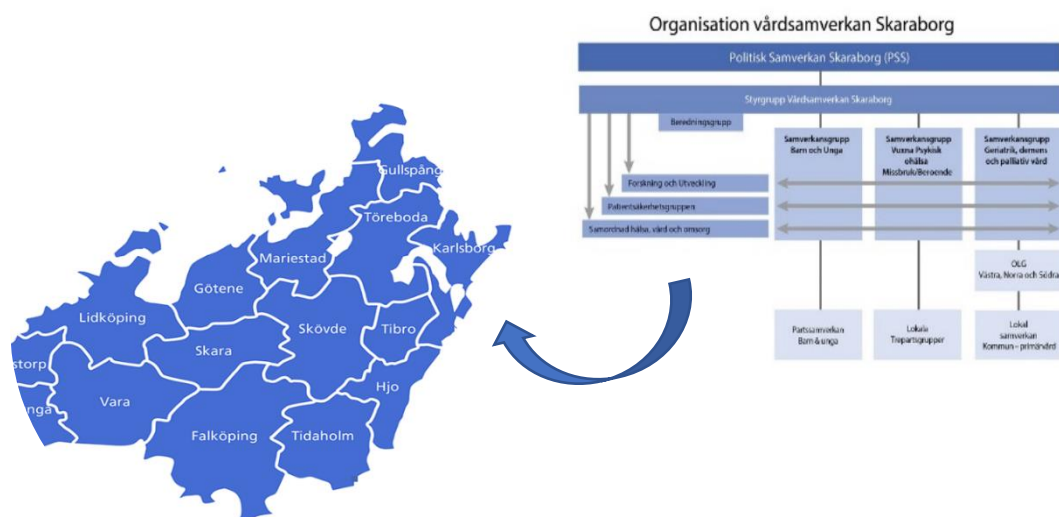


RAPPORT

UPPDRAG SUICIDPREVENTION

September 2020 - december 2021



Annette Holmberg
Utvecklingsledare Närhälsan
Koordinator Vårdssamverkan Skaraborg

Innehåll

INLEDNING

BAKGRUND

UPPDRAGET

- Introduktion av regional handlingsplan

- Kartläggning av nuläge och behov

 - Resultat

 - Förslag på förbättringsområden och aktiviteter

- Stöd för det fortsatta arbetet

DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING

KÄLLOR

INLEDNING

Suicid är ett stort samhälls- och folkhälsoproblem som är allt för lite uppmärksammat. Suicid går att förebygga men eftersom det är ett komplext problem krävs att man arbetar med många olika insatser samtidigt på olika nivåer i samhället. För att få största möjliga effekt av det förebyggande arbetet behövs insatser på såväl befolkningsnivå som på individnivå.

2008 antog riksdagen ett nationellt handlingsprogram för att minska suicid innefattande nio strategiska åtgärdsområden. I oktober 2020 togs en regional plan för suicidprevention fram i Västra Götaland; *Handlingsplan för suicidprevention 2020–2025*.

För att få kraft i arbetet med suicidprevention inom Vårdsamverkan Skaraborg anställdes 2020 en projektledare med syfte att under 2020 - 2021 stödja parternas gemensamma arbete utifrån den läns gemensamma handlingsplanen.

Uppdraget innefattar introduktion av den regionala handlingsplanen, kartläggning av nuläge och behov och stöd för fortsatt arbete. Genom kartläggningen har ett antal utvecklingsområden identifierats. Det handlar bl.a. om prioriteringar, lokala handlingsplaner och rutiner, kunskapshöjning, samverkan och gemensamma händelseanalyser.

Resultatet av kartläggningen har legat till grund för ett kunskaps- och metodstöd för det fortsatta arbetet inom Vårdsamverkan. Även om fokus har beslutats vara på lokala Treparter har intentionen varit att utifrån nuläge och behov utforma stöd för samtliga lokala samverkansgrupper.

Ledningen för olika verksamhetsområden inom Skaraborgs Sjukhus och flera kommuner i Skaraborg har efterfrågat och i mån av utrymme delgivit stöd för arbetet. Förhoppningsvis kan dessa kontakter vara av betydelse för det fortsatta arbetet ur det helhetsperspektiv som betonas i den regionala handlingsplanen

Utmaningar så som en rådande pandemi och förändringar i projektet gällande såväl personal som inriktning har varit ett hinder för genomförandet. Utifrån rådande förutsättningar är resultatet av kartläggningen mer "fingret i luften" än en välgrundad eller fullständig bild av nuläget.

Kartläggningen ger ändå en fingervisning om vad som behövs för att driva arbetet vidare och kan ses som ett underlag för beslut om den fortsatta inriktningen gällande suicidprevention efter uppdragets slut.

BAKGRUND

Suicid är ett globalt folkhälsoproblem. Varje år dör nära 800 000 människor av suicid i världen vilket innebär ett människoliv var 40:e sekund! Det är fler än vad som dör av mord, krig och terrorattacker tillsammans.

Men detta är något som alltför sällan lyfts fram och WHO menar att det finns en betydande brist på medvetenhet om att självmord är ett stort folkhälsoproblem. Självmord är den främsta dödsorsaken i åldern 15 - 29 år i världen.

Nästan 80 % av alla självmord under 2016 skedde i låg- och medelinkomstländer.

I Sverige tog 1441 personer i Sverige sina liv under 2020. Det innebär ett 30-tal människoliv i veckan, cirka fyra om dagen och ett var sjätte timma.

Därutöver beräknar man att det genomförs minst 15 000 *suicidförsök* varje år och att minst 150 000 har allvarliga *suicidtankar*.

70 procent av alla suicid i Sverige begås av män och pojkar men kvinnor begår fler *suicidförsök* än män. Suicid är den vanligaste dödsorsaken bland unga personer, 15 - 24 år, och bland män 15 - 44 år.

Suicid är den näst vanligaste dödsorsaken efter tumörer bland kvinnor 15 - 44 år.

Män över 80 år har de högsta suicidtalerna sett till gruppens storlek.

Antalet suicid i Sverige har minskat över tid men inte bland unga och inte bland äldre män.

Suicid är den yttersta konsekvensen av psykiskt lidande, en katastrof för den enskilde genom förlorat liv och för närstående genom livslång sorg. Utöver det mänskliga lidandet innebär suicid en årlig kostnad på minst 9 miljarder kronor och stora humana kostnader i form av 40 000 förlorade levnadsår.

I Västra Götaland inträffar cirka 200 suicid varje år och uppskattningsvis görs 2000 *suicidförsök*. Omräknat till **Skaraborgs** befolkning kan det uppskattningsvis röra sig om 30 - 40 självmord per år varav 3 - 4 självmord begås av ungdomar i åldern upp till 24 år. Detta innebär omkring 300 - 400 självmordsförsök och att minst 3000 - 4000 har allvarliga självmordstankar i Skaraborg.

Suicid är i sig ingen sjukdom. Däremot är psykisk sjukdom eller någon form av psykisk ohälsa en vanlig riskfaktor för suicid. Det kan vara personer som på grund av en svår livssituation upplever att suicid är den enda utvägen att slippa lidandet. Det kan handla om att ha förlorat en anhörig i självmord, blivit övergiven av någon närstående, upplevt förlust av kärlek och trygghet eller varit med om händelser som förstört möjligheten till inkomst.

Många har valt att kalla suicid för ett "psykologiskt olycksfall". Man väljer inte att ta sitt liv utan man drabbas av en rad belastningar som man inte förmår bemästra i just den stunden och man tappar kontrollen över sitt liv.

Det finns fortfarande en stor okunskap, felaktiga föreställningar och stigma kring suicid.

En vanlig uppfattning är att *"samtal om självmord kan väcka den björn som sover"*.

Tvärtom kan att fråga, se och lyssna rädda liv. En annan felaktig uppfattning är att *"det går aldrig att hindra en person som bestämt sig"*. Flera studier visar att personer som försökt ta sina liv egentligen inte ville dö utan behöver hjälp för att orka leva vidare.

Studier visar också att personer som överlevt suicidförsök oftast inte försöker begå suicid igen.

Suicid går att förebygga!

Myter och vanföreställningar kring suicid utgör ett hinder för det förebyggande arbetet. För att minska mytbildning och stigma är det viktigt att öka kunskapen om och förståelse för suicid och den suicidala processen i hela samhället.

För att det suicidpreventiva arbetet ska vara framgångsrikt krävs att det är väl organiserat, långsiktigt och systematiskt och i möjligaste mån är baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det ska omfatta såväl individer som hela befolkningen vilket kräver en bred samverkan från många olika aktörer på alla nivåer i samhället. Eftersom suicid är ett komplext problem krävs många olika typer av insatser, helst samtidigt.

Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention.

2008 antog riksdagen ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention ([läs](#)).

Programmet innehåller nio strategiska åtgärdsområden som utgår från både individ- och befolkningsperspektiv. Båda perspektiven behövs liksom insatser på alla nivåer-nationellt, regionalt och lokalt. Det är Folkhälsomyndigheten som har ansvaret för att samordna arbetet kring suicidprevention på nationell nivå.

Regionalt handlingsprogram- Det goda livet i Västra Götaland. Handlingsplan för suicidprevention 2020–2025.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) och staten har årliga överenskommelser om insatser inom området psykisk hälsa. Regional Handlingsplan psykisk hälsa är ett resultat av de tidigare överenskommelserna. Den anger mål om suicid både för vuxna och barn samt att det skulle tas fram en regional handlingsplan specifikt för suicidprevention.

En *Handlingsplan för suicidprevention 2020 - 2025* är framtagen och har beslutades om i hälso - sjukvårdsstyrelsen i oktober 2020 och därefter i de flesta av de 49 kommunerna. Målet med handlingsplanen är att antalet suicid ska minska med 40 procent i Västra Götaland till år 2025.

Den regionala handlingsplanen ska utgöra en gemensam grund för kommunernas och regionens suicidpreventiva arbete, men kan även användas som grund för samarbete med andra aktörer. Handlingsplanen utgör även en grund för det delregionala vårdssamarbetsarbetet med suicidprevention.

UPPDRAG SUICIDPREVENTION I VÅRDSAMVERKAN SKARABORG 2020-2021

Syfte

I Vårdsamverkan Skaraborg anställdes 2020 en projektledare under 1 år för att inom ramen för Vårdsamverkan, i befintliga strukturer, öka förutsättningarna för ett stärkt suicidpreventivt arbete.

Uppdraget utgår från regional Handlingsplan för suicidprevention 2020 - 2025.

Projektplan

Enligt *Uppdrag suicidprevention delregional vårdssamverkan* ska projektledaren "...samordna och driva processer samt stödja parternas gemensamma arbete utifrån den länsgemensamma handlingsplanen".

I *Projektplan Suicidprevention Skaraborg ht 2020 - vt 2021* står att projektledarens uppgift är att "Stödja lokala vårdssamverkansgruppers hållbara, tvärsektoriella strukturer för suicidpreventivt arbete utifrån nuläge och behov. Dessa bör omfatta handlingsplaner, planering för kunskapshöjning, gemensamma händelseanalyser och brukarmedverkan."

Enligt projektplanen ska information om projektet och den regionala handlingsplanen ges till samtliga spår inom Vårdsamverkan. Fokus ska vara på de lokala samverkansgrupperna för Barn och unga, Vuxna Psykisk hälsa, missbruk/beroende och Geriatrik, demens och stroke. Särskilda kontakter ska också tas med Folkhälsoenheten, NSPHiG och Patientsäkerhetsgruppen.

Styrdokument

- Handlingsplan för suicidprevention 2020 - 2025 [Läs](#)
- Projektplan Suicidprevention Skaraborg ht 2020 - vt 2021 [Läs](#)
- Uppdrag suicidprevention delregional vårdssamverkan [Läs](#)

Organisation

En projektgrupp bildades med en projektledare och en kontaktperson från vardera Vårdsamverkan Skaraborg och Skaraborgs Kommunalförbund.

Ett parallelluppdag till Suicidprevention är Barn och Unga. Det uppdraget syftar till att upptäcka psykisk ohälsa i ett tidigt skede samt att utveckla arbetet med barn och ungas psykiska hälsa. Här finns en tydlig koppling till suicidprevention och del av de medel som riktas till Suicidprevention har tillförts Barn och unga för en projektledare.

Ändrade förutsättningar för projektet

Under våren 2020 skedde stora förändringar gällande organiseringen av projektet.

Projektledaren från Kommunalförbundet lämnade projektet för annan tjänst, likaså kontaktpersonen från Närhälsan/Vårdsamverkan Skaraborg. Därutöver har kontaktpersonen från Kommunalförbundet av sagt sig ansvaret för projektet. Den nuvarande "projektgruppen" består av undertecknad och två utvecklingsledare/processtöd från

Närhälsan/Vårdsamverkan Skaraborg. Inför överlämnandet av projektet har det inte skett någon dialog eller avstämning med projektledaren från Vårdsamverkan.

Den ursprungliga projektplanen har därmed inte kunnat följas gällande en *gemensam* kartläggning, analys och efterföljande åtgärdsförslag för det fortsatta arbetet i kommunerna och inom Vårdsamverkan.

Detta är ett avsteg från projektplanen och tanken om en *gemensam* ansats inför det fortsatta utvecklingsarbetet. I och med detta har förutsättningarna i projektet ändrats och projektet bör snarare ses som ett *uppdrag* inom Vårdsamverkan och projektledaren som en *koordinator*.

Avgränsningar

Projektet omfattar prevention av suicid och följer de mål och aktiviteter som föreslås i Handlingsplan Suicidprevention 2020 - 2025.

Under våren 2021 beslutades i projektgruppen om att *fokusera på möten med de lokala Trepartsgrupperna*. Det är huvudsakligen resultatet av dessa kontakter som redovisas i denna rapport.

Kontakter med övriga grupperingar och aktörer inom och utanför Vårdsamverkan Skaraborg beskrivs endast ytligt här.

Metod

Med några få undantag har dialog förts via digitala möten under hösten 2020 och vinter/våren 2021. Enstaka fysiska möten har genomförts under hösten 2020 och hösten 2021. Intentionen har varit att följa upp kontakterna med mer djupgående frågor via intervjuer och enkäter. Med hänvisning till rådande förhållanden har ambitionsnivån fått sänkas. Minnesanteckningar och logg har förts för varje kontakt/möte.

Utmaningar i uppdraget.

- Förändringar i projektet gällande såväl tjänster som inriktning på uppdraget har varit ett hinder för genomförandet.
- Coronapandemin har inneburit en stor belastning i många verksamheter där läget stundtals har varit extremt pressat. Därför har förutsättningarna att "komma till" varit begränsade. Flera planerade kontakter har blivit uppskjutna, möten inställda eller förkortade p.g.a. påfrestningar i verksamheterna under pandemin.
- Vårdsamverkans struktur kan tyckas komplex med olika aktörer inom olika verksamheter och med olika huvudmän, lagstiftningar och riktlinjer. Det har tagit mycket tid att navigera i organisationen för att förstå hur "allt hänger ihop".
- "Projekttrötthet" är ett uttryck dykt upp under möten med lokala företrädare. Andra projekt har konkurrerat med informationstillfällen och utbildningar under hösten/vintern då utrymmet för annat än basverksamhet redan varit knappt p.g.a. pandemiläget.

Särskilda kontakter

I enlighet med projektplanen har särskilda kontakter tagits med *Patientsäkerhetsgruppen*. Undertecknad har deltagit på ett möte för att presentera den regionala handlingsplanen och lyfta frågan om gemensamma händelseanalyser. Ett antal arbetsmöten har genomförts med *ordföranden* i Patientsäkerhetsgruppen.

Kontinuerliga möten och kontakter har hållits med *Folkhälsa och social hållbarhet Skaraborg*. Det pågår i Skaraborg flera aktiviteter inom området psykisk hälsa där målet inte uttalat är att minska suicid men som definitivt kan ses som en viktig del i det befolkningsinriktade, suicidpreventiva arbetet. Kommunerna i Skaraborg har även bildat ett nätverk för suicid där kontaktpersonerna huvudsakligen är folkhälsostrateger.

Kontakter utöver Vårdsamverkans samverkansspår/-grupper.

Personer som är suicidnära finns inom alla vårdnivåer i hälso- och sjukvården.

Därför har kontakter tagits och möten genomförts med aktörer utanför Vårdsamverkans samverkansspår/-grupper. De är ändå, på olika sätt, en viktig del av den samverkan och de aktiviteter som sker där. Verksamheter inom såväl regionen som i kommunerna i Skaraborg har bjudit in till möten. De har fått information om den regionala handlingsplanen, en presentation kring suicid och suicidprevention och på olika sätt getts stöd för arbetet, bl.a. genom ett målgruppsanpassat digitalt material.

Syftet har varit att försöka stimulera till aktiviteter inom aktörernas egna verksamheter och till samverkan med andra i förhoppningen om att det kan vara av betydelse för det fortsatta arbetet ur det helhetsperspektiv som betonas i den regionala handlingsplanen.

Dessa kontakter presenteras närmare [här](#).

Uppdraget innefattar

1. Introduktion av regional handlingsplan och indikatorer.
2. Kartläggning av nuläge och behov.
3. Stöd för det fortsatta arbetet.

INTRODUKTION AV REGIONAL HANDLINGSPLAN OCH INDIKATORER



Den regionala handlingsplanen har introducerats i samtliga samverkansspår/-grupper inom Vårdsamverkan Skaraborg vid minst ett tillfälle med undantag av Samordnad hälsa, vård och omsorg (SHVO). Representanterna i SHVO har ändå vid något eller några tillfällen i andra sammanhang fått information om handlingsplanen.

En mer grundlig genomgång av planen har gjorts vid möten med de lokala Trepartsgrupperna och med OLG Norr, Söder och Väster.

KARTLÄGGNING AV NULÄGE OCH BEHOV



Focus har varit på de lokala Trepartsgrupperna men med intentionen att utifrån nuläge och behov utforma stöd för arbetet i samtliga lokala samverkansgrupper inom Vårdsamverkan. Genom en nulägesanalys har ett antal utvecklingsområden identifierats. Det handlar bl.a. om prioritering, lokala handlingsplaner och rutiner, kunskaps-höjning, samverkan och gemensamma händelseanalyser.

Kartläggningen ger inte någon grundlig bild över nuläge och behov utan är mer "fingret i luften". En kort projekttid, förändringar inom projektet och den pågående pandemin har varit till hinder för genomförandet. Kartläggningen kan ändå ses som ett underlag för det fortsatta arbetet med att förebygga suicid inom Vårdsamverkan Skaraborg.

Genomförande

Kontakter har tagits och möten har genomförts enligt den informations-och kontaktplan som anges i *Projektplan Suicidprevention Skaraborg ht 2020 - vt 2021*. Mötena har mestadels varit digitala. Varje möte har dokumenterats och förts in i en logg.

För att kunna informera och inspirera andra krävs att man själv är har viss kunskap. Inför och parallellt med kontakterna har jag fortlöpande läst in och uppdaterat mig genom litteratursökningar, genomgång av statistik och fakta, deltagit i webbaserade seminarier så som SKR:s Öppen samordning, haft kontakter med sakkunniga etc.

Inbjudan

Kontaktpersonerna för Treparter tillskrevs i början av projektet och ombads att bjuda in projektledaren till möte. 10 kommuner har svarat och bjudit in till möte; Essunga/Nossebro, Falköping, Grästorp, Gullspång, Hjo, Lidköping, Skara, Tidaholm, Töreboda och Vara. Fyra av kommunerna har inte gett någon respons alls, vare sig på inbjudan, påminnelser eller vid på utskick av information om nytt material, seminarier etc.

Möten

Digitala möten har genomförts från hösten 2020 till hösten 2021. Treparterna har fått styra datum och tid. Två påminnelser med erbjudande om möte har skickats ut och däremellan kontakter via e-post och telefon för att förmedla sådant som kunnat vara av intresse inom området. Det kunde röra sig om rapporter, seminarier, utbildningar eller metodstöd. Mellan april och september 2021 var det "lågsäsong" då inga Treparter bjöd in till möte. Det har då som tidigare nämnts funnits utrymme för kontakter med aktörer utanför Vårdsamverkan Skaraborg.

Inför varje möte har kontakt tagits med sammankallande i respektive Trepartsgrupp om upplägg och innehåll utifrån behov och intresse.

Vid mötena har en grundlig information getts om den regionala handlingsplanen. Därutöver har det förts en dialog där man kortfattat beskrivit samverkan i gruppen och samtidigt delgivit mig och varandra information om det aktuella läget i den egna organisationen. Pågående/planerade aktiviteter, möjligheter och hinder för arbetet och eventuellt behov av stöd. Jag har i diskussionerna delat med mig av mina egna kunskaper och erfarenheter i ämnet och om förebyggande och främjande arbete generellt.

Efter varje möte har jag varit tillgänglig för dialog och kunskapsstöd utifrån behov och eventuella önskemål. Erbjudandet har endast nyttjats av några få Treparter.

Uppföljning har gjorts med de 5 Trepartsgrupper som tackat ja.

När det gäller uppslutningen har den varierat, både i antal och vilka parter som varit representerade. Flera möten har blivit uppskjutna, förkortats eller ställts in på obestämd tid, oftast p.g.a. pandemiläget. Detta har inneburit att kartläggningen inte blivit fullständig och att den dragit ut på tiden flera månader.

Det har p.g.a. tidsbrist och på att samtliga parter inte varit representerade på mötet oftast inte funnits utrymme för en djupare, strukturerad diskussion eller intervju. Det har inte heller funnits tid för att ge ett grundligare stöd i arbetet. Trepartsgrupperna har i mån av tid fått en presentation med fakta om suicid och suicidprevention, tips var man kan hitta mer fakta och metodstöd, på utbildningar och på forum för kunskaps- och erfarenhetsutbyte.

Intentionen har varit att utöver möten via ett standardiserat formulär ställa kompletterande, mer djupgående frågor om handlingsplaner, rutiner och riktlinjer, ansvar och samverkan, kunskapsläge, behov av stöd etc. Under rådande omständigheter har detta inte varit realistiskt att genomföra.

Resultat av kartläggningen

Resultatet sammanställs nedan utifrån rubriker som kopplar till de 6 aktiviteter som anges i regional *Handlingsplan för suicidprevention 2020–2025*:

1. Lokal handlingsplan som involverar nyckelaktörer
2. Höjd kunskapsnivå
3. Prioritera suicidprevention på ledningsnivå
4. Ökad samordning och tillgänglighet till professionella insatser på alla nivåer
5. Ta vara på civilsamhällets engagemang och kunskap
6. Lära av händelseanalyser vid suicid

1. Lokal handlingsplan

Det finns inte hos någon av Treparterna någon plan specifikt för hur man *tillsammans* kan arbeta med suicidprevention. Inte någon av de tillfrågade uppger att man känner till om det i den *egna* verksamheten finns någon handlingsplan med uttalat mål att minska antalet suicid. Däremot är representanter i några av Treparterna på olika sätt delaktiga i framtagandet av *kommunens* lokala handlingsplan för suicidprevention. Här är kopplingen till folkhälsoarbetet tydlig.

Det genomförs eller planeras få gemensamma *aktiviteter* inom området och suicid finns sällan på agendan som en enskild fråga.

Rutiner och riktlinjer

Parterna har *var för sig* rutiner och riktlinjer utifrån verksamhet och profession. Ingen fullständig kartläggning har gjorts av exakt vilka rutiner, riktlinjer mm. som finns hos respektive part. Det är övervägande regionala medicinska riktlinjer (RMR) för att bedöma suicidrisk hos barn och unga resp. för vuxna som nämns när det gäller vilka rutiner och annat stödmaterial som finns i den *egna* verksamheten. I övrigt är det oklart vilka rutiner som finns och det tycks variera hur väl kända, använda och uppdaterade dessa är.

"Det blev akut, allt var rörigt. Vi visste inte att det fanns rutiner, det märkte vi efteråt."

Man resonerar kring att framför allt psykiatrien men även socialtjänsten har mer kontakt med suicidala personer och därför har mer koll på och använder sina rutiner och riktlinjer oftare än övriga parter i gruppen. Samtidigt påpekar representanter från primärvården att just för att de så sällan, kanske aldrig, haft ett akut läge med en suicidal patient så är det angeläget att hålla kunskap och rutiner uppdaterade. Också för att veta vad man ska vara uppmärksam på. Man jämför med HLR då man kanske aldrig kommer i skarpt läge men ändå har en handlingsberedskap, bl.a. genom återkommande övningar.

"Vi borde göra som med HLR och öva regelbundet. Ju mer sällan det händer desto viktigare att öva."

I ett par av grupperna resonerar man kring att man innan eller parallellt med att man startar ett *gemensamt* arbete kring suicid borde inventera vad som finns och vad saknas i *egna* verksamheten. Den kunskap och det intresse och engagemang var och en har med sig in i samverkan spelar roll och påverkar det *gemensamma* arbetet i positivt eller negativ riktning. Det är också av stor betydelse vad man har i "ryggsäcken" i form av personliga erfarenheter och förhållningssätt.

Begrepp som plan, rutin, förebyggande etc. *tolkas på olika sätt* vilket framkommer vid samtalen och på de exempel man efter förfrågan skickat in till projektledaren.

2. Kunskapsnivå

Generellt sett finns det kunskapsbrister inom området. Det förekommer även föreställningar och myter kring suicid som är till hinder för det förebyggande arbetet.

Det finns ingen plan för *gemensam* kunskapsinhämtning. Det ser väldigt olika ut i representanternas egna verksamheter när det gäller vilka utbildningar man har genomgått, vilka som pågår och vilka som planeras. Man har även bristande kunskap om vilket kunskapsstöd som finns och var det finns att tillgå.

De olika aktörerna i Treparten träffar patienter/brukare i olika faser i det dåliga måendet. Kunskap och kompetens varierar, till viss del beroende på vilken erfarenhet man har av suicidala personer i den egna verksamheten. Behovet av kunskapsstöd skiljer sig därför åt mellan de olika yrkesgrupperna, både inom och mellan verksamheterna.

Det finns önskemål om konkreta och verksamhetsanpassade kunskapsstöd. Som exempel anges utbildningar och workshops där man kan ta upp gemensamma/angelägna/knepiga frågor och få stöd i hur man kan lösa dem – gemensamt.

Man har även efterfrågat ett samlat material med fakta och metodstöd.

”Att lära tillsammans och av varandra kan vara ett bra sätt att få igång samverkan i vår grupp.”

”Vi ska ju gå utbildningar i HLR- varför inte i psykisk livräddning? Vi ska väl rädda liv där också?”

3. Prioritera suicidprevention

Suicid finns endast med som *mål eller utvecklingsområde* i den lokala genomförandeplanen hos en av Treparterna. Suicidprevention tycks ha låg prioritet i förhållande till andra projekt/aktiviteter inom Vårdsamverkan.

Suicid finns sällan med på agendan som en enskild fråga. Även om det finns ett uttalat intresse ute i verksamheterna och i de lokala samverkansgrupperna så tycks arbetet styras mer av personers intresse än av beslut och planer.

”Det är ju ett lika livshotande tillstånd som hjärtinfarkt - arbetet borde självprioritera sig.”

4. Samverkan och samordning

Det varierar hur samverkan fungerar i de olika Treparterna. I en del kommuner finns kontinuitet och det flyter på, i andra är man fortfarande i en uppstartsfas.

Ofta nämns att det är otydligt vem som ansvarar för vad och det blir glapp i vårdkedjan.

Som *hinder* för samverkan nämns bl.a. brist på tid och personer, brist på intresse, otydliga roller och ansvar, olika förväntningar på varandra, bristande kunskap om eller förståelse för varandras verksamheter, man talar inte samma ”språk” och sist men inte minst den rådande pandemin.

Som *möjligheter* för samverkan framhålls ett gemensamt mål, kontinuitet i såväl möten som representation i gruppen och att man mellan möten kan ha tätare och informella kontakter när så behövs.

Att identifiera angelägna områden där samverkan resulterar i "**1+1=3**" nämns som en framgångsfaktor. Några nämner att det skulle vara värdefullt att samverka mer *mellan* de olika Treparterna.

"Representanterna i Barn och unga, Treparter och Geriatrik sitter på information om de som behöver mest stöd, är mest sårbara. Vi borde prata mer med varandra. Det kan ju till exempel gälla en missbrukare som får barn."

"Vi behöver stärka vårdkedjan mellan kommunen, psykiatrin och primärvården. Tydligare ansvars- och rollfördelning."

I en del kommuner kommer från vissa parter olika representanter från gång till gång och ingen riktig kommunikation/informationsöverlämning sker mellan de olika personerna. Det lyfts upp att det finns för mycket grupper, ibland sitter samma personer i flera grupper. Det finns i en del av Treparterna strukturer att bygga på när det gäller suicidpreventivt arbete. I dessa grupper finns kontinuitet i möten och representation, intresse för och kunskap inom området och redan pågående arbete/projekt kring psykisk hälsa. En del tar upp att det borde vara mer kontakt mellan de lokala samverkansgrupperna.

5. Involvera civilsamhället

Samverkan med civilsamhället sker sällan och det är lite känt i grupperna vilka intresseorganisationer som finns och vad dessa har att erbjuda.

I de Treparter där man nämner att man har eller planerar för en befolkningsinriktad ansats finns antingen folkhälsostrategen med i gruppen eller så har man andra kopplingar till folkhälsoarbetet i den aktuella kommunen.

"Man tänker nog mest att det är nåt för psykiatrin"

6. Gemensamma händelseanalyser

Ingen av de hörda Treparterna har i samverkan genomfört händelseanalys efter suicid. Det finns ett uttalat intresse av att lära mer om och få stöd för hur man kan göra en händelseanalys tillsammans. Och hur man går vidare efter analysen.

I *en* av Treparterna har man skrivit in gemensamma händelseanalyser efter suicid i *genomförandeplanen* och i *den kommunala handlingsplanen*.

Förslag på förbättringsområden och aktiviteter utifrån kartläggningen.

Förslagen presenteras under följande rubriker:

1. Prioritera suicidprevention
2. Handlingsplaner och rutiner
3. Ökad kunskap och kompetens
4. Förbättrad samverkan och dialog
5. Gemensamma analyser av incidenter/avvikelser och händelser

1. Prioritera suicidprevention

För att Vårdsamverkan Skaraborg ska kunna bidra till målet som anges i Handlingsplan Suicidprevention 2020 – 2025 med en minskning av antalet suicid med 40 % till 2025 krävs att suicidprevention blir ett prioriterat område som kommer upp på agendan i samtliga spår och på alla nivåer. En förutsättning för detta är kunskap om och förståelse för ämnet.

Förslag på aktiviteter:

- Den regionala handlingsplanen för suicidprevention läggs till som *styrande/stödjande dokument* och suicidprevention skrivs in som *mål/ utvecklingsområde* i
 - strategiska planer för Vårdsamverkan Skaraborg.
 - uppdragshandlingar och handlingsplaner i samtliga samverkansspår.
 - lokala överenskommelser eller genomförandeplaner för Partssamverkan, Treparter och OLG.
- Suicidprevention sätts med kontinuitet upp på mötesagendan hos Politisk Samverkan Skaraborg (PSS), Styrgrupp Vårdsamverkan Skaraborg och i samtliga samverkansspår.
- Kunskapshöjning hos beslutsfattare, chefer och ledare.

2. Handlingsplaner och rutiner

Det bör i de lokala samverkansgrupperna finnas beredskap för att tidigt uppmärksamma och bemöta personer med risk för suicid. Varje lokal samverkansgrupp bör därför ha en plan/strategi för det *gemensamma* suicidpreventiva arbetet.

Arbetet bör kopplas ihop med de *kommunala* handlingsplanerna för suicidprevention i dialog med utsedd kontaktperson i respektive kommun.

Förslag på aktiviteter:

- Se över och vid behov uppdatera befintliga planer/rutiner/riktlinjer.
- Befintliga planer/rutiner/riktlinjer kommuniceras och blir kända av alla berörda.
- Kännedom om och utgå ifrån regional Handlingsplan för suicidprevention. Aktiviteterna i planen bryts ned till mindre, lokalt anpassade aktiviteter.
- Kännedom om ev. kommunal handlingsplan för suicidprevention.

3. *Ökad kunskap och kompetens.*

Det bör i de lokala samverkansgrupperna finnas tillräcklig och relevant kunskap och kompetens för att tidigt upptäcka och bemöta individer med risk för suicid.

Förslag på aktiviteter:

- Utbildning och träning.
 - En gemensam kunskapsbas med *grundläggande* kunskap om suicid och suicidprevention (omfattning och orsaker, risk-och skyddsfaktorer, bemötande etc.).
 - *Fördjupad* kunskap utifrån behov och relevans (metoder, hur planera, driva och följa upp/utvärdera arbetet, samtalsverktyg etc.)
- Implementera och tillgängliggöra det kunskapsstöd som finns.
 - Använda det stödmaterial som delgivits under uppdraget.
 - Uppdatering av hemsida

4. *Förbättrad samverkan och dialog*

Aktörerna i de lokala samverkansgrupperna i Vårdsamverkan möter sårbara och utsatta individer i alla åldrar. Därför bör samtliga grupper förbättra sin samverkan och dialog kring personer med risk för suicid så att de får rätt bemötande och vård i rätt tid och på rätt nivå. Att lära tillsammans och av varandra kan stärka samverkan och kommunikation.

Förslag på aktiviteter:

- Gemensamt lärande, ex. utbildningar, workshops och konferenser.
- Utvecklingsarbete i samverkan utifrån behov och intresse, ex. *lära av* händelseanalyser.
- Studiebesök och andra aktiviteter för att få ökad kunskap om och förståelse för varandras verksamheter.

5. *Gemensamma analyser av incidenter/avvikelser och händelser*

De lokala samverkansgrupperna bör ha kunskap om hur en gemensam händelseanalys kan genomföras.

Att tillsammans lära av händelseanalyser efter suicid och sträva efter att göra gemensamma.

Förslag på aktiviteter:

- Workshops med dialog kring hur man kan göra en händelseanalys *tillsammans* och hur man går vidare efter analysen med *lärande och förbättringar*.
- Gemensamma genomgångar av händelseanalyser, avvikelser/incidenter.

STÖD FÖR DET FORTSATTARBEDET



Brist på kunskap, felaktiga föreställningar och myter är ett hinder för det förebyggande arbetet. Kartläggningen visar att det generellt finns en kunskapsbrist inom området och ett av de förbättringsområden som identifierats är kunskapshöjning.

Kunskaps-och metodstöd

Som stöd för det fortsatta arbetet har kunskapsstöd i form av digitala presentationer utformats. Här finns *samlad* aktuell fakta och statistik, riktlinjer, rapporter och artiklar, rutiner och metodstöd, länkar till olika kunskapsplattformar och till myndigheter och organisationer, tips på utbildningar, föreläsningar och korta filmer, poddar m.m.

Resultatet av kartläggningen av nuläge och behov har legat till grund för innehållet i materialet. Kompletteringar har gjort allteftersom min egen kunskap inom och förståelse för ämnet har ökat och genom den input jag fått genom alla kontakter och möten, inom och utanför vårdsamverkanstrukturen.

Tanken är att materialet ska vara till stöd och stimulans i det dagliga arbetet. Därför har jag försökt att göra det samlat och så konkret, användarvänligt och lättillgängligt som möjligt. Innehållet har av samma anledning valts ut och ”paketerats” i samråd med mottagaren.

Kunskapsstödet har presenterats för och godkänts av processledare och representanter från lokala Trepartsgrupper. Ett liknande material har även utformats för OLG i samråd med processtöd och koordinators och för *lokala Partsamverkansgrupper* i dialog med projektledaren för Barn & Unga. Ett exempel på materialet kan ses [här](#).

DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING

Från ord till handling

Det krävs beslut på ledningsnivå för att säkerställa att det suicidpreventiva arbetet prioriteras och att den regionala handlingsplanen omsätts i praktiken i Skaraborg.

I huvudbudskapet för [RMR Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning VGR](#) står att *” Riktlinjen syftar till att säkerställa att alla suicidnära personer som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården får ett kvalificerat möte och planering av vård för att förebygga suicid”*.

Här anges också att personer med risk för suicid finns inom alla vårdnivåer i hälso-och sjukvården och att man kan vara i riskzonen p.g.a. personliga omständigheter och utan att man direkt uttrycker att man har allvarliga suicidtankar.

I rutin [Suicidnära patient, barn- och ungdomspsykiatri - bedömning och handläggning VGR](#) står att *"Barn och ungdomar med suicidplaner eller de som utfört suicidförsök är barn och ungdomspsykiatrins "blåljuspatienter" och kräver samma beredskap, omhändertagande och prioritet som somatiska hjärtinfarkter, det vill säga en bedömning skall ske skyndsamt och med extra noggrannhet."*

Beredskapen, omhändertagandet och prioriteten när det gäller personer med risk för suicid går idag inte att jämföra med den som gäller personer med hjärtbesvär. Trots att allvarliga tankar på att ta sitt liv är ett livshotande tillstånd.

Att förebygga suicid kräver speciell kunskap och man bör på liknande sätt som man gör vid HLR träna regelbundet för att ha rätt beredskap om läget blir "skarpt".

För övrigt borde även vuxna och äldre med suicidplaner och suicidförsök nämnas i riktlinjen som psykiatrins "blåljuspatienter". Bland äldre män är suicidtalerna högst.

[En gemensam ansats.](#)

Det är viktigt att hitta pusselbiten/-ar som kopplar samman det suicidpreventiva arbetet i kommunerna med de ansatser som görs inom Vårdsamverkan. Dels för att ett framgångsrikt arbete kräver insatser inom fler olika områden som är både befolknings- och individinriktade, dels för att stärka samverkan och samsyn. Det ger i sin tur ökad möjlighet att identifiera och utveckla gemensamma aktiviteter och att använda de resurser och nätverk som finns på ett så optimalt sätt som möjligt.

[Har det då blivit några resultat eller förändringar som kan tillskrivas uppdraget?](#)

Förhoppningsvis har en grundlig information om regional handlingsplan, dialog med kunskaps- och erfarenhetsutbyte och kunskapsstöd utifrån behov och efterfrågan lett till kännedom om den regionala handlingsplanen och till ökad kunskap om och intresse för området. I vissa fall har det stimulerats till aktiviteter och suicidprevention har satts på agendan.

Representanterna i de lokala Trepartsgrupperna och OLG har genomgående varit mycket positiva till kontakterna. Flera har uttryckt att deras kunskap om och förståelse för suicid och suicidprevention har ökat och att de fått verktyg och inspiration för fortsatt arbete.

Men ofta kan steget härifrån och till att tillämpning i praktiken vara stort.

Vid uppföljningen som gjorts med Treparterna nämns som exempel på konkreta aktiviteter att man skrivit in suicid i genomförandeplan, varit delaktiga i utformningen av den kommunala handlingsplanen och bjudit in andra aktörer utanför gruppen för kunskaps- och erfarenhetsutbyte.

Ledningarna för primärvård, socialtjänst och vuxenpsykiatri samt av Vårdsamverkansgrupp Vuxna Psykisk hälsa, missbruk/beroende har upprättat en [överenskommelse](#) gällande hur parterna tillsammans kan arbeta med suicidprevention. Förankring kommer på kommunsidan att göras i kommunchefsgroup och direktion. Ett likvärdigt arbete riktat till vårdsamverkansgrupp Barn och Unga pågår, då med bland andra BUP som part.

Ett möte med Verksamhetsrådet på SkaS resulterade i inbjudningar till ledningsgrupper i flera verksamhetsområden, såväl i öppen som slutenvård samt med verksamhetsutvecklare. Mottagandet har varit mycket positivt och chefer för flera av enheterna har uttryckt att de ska ge prioritet åt frågan. Bl.a. genom att använda kunskapsstödet på arbetsplatsträffar som "kick off" och genom utbildning.

Så det kan konstateras att det här och var har det startat upp processer och konkret handling.

Några framgångsfaktorer för att förvalta och driva arbetet framgent.

- Beslut och mandat på ledningsnivå.
- Suicidprevention finns med på agendan; i mål, styrdokument och riktlinjer
- En koordinatorsfunktion tillsätts för att stödja och samordna arbetet.
- Ansvar i de olika spåren i Vårdsamverkan tydliggörs.
- Arbetet ingår som en naturlig del i den ordinarie verksamheten och inte vid sidan av arbete med psykisk hälsa/ohälsa. Suicidprevention kräver specifika rutiner/metoder!
- Kunskapshöjning. Suicidprevention kräver specifik kunskap!

Avslutningsvis...

Det hjälper inte att det finns riktlinjer, rutiner och kunskapsstöd om de inte tillämpas i verkligheten. Rutiner kan heller aldrig ersätta förståelse, engagemang och vilja att arbeta med frågan. Det är dags att gå från ord och text till handling.

Som tidigare nämnts ger kartläggningen inte någon grundlig bild över nuläge och behov. Men den ger ändå en fingervisning om vad som behövs för att driva arbetet vidare och kan ses som ett underlag för beslut om det suicidpreventiva arbetet efter uppdragets slut.

Skövde 2021-12-20

Annette Holmberg
Utvecklingsledare Närhälsan
Koordinator Vårdsamverkan Skaraborg

KÄLLOR

Folkhälsomyndigheten

suicidprevention.se

Karolinska Institutet

NASP- Nationellt centrum för Suicidforskning och Prevention.

<https://ki.se/nasp>

RESPI-Rekommendationer för Suicidpreventiva Insatser.

<https://respi.se/>

SKR

[Kraftsamling för psykisk hälsa/Öppen samordning](#)

[Delarenor Hållbara stöd | SKR](#)

[Förebygga suicid i fysisk miljö](#)

Socialstyrelsen

[Patientsäkerhet](#)

[Kunskapsguiden](#)

Riksrevisionen

[Statens suicidpreventiva arbete–samverkan med verkan? rir 2021:26](#)

MSB - Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap

<https://rib.msb.se/filer/pdf/27977.pdf>

MIND

<https://mind.se/>

SPES - Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandestöd

spes.se

SPIV - Suicidprevention i Väst.

<https://suicidprev.se>

Suicide Zero

<https://www.suicidezero.se/>

SafetyLit -

<https://www.safetylit.org/>

WHO – Suicide prevention

https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1

