



Gullspångs kommun

**Strategisk plan suicid
Gullspångs kommun 2016**

Inledning

Uppdrag

Datum 2015-02-17 kl 09:00

Plats: Socialkontoret, Gullspång

Ärende	Ärendenummer
VOU § 59 Uppdrag till IFO och POSOM	KS 2015/88

Beslut

Vård- och omsorgsutskottet ger verksamheten i uppdrag att ta fram ett förslag på hur POSOM via en frivilliggrupp kan hantera familjekriser när exempelvis nära anhörig suiciderat.

Bakgrund

Kommunstyrelsens ordförande, IFO/LSS-utskottets ordförande, socialchef och IFO-chef har vid två tillfällen träffat närstående till unga som suiciderat. Första träffen initierades av de anhöriga och den andra träffen syftade till att följa upp ett antal punkter som verksamheten skulle undersöka.

Det som i huvudsak kom fram vid träffarna är den övergivenhet som de anhöriga uppfattat i samband med att personliga kriser inträffat dom. De menar att de hade behövt hjälp och stöttning i det vardagliga. Som ex att det finns mat i kylskåpet och att mat finns på bordet samt att barnen kommer iväg till skolan.

Bilagor

- Tjänsteskrivelse uppdrag till POSOM.docx

Kopia till

Eva Thimfors

Genomförande

Vid vård – och omsorgsutskottets sammanträde 150217 fattades beslut, att uppdra åt IFO och POSOM att ta fram ett förslag på hur POSOM med stöd av en frivilliggrupp kan hantera familjekriser, exempelvis när en nära anhörig suiciderat. 150914 kallades företrädare för flera av kommunens verksamheter, primärvården, privata hälsovården samt kyrka och samfund till ett möte där en arbetsgrupp skulle utses. Vid sammanträdet beslutades att tillsätta en arbetsgrupp som skulle ansvara för att uppdraget från vård – och omsorgsutskottet utfördes. Gruppen benämndes som Lilla POSOM. Direktiv fanns att det framtagna materialet skulle redovisas politiskt senast 151231. De som utsetts som arbetsgrupp inbjöds 151013 till en workshop för att ta del av andras erfarenheter från att arbeta med frågor kring anhöriga till personer som suiciderat. Arbetsgruppens nästa sammanträde planerades vid workshopen till 151105. Eftersom samtliga i den utsedda arbetsgruppen inte närvarat vid de initierande träffarna beslutades att en Mini POSOM grupp skulle arbeta vidare med framställandet av det påbörjade materialet. Samtliga representanter i Lilla POSOM sammankallades 151208 till en gemensam granskning av materialet innan inlämning skedde politiskt. De som närvarade vid den sista granskningen av materialet och som arbetar vidare med uppdraget benämns som Lilla POSOM.

Arbetsgrupp Lilla POSOM:

Nour Beyed – Flyktingsamordnare

Anette Brandberg – Pastor i Equmenia kyrkan, Hova/Gullspång

Maja Fröjd – Socionom/Skolkurator

Åsa Fröjdendahl - Enhetschef äldreomsorgen/Samordnare för POSOM verksamheten

Berith Gustafsson – Socialsekreterare

Charlotte Holmgren – Präst i Svenska kyrkan, Amnehärads församling

Lennart Thimfors – Psykiatrisjuksköterska

Strategisk plan för suicid i Gullspångs kommun

Suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem som kräver att bli uppmärksammat. Den senaste forskningen har visat att suicidprevention måste omfatta åtgärder inom en rad fält, allt ifrån att skapa de bästa möjliga villkoren för barn och ungdomars uppväxtförhållanden till en effektiv behandling av psykisk ohälsa och förebyggandet av miljörelaterade risker.

Det finns vetenskapligt stöd för att kommunbaserade insatser inom olika verksamhetsområden kan påverka bestämningsfaktorer för suicid och därigenom bidra till minskad suicidförekomst i befolkningen. Det behövs både ett folkhälsovetenskapligt perspektiv, det vill säga att insatserna berör stora delar av befolkningen, samt ett perspektiv av individinriktade insatser som kompletterar. Åtgärder ska inriktas på strukturella och individuella faktorer liksom på fysisk, teknisk och social miljö.

Nationell strategi för det nationella suicidpreventiva arbetet

”Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara suicid och behöva ta sitt liv.”

Visionen är hämtad från regeringens proposition 2007/08:110 där motiveringen för en nollvision är att de bakomliggande skälen till att en människa tar sitt liv oftast är att personen lider av en psykisk störning och att personen är obehandlad eller underbehandlad vid tidpunkten för dödsfallet. Om det tillstöter belastande yttre händelser eller förändringar i livssituationen kan suicidförsök eller suicid bli ett faktum.

Suicid går att förebygga och samhällets förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa och samhällets olika system för att hantera risker för suicid måste ständigt förbättras. Ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. Det suicidpreventiva arbetet har länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar. Folkhälsopolitiken kompletterar detta synsätt. Den folkhälsopolitiska målstrukturen innebär att alla faktorer i människors sociala och fysiska miljö som är viktiga för hälsan inkluderas i det suicidpreventiva arbetet.

I propositionen redovisas nio strategier för ett nationellt självmordsförebyggande folkhälsoarbete. Strategierna utgår från WHO:s Helsingforsdeklaration som undertecknades 2005 av samtliga hälsoministrar i Europa och skall vara vägledande för politiska mål på regeringsnivå. De är framtagna av Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Socialstyrelsen i samarbete med Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP).

1. insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper
2. minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för självmord
3. minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord
4. självmordsprevention som hantering av psykologiska misstag
5. medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
6. spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord
7. kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik
8. händelseanalys av Lex Maria anmälningar

9. stöd till frivilligorganisationer

Kommunens mål

Målet är att antalet suicid och suicidförsök ska minska i Gullspångs kommun, men skulle ändå någon försöka att ta sitt liv eller tar sitt liv ska det finnas upparbetade rutiner för att på bästa sätt hantera situationen.

Uppdrag och syfte

I uppdraget från vård- och omsorgsnämnden (se sida 1) framkom att anhöriga till personer som suiciderat känt sig övergivna och inte fått det stöd som de upplevt att de haft behov av efter händelsen. Syftet är att anhöriga till personer som suiciderat ska få ett gott bemötande och det stöd som de eventuellt kan ha behov av. Syftet är också att ha rutiner för det förebyggande arbetet med suicid. För att möjliggöra detta arbete behöver resurser samordnas och organiseras inom kommunens POSOM verksamhet.

Terminologi

Då ordet självmord kan föra tankarna till mord och kriminella handlingar förespråkar en del att "självmord" ersätts av "suicid" efter engelskans "suicide". I takt med att Sverige blivit en del av det internationella forskningssamhället där engelska utgör det dominerande språket har det tidigare svenska begreppen delvis mönstrats ut, men språkbruket är fortfarande inte enhetligt. I denna text kommer vi att använda beteckningen suicid. Suicidtankar och suicidalt beteende kan definieras som en komplex process som kan omfatta allt från tankar om att ta sitt liv, att planera detta och att ta sitt liv. Suicidalt beteende är följden av ett samspel mellan biologiska, genetiska, psykologiska, sociala, miljö- och situationsbundna faktorer (Hawton och van Heeringen, 2009). Suicidprevention är olika sätt att förebygga eller undvika suicid.

Bakgrund

Suicidförsök är mycket vanligare än suicid. Studier visar att icke-dödliga suicidhandlingar inträffar minst tio gånger så ofta som dödliga suicid. Till skillnad från dödliga suicidhandlingar är icke-dödligt suicidalt beteende vanligast bland ungdomar och avtar med åldern (Nock m.fl., 2008).

Antalet suicid har ökat i Sverige de senaste åren. I Socialstyrelsens statistik för 2013 framkommer att suicid ökat mest bland unga mellan 15 och 24 år. Inte sedan 1989 har så många unga suiciderat i Sverige.

Det har länge funnits en nollvision för dödsolyckor i trafiken - och de har också minskat kraftigt. Men trots att det finns en nollvision även för suicid som Riksdagen antog 2008 har antalet suicid i Sverige ökat. Socialstyrelsen har tagit fram statistik som visar att antalet suicid har ökat från 1378 år 2011 till 1600 självmord 2013.

Nedåtgående trend bruten

I flera decennier har det funnits en nedåtgående trend, då antalet suicider minskat. Det lägsta antalet suicid sedan år 1980 var 2011 då 1378 personer tog livet av sig. Men mellan 2011 och 2013 har alltså den nedåtgående trenden brutits.

Ungas suicid ökar mest

Suicid ökar i alla åldergrupper, utom för 45-64 åringar där det sker en minskning från en redan hög nivå. Men det är bland ungdomarna som ökningen är störst. Och inte sedan 1989 har så många unga tagit livet av sig i Sverige.

År 1989 tog 205 unga livet av sig i Sverige, 1990 var det 153. Och under 2013 tog 176 unga människor mellan 15 och 24 år livet av sig. Suicid har även ökat i gruppen 15-19 år under ett par år.

Vanligaste dödsorsaken

Trafikolyckorna har prioriterats av myndigheter så att nollvisionen ska ge effekt. Men det har alltså inte riksdagens nollvision för suicid.

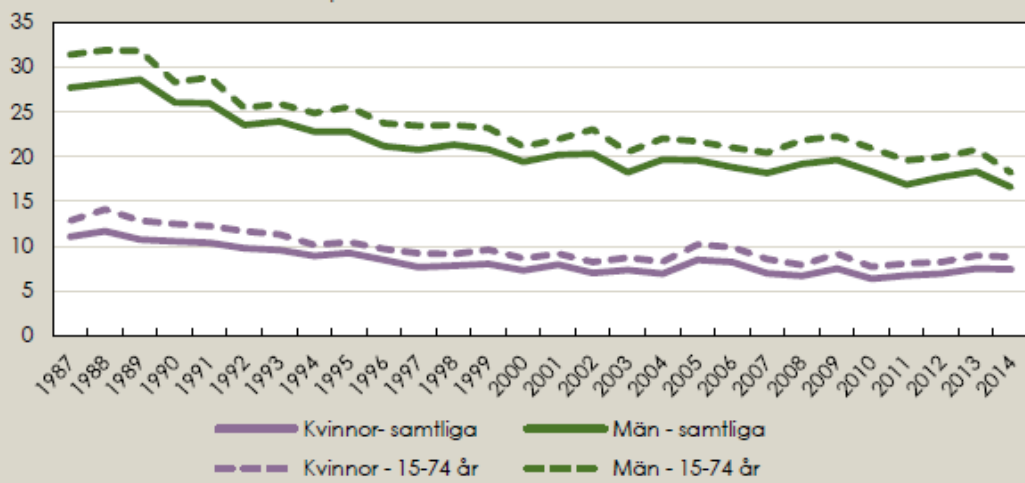
Under år 2013 var det i snitt sex gånger fler suicider än dödsolyckor i trafiken, 260 personer omkom i trafikolyckor medan 1600 tog livet av sig.

Antal självmord per åldersgrupp

År	15-24 år	25-44	45-64	65<	Totalt
2008	171	402	548	346	1467
2009	159	424	613	345	1541
2010	147	364	579	352	1442
2011	149	409	509	311	1378
2012	147	394	606	376	1523
2013	176	432	577	415	1600

Diagram 22. Dödlighet i självmord (ICD-10 X60-X84) år 1987-2014, kvinnor respektive män totalt samt i åldrarna 15-74 år

Ålderstandardiserade dödstal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Befolkningsregistret, Statistiska centralbyrån



Årligen berörs mellan 10 000 och 15 000 personer av att någon i deras närhet tagit sitt liv. Att förlora en pappa, ett syskon eller ett barn i självmord är en personlig katastrof för den som drabbas, men också en nationell katastrof med tanke på hur många som berörs. Bakom varje siffra finns ett liv som kanske kunde ha räddats och anhöriga som drabbas av livslång smärta.

Socialstyrelsen anser att självmord går att förhindra. Ett sätt att förhindra suicid är att ge rätt vård i rätt tid av underliggande psykiska störningar och missbruk eller beroende. Ett annat sätt är att utbilda läkare och andra nyckelpersoner om effektiva sätt att förhindra självmord. Ett tredje sätt är att minska tillgången till dödliga medel och metoder för självmord.

Det finns en tydlig koppling mellan människors levnadsvillkor och suicidförekomst. Suicid drabbar i högre utsträckning socioekonomiskt utsatta grupper. Det innebär att

suicidprevention, som länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar, behöver breddas och kompletteras med insatser på befolkningsnivå.

Olika grupper

Olika grupper skiljer sig när det gäller avsikt och metod för handlingarna. Suicidpreventiva åtgärder behöver anpassas efter faktorer som kön, grupp och kulturell bakgrund. Som exempel kan nämnas mäns och kvinnors suicidalitet. I Sverige begår ungefär dubbelt så många män suicid än kvinnor. Kvinnor är däremot i majoritet bland dem som vårdas för suicidförsök. Fullbordade suicid föregås vanligen av misslyckade suicidförsök.

Att förstå suicidalt beteende

Forskning har tydligt visat att suicidalt beteende är ett mycket komplext problem som beror på ett antal olika faktorer. Suicidalt beteende har aldrig en enda orsak. Det utvecklas alltid på grund av ett samspel mellan olika riskfaktorer i kombination med avsaknad av skyddsfaktorer.

När det talas om risk- och skyddsfaktorer som bidrar till respektive skyddar individen mot ohälsa åsyftas biologiska och psykologiska förhållanden vilka påverkas av både arv och miljö. Risk- och skyddsfaktorer finns på individnivå, i familjen, på arbetsplatsen, skolan, i kamratkretsen och på samhällsnivå. Prevention bygger på att kartlägga och minska riskfaktorer medan promotion/hälsofrämjande arbete bygger på att stärka/öka tillgången till skyddsfaktorerna.

Riskfaktorer är egenskaper som ökar sannolikheten för att en person ska överväga, försöka eller att begå suicid. Exempel på riskfaktorer är psykiatrisk sjukdom (t.ex. depression, läkemedelsmissbruk), somatisk sjukdom (t.ex. medicinska tillstånd som ger upphov till kronisk smärta), tidiga negativa upplevelser i livet (t.ex. att förlora en förälder när man är liten, övergrepp), personliga egenskaper (t.ex. hopplöshet, impulsivitet) och tidigare suicidalt beteende.

Skyddsfaktorer är egenskaper som minskar sannolikheten för att en person ska överväga, försöka eller att begå suicid. Exempel på skyddsfaktorer är positiv självbild, problemlösningsförmåga, att söka hjälp, socialt stöd och känslan av sammanhang och mening i livet. Därutöver tillkommer sådant som god familjesituation, socialt nätverk med goda relationer, drogfri miljö, föreningsliv och värden och traditioner som skyddsfaktorer i utveckling av den suicidala processen.

En suicidtanke kan motsägelsefullt nog fungera preventivt. Vi kan inte förbjuda suicid och ta bort den frivilliga döden som ett yttersta alternativ, utan att främja livet, att skapa förutsättningar som gör livet mer värt att leva. Detta kan ske genom att främja integration, kommunikation, gemenskap och hälsa.

Strategier för att främja psykisk hälsa kan bidra till att förebygga suicid eftersom de ofta är effektiva när det gäller att förbättra skyddsfaktorer för suicidalt beteende som återhämtningsförmåga, social integration och trygga miljöer (t.ex. trygga skol- och arbetsmiljöer).

Kommunen har avgörande inflytande över viktiga preventiva faktorer

Den senaste forskningen har visat att självmordsprevention måste omfatta åtgärder inom en rad fält, allt från att skapa de bästa möjliga villkoren för goda uppväxtvillkor, barnets

samspel med föräldrar, andra vuxna och andra barn där individens kompetens utvecklas i dessa centrala miljöer, till en effektiv behandling av psykiska störningar och sjukdomar och kontroll av miljörelaterade riskfaktorer. En individ från en socialt mindre gynnad familj utvecklar till exempel sämre kompetens än de från gynnade miljöer, och löper därmed större risk för suicid. Kommun har avgörande inflytande på verksamheterna inom skola och förskola. Det är viktigt att optimera möjligheterna att främja barnets kompetensutveckling för att bidra till en minskad suicidrisk inom alla grupper.

Att hitta lämpliga sätt att sprida information och öka medvetenheten är grundläggande för de flesta typer av folkhälsoinsatser. Detta är också vad som fordras för att lyckas med självmordspreventiva program.

Främjande av psykisk hälsa omfattar en rad olika strategier som kan tillämpas på individnivå, samhällsnivå eller båda dessa nivåer. Strategier som är inriktade på individer syftar till att öka den känslomässiga återhämtningsförmågan och minska sårbarheten för psykisk ohälsa genom att utveckla personliga färdigheter, självkänsla, copingstrategier, problemlösningsförmåga och självhjälp. Detta leder i sin tur till en förbättrad förmåga att hantera övergångar i livet och stress. Exempel på sådana strategier är preventionsprogram i skolor och webbaserade självhjälpsverktyg. På samhällsnivå är strategierna för att främja psykisk hälsa inriktade på social integrering och sammanhållning. De kan innefatta att öka medvetenheten, minska stigmatisering och diskriminering och bygga upp stödjande miljöer (t.ex. självhjälpsnätverk) i olika miljöer, t.ex. skolor, arbetsplatser, idrottsklubbar, träffpunkter, äldreboenden m.m.

Lagar

Lag (2003:778) om skydd mot olyckor stipulerar två viktiga områden för kommunen att upprätta handlingsprogram, dels 3 kap 8 § där kommunen ska ha ett handlingsprogram för räddningstjänsten och dels 3 kap 3 § där kommunen ska ha ett handlingsprogram för förebyggande verksamhet.

Lag (2003:778) om skydd mot olyckor att dess intention innebär att kommunen ska jobba på ett bredare sätt för att åstadkomma skydd mot andra olyckor än bränder. I 3 kap 1 § står: För att skydda människors liv och hälsa samt egendom och miljön ska kommunen se till att åtgärder vidtas för att förebygga bränder och skador till följd av bränder samt, utan att andras ansvar inskränks, verka för att åstadkomma skydd mot andra olyckor än bränder.

Det finns stora likheter mellan förebyggandet av suicid och förebyggande av olycksfall som leder till skador. Suicid kan visserligen betraktas som en avsiktlig handling, men kan likaväl utgöras av ett så kallat "psykisk olycksfall". Det innebär att ett självmord inträffar när en person blir utsatt för alltför starka emotionella krafter på en och samma gång.

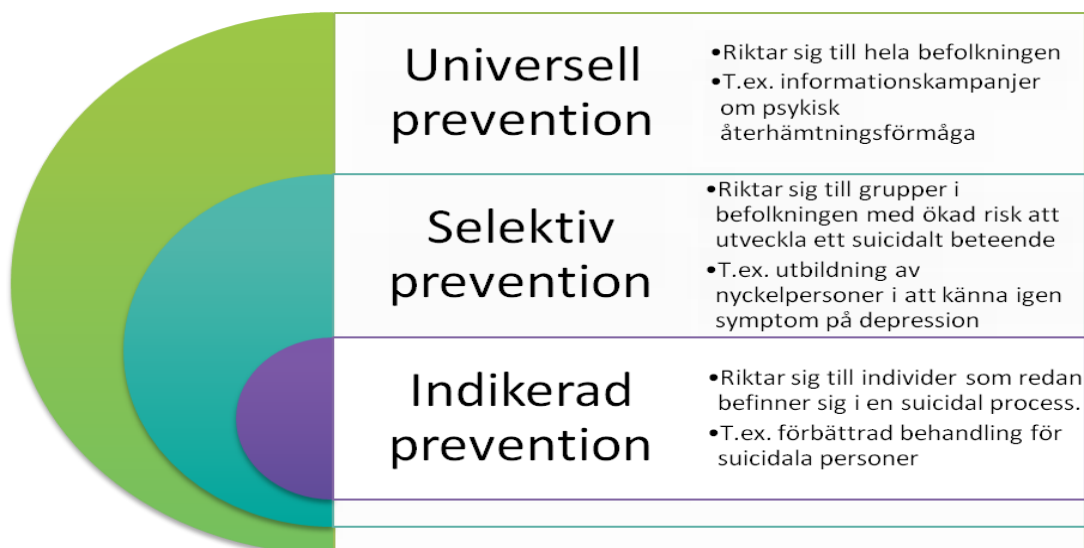
Förslag på strategier för Gullspångs kommuns suicidpreventiva arbete

Vision för det nationella programmet för suicidprevention

”Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara suicid och behöva ta sitt liv.”

Huvudstrategier vid suicidprevention internationellt

Under de två senaste decennierna har ett stort antal suicidpreventionsstrategier utvecklats. Suicidpreventionsstrategierna kan indelas i tre olika nivåer beroende på vilken befolkning de riktar sig till. I USI-modellen (universell-selektiv-indikerad) definieras tre preventionsnivåer: universell (primär - både främjande och förebyggande), selektiv (sekundär) och indikerad (tertiär) prevention (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). Suicidprevention kräver ett multisektoriellt förhållningssätt som innefattar en rad olika aktiviteter på olika insatsnivåer. För att en suicidpreventiv politik/policy ska bli effektiv är rekommendationen att vidta åtgärder på alla tre nivåerna.



Aktörer som berörs i arbetet

Gullspångs kommuns olika förvaltningar

Barn- och ungdomspsykiatri
Vuxenpsykiatri
Sjukvården
Räddningstjänsten
Ambulansen
Polisen
Amnehärads församling
Hova församling
Frikyrkorna

Frivilliggrupp med erfarenhet av suicid i sin närmiljö

10 strategier för suicidprevention

Inriktningen för kommunens självmordspreventiva arbete förtydligas genom tio strategier som Gullspångs kommun, i samverkan med berörda organisationer, önskar att arbeta med inom ramarna för ämnet suicidprevention. Strategierna är utformade utifrån det nationella förslaget som framarbetats av Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen med viss modifiering för att passa lokala behov. Dessa 9 nationella strategier är kompletterade med en tionde strategi för beredskapen av hantering av suicid. Strategierna anger en inriktning på arbetet.

Strategier för suicidprevention

1. Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade och extra utsatta grupper (ungdomar, homosexuella, bisexuella, transpersoner samt etniska minoriteter)
2. Minskad alkohol- och drogkonsumtion i befolkningen och i riskgrupper för suicid
3. Begränsad tillgång till suicidmedel
4. Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag
5. Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
6. Spridning av kunskap om suicid till allmänheten och nyckelpersoner i samhället.
7. Kompetenshöjning för personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande personer med suicidproblematik
8. Händelseanalys av Lex Maria anmälningar och övriga suicidfall
9. Stöd till frivilligorganisationer
10. Främja beredskapen för hantering av suicid

Strategi 1

Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper

Bakgrund strategi 1

Mindre gynnade grupper har statistiskt sett en högre risk för suicid. Låga inkomster och låg utbildning är faktorer som innebär ökad suicidrisk. Människors livschanser och levnadsvillkor har således en stor betydelse för suicidförekomsten. De sämst ställda gruppernas möjligheter är större i ett samhälle med små sociala skillnader. Därför är det ur suicidsynpunkt angeläget att verka för ett samhälle med små sociala skillnader och utformningen av den generella politiken kan bidra till skapandet av ett sådant samhälle.

Suicid och psykiatrisk sjukdom hos anhöriga har identifierats som riskfaktorer för att utveckla suicidalt beteende. Människor som har förlorat en anhörig eller partner i suicid löper alltså större risk att utveckla fysiska och psykiska sjukdomar och suicidalt beteende (Beautrais, 2004; Qin m.fl., 2002).

Minoritetsgrupper som homosexuella, bisexuella och transpersoner (HBT) och etniska minoriteter har identifierats som utsatta grupper när det gäller att utveckla suicidalt beteende. Människor som identifierar sig som homosexuella eller bisexuella tycks löpa högre risk för att utveckla psykisk sjukdom, suicidtankar, olika typer av missbruk och självskadebeteende än heterosexuella. (Minst 16 studier om homosexuella och bisexuella (HB) ungdomar har visat mycket höga frekvenser av suicidförsök, mellan 20 och 53 % (Haas m.fl., 2011; McDaniel, Purcell och D'Augelli, 2001; Savin-Williams, 2001b; van Heeringen och Vincke, 2000). Även för transpersoner visar studier höga frekvenser av suicidförsök (Dhejne m.fl., 2011; Mathy, 2002).

En europeisk multicenterstudie (vetenskapligt samarbetsprojekt mellan olika medicinska centra som sjukhus, vårdcentraler o liknande) visade att personer som invandrat till Europa, och som kommer från andra kulturer eller från länder med högre suicidtal, uppvisar högre frekvenser av suicidförsök än den infödda befolkningen (Bursztein-Lipsicas m.fl., 2011). Vissa länder, t.ex. Tyskland har därför genomfört särskilda kampanjer riktade till invandrare.

Strategi 2

Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid

Bakgrund strategi 2

Det finns vetenskapligt stöd för sambandet mellan total konsumtionen av alkohol i befolkningen och alkoholskadornas omfattning. Hög alkoholkonsumtion medför också en markant ökad risk för suicid, speciellt hos yngre människor. Missbruk av alkohol och droger ökar signifikant risken för suicid hos personer med förstämningssyndrom eller schizofreni. Det finns biologiska, psykologiska och sociala förklaringar till sambandet mellan suicid och bruk av alkohol. Alkohol och vissa droger minskar hämningarna mot suicidal impulser och i bakrus förekommer ofta kortvariga men djupa och ibland livsfarliga depressioner. Missbruket av alkohol kan leda till social missanpassning, skilsmässor, kriminalitet och förlust av körkort vilket i sin tur kan leda till suicidala kriser.

Strategi 3

Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid

Bakgrund strategi 3

Denna strategi fokuserar på att minska möjligheterna att använda de metoder som är vanligast för att begå suicid. Endast en liten andel av suicidfallen sker i bevakade miljöer som sjukhus, fängelser och häkten. Den stora andelen sker ute i samhället. De vanligaste suicidmedlen vid förgiftning är sömnmedel och smärtstillande medel och vid hängning är det vanligast med, rep, bälten, skärp och sladdar. Fästpunkter som duschställningar, takkrokar, dörrhandtag och träd används ofta. Strategier för att minska suicid genom hängning bör inriktas på miljöer där det är möjligt att ha kontroll över dessa faktorer.

Strategier som syftar till att minska tillgången till dödliga medel och metoder är en av de suicidpreventiva åtgärder som det finns starkast evidens för att den minskar suicidtalerna (Mann m.fl., 2005; Sarchiapone m.fl., 2011). En förklaring kan vara att dessa strategier kan genomföras ganska snabbt och mätas relativt enkelt, i jämförelse med andra strategier för suicidprevention (Florentine och Crane, 2010).

Strategi 4

Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag

Bakgrund strategi 4

En suicidhandling kan ses som ett psykologiskt misstag eftersom att de flesta som överlever ett suicidförsök några år senare vill fortsätta att leva. Forskning om mänskliga misstag pekar på två typer av åtgärder, det är åtgärder inriktade på personen och åtgärder inriktade mot personens miljö. Insatser inriktade på personen inkluderar

utvecklingen av förmåga att lösa problem samt hantera negativa känslor, inklusive suicidtankar, utan att bli överväldigad av dem. Åtgärder inriktade mot miljön gäller en mängd olika aspekter. En del rör fysiska aspekter som läkemedelsförpackningar och räcken på utsatta broar. Andra aspekter gäller andra människors sätt att bemöta personer som är deprimerade och har suicidtankar. Det finns ett flertal olika aktörer som kan påverka den fysiska och psykosociala miljö människor lever i. För unga människor är många viktiga aktörer knutna till kommunen, exempelvis till skola och fritidsverksamhet.

Strategi 5

Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser

Bakgrund strategi 5

90 procent av alla som suiciderar lider av en psykisk störning. Av personer med depressionsdiagnos som suiciderar är mer än 80 procent obehandlade vid tidpunkten för dödsfallet. Personer med depression är ofta obehandlade eller underbehandlade även efter ett suicidförsök. Suicid är exempelvis den tredje ledande dödsorsaken bland ungdomar och i 90 procent av alla suicid bland deprimerade ungdomar är depressionen obehandlad. Att behandla den underliggande psykiska störningen är alltså en central komponent i suicidpreventionen.

Strategi 6

Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid

Bakgrund strategi 6

Det finns omfattande forskning kring metoder som kan minska antalet suicid. Det är angeläget att beslutsfattare och professionella har tillgång till aktuell kunskap. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har båda till uppgift att sammanställa forskningsresultat och göra den tillgänglig. Kunskapen sprids via rapporter, Internet, konferenser och enskilda kontakter. NASP har sedan 1994 en nationell expertfunktion inom suicidprevention och arbetar med utveckling av suicidpreventiva metoder, utbildning och information.

Strategi 7

Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik

Bakgrund strategi 7

Depression och andra psykiska sjukdomar blir ofta oupptäckta och obehandlade inom primärvården trots att primärvården är den instans som i hög utsträckning svarar för denna förskrivning. Flertalet av de personer som tagit sitt liv har dock haft kontakt med primärvården eller annan hälso- och sjukvård inom en månad före sin död, vilket innebär att flera av dessa suicidfall skulle ha kunnat förebyggas. Det finns vetenskapligt stöd för att vidareutbildning av läkare ökar antalet diagnostiserade och behandlade deprimerade patienter vilket indirekt leder till en minskning av suicid, även om sociala stödprogram också tycks vara nödvändiga.

Den näst vanligaste diagnosen vid suicid är alkoholberoende. Suicid inom denna grupp kan till stor del förklaras av en samtidig depression och därför är det viktigt med en psykiatrisk bedömning av personer med alkoholberoende. Vård- och omsorgsförvaltningen är även den instans som har mest kontakt med andra

högriskgrupper som t ex äldre med somatiska sjukdomar där en depression ofta kan dölja sig bakom de somatiska problemen och därför blir upptäckt.

Patienter inom hälso- och sjukvården kan samtidigt vara klienter inom socialtjänsten med insatser som ekonomiskt bistånd, hemtjänst, färdtjänst, sysselsättning, familjerådgivning, särskilt boende etc. Detta gäller i hög grad personer med psykisk störning, personer med samsjuklighet, men också för barn, ungdomar och vuxna som har utsatts för kränkningar (t.ex. fysiska och sexuella övergrepp), asylsökande m.fl. Flera andra yrkesgrupper kommer genom sitt arbete i direktkontakt med suicidnära personer. Sådana yrkesgrupper är till exempel präster, äktenskapsrådgivare, apotekspersonal, äldreomsorgspersonal, personaladministratörer samt personal på olika institutioner som skolor, fängelser och inom försvaret.

Forskningen visar generellt att det är en effektiv strategi att erbjuda utbildning i suicidprevention (Andriessen och van den Brande, 2001; Capp m.fl., 2001; Matheson m.fl., 2005; Ramberg och Wasserman, 2004). Utbildning har visat sig vara ett effektivt sätt att förbättra kunskaper, attityder och självförtroende när det gäller suicidprevention (Brunero m.fl., 2008; Gask m.fl., 2006; Hayes m.fl., 2008; Oordt m.fl., 2009).

Utbildningen kan riktas till olika målgrupper. Att utbilda allmänläkare i att känna igen och behandla depression, suicidtankar och suicidalt beteende är en av de effektivaste strategierna för suicidprevention (van der Feltz-Cornelis m.fl., 2011). Det har visat sig att även sjuksköterskor (Appleby m.fl., 2000; Dennis m.fl., 2001; Fenwick m.fl., 2004) och psykologistuderande (McNiell m.fl., 2008) har nytta av utbildning eftersom det förbättrar deras förmåga att göra riskbedömningar, bedöma vårdbehov och planera insatser för suicidprevention.

Även lärare, personer med rådgivande funktioner, personer som arbetar med förebyggande insatser, fritidspedagoger och personal inom äldreomsorgen kan spela en viktig roll i att upptäcka riskpersoner och slussa suicidala personer vidare till hälso- och sjukvården. Att till exempel utbilda lärare och fritidspedagoger i att känna igen varningstecken för suicidalt beteende och hur man griper in och slussar vidare i krissituationer, har visat sig vara effektivt (Chagnon m.fl., 2007). När lärare erbjuds utbildning rekommenderas det emellertid att denna integreras i ett bredare perspektiv och i en bredare policy rörande psykisk hälsa.

Strategi 8

Händelseanalys av Lex Mariaanmälningar och övriga suicidfall

Bakgrund strategi 8

Verksamheter som har hand om suicidfall skall enligt Lex Maria anmäla alla suicid som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter en vårdkontakt. En sådan anmälningsskyldighet får som konsekvens att alla suicid som inträffat i vården eller i anslutning till densamma skall följas av en genomgripande dokumenterad intern utredning med identifiering av områden som kan förbättras. Att anmäla alla suicid säkerställer att en systematisk internutredning alltid äger rum vid dessa händelser, samtidigt som man eliminerar eventuella tveksamheter om vilka inträffade suicid som ska anmälas. Händelserna registreras i en separat databas för att kunna analyseras systematiskt och på nationell nivå. Slutsatserna planeras sedan att återföras till vårdgivarna och kan därmed användas i ett fortsatt suicidpreventivt arbete.

Strategi 9

Stöd till frivilligorganisationer

Bakgrund strategi 9

Frivilligorganisationer kan på ett friare sätt än offentliga organ lyfta fram perspektiv på en fråga och föreslå lösningar. På detta sätt kan de påskynda en utveckling i önskvärd riktning. Sedan 1987 har Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) varit verksamt inom det suicidpreventiva arbetet. SPES syftar till att ge stöd och hjälp till anhöriga, arbeta för att förhindra suicid, öka kunskapen om suicidproblematiken i samhället och motverka tabubeläggning och fördomar om suicidalitet.

Strategi 10

Säkerställa en beredskap vid inträffande av suicid.

Bakgrund strategi 10

Hantering av inträffande av suicid inom den egna verksamheten skiljer sig åt mellan olika verksamheter. En god beredskap är en förutsättning för att minska lidandet för anhöriga och den personal som är berörd.