

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2008-11-18

HSN 0809-1077

*Handläggare:*

*Carin Bokedal, Avd för Uppföljning & Utveckling/Styrning  
Jocelyne Ängeslevä, Närsjukvårdsavdelningen/Psykiatri*

## **Strategi för en nollvision för suicid inom Stockholms läns landsting**

### **Ärendet**

HSN beslutade 2007-04-24 att uppdra åt förvaltningen att återkomma med förslag för en nollvision vad gäller suicid i enlighet med utgångspunkterna i tjänsteutlåtande HSN 0701-0100. (Bilaga 2)

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* godkänna förvaltningens förslag till strategi enligt bilaga 1.

### **En bredare handlingsplan i samverkan**

Landstingets förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa och samhällets olika system för att hantera risker för självmord måste ständigt förbättras. Ansatsen i strategin pekar på att det är angeläget för landstinget att ta fram en struktur för samverkan med olika aktörer och att gemensamt ta fram strategier för att förverkliga en nollvision så långt det är möjligt när det gäller självmord i Stockholms län.

Catarina Andersson Forsman

Olle Olofsson

Catharina Barkman

#### Bilagor

- 1 Förvaltningens synpunkter till en strategi för en nollvision för suicid inom Stockholms läns landsting.
- 2 Tjänsteutlåtande HSN 0701-0100.
- 3 Bilaga till Uppdragsavtal SLL – KFA gällande Självmordsprevention NASP – expertfunktion inom SLL.

*Handläggare:*

*Carin Bokedal, Avd för Uppföljning & Utveckling/Styrning  
Jocelyne Angeslevä, Närsjukvårdsavdelningen/Psykiatri*

## **Strategi för en nollvision för suicid inom Stockholms läns landsting**

### **Förvaltningens synpunkter**

#### **Inledning**

HSN-förvaltningen har arbetat fram avtal med uppdrag och uppföljningsplan till Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, (NASP), Karolinska Folkhälsoakademin, (KFA), Karolinska Institutet (KI) gällande nollvision för suicid inom Stockholms läns landsting (SLL). Avtalet gäller 6 år, 2009-2014. Syftet är bl.a. att: följa den epidemiologiska utvecklingen inom SLL och relatera den till riket och internationellt, sprida kunskaper om psykisk ohälsa och självmordsproblematik inom SLL, ge kunskaps- och metodstöd när det gäller insatser för att förebygga psykisk ohälsa och självmordsproblematik inom SLL, leda det regionala nätverket för självmordsprevention i Stockholm-Gotlandregionen, samarbeta med regionala, nationella och internationella organ och grupper så att det gagnar det självmordspreventiva arbetet inom SLL, bistå politiker och andra beslutsfattare med fakta vid olika beslut, ha beredskap för att utveckla insatser för att förebygga psykisk ohälsa och självmordshandlingar i Stockholms län. För att fullfölja sitt uppdrag har NASP, som är Stockholms läns landstings centrum för suicidprevention en beräknad årlig budget på 7,3 miljoner kronor (2008).

Uppdraget till NASP, Karolinska Folkhälsoakademin (KFA), Karolinska Institutet följer riksdagspropositionen 2007/08:110, "En förnyad folkhälsopolitik". Propositionen innehåller förslag till nio självmordsförebyggande strategier. Dessa kommer att utgöra en viktig grund för det kommande folkhälsoarbetet inom SLL. Enligt avtalet knyts en referensgrupp till arbetet med representanter från KFA och HSN-förvaltningen för att följa och utveckla uppdraget till NASP.

Ett regionalt vårdprogram "Vård av suicidnära patienter" inom SLL är framtaget år 2002 och är nu under revidering och kommer att vara klart hösten 2009. Revideringen har initierats i specialitetsrådet för psykiatri och en projektgrupp har tillsatts för att utarbeta riktlinjer och

rekommendationer vad gäller diagnostik, utredning och behandling. Programmet ska också innehålla praktiskt webbaserade hjälpmedel för användning i det kliniska arbetet.

En handlingsplan för hur implementering av en nollvision för suicid inom SLL praktiskt skall genomföras behöver utvecklas och förankras inom hälso- och sjukvården och kommer att vara klar december 2009.

Ett första steg för framtagande av en strategi har tagits under våren/hösten 2008 genom att representanter från KI, NASP, HSN-förvaltning har påbörjat en probleminventering, vilken kunskap finns idag och att identifiera olika samarbetspartner för att ta fram en handlingsplan.

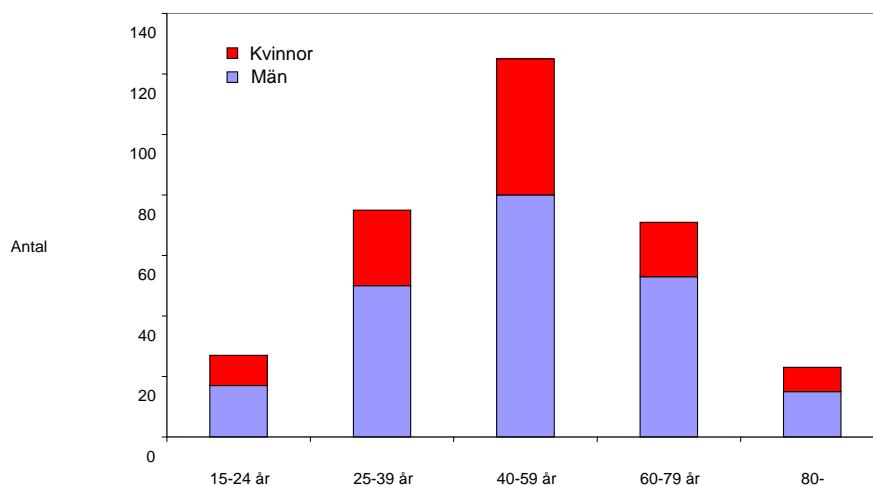
### **Bakgrund**

I Stockholms län är självmord ett betydande folkhälsoproblem. Även om orsaken till självmord är komplex med många samverkande faktorer så går självmord att förebygga.

Självmord och självmordsförsök kostar samhället 5,5 miljarder kronor varje år. Enligt Vägverkets riskvärdering skulle det vara samhällsekonomiskt lönsamt att satsa 18,7 miljoner kronor för varje suicid som skulle kunna förebyggas. Siffran bygger på en uppskattning av direkta och indirekta kostnader som genereras vid suicid och suicidförsök. Produktionsbortfallet för anhöriga är inte inräknade i beräkningarna. Anhöriga till personer som gör upprepade självmordsförsök och efterlevande till självmordsoffer drabbas ofta av psykisk ohälsa och ökad risk för självmord.

Stockholms läns landstingsfullmäktige antog den 12 december 2006 en nollvision när det gäller självmord, som är den vanligaste dödsorsaken bland män och den näst vanligaste bland kvinnor i åldersgruppen 15–44 år. År 2006, tog 321 personer sina liv i Stockholms län. Av dem var 215 män och 106 kvinnor. Det största antalet självmord utfördes av personer i åldersgruppen 40-59 år (125 självmord), se diagram.

### Antalet självmord (säkra och osäkra) 2006 i Stockholms län fördelade på kön och ålder



Enligt "Folkhälsorapporten 2007, Folkhälsan i Stockholms län", har omkring 5 % av befolkningen en allvarlig depression och 3–4 % av männen samt 5–6 % av kvinnorna har svåra besvär med ångest. Såväl ångest som depression är starkt förknippade med självmordsproblematik. Samtidigt ses en sjunkande trend för både självmord och självmordsförsök. Ett undantag är gruppen unga kvinnor. I denna grupp ökar ångestproblematiken och förekomsten av självmordsförsök. Forskningen visar att en ökning av förekomsten av självmordsförsök på sikt leder till att självmorden ökar.

Den senast tillgängliga slutenvårdsstatistiken visar att år 2004 vårdades 540 personer på något av landstingets sjukhus på grund av självmordsförsök. De senare utgör cirka 60 % av de personer i länet som försöker ta sina liv. Att cirka 40 % inte vårdas på grund av sina självmordsförsök behöver emellertid inte betyda att de inte haft kontakt med hälso- och sjukvården med anledning av sina problem.

Senaste kartläggningen som gjordes 1990 av alla självmord (40 personer) som begicks av personer bosatta inom dåvarande Centrala Stockholms sjukvårdsområde visade att nästan samtliga hade haft kontakt med hälso- och sjukvården – såväl med psykiatrin som med den somatiska öppenvården. 11 av personerna hade haft kontakt samma dag som de begick självmord, fyra inom öppenvården, sju inom slutenvården. Sex av personerna var aktuella inom primärvården. Dessutom hade nästan hälften

haft kontakt med socialtjänsten. 25 procent hade tidigare gjort ett eller flera självmordsförsök.

Att övervägande delen av dem som begått självmord haft kontakt med olika vårdinrättningar öppnar också möjligheter för t ex hälso- och sjukvårdspersonalen och personal inom socialtjänsten, inte minst inom äldreården, att bidra till att förhindra upprepade självmordshandlingar eller död i självmord. Samtidigt är självmordsnära patienter en av de svåraste patientgrupper att arbeta med. Personalens kunskaper i suicidologi och tydliga rutiner för vård och behandling av suicidnära patienter har därför stor betydelse för det självmordspreventiva arbetet, liksom ett välfungerande samarbete med kommunen särskilt med tanke på att alkoholmissbruk ofta är en starkt bidragande orsak till självmord.

Det är angeläget att nollvisionen när det gäller självmord arbetas in/tas hänsyn till i samtliga beställningar som görs av Stockholms läns landsting till alla de aktörer som möter människor som kan utveckla en självmordsproblematik, befinner sig i riskzonen eller har akut självmordsproblematik.

### **Ökad kunskap i vården leder till trygghet och säkrare rutiner**

Enkätstudier inom den psykiatriska vården i SLL visar emellertid att mindre än hälften av personalen anser att de har tillräcklig utbildning för att kunna arbeta med självmordsnära patienter. Samtidigt finns det en koppling mellan personalens självuppskattade utbildningsnivå och deras uppfattning om oklarheter och stöd i arbetet med självmordsnära patienter. Efter utbildningsinsatser ökar dock personalens kunskaper och trygghet i arbetet samtidigt som de rapporterar att oklarheter när det gäller rutiner med mera minskar.

### **Tidiga insatser**

Det är också viktigt med förebyggande insatser för personer som ännu inte utvecklat en självmordsproblematik. Barn och ungdomar är en viktig målgrupp eftersom många av de färdigheter som krävs för att klara av livets påfrestningar grundläggs tidigt under uppväxten. Det innebär att uppväxtmiljön har stor betydelse. MVC/BVC och skolhälsovården är därför viktiga aktörer i det självmordsförebyggande arbetet.

### **Syfte med föreliggande strategi**

Syftet är att de närmaste åren intensifiera det självmordspreventiva arbetet inom SLL för att förverkliga en nollvision så långt möjligt när det gäller självmord.

## **Metod**

Ta fram en bredare handlingsplan (klar december 2009) för hur implementeringen av en nollvision för suicid praktiskt skall genomföras i hälso- och sjukvårdsarbetet inom SLL och finna samverkansformer med frivilligorganisationer, kommuner och andra landsting. Identifiera fler viktiga samarbetspartner som t.ex. polis, ambulans, SL.

Uppdraget till NASP, KFA innebär bl.a. att SLL kan få kunskap och metodstöd att utveckla de nio strategierna som föreslås i propositionen 2007/08:110 "En förnyad folkhälsopolitik".

## **De nio självmordsförebyggande strategierna är:**

### **1. Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper.**

Hänvisning görs till förslag i utredningen Ungdomar, stress och psykisk ohälsa (SOU 2 006:77) som bereds av Regeringskansliet samt till den nya skollagen. NASP har fått uppdrag att i samråd med Myndigheten för skolutveckling utarbeta ett informationsmaterial om hur man kan förebygga självmordsförsök och självmord bland skolelever. I uppdraget ingår även att ta fram en strategi för hur materialet kan spridas till lärare och annan skolpersonal.

### **2. Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid.**

Hänvisning görs till nationella alkoholhandlingsplanen (Prop. 2005/06:30) och att man avser att intensifiera insatserna för att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen samt arbeta för en mer restriktiv syn på alkohol inom EU.

Till högriskgrupperna räknas, utöver personer med alkoholproblematik, också personer som tidigare har gjort ett självmordsförsök, personer med annan form av beroende samt missbruk, personer med psykos eller förstämningssyndrom (särskilt bipolär sjukdom), personer som är socialt exkluderade, arbetslösa, etniska minoriteter samt HBT - personer, offer för mobbning och olika former av förtryck samt personer med kroniska och svårbehandlade sjukdomar.

### **3. Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid.**

Ju svårare det är att få tillgång till höggradigt dödliga metoder för självmord desto större är sannolikheten att personen väljer en mindre dödlig metod och därför överlever. Fungerande metoder har visat sig vara:

- lagstiftning för kontroll av skjutvapnen

- restriktioner över tillgång till pesticider
- förändrade förpackningar för smärtstillande medel
- obligatorisk användning av katalytisk avgasrening i motorfordon
- barriärer kring platser för höga hopp
- användning av nya mindre toxiska antidepressiva medel och utformning av vårdmiljöer och boenden till "säkra" platser genom sanering av den fysiska vårdmiljön så att duschslangar, ställningar, gardiner, stickande och skärande föremål m.m. inte finns tillgängliga vid vård av personer med självmordsproblematik.

#### **4. Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag.**

För att förstå och bättre kunna förebygga självmord behövs en bredare analys av händelsen än den som sker i anslutning till vård och stöd. Utifrån samlad information från händelseanalyser kan olika delar av samhället få hjälp i det självmordsförebyggande arbetet. Metodiken för händelseanalyser behöver utvecklas och regeringen avser att tillsätta en utredare som ska analysera förutsättningarna för att skapa en nationell funktion för händelseanalyser och gemensamma utredningar vid självmord.

#### **5. Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.**

Att behandla den underliggande psykiska störningen är en central komponent i självmordspreventionen. Hänvisningar görs till:

- psykiatrisatsningen 2006 och 2007
- Socialstyrelsens uppdrag att inrätta ett nationellt centrum för utveckling av tidiga insatser till barn och unga som löper risk att utveckla svårare psykisk ohälsa
- det målstyrda bidraget med ändamålet att förbättra kvaliteten i, och att stärka tillgängligheten till, verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa
- utredningen *Ambition* och ansvar (SOU 2 006:100) samt uppdraget att ta fram en handlingsplan för utvecklingsarbetet inom psykiatrin.

#### **6. Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid.**

NASP har tillsammans med Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut fått i uppdrag att fortsätta sammanställa forskningsresultat om metoder som kan minska antalet självmord, göra den tillgänglig samt sprida ny kunskap. Socialstyrelsen får dessutom i uppdrag att initiera ett projekt i syfte att öka kunskapen i befolkningen om självmord och vart man vänder sig för att få hjälp och stöd samt föreslå hur informationen ska spridas inom hälso- och sjukvården samt övriga samhället.

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

Statens folkhälsoinstitut får i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen ta fram förslag på utbildningsinsatser för att höja kompetensen avseende vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik.

**8. Händelseanalys i samband med Lex Maria-anmälningar.**

Hälsa- och sjukvården ska enligt Lex Maria anmäla alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter en vårdkontakt. Anmälningen ska följas av en genomgripande dokumenterad intern utredning med identifiering av områden som kan förbättras. Socialstyrelsen ska regelbundet sammanställa och analysera inrapporterade händelser med resultatåterföring till vård- och omsorgsgivarna. Erfarenheterna kan ligga till grund för att ytterligare stärka patientsäkerheten och öka vårdens kvalitet.

**9. Stöd till frivilligorganisationer.**

Regeringen avser att stödja Riskförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) samt paraplyorganisationen SamArbete för Människor i Sorg (SAMS).

**Anpassning av strategierna till Stockholms läns landsting**

En del av strategierna eller delar av dem kan införas inom hälsa- och sjukvården redan nu medan det behövs utarbetas en långsiktig strategi och handlingsplan för att införa andra.

Det är angeläget att de lokala vårdprogram som finns för vård av suicidnära patienter snabbt uppdateras när det reviderade regionala vårdprogrammet blir tillgängligt och att det sker en aktiv implementering av vårdprogrammen i den psykiatriska vården så att de blir en del av den dagliga verksamheten. Redan nu kan dock den praktiska tillämpningen av programmet utvecklas. Vårdprogrammet stipulerar bl.a. att särskild uppföljning av självmordsnära patienter görs efter utskrivningen eftersom det föreligger en ökad risk för upprepade självmordsförsök eller fullbordade självmord i anslutning när patienten skrivits ut eller förs över till annan vårdgivare. En undersökning inom den psykiatriska vården i Stockholms län visar att uppföljningen av patienter sker efter en individuell bedömning av patientens behov. Denna bedömning är emellertid subjektiv och kan i efterhand visa sig vara felaktig. Inom ramen för ett världsomfattande självmordspreventivt projekt har man utvärderat en metod för uppföljning av suicidnära patienter, där man använde sig av en systematisk uppföljning bestående av nio tillfällen under de första 18 månaderna efter



utskrivningen. Utskrivningen inleddes med en timmes information till patienten om självmordsproblematik. Vid uppföljningen efter 18 månader visade det sig att i interventionsgruppen var andelen självmord enbart 0,2 procent jämfört med 2,2 procent i kontrollgruppen.

Enligt Socialstyrelsens sammanställning över antalet Lex Maria-anmälningar 2006 hade Stockholm 87 antal anmälningar. En pilotstudie har påbörjats inom NASP som omfattar ca 40 patienter under 25 års ålder från hela landet. En systematisk genomgång av samtliga stockholmsspatienter skulle kunna ge värdefull information om brister inom vården och förslag till vad som behöver förbättras.

Socialstyrelsen kommer under våren att ge ut riktlinjer för primärvården när det gäller vården av deprimerade patienter. Eftersom depression har ett starkt samband med självmord är det angeläget att dessa riktlinjer snabbt anpassas till lokala förhållanden och implementeras på vårdcentralerna. Medel har sökts från Folkhälsoanslaget 2009 för ett pilotprojekt. Syftet är att i samarbete med den psykiatriska vården utbilda och utveckla en modell inför implementering av vårdprogrammet på de vårdcentraler som finns inom ett geografiskt avgränsat område. Pilotprojektet ska ligga till grunden för den fortsatta implementeringen i hela landstingsområdet.

En mer långsiktig plan behövs dock för att kunna anpassa strategierna i deras helhet till Stockholms län. Som ett första steg har en kunskaps- och probleminventering påbörjats samt diskuterats aktuella samarbetspartners.

#### **Förslag till åtgärder inom handlingsplanen:**

- En långsiktig handlingsplan tas fram av HSN-förvaltningen i samverkan med vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, primärvården och kommunala verksamheter där man kommer i kontakt med suicidala individer (t.ex. skolhälsovården) samt att samverkan sker med frivilligorganisationer (t.ex. Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevande stöd, SPES) och andra berörda parter som t.ex. SL, polis och räddningstjänst. Handlingsplanen ska vara klar december 2009.
- En kartläggning påbörjas januari 2009 om hur närsjukvårdens verksamheter i dagsläget arbetar med implementering av nollvision för suicid. Nulägesrapport presenteras våren 2009.
- Uppdra åt allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri att införa en systematisk uppföljning av självmordsnära patienter efter

utskrivning i enlighet med evidens från en vetenskaplig studie. (2009-2010)

- Uppdra åt NASP att utvärdera införandet av systematisk uppföljning inom barn- och ungdomspsykiatri. (2009-2010)
- Införa ett kriskort att delas ut till självmordsnära patienter vid utskrivning med uppgifter om vart de kan vända sig om de behöver akut stöd i samband med en självmordskris. (2009)
- Pröva en modell för en gemensam utbildning till patienter och anhöriga inom psykiatri som grund för att införas i framtida vårdavtal. (2009-2010)
- En systematisk genomgång genomförs av landstingets samtliga Lex Maria-anmälningar 2006 gällande suicid. (2009-2010)
- I ett pilotprojekt anpassa Socialstyrelsens riktlinjer för primärvården när det gäller vården av deprimerade patienter till lokala förhållanden och i samarbete med en psykiatrisk verksamhet utbilda och utveckla en modell inför implementering av riktlinjerna på de vårdcentraler som finns inom den psykiatriska verksamhetens geografiska område. (2009-2010)
- Planera och tillsammans med aktuella samarbetspartners genomföra en upptaktskonferens under 2009 för att få igång ett långsiktigt självmordspreventivt arbete.
- Under hösten 2009 påbörja en kartläggning av samtliga samarbetspartners behov av kunskapsutveckling. Eventuellt kan det ske inom ramen för projektet "Noll självmord i Stockholms län".
- Uppdra till HSN-förvaltningen att under 2009 ta fram förslag till vilka kvalitetskriterier som ska gälla vid uppföljning av beställningar till aktörer som möter människor i riskzonen för självmord.
- I regelbok för primärvård (2010) införa krav på kompetens/utbildning för läkare/sjuksköterska i suicidprevention och att samarbeta med allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. HSN -förvaltning ser över hur det ska följas upp.
- Inom ramen för ett modellprojekt "Noll självmord i Stockholms län", och som genomförs under 2009-2010 i en avgränsad del av landstinget kommer i första hand strategierna 1, 4, 5, 6,7, 8 och 9 att utvecklas, implementeras och vidmakthållas. En upptaktskonferens hålls under 2009 med representanter från landstinget, kommunerna, frivilligorganisationer och andra tänkbara intressenter.

Inom ramen för modellprojektet utförs under 2009 en kartläggning av samtliga samarbetspartners behov av kunskapsutveckling och rutinförändringar. Under 2010 påbörjas implementeringen av reviderade lokala vårdprogram för vård av suicidnära patienter. Som modell för arbetet kan vara det projekt som bedrivs inom en psykiatrisk verksamhet i Stockholm. Under 2009 påbörja implementeringen av ett lokalt vårdprogram för vård av deprimerade patienter inom den primärvård som finns inom den psykiatriska verksamhetens geografiska område. Under 2009 och 2010 planera och påbörja utbildning i självmordspreventivt arbete av personalen inom den psykiatriska vården, primärvården och kommunen. Utbildningen kommer bl.a. innehålla riskbedömning, krisomhändertagande, uppföljning, dokumentation samt tillämpning av vårdprogrammen för suicidnära respektive deprimerade patienter. Utbildningen kommer också att baseras på erfarenheter från händelseanalyserna. Samarbete sker med anhörig- och brukarorganisationer. Insatserna utvärderas vetenskapligt av NASP, Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet. Erfarenheterna och resultaten från utbildningen och vårdprogramarbetet kommer att användas och implementeras i övriga delar av Stockholms läns landsting. De kommer också att ligga till grund för framtida vårdavtal.

Resultatet från interventionen förväntas leda till ökad kunskap om självmordsnära patienters/klienters behov, ökad kunskap om vård och behandling av självmordsnära patienter/klienter, att eventuella negativa attityder till självmordsnära patienter/klienter förbättras, att kunskapen och medvetenheten om befintliga rutiner ökar, att rutinerna när det gäller vården och omhändertagandet av självmordsnära patienter/klienter förbättras och görs tydligare, att användningen av vårdprogrammen blir en rutin, ökat samarbete och fungerande vårdkedjor.

### **Målgrupp**

Handlingsplanen kommer att delas in i åldersgrupperna barn 5-14 år, unga 15-19 år, unga vuxna 20-29 år, vuxna 30-64 år, 65 år och äldre.

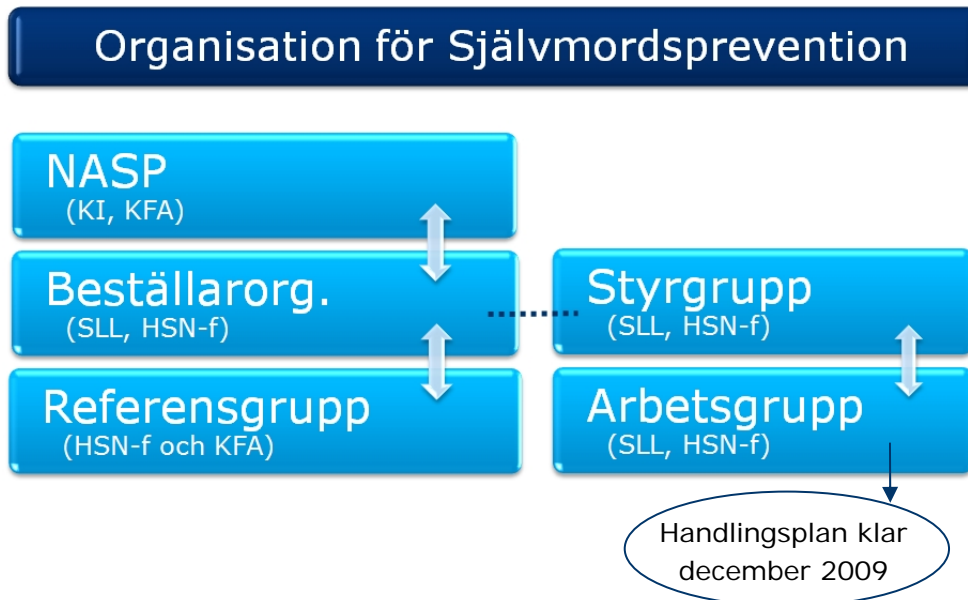
### **Tidplan**

Handlingsplanen kommer att vara klar december 2009.

Enligt uppdragsavtal med beställning till NASP kommer en strategi för hur det nationella programmet ska implementeras inom SLL att behöva utvecklas tillsammans med olika berörda parter.

I enlighet med uppdragsavtal mellan SLL och KI (KFA) är detta ett långsiktigt uppdrag t.o.m. 2014.

## Organisation inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning



### NASP

NASP (Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa) bildades 1993 som ett led i landstingets dåvarande beslut att minska självmordsfrekvensen med 25 % i Stockholms län. Genom ett regeringsbeslut 1994 fick NASP även ett nationellt ansvar genom ett samverkansavtal mellan landstinget och Socialdepartementet samt den första professuren i Sverige i suicidologi vid Karolinska Institutet. Sedan 1 oktober, 2007 har efter ett riksdagsbeslut NASP (Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa) en nationell expertfunktion beträffande självmordsprevention. I expertfunktionen ingår att samla in och sprida kunskaper samt ge metodstöd till olika utredningar och samarbetsorgan regionalt inom SLL, nationellt och internationellt. Det internationella samarbetet sker bland annat genom att NASP inom ramen för sitt arbete inom SLL utnämns till ett "WHO Lead Collaborating Centre of Mental Health Problems and Suicide Across Europe".

Genom sitt nationella och internationella engagemang kan NASP ligga i framkant vad gäller det aktuella kunskapsläget beträffande prevention av psykisk ohälsa och självmordsproblematik. En viktig del av arbetet utgörs

av att sprida denna kunskap vidare i form av olika informationsinsatser, metodstöd, utbildningar, handledning och konsultinsatser.

### **Beställarorganisation**

Inom Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen finns folkhälsostrategisk kompetens för arbetet med beställningar av folkhälsovetenskapliga uppdrag till Karolinska Institutet (KI), Karolinska Folkhälsoakademin (KFA).

Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltningen) har tagit fram uppdragsavtalet och avser SLL:s beställning till KI, KFA angående uppdrag i folkhälsovetenskaplig forskning, strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete och för att stärka folkhälsoinsatser på lokal och regional nivå. I beställningen till KFA har SLL identifierat uppdrag som suicidprevention. (Bilaga 3)

### **Referensgrupp**

Enligt uppdragsavtalet mellan SLL – KI gällande "Självordsprevention NASP – expertfunktion inom SLL" bildas en referensgrupp med representanter från KFA och HSN-förvaltningen för att följa och utveckla uppdraget till NASP. En resursperson från NASP behövs för hjälp med att tolka och konkretisera resultat, bedöma implementeringsmöjligheter samt föreslå vetenskapligt förankrade metoder.

### **Styrgrupp för arbetsgruppen**

Styrgruppens arbete innebär att ge direktiv och fatta beslut för att leda arbetet i arbetsgruppen framåt vid framtagandet av handlingsplanen. I styrgruppen bör någon/några deltagare från SLL/KFA:s referensgrupp ingå.

### **Arbetsgrupp**

En tvärsektoriell arbetsgrupp bildas och samordnas av HSN-förvaltning för att ta fram en handlingsplan gällande hur implementeringen av en nollvision för suicid praktiskt skall genomföras i hälsa- och sjukvårdsarbetet inom SLL. Handlingsplanen ska också lyfta hur samverkan med kommuner, stadsdelar och frivilliga organisationer som SPES (Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevande stöd) kan realiseras för att så långt det är möjligt förverkliga en nollvision för suicid inom Stockholms läns landsting.

Arbetsgruppen samordnas av en projektledare och leds av en styrgrupp. I övrigt bör arbetsgruppens deltagare representera primärvård, vuxenpsykiatri och barn och ungdomspsykiatri, beroende vård, geriatrik. Arbetet bör involvera avtalshandläggare för både landstings och privata

vårdgivare. Representant för kommuner och stadsdelar. Personal från skola och socialtjänst är viktiga samarbetspartner. SL är också en viktig samarbetspartner.

KI och NASP kommer framöver att ingå i referensgruppen men vara behjälplig med expertstöd i form av kunskaps och metodstöd.

Besvarande av skrivelse från Birgitta Sevefjord (v) och Dag Larsson (s) om Landstingets strategi för genomförande av landstingsfullmäktiges beslut om nollvision för självmord i Stockholms läns kommuner och landsting

### Ärendet

I en skrivelse till hälso- och sjukvårdsnämnden 2007-01-30 från Vänsterpartiet och Socialdemokraterna föreslås att nämnden skall besluta att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma med förslag till strategier och konkreta åtgärder för att genomföra en nollvision för självmord samt att återkomma med förslag på 10-punktsprogram för att förebygga psykisk ohälsa hos unga vuxna. Bakgrunden är att samtliga partier ställt sig bakom en nollvision i samband med beslutet om budget 2007. En nollvision har också stöd från Nationell psykiatrisamordning och det nationella patient-, brukar- och anhörignätverket i psykiatri.

Programberedningen för psykiatri och missbruk har behandlat ärendet.

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* uppdra åt förvaltningen att återkomma med förslag till strategier för en nollvision vad gäller suicid i enlighet med utgångspunkterna i detta tjänsteutlåtande.

### Förvaltningens synpunkter

Arbetet med att ta fram en strategi för en nollvision vad gäller självmord bör grunda sig i de förslag som anges i Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande "Ambition och ansvar". Likaså bör Socialdepartementets Förslag till nationellt program för suicidprevention beaktas. Förslaget är för närvarande ute på remiss och ett förslag till yttrande från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) behandlas av HSN i särskilt ärende.

I betänkandet från Nationell psykiatrisamordning definieras nollvisionen så att ingen med psykisk ohälsa som aktualiserats hos kommun eller landsting skall skada sig själv eller annan, eller ta sitt eget liv eller annans liv på grund av att han eller hon avvisats eller tappats bort av vården.

Bilagor:

1 Skrivelsen

2 Protokollsutdrag från programberedningen (delas ut senare)

Visionen förutsätter att det på alla nivåer sker ett arbete med förbättrad tillgänglighet, rutiner för riskanalys, preventiva insatser och händelseanalyser. Vid varje händelse skall frågan ställas om huruvida resultatet skulle ha blivit annorlunda om något hade gjorts på ett annat sätt.

*Detta kan för SLL innebära att alla verksamheter skall:*

- \* ha väl utarbetade rutiner för att känna igen allvarlig psykisk sjukdom eller en allvarlig krissituation när utebliven hjälp kan innebära allvarliga negativa konsekvenser för personen.
- \* organiseras så att de är ändamålsenliga utifrån målet att förebygga skada och död
- \* göra en noggrann händelseanalys när någon har tagit sitt liv eller en allvarlig våldshändelse har skett och personen har haft kontakt med eller sökt hjälp hos någon myndighet eller institution
- \* ge stöd till de närstående i att få krisstöd och klarhet i vad som egentligen hänt när någon tagit sitt liv eller allvarlig våldshändelse skett
- \* göra en anmälan enligt Lex Maria vid självmord som kommer till vårdens kännedom och som inträffat inom fyra veckor efter vårdkontakt
- \* ha ett ansvar att se till att den hjälpsökande får insatser av den aktuella verksamheten eller lotsas till annan relevant verksamhet
- \* göra gemensamma analyser med kommuner av negativa händelser som självmord, självmordsförsök eller våldshändelser där personen som varit inblandad har eller borde ha haft stöd från både kommun och landsting
- \* ha en fullgod uppföljning av olika insatser och resultat som relaterar till självmord och självmordsförsök

Ovanstående vision och aktiviteter skall nu konkretiseras till en strategi för SLL i samarbete med producenter, patient- och anhörigföreningar och kommuner. Samarbete bör vidare ske med projektgruppen för 10-punktsprogrammet mot psykisk ohälsa hos unga vuxna. En fokusrapport tas fram av Forum, men även HSN-förvaltningen och KSL ingår i arbetet. Rapporten väntas bli klar till juli 2008. Strategin för en nollvision vad gäller suicid beräknas kunna presenteras för HSN senast årsskiftet 2007/2008. I Psykiatrirådet, sakkunnigrådet inom landstingets medicinska programarbete, förs diskussioner om att revidera landstingets regionala vårdprogram "Vård av suicidnära patienter". I det sammanhanget ingår att ta hänsyn till program som finns på såväl landstingsnivå som på nationell nivå.

Anna-Stina Nordmark Nilsson

Aina Daléus



**Vänsterpartiet  
Socialdemokraterna****Landstingets strategi för genomförande av landstingsfullmäktiges beslut om nollvision för självmord i Stockholms läns kommuner och landstinget**

I samband med att landstingsfullmäktige beslutade om landstingets budget för 2007 ställde sig samtliga partier bakom vänsterpartiets förslag om att en nollvision införs när det gäller självmord. Det är glädjande att politisk enighet kan nås kring ett så viktigt beslut, men beslutet förpliktar och kräver att det tas fram konkreta förslag till åtgärder som gör det möjligt att leva upp till visionen.

Bakgrunden till förslaget är att 1400 – 1500 människor årligen tar livet av sig i Sverige. Särskilt oroväckande är att antalet unga människor som tar sitt liv ökar och att unga kvinnor mellan 24 och 25 år är kraftigt överrepresenterade när det gäller självmordsförsök. Förutom att självmord och självmordsförsök medför svåra mänskliga lidande för den enskilda så medför det stora kostnader för samhället. Kostnaden för samhället uppgår årligen till ca 5,5 miljarder kronor årligen för samhället.

Alla krafter måste nu mobiliseras för tidig upptäckt och insatser för att förebygga självmord. Det eniga beslutet om en nollvision är inte tillräckligt för att antalet människor som tar sina liv eller försöker ta sina liv ska minska. Landstinget måste utarbeta tydliga strategier och handlingsplaner där det konkretiseras vilka åtgärder som bör genomföras. Förslagen till konkreta åtgärder måste noga förankras och genomföras i samverkan med kommuner, frivilligorganisationer och de delar av hälso- och sjukvården som dagligen möter människor som är i riskzonen att ta sina liv. Det handlar om att utveckla både det preventiva arbetet och förbättringar i vårdens bemötande.

Under föregående mandatperiod beslutade dåvarande majoriteten bestående av (s), (v) och (mp) att det skulle tas fram ett 10 – punktsprogram mot psykisk ohälsa hos unga vuxna. I beslutet om budget 2007 fanns det förslag om att det arbetet skulle slutföras under 2007, men förslaget avslogs av den borgerliga majoriteten. Det var djupt olyckligt eftersom 10 – punktsprogrammet skulle kunna utgöra en viktig strategi för att minska antalet självmord och självmord hos unga vuxna. Och det är ju den gruppen som är kraftigt överrepresenterad.

Med anledning av ovanstående föreslås att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag till strategier och konkreta åtgärder för att genomföra en nollvision för självmord samt att återkomma med förslag på 10 – punktsprogram för att förebygga psykisk ohälsa hos unga vuxna.

Birgitta Sevefjord (v)  
Landstingsråd

Dag Larsson (s)  
Landstingsråd