoser)	Antal suicid (säkra och osäkra diagnoser) per 100 000 invånare.
2010	45	19,99
2011	38	16,78
2012	55	24,15
2013	45	19,64
2014	44	19,06
2015	51	21,9
2016	39	16,58
2017	39	16,41
2018	54	22,51
2019	48	19,81

Av det totala antalet utgörs 27,5% av dödsfallen osäkra suicid (Y10-Y34 Skadehändelser med oklar avsikt) och 72,5% säkra suicid (X60-X84 Avsikligt självdestruktiv handling). Statistiken har inhämtats från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och har bearbetats av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention.

Det genomsnittliga suicidstalet uppdelat på både kön och åldersgrupp för Södermanland under perioden var som följer nedan:

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

		Kön	
		Män	Kvinnor
Åldersgrupp	15-24 år	22,9	8,6
	25-44 år	29,6	9,9
	45-64 år	30,4	13,1
	65+ år	27,1	11,8

Källa: Dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Fördelningen över åldersgrupper liknar den för hela riket, likaså könsfördelningen liknar den för riket i stort, med en kraftig övervikt av män, och som synes var risken för suicid som störst för män i åldersgruppen 45–64 år, och som lägst för kvinnor i åldersgruppen 15–24 år.

2 Syfte

Syftet med föreliggande strategi är att fastslå strategier och insatser för ett långsiktigt och kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete i Region Sörmland, med utgångspunkt i NASPs samt Folkhälsomyndighetens sammanställningar av vetenskapliga artiklar och undersökningar om suicid och suicidförsök. En höjd ambitionsnivå och nollvision för suicid kan realiseras endast om perspektivet vidgas och alla bidrar med sin del för att förhindra suicid. Denna strategi är utformad på en övergripande nivå och pekar ut riktningen och fungerar som ett stöd i framtagandet av lokala handlingsplaner, vilket innebär att samtliga verksamheter i regionen ska tillämpa strategin inom ramen för ordinarie verksamhetsplanering.

Detta möjliggörs med hjälp av identifierade målgrupper och konkreta åtgärdsförslag på hur respektive verksamhet ska tillämpa dessa strategier – med utgångspunkt i de 9 nationella åtgärdsområdena – för att möjliggöra ett konkret suicidpreventivt arbete på lokal nivå.

Ytterligare ett syfte med strategin är att sprida kunskapen om suicidhandlingar och dess effekter på både individ-, grupp- och samhällsnivå, samt öka medvetandet och eliminera myter och felaktiga uppfattningar kring suicid. Faktum är att NASP understryker att *”självmod är ett samhällsproblem som vården på egen hand inte kan eller ska tackla”*. Det förebyggande arbetet kräver att även andra aktörer i samhället involveras och tar ansvar.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

2.1 Avgränsningar

Strategin omfattar inte kliniska behandlingsmetoder, eftersom kunskapsstyrningsorganisationen inom hälso- och sjukvården ansvarar för riktlinjer kring detta.

3 Övergripande målsättningar, metoder och önskade resultat

3.1 Övergripande målsättningar

Övergripande målsättningar är att strategin ska bidra till följande:

- Alla verksamheter planerar och genomför kunskapsbaserade suicidpreventiva aktiviteter utifrån sina uppdrag inom ramen för ordinarie verksamhetsplanering och uppföljning, med utgångspunkt i föreliggande strategi.

Mäts genom: ordinarie uppföljningssystem av budget och bokslut, årligen.

Målvärde: Samtliga verksamheter i regionen planerar och återskär rapporterar genomförda aktiviteter inom suicidprevention, i sina delårsrapporter och årsberättelser i enlighet med Regions Sörmlands styrmodell.

- Alla verksamheter tar fram och implementerar lokala handlingsplaner under 2022. De verksamheter som har befintliga handlingsplaner reviderar dessa under samma period.

Mäts genom: Uppföljning av aktuella lokala handlingsplaner.

Målvärde: Samtliga verksamheter har fram till slutet på 2022 en lokal handlingsplan för suicidprevention.

3.2 Metoder och tillvägagångssätt för det suicidpreventiva arbetet

Nedanstående metoder och tillvägagångssätt ska ligga till grund för Regionens suicidpreventiva arbete för perioden 2020–2030. Modellen belyser suicidpreventiva insatser utifrån olika preventiva nivåer.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

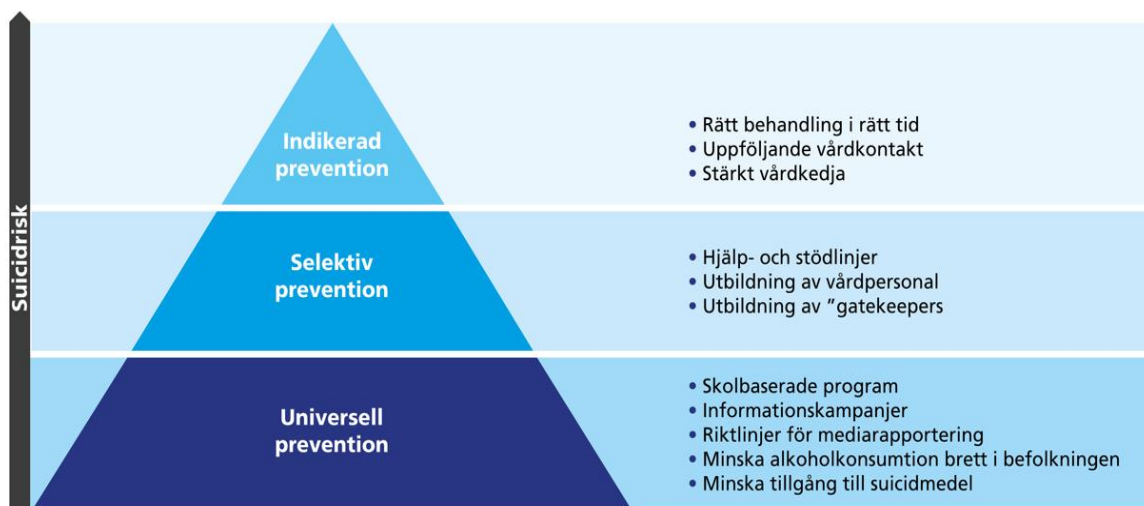
Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

3.2.1 Bred preventiv ansats

Regionen Sörmland ska – utifrån målsättningen om att bli ”Sveriges friskaste län 2025” – arbeta för att förebygga och hantera suicidrelaterade problem både i befolkningen och hos medarbetare inom regionens verksamheter. Det suicidpreventiva arbetet i Sörmland ska utgå från tre nivåer; **universell, selektiv och indikerad** prevention som illustreras i figuren nedan som är framtagen av NASP utifrån kunskapsstödet REPSI.²⁵



Figur 1. Exempel på insatser inom de olika preventionsnivåerna.

Modellen ovan visar de olika preventionsnivåerna som respektive verksamhet bör utgå ifrån eftersom fokusområdena ser olika ut för de olika aktörerna. För vissa kan det exempelvis vara aktuellt med arbete på flera olika nivåer samtidigt, medan för andra kan det vara aktuellt med arbete på endast en nivå. Föreliggande strategi kommer inte specificera enskilda aktörers ansvarsområden och den preventionsnivå som de bör arbeta ifrån, utan strategin ska fungera som ett stöd vid framtagandet av lokala handlingsplaner där verksamheterna specificerar sitt arbete och anpassar handlingsplanen till rätt preventionsnivå, i kombination med rätt insatser som lyfts i strategin.

3.2.2 Samverkan för simultana insatser

I enlighet med forskning och rekommendationer om det sätt på vilket suicidpreventivt arbete bör bedrivas, skall regionen tillämpa en multikomponentstrategi, som innefattar simultan implementering av flera olika åtgärder. Detta angreppssätt innebär att insatserna förstärker varandra, men för

²⁵ <https://respi.se>.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

att uppnå denna förstärkta effekt av en multikomponentsstrategi som NASP förordar, behöver olika huvudmän samverka och samplanera insatser gemensamt.²⁶

För att realisera en multikomponentstrategi ska regionen – via kunskapsstyrningsorganisationen samt Regionfullmäktige – ta initiativ till övergripande samordning och samverkan med interna och externa parter som exempelvis Länsstyrelsen, privata vårdgivare, civilsamhälle, blåljusverksamheter samt andra myndigheter och nyckelaktörer så som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, ideella organisationer brukarföreningar med flera.

3.2.3 Vetenskaplig grund

Samtliga verksamheter som planerar/bedriver suicidpreventivt arbete och insatser skall – så långt som möjligt – utgå från kunskapsbaserade insatser som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. För komplett sammanställning av rekommendationer för evidensbaserade suicidpreventiva insatser se <https://respi.se>.

3.2.4 Personen i centrum

Det suicidpreventiva arbete – oavsett verksamhetstyp – skall genomsyras av det förhållningssätt som återfinns inom personcentrerad vård, vilket avser ett etiskt förhållningssätt där personens egen berättelse står i centrum. När det gäller riskfaktorer för suicid, finns det mycket som talar för att ett personcentrerat bemötande ökar möjligheterna att upptäcka dessa riskfaktorer.²⁷

Vid planering och implementering av insatser, skall innebörden av ”Personen i centrum” definieras utifrån patienters, brukares, anhörigas/närståendes/efterlevandes och andra medborgares perspektiv. Dessa personers upplevelser och erfarenheter ska så långt som möjligt beaktas vid planering och implementering av suicidpreventiva insatser.

3.3 Kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser

3.3.1 Universell suicidprevention

För att nå det långsiktiga målet med att minska antalet suicid och suicidförsök, är det viktigt att mer fokus riktas på befolkningsinriktade

²⁶ NASP, 2019a.

²⁷ Nyberg & Beskow 2016.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

insatser. Den universella suicidpreventionen riktar sig till hela befolkningen oavsett risknivå, dvs. att insatserna riktas till och når fler personer och ger därmed större effekt än insatser riktade till enbart riskgrupper. De befolkningsinriktade insatserna ämnar också nå befolkningen tidigt i livet innan problemen har uppstått genom att förebygga orsaker som innebär ett lidande, som exempelvis orättvisor och marginalisering i samhället, diskriminering, social isolering och ensamhet samt andra typer av utsatthet. Tidigt stöd till barn och unga är ett bra exempel på åtgärder på universell nivå där målet är att – så tidigt som möjligt – stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer, vilket i bästa fall kan innebära ett livslångt skydd. Detta kan ske genom exempelvis stöd till elevhälsan och skolhälsovården genom utbildningar om suicid, stärkt kontakt mellan elever, elevhälsa/skolpersonal, föräldrar och kommunens resurser.²⁸

De skolbaserade insatserna som har **stark evidens** följer nedan:

- ❖ **Youth Aware of Mental Health (YAM)**
- ❖ **Good Behavior Game (GBG)**
- ❖ **Signs of Suicide (SOS)**

YAM och GBG är tillgängliga på svenska, dessutom har YAM utvärderats i svensk kontext, i Region Stockholm.

Andra universella kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser som har **stark evidens** och är tillämpbara på regional nivå är:

- ❖ **Begränsning av medel som används i suicidsyfte genom exempelvis:**
 - Sätta upp skyddsbarriärer vid broar och andra suicidtäta platser.
 - Sätta upp plattformsdörrar vid högtrafikerade områden.
 - Införande av varningssystem på exempelvis tåg-, tunnelbane- och spårvagnsspåren i de regioner som har dessa färdmedel.

Denna preventiva strategi kan anpassas till många suicidmetoder och miljöer. Den teoretiska utgångspunkten är att *”ju svårare det är för en person att hitta ett dödligt medel, desto mer tid finns för personen att bli avbruten av utomstående eller till och med hinna bli av med sina mest intensiva suicidtanker”*. Denna strategi tros ha störst effekt på impulsiva suicidförsök,

28 NASP, 2019a.

Handläggare

Sabrin Granath

Regional samordnare för suicidprevention

Processområde

Bedriva regional utveckling

Beslutad av

Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från

2021-04-27

Dokumentnummer

RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå

Huvuddokument (styrande dokument)

med utgångspunkten i att personer som genomför impulsiva suicidförsök inte ”byter ut metoden” dvs. går och letar efter en alternativ metod, om de inte lyckas eller blir avbrutna vid första försöket ibid.²⁹

De metoder som visar på **måttlig evidens** är:

❖ **Minskning av alkoholkonsumtionen brett i befolkningen genom exempelvis:**

- Förhöjda skatter.
- Förbud mot alkoholimport.
- Minskad alkoholtillgänglighet.
- Nolltolerans lagar vid bilkörning.
- Förstärkt stöd och samarbetet kring alkoholberoende och missbruk.

Folkhälsomyndigheten har i en genomgång av internationell forskning – totalt 16 publicerade studier under perioden 1990–2014 – visat att suicid i befolkningen är relaterad till totalkonsumtionen av alkohol. Även nyare analyser för perioden 1995–2015 har visat ett samband mellan alkoholkonsumtion och suicid. Vidare har analyser visat ett samband mellan ökningen av alkoholprevention och förebyggande insatser relaterade till minskning av suicidförsök. Andra kvalitativa studier som refereras i Folkhälsomyndighetens analys, visar en koppling mellan alkoholkonsumtion och suicid på individnivå, där alkoholmissbrukare enligt kliniskt fastställd diagnos löper en markant förhöjd risk för suicid.³⁰

NASP belyser också alkoholmissbruk som en av riskfaktorerna vid suicid, särskilt bland män – där det också är högst suicidtal – både regionalt, nationellt och internationellt. Förklaringen till kopplingen mellan alkoholkonsumtion och suicid är att impulsiviteten utgör en känd riskfaktor för de suicidförsök som kännetecknas av mindre planering. Vid intag av alkohol ökar generellt impulsivitet och aggression, vilka kan leda till ett impulsivt suicidförsök/suicid i situationer där personen är sårbar. Den av de ovannämnda exemplen, som har visat sig vara mest effektiva insatsen – enligt en systematisk sammanställning, som refereras i REPSI – är införandet av minskad täthet av alkoholförsäljningsställen samt minskad tillåten alkoholkoncentration vid bilkörning ibid.³¹

29 Ibid.

30 Folkhälsomyndigheten, 2018b.

31 Ibid. s. 27.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

❖ **Informationskampanjer som syftar till att sprida kunskap genom:**

- Öka kännedomen om psykisk hälsa, samt den hjälp som går att erhålla vid psykisk sjukdom.
- Rapportering i TV, tidningar och andra mediala kanaler i syfte att minska stigmatiseringen och öka medvetenheten hos befolkningen.
- Uppsättning av informationsskyltar – med exempelvis telefonnummer till hjälplinjer – vid suicidtäta platser
- Utveckling av mediekampanjer som exempelvis ”Stör Döden-kampanjen” och andra liknande kampanjer.

❖ **Medierapportering på korrekt sätt genom:**

- Fortsatt spridning av riktlinjer för mediarapportering

I september 2017 publicerade World Health Organization (WHO), riktlinjer för det sätt på vilket suicid bör och inte bör rapporteras. Detta då medias rapportering av suicid kan få negativa konsekvenser, i de fall rapporteringen sker på ett felaktigt sätt. I riktlinjerna ingår bland annat att inte beskriva suicid på ett sensationellt sätt, eller ge detaljerade beskrivningar av metodval och tillvägagångssätt. Därför understryks vikten av fortsatt arbete kring spridning och implementering av dessa riktlinjer.³²

3.3.2 Selektiv suicidprevention

Centralt i selektiv prevention är att insatser riktas mot grupper som har en rad riskfaktorer som kan innebära en särskild förhöjd suicidrisk. De riskgrupper som omnämns här, har identifierats genom olika epidemiologiska studier som NASP hänvisar till. Exempel på riskgrupper är personer med psykiatriska tillstånd/sjukdomar, beroendesjukdomar, funktionsförluster, funktionsnedsättningar, samsjuklighet, somatiska sjukdomar som medför ett stort lidande och livsleda, plötsliga livskriser i form av separationer eller andra livsproblem, hereditet för suicid, efterlevande efter suicid, HBTQ-personer, män och äldre. I den sistnämnda gruppen finns det dessutom en stark koppling mellan suicidrisk och social isolering. Viktigt att tillägga att det inte nödvändigtvis krävs särskilda insatser för varje enskild riskgrupp, utan snarare att uppmärksamma riskgrupperna. Den främsta preventiva faktorn i dessa grupper är att deras ”status” som riskgrupp uppmärksammas av huvudmän som kan och bör tillhandahålla insatser för gruppen ibid.³³

32 NASP, 2019a.

33 Ibid.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

De selektiva kunskapsbaserade insatserna som har **måttlig evidens** (här förekommer inga insatser med stark evidens), följer nedan:

❖ **Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal genom:**

- Utbildningsinsatser till specialister inom hälso- och sjukvård kring identifiering och behandling av suicidnära patienter.
- Kontinuerliga utbildningsinsatser till primärvård, somatiska vårdenheter och personal inom beroendevården.

Vidare visar forskning att vårdpersonal som erhåller stöd – både kollegialt och från ledning – för att hantera suicidfall bland sina patienter, är mer benägna att arbeta med suicidprevention. Stödet kan exempelvis vara i form av rutiner för stöd till medarbetare efter suicid (;).³⁴

Andra studier som NASP refererar till, har påvisat ett behov av utbildningsinsatser och ökad kunskap – när det gäller psykisk ohälsa, suicidal kommunikation och evidensbaserad behandling av suicidnära patienter – inom primärvården.³⁵

Nedan ges exempel på andra insatser på selektiv prevention, även dessa med **måttlig evidens**. I dessa utbildningar som erbjuds gatekeepers – exempelvis polis, militär, brandkår, personal inom kollektivtrafik, frivilligorganisationer, religiösa samfund med flera – riktas fokus på att öka kunskaper kring suicidprevention, samt öka kunskapen kring identifiering och bemötande av suicidnära personer. En del av dessa utbildningsinsatser fokuserar också på att främja ett hjälpsamt beteende och förändra negativa attityder eller reducera stigmatisering kring psykisk ohälsa, depressioner och suicid.

❖ **Utbildning av ”gatekeepers” genom:**

- Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA).
- Psyk-E-BAS-Självmod.
- Aktion Livräddning och Akut omhändertagande av självmordsnära person (AOSP).

Evidensen för utbildningar riktade till gatekeepers bedöms vara måttlig, dock har flera större multikomponentssatser genererat positiva resultat i form av minskade suicid och suicidförsök, där dessa program har implementerats.³⁶

³⁴ Ramberg, m.fl. 2016; Awenat m.fl., 2017, Samuelsson, 2002.

³⁵ NASP, 2019a.

³⁶ Nasp, 2019a.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

Vidare finns det andra preventiva insatser på selektiv nivå som dock har **svag eller ingen evidens**, men som ändå lyfts som viktiga i det suicidpreventiva arbetet vilka är stödinsatser till riskgrupperna **anhöriga och närstående, äldre med ensamhetsproblematik** samt stöd till **hjälp- och stödlinjer**.

Anhöriga till personer som har begått suicid är en riskgrupp som uppmärksammas särskilt. Att som anhörig leva under hotet av suicid medför en stor stress och press, samtidigt som sorgen efter en närståendes suicid oftast är mer traumatisk än vid dödsfall av andra orsaker (³⁷).

Sorgen kompliceras av de närståendes känsla av skam och skuld samt av tabun när det gäller suicid (³⁸). Denna grupp befinner sig i en akut situation i samband med att ha mottagit beskedet om en nära anhörigs suicid. Vidare påtalas brister i stödet till anhöriga, där deras eventuella behov av vård inte alltid tillgodoses. Detta trots det faktum att de själva löper ökad risk för allvarligt psykisk ohälsa eller suicidhandlingar.³⁹

I de regionala riktlinjerna för vård av suicidnära patienter, ingår stöd och hjälp till anhöriga och närstående. Dock kan inte livskriser och sorg efter en anhörigs död räknas som behandlingsbara sjukdomstillstånd, därför krävs andra insatser för denna målgrupp, exempelvis stöttning av stöd- och hjälporganisationer exempelvis Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandes Stöd (SPES). Dock finns det ett fortsatt behov av akuta insatser där anhöriga fångas i den direkta krisen, då det kan ta tid innan de får handlingskraft och kan ta kontakt med ideella organisationer som SPES.⁴⁰

Som nämnts ovan saknas evidens när det gäller isolerade insatser riktade till anhöriga, dock läggs det stor tonvikt vid denna form av stöd, som exempelvis genom WHO:s riktlinjer för stödgrupper för efterlevande, där hjälp och stöd till denna grupp bedöms som givet i det suicidpreventiva arbetet, dels utifrån det stora behovet, dels utifrån ett etiskt perspektiv (⁴¹).

Insatser till denna grupp har framtagits i ett samarbete mellan NASP och SPES och lyder som följer:

❖ **Stöd till anhöriga och andra närstående (ingen evidens) kan tillhandahållas genom:**

- Se till att vårdavtal, vårdprogram och andra riktlinjer innefattar beskrivningar av hur anhöriga och efterlevande ska få stöd och hjälp.

³⁷ Scocco m.fl. 2019; Larsson Omerov, 2014; Spillane m.fl, 2018.

³⁸ NASP, 2002a; NASP 2002b; Spillane, 2018.

³⁹ Larsson Omerov, 2013.

⁴⁰ NASP, 2019a.

⁴¹ Ibid., WHO, 2011.

Handläggare

Sabrin Granath

Regional samordnare för suicidprevention

Processområde

Bedriva regional utveckling

Beslutad av

Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från

2021-04-27

Dokumentnummer

RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå

Huvuddokument (styrande dokument)

- Uppföljning av ovannämnda vårdavtal, vårdprogram och riktlinjer och att dessa efterföljs.
- Framtagande av förslag till en akut stödfunktion som hjälper de drabbade med nödvändiga kontakter och stöd, utan att de själva behöver ta initiativ till kontakt.

Äldre med ensamhetsproblematik är den andra riskgruppen som lyfts som den grupp som kan erbjudas särskilda insatser då suicidrisken i denna grupp – särskilt bland män 85 år och äldre – är högst och har en stark koppling till social isolering. I en refererad enkätundersökning⁴² med ett slumpmässigt urval av totalt 9968 personer mellan 65–85 år, påvisas att en fjärdedel uppgav att de kände sig ensamma; man såg också att livskvaliteten sjunker med stigande ålder – särskilt bland äldre män. Detta har konstaterats även i andra studier som har påvisat ett samband mellan depressiva symtom och upplevd ensamhet.⁴³

❖ **Stöd till äldre med ensamhet (ingen evidens) genom:**

- Identifiering och implementering av evidensbaserade insatser som bekämpar ofrivillig ensamhet.
- Implementering av Livsberättargrupper.
- Stöd till kommuners och frivilligorganisationers arbete med äldregrupper för att bekämpa ofrivillig social isolering.

❖ **Hjälp- och stödlinjer genom:**

- Stöd till hjälp- och stödlinjer och ideella organisationer som exempelvis MINDs Självmodslinje, Jourhavande medmänniska, efterlevandestöd (SPES) med flera.

Många suicidnära personer undviker att söka formell hjälp, därför kan kontakt via hjälp- och stödlinjer vara den enda möjligheten för vissa att tala med någon om sina problem. Trots det svaga evidensunderlaget för denna typ av insatser, bedöms det finnas tillräcklig anledning för dessa organisationer att fortskrida med sitt arbete, baserat på stora mängden individer som ringer till dessa hjälp- och stödlinjer. Till exempel tar Självmodslinjen med flera, emot ca 30 000 samtal årligen, under begränsade öppettider.⁴⁴

⁴² Djukanovic, Carlsson & Peterson, 2016, ref. i NASP, 2019a.

⁴³ Cacioppo m.fl., 2006; Victor & Yang, 2012; Zebhauser m.fl., 2014, ref. i NASP, 2019a.

⁴⁴ NASP, 2019a.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

3.3.3 Indikerad suicidprevention

Den indikerade preventionen avser insatser som riktar sig till personer med en individuell risk för suicid, det vill säga patienter/brukare/klienter med förhöjd risk för suicid, och som förekommer inom hela hälso- och sjukvården – inom så väl psykiatri som somatiska vårdenheter och primärvård, likväl som kommunernas verksamheter som exempelvis missbruksvård, olika former av boenden – och försörjningsstöd med flera. Det är ytterst viktigt att personer med samsjuklighet exempelvis beroendesjukdomar i kombination med andra somatiska och/eller psykiatriska tillstånd erhåller vård och stöd i tid. Dessa personer har oftast behov av insatser från flera aktörer då de ofta har behov av såväl medicinsk vård – somatisk och psykiatrisk – som socialt stöd från kommuner. Därför är det ytterst viktigt att det finns en utvecklad och fungerade vårdkedja som innebär att hälso- och sjukvården och kommunala verksamheter sinsemellan och gemensamt arbetar systematiskt och förebyggande med god samverkan mellan olika instanser där risken för att patienter ”hamna mellan stolarna” elimineras (;).⁴⁵

Allvarligare former av psykisk ohälsa och suicidalitet kräver ofta längre behandlingsinsatser och uppföljningar. Problembilden kan också kompliceras ytterligare vid samsjuklighet. Det kan också förekomma oklarheter när det gäller vilka patienter som tillhör psykiatri respektive primärvården.⁴⁶

I dessa lägen utgör tidig upptäckt, diagnostisering, behandling och uppföljning, centrala delar i vårdkedjan, där professionella samverkar för en sammanhållen och effektiv vård och rehabilitering utan dröjsmål.⁴⁷

Utifrån beskrivningen ovan bör det indikerade suicidpreventiva arbetet fokusera på nedanstående insatser som har **måttlig evidens**.

❖ Stöd till individer med förhöjd risk för suicid genom:

- Stärkt stöd i region och kommuners samverkan i syfte att främja en sammanhållen och kontinuerligt stöd för suicidnära personer som kräver omfattande insatser från flera aktörer.
- Kartläggning av vårdkedjans – så väl interna som externa – skick när det gäller högrisk personer.

Enligt en systematisk litteraturöversikt som har genomförts av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) – där man undersökt det vetenskapliga underlaget för och tillförlitligheten hos

⁴⁵ Socialstyrelsen, 2020; NASP, 2019a.

⁴⁶ Karlsson, L. 2009.

⁴⁷ Nasp, 2019a.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

riskbedömningsinstrument – är det vetenskapliga stödet för de instrument som används idag undermåligt (;).⁴⁸ De två förhållanden som har konstaterats i denna litteraturöversikt är att, det antingen saknas tillräckligt vetenskapligt underlag i form av vetenskapliga studier som möjliggör bedömningen av skattningsskalornas tillförlitlighet; eller att det föreligger starkt vetenskapligt stöd som påvisar otillförlitligheten i dessa instrument. Detta gäller skalor som MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale), Beck Suicide Intent Scale, SAD PERSONS. Dessa resultat bekräftades ytterligare av två stora meta-analyser publicerade 2016 och 2019 (;).⁴⁹ Enligt resultaten skedde cirka hälften av suiciden i gruppen där suicidrisken bedömts som låg, medan cirka 95% av högriskgruppen inte begick någon suicid (;).⁵⁰ Det man menar dock är att skattningsskalorna har ett ”pedagogiska värde” som uppmärksammar vårdpersonalen på suicidproblematiken. För att hantera denna osäkerhet kring suicidriskbedömningar och dess tillförlitlighet föreslås insatser enligt nedan som har **stark/måttlig evidens**.

❖ **Lågintensiva interventioner och uppföljningar till många patienter – även lågriskpatienterna – genom:**

- Regelbunden kontakt genom exempelvis telefonsamtal eller andra medel.
- Utvärdering av implementeringsmöjligheter av lågintensiva uppföljningar för personer som har genomfört ett suicidförsök.
- Utvärdering av den suicidpreventiva effekten av lågintensiva uppföljningar.

Tanken är att kontakten skall vara väldigt kort men det ska finnas en kontinuitet där patientens tillstånd följs upp, och att insatser kan tillhandahållas mobilt, det vill säga utanför hälso- och sjukvården. Istället för att tillhandahålla resursintensiva insatser till få högriskpatienter, erbjuds interventioner även till de patienter som enligt skattningsskalorna visar på låg risk dör suicid.⁵¹

⁴⁸ SBU, 2015 ref. i NASP, 2019a.

⁴⁹ Belsher m.fl., 2019; Large m.fl., 2016, ref. i NASP, 2019a.

⁵⁰ Large m.fl., 2016, ref. i NASP.

⁵¹ NASP, 2019a.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

3.3.4 Insatser i arbetslivet

I rekommendationerna för suicidpreventiva insatser beskriver NASP att det idag saknas riktlinjer för arbetsgivarens ansvar för personer som har drabbats av suicidkriser. De menar att vid vissa arbetsplatser – exempelvis i kontaktyrken bland vårdpersonal eller blåljuspersonal, personal inom kollektivtrafiken med flera – kan drabbas av patienters/klienters hot om suicid eller fullbordade suicid. Trots att Sveriges kommuner och Regioner (SKR) nyligen arbetat fram riktlinjer för arbetsmiljöarbetet inom kommuner och regioner, saknas det riktlinjer för arbetsgivarens ansvar för personal som drabbas av suicidrelaterade kriser. Faktum kvarstår att arbetsgivare har ett arbetsmiljöansvar för sina medarbetare, vilket även omfattar psykisk hälsa, välmående och sociala behov. Utifrån detta perspektiv samt det faktum att Regionen Sörmland är arbetsgivare för närmare 7500 medarbetare, bör den suicidrelaterade ohälsan hos medarbetare i Regionen utvecklas och systematiseras utifrån nedanstående förslag.

❖ Suicidrelaterade ohälsan på arbetsplatser kan hanteras genom:

- Att utarbeta centrala och lokala riktlinjer för hur anställdas allvarliga suicidtankar eller suicid ska hanteras i regionens verksamheter med hjälp och stöd från HR.
- Att utarbeta riktlinjer för hur personal ska agera när någon (patient/klient/medarbetare) hotar att ta sitt liv.
- Att utveckla centrala och lokala riktlinjer för krishantering vid suicidhändelser på arbetsplatser, med hjälp och stöd från HR.
- Stöd till medarbetare som är anhöriga till personer som begått suicid.

4 Genomförande av strategin

Syftet med detta avsnitt om genomförandet är att konkretisera strukturen för hur föreliggande strategi ska implementeras i samtliga verksamheter i regionen.

I enlighet med beslut i regionfullmäktige, ska alla verksamheter i Regionen inkorporera suicidpreventivt arbete i sin verksamhetsplanering genom framtagande av lokala handlingsplaner anpassade till respektive verksamhetsuppdrag. Genomförandet – dvs. framtagande av

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

handlingsplanerna ska ske i enlighet med Region Sörmlands styrmodell för planering och rapportering, och följs upp i ordinarie uppföljningssystem.

Genomförandet bör ske enligt nedanstående punkter:

- Upprättande av suicidpreventiva handlingsplaner – enligt avsedd mall – som konkretiserar målsättningar, aktiviteter och ansvarsdel samt fastställda tidsramar för implementering och uppföljning av de målsättningar som definieras.
- Finansiering ska hanteras inom ordinarie budgetprocess, det vill säga i Mål och Budget anges hur de suicidpreventiva insatserna ska finansieras. Vidare kan viss finansiering ske via överenskommelsemedel mellan staten och SKR (Sveriges kommuner och regioner) gällande insatser inom psykisk hälsa.
- Respektive verksamhetsområdeschef eller motsvarande beslutar om handlingsplanen ska delegeras vidare till verksamhetsnivå eller om den ska gälla förvaltningsövergripande. Detta innebär att framtagna handlingsplaner fastställs av verksamhetsområdeschef/divisionschef eller motsvarande.

4.1 Uppföljning på lokal- och regionövergripande nivå

- I likhet med genomförandet – skall även uppföljningen av de lokala handlingsplanerna och utfallet i respektive verksamhet – integreras i ordinarie system för uppföljning och rapportering. Viktiga målsättningar för uppföljning på lokal nivå är de processmål som ska anges i verksamheternas handlingsplaner. Vidare ansvarar respektive huvudman för nödvändiga förbättringar utifrån resultatet i de planerade aktiviteterna.
- Ansvaret för uppföljning av strategin åligger regionfullmäktige och skall följas upp årligen, utifrån den epidemiologiska utvecklingen kring suicid och suicidförsök, samt aktuellt evidensläge gällande metoder och insatser för suicidprevention. Med tanke på komplexiteten i ämnet suicid och dess orsaker, är det inte lämpligt att använda suicidantal som specifika årliga målsättningar; istället bör man följa och analysera trender över tid.

Handläggare

Sabrin Granath

Regional samordnare för suicidprevention

Processområde

Bedriva regional utveckling

Beslutad av

Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från

2021-04-27

Dokumentnummer

RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå

Huvuddokument (styrande dokument)

- Regionstyrelsen skall utifrån sina ansvarsområden kring styrning, ledning, samordning och uppföljning säkerställa att; samtliga verksamheter i regionen tar fram lokala handlingsplaner i form av styrdokument som konkretiserar respektive verksamhets suicidpreventiva arbete utifrån aktuellt kunskapsläge och evidens som återges i strategin.

4.2 Samordning och stöd

- Regionens samordnare medverkar i Folkhälsomyndighetens nationella nätverk för regionala suicidpreventiva samordnare, och informerar om det regionala arbetet samt inhämtar information och uppdateringar kring suicidläget, som är av relevans för det kontinuerliga arbetet i regionen.
- Vid behov kan verksamheter erhålla stöd i det suicidpreventiva arbetet med utgångspunkt i föreliggande strategi.

5 Referenser

Awenat Y, Peters S, Shaw-Nunez E, Gooding P, Pratt D, Haddock G. (2017). *Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis* [korrigerad publicerad i Br J Psychiatry. 2017 Oct;211(4):252]. Br J Psychiatry. 2017;211(2):103–108. doi:10.1192/bjp.bp.116.191817

Beskow, J., Nyberg, U. (2016). *Suicidpreventionen kan bli evidensbaserad och effektiv. Inifrån- i stället för utifrånperspektiv återupprättar patienten.* Läkartidningen 12-13/2016.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

Butwicka, A., Frisé, L., Almqvist, C., Zethelius, B., & Lichtenstein, P. (2015). *Risks of psychiatric disorders and suicide attempts in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based cohort study*. Diabetes care, dc140262.

Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Postuvan V, Saiz P, Varnik A, Wasserman D. A. (2014). *Newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study*. World Psychiatry. Feb;13(1):78-86. doi:10.1002/wps.20088. PubMed PMID: 24497256; PubMed Central PMCID: PMC3918027.

Folkhälsomyndigheten, (2018a). *Alkohol och suicide*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/alkohol-och-suicid/>

Folkhälsomyndigheten (2016). *Effekter av insatser för att förebygga suicid - Resultat från en kartläggande litteraturoversikt*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/e/Effekter-av-insatser-for-att-forebygga-suicid/>

Folkhälsomyndigheten, 2019d. *Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention*, s.l.: s.n.

Folkhälsomyndigheten, (2020a). *Regionala skillnader*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om->

Folkhälsomyndigheten, Suicidprevention.se (2019a).,

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/>

Folkhälsomyndigheten;

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid>

Folkhälsomyndigheten, (2020b). *Suicidförsök*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicidforsok/>

Folkhälsomyndigheten, (2018b). *Suicid förekommer oftare i socioekonomiskt utsatta områden*. s.l.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2015). *Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review*. BMC public health, 16(1), 115.

Hem, E., Loge, J. H., Haldorsen, T., & Ekeberg, Ø. (2004). *Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999*. Journal of clinical Oncology, 22(20), 4209-4216.

Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., ... & Reid, G. (2015). *Bullying and suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis*. Pediatrics, 135(2), e496-e509.

Karlsson, L. (2009). *Experienced needs amongst staff in primary care to work suicide preventive. A qualitative study based on 14 deep interviews*. Magisteruppsats. Department of Public Health Sciences Mental health promotion and suicide prevention. Karolinska Institute.

Kazan, D., Cleave, A. L., & Batterham, P. J. (2016). *The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: a systematic review*. Journal of Affective Disorders, 190, 585-598.

Larsson Omerov, P. (2013). *Parents who have lost a son or daughter through suicide : towards improved care and restored psychological health*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm). Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A849735&dswid=4550>

Liu, R. T., & Miller, I. (2014). *Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review*. Clinical psychology review, 34(3), 181-192.

Lumell Associates, (2020). Gapanalys – Kunskapsstöd för Suicidprevention och stöd till efterlevande. <https://www.spesistockholm.se/wp-content/uploads/2020/09/Kunskapsstod-for-suicidprevention.pdf>

Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). *Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis*. PloS one, 8(1), e51333.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

MSB, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015).
Samhällsekonomska konsekvenser av fullbordade suicid. (Publ.nr
MSB946). <https://rib.msb.se/filer/pdf/27977.pdf>

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention,
Coronaviruset: Risk för ökande självmord och självskador i samhället efter
pandemin (2020a) <https://ki.se/nasp/coronaviruset-risk-for-okande-sjalvmord-och-sjalvskador-i-samhallet-efter-pandemin>. 2020-03-24
(uppdaterad 2020-03-26).

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, (2002a). *Det går att leva vidare.* Ferm M (ed). Promoting mental health – Preventing suicides and suicide attempts. 3. https://ki.se/sites/default/files/2002-3_det_gar_att_leva_vidare.pdf

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (2002b). *När livet inte längre är värt att leva.* Lindblad F (ed). Promoting mental health – Preventing suicides and suicide attempts. 4. https://ki.se/sites/default/files/nar_livet_inte_langre_ar_vart_att_leva_2002.pdf

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. *Självmod i Sverige* (2020b) <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige> Hämtat 2020-10-13.

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, vid Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS), SLSO (2019a). *Underlag till handlingsplan för suicidprevention 2019-2022.* <https://ki.se/nasp/rekommendationer-for-suicidpreventiva-insatser-pa-befolkningsniva-respi>

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (2019b) *Hur beräknas självmordsstatistik?* <https://ki.se/nasp/hur-beraknas-sjalvmordsstatistik> Hämtat 2020-09-03.

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). *Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication.* Molecular psychiatry, 15(8), 868.

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & De Graaf, R. (2009). *Cross-national analysis of the*

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS medicine, 6(8), e1000123.

Pompili, M., Forte, A., Lester, D., Erbuto, D., Rovedi, F., Innamorati, M., ... & Girardi, P. (2014). *Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: a systematic review.* Journal of psychosomatic research, 76(5), 352-360.

Ramberg IL, Di Lucca MA, Hadlaczky G. (2016). *The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention.* Int J Environ Res Public Health. 2016 Feb 4;13(2):195. doi: 10.3390/ijerph13020195. PubMed PMID: 26861362; PubMed Central PMCID: PMC4772215.

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

Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2002). *Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients.* International Journal of Nursing Studies, 39(1), 115–121.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015b). *Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök.* En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 241. ISBN 978-91-85413-85-0.

Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Corrigan, P. W., Castriotta, C., & SOPROXI Team. (2019). *Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide.* Journal of affective disorders, 244, 223–230.

Socialdepartementet; Proposition 2007/08:110 – *En förnyad folkhälsopolitik* (inkluderar Nationellt handlingsprogram för suicidprevention (2008).

Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., & Arensman, E. (2017). *What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members?* Protocol for an observational and interview mixed-methods study in Ireland. BMJ open, 7(3), e014707.

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

Socialstyrelsen, (2020). *Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2019*, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-9-6922.pdf>

Tang, N. K., & Crane, C. (2006). *Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links*. *Psychological medicine*, 36(5), 575-586.

Tsirigotis K, G. W. T. M., (2001). *Gender differentiation in methods of suicide attempts*. *Med Sci Monit*, 17(8), pp. PH65-70.

Vyssoki, B., Gleiss, A., Rockett, I. R., Hackl, M., Leitner, B., Sonneck, G., & Kapusta, N. D. (2015). *Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: Who is at risk?* *Journal of affective disorders*, 175, 287-291.

WHO, World health organization. (2014) *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/131056>

WHO, World health organization. (2011). *Preventing Suicide: How to Start a Survivors' Group*. Geneva: world Health Organization.
https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf

6 Bilaga 1. Skydds- och riskfaktorer för suicid

Dessa skydds- och riskfaktorer har satts samman av NASP.

6.1 Skyddsfaktorer

- Personlighetsdrag: utåtriktad, varm/vänlig, ängslig, optimistisk
- Högt problemlösningsförmåga
- Högt självförtroende, hög självkänsla
- Tillgång till natur (t.ex. träd, parker mm.)
- Högt copingförmåga
- Meningsfullt liv/känsla av sammanhang (t.ex. ha personliga relationer, partner, vara förälder, ha en karriär, känna egenmakt mm.)
- Starka moraliska eller religiösa invändningar mot suicid

Handläggare
Sabrin Granath
Regional samordnare för suicidprevention
Processområde
Bedriva regional utveckling
Beslutad av
Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från
2021-04-27

Dokumentnummer
RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå
Huvuddokument (styrande dokument)

- Tryggt anknytningsmönster till viktiga personer (vårdnadshavare/partner)
- Aktivt föräldraskap (skyddsfaktor för barnet)
- God skol-/arbetsmiljö

6.2 Riskfaktorer

6.2.1 Kliniska (vårdrelaterade) faktorer

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

6.2.2 Icke-kliniska faktorer

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

Handläggare

Sabrin Granath

Regional samordnare för suicidprevention

Processområde

Bedriva regional utveckling

Beslutad av

Regionfullmäktige den 27 april, § 11/21

Giltig från

2021-04-27

Dokumentnummer

RS-LED20-3096-1

Dokumentnivå

Huvuddokument (styrande dokument)

- Intoxikationsinriktad alkoholkonsumtion (som t.ex. vid nyårsfirande)
- Existentiell ångest