

Många vill veta men svaren är få

Rapport om befolkningsinriktad suicidprevention –
idéhistorisk litteraturstudie och fem kommuners erfarenheter

NOVEMBER 2010



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
FOLKHÄLSOKOMMITTÉN

Syftet med rapporten är att redovisa kunskaper, erfarenheter och exempel som kan ge vägledning i ett befolkningsinriktat suicidpreventivt arbete.

Tanken är att rapporten ska kunna användas av den eller de som arbetar med befolkningsinriktad suicidprevention eller som vill inleda eller vidareutveckla ett sådant arbete.

I rapporten redovisas uppdraget *”att utarbeta regionala rekommendationer för suicidprevention på befolkningsnivå”* som Folkhälsokommittén gav folkhälsochefen hösten 2009, RSK § 653-2006. Litteraturstudien *”Döden i livet och livet i döden – förutsättningar för en befolkningsinriktad suicidprevention i ett idéhistoriskt perspektiv”*, Kristian Petrov, fil.dr idé och lärdoms historia, 2010, är ett underlag till rapporten.

Ett speciellt tack riktas till Kristian Petrov och till referensgruppen för värdefulla synpunkter.

Förord

”Ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. (Proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.)

Suicid och suicidförsök är ett allvarligt problem i samhället med många som dör eller överlever ett försök som ger skador och men för livet. På nationell nivå och inom Västra Götalandsregionen har problemet uppmärksammats. Folkhälsokommittén har gett folkhälsochefen i uppdrag att utarbeta regionala rekommendationer för suicidprevention på befolkningsnivå.

Det har visat sig att det inte varit möjligt att skriva rekommendationer eller ge generella råd i det praktiska arbetet. För detta behövs nationella riktlinjer, fler lokala erfarenheter och ett fördjupat arbete inom befolkningsinriktad suicidprevention.

Rapporten kan därför inte ses som en rekommendation, däremot är förhoppningen att den kan fungera som guide och stöd i en vidare diskussion på lokal nivå. Det pågår arbete inom några kommuner i suicidpreventivt syfte, fler är på gång och Folkhälsokommittén vill uppmuntra till ett ökat fokus på denna viktiga fråga. Västra Götalandsregionen vill vara en aktiv part i detta arbete.

Mariestad december 2010

Karin Engdahl (S)
Regionråd
Ordförande i Folkhälsokommittén

Johan Jonsson
Folkhälsochef

Sammanfattning

Folkhälsochefen fick 2007 i uppdrag av Folkhälsokommittén att kartlägga förutsättningarna för ett regionalt handlingsprogram inom befolkningsinriktad suicidprevention. Kartläggningen visade att det snarare fanns ett behov av rekommendationer och arbetsmodeller än ett regionalt handlingsprogram. Kommittén gav då folkhälsochefen ett nytt uppdrag i september 2009 att utarbeta rekommendationer för suicidprevention på befolkningsnivå.

Att skriva rekommendationer för befolkningsinriktad suicidprevention låter sig inte göras. För det behövs nationella riktlinjer, fler lokala erfarenheter och ett fördjupat arbete. I rapporten redovisas därför kunskaper, erfarenheter och exempel som kan ge vägledning i ett befolkningsinriktat suicidpreventivt arbete. Tanken är att rapporten ska kunna användas som ett stöd av den eller de som arbetar med, vill inleda eller vidareutveckla ett sådant arbete. Stödet gäller framför allt vilka förutsättningar som behövs för att arbetet ska bli hållbart över tid. I rapporten finns också förslag på frågor och konkreta åtgärder som kan öka kunskapen om suicid och suicidprevention.

Rapportens slutsatser bygger på en idéhistorisk litteraturstudie, kunskaper och erfarenheter från fem kommuner och andra aktörer i Västra Götaland samt erfarenheter från ansökan inom ett EU-projekt.

Den tydliga kopplingen mellan människors levnadsvillkor och suicidförekomst gav anledning att öka förståelsen om suicidprevention ur ett samhällsperspektiv. En idéhistorisk litteraturstudie togs därför fram. Litteraturstudiens preventiva slutsatser visar att suicid och suicidprevention är komplext. Med slutsatserna som grund blir det också tydligt att flera samhällsaktörer behöver engagera sig i frågan. Ett första steg är att bidra utifrån egna förutsättningar men komplexiteten i området visar på värdet av samarbete och samverkan.

I väntan på att fler kommuner och aktörer börjar arbeta med suicidprevention är det viktigt att som utgångspunkt och inspirationskälla få ta del av kunskaper och erfarenheter från dem som redan arbetar med frågan. Fem kommuner i Västra Götaland har bidragit med detta. Trots olika förutsättningar, kulturella skillnader så har internationella kontakter visat att andra EU-länders kunskap och erfarenheter kan bidra i utvecklingen av befolkningsinriktad suicidprevention i Sverige och Västra Götaland.

Folkhälsokommitténs kansli har drivit en arbetsprocess med en referensgrupp som inledningsvis bildades för att genomföra uppdraget. I referensgruppen har representanter från kommuner, kommunalförbund, länsstyrelse, frivilligorganisationer och hälso- och sjukvården deltagit. Den tvärssektoriella regional-kommunala referensgruppen har varit en viktig del i arbetet. Flera organisationer, professioner och personer har bidragit med erfarenhet och kunskap.

Genom att sammanföra kunskap och kompetens, lyfta fram frivilligsektorns viktiga roll i sammanhanget och att vara en aktiv part i skapande av nätverk inom området kan Västra Götalandsregionen genom Folkhälsokommittén ta en aktiv roll i det befolkningsinriktade suicidpreventiva arbetet.

Innehållsförteckning

BAKGRUND	2
UPPDRAGET BAKOM RAPPORTEN	2
VARFÖR BEGREPPET SUICID ANVÄNDS ISTÄLLET FÖR SJÄLVMORD	3
SITUATIONEN I VÄSTRA GÖTALAND, SVERIGE OCH EUROPA	3
EN NATIONELL SUICIDPREVENTIV POLITIK VÄXTER FRAM	4
GRUNDER FÖR ETT EFFEKTIVT SUICIDPREVENTIVT ARBETE	5
RAPPORTENS SYFTE OCH HUR DEN KAN ANVÄNDAS	7
RESULTAT	8
SUICID UR ETT IDÉHISTORISKT PERSPEKTIV	8
SUICIDPREVENTIVT ARBETE I FEM KOMMUNER I VÄSTRA GÖTALAND	14
DEN IDEELLA SEKTORN SOM AKTÖR	16
MÖJLIGA UPPGIFTER FÖR REGIONEN	16
NATIONELL NIVÅ	17
INTERNATIONELL NIVÅ	18
DISKUSSION	19
BEHOV AV RIKTLINJER, FLER ERFARENHETER OCH FÖR DJUPAT ARBETE	19
FEM KOMMUNERS ERFARENHETER	19
FRÅGOR ATT TA HÄNSYN TILL I LOKALT SUICIDPREVENTIVT ARBETE	21
SLUTORD	21
REFERENSER	22
BILAGOR	23
BILAGA 1 SAMMANSTÄLLNING AV DE NIO NATIONELLA STRATEGIERNA	23
BILAGA 2 DEN INLEDANDE KARTLÄGGNINGENS RESULTAT	25
BILAGA 3 FRÅGOR OM KOMMUNENS SUICIDPREVENTIVA ARBETE	26
BILAGA 4 KRITERIER FÖR SÄKER OCH TRYGG KOMMUN	27

Bakgrund

Uppdraget bakom rapporten

Nationell suicidpreventiv politik leder till uppdrag i Västra Götalandsregionen

I december 2006 presenterade Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut sitt ”Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag” (Bilaga 1).

Som en följd av ovanstående gav Folkhälsokommittén i mars 2007 Folkhälsochefen i uppdrag att ta fram och fastställa förutsättningarna för ett regionalt handlingsprogram för suicidprevention för Västra Götalandsregionen. Kommittén ställer sig samtidigt bakom förslaget till uppdragshandling.¹

Kartläggning i Västra Götaland inleder uppdraget

Folkhälsokommitténs kansli skickade inledningsvis ut en enkät till samtliga kommuner i Västra Götaland. Syftet var att kartlägga om det fanns kunskap om det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention och om det fanns lokala policies, handlingsplaner eller liknande för suicidpreventivt arbete. Det var också viktigt att få veta om det från lokalt håll fanns ett behov av en regional handlingsplan. Svaren gav ingen enhetlig bild. Likafullt fanns vissa gemensamma nämnare (Bilaga 2).

Kommunalt intresse för samverkan med regionala nivån

Intresset för suicidprevention var stort och frågan ansågs som en kommunal angelägenhet. Flera kommuner arbetade med befolkningens psykiska hälsa men få med ett uttalat mål att minska antalet suicid.

Det fanns också ett intresse av stöd från Västra Götalandsregionen och en önskan om att samverka. Hur och i vilken form framgick emellertid inte. Folkhälsokommitténs kansli bjöd då in fem kommuner, regionens egna verksamheter, ideella sektorn, Länsstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut att delta i en referensgrupp.

Tvärsektoriell process ger nytt uppdrag

Deltagarna i referensgruppen var mer intresserade av vägledning i det befolkningsinriktade suicidpreventiva arbetet än en handlingsplan. Förslag på vägledning, någon form av rekommendationer, en åtgärds katalog eller verktygs-låda där olika typer av tänkbara lokala åtgärder fanns beskrivna och som man sedan kunde välja bland. Folkhälsokommittén gav därför folkhälsochefen ett nytt uppdrag i september 2009 ”att utarbeta regionala rekommendationer för suicidprevention på befolkningsnivå”².

¹ RSK 653-2006. §99, protokoll Folkhälsokommitténs sammanträde 2007-03-20.

² §98, protokoll från Folkhälsokommitténs sammanträde 2009-09-11.

Varför begreppet suicid används istället för självmord

Suicid används allt oftare istället för självmord. Orsaken är dels att ordet självmord kan föra tankarna till mord och kriminella handlingar, dels att suicid ofta används såväl kliniskt som i forskning efter engelskans ”suicide”. I takt med att Sverige blivit en del av det internationella forskningssamhället har svenska begrepp delvis ersatts³.

Den språkliga utvecklingen har rört sig från praktiska verb (”gå ut i vattnet”) till teoretiska substantiv (”självedstruktion”). Sinnliga metaforer (”falla över sitt svärd”), med skiftande kulturella innebörder, har ersatts av allt enhetligare samlingsbegrepp. I Sverige är det tydligt att den begreppsliga utvecklingen går hand i hand med samhällets modernisering, där ”självmord” slår igenom på 1700- och 1800-talet. Relativt nyligen har metabegreppet *suicidalitet* införts och som har ett än oklarare meningsinnehåll. Det omfattar inte bara fullbordade suicid eller suicidförsök utan även suicidala tankar och funderingar på döden generellt, samt andra manifestationer av suicidalt beteende⁴.

Suicid och suicidprevention används i rapporten

Även om självmord, självmordsförebyggande och självmordsprevention används mer i dagligt tal så kommer vi i första hand använda oss av begreppen suicid och suicidprevention i rapporten. Vi använder oss av självmord, självmordsförebyggande och självmordsprevention när vi återger titlar eller texter där dessa begrepp används.

”Med suicidprevention avses i detta sammanhang alla relevanta aktiviteter som kan minska sjuklighet, dödlighet och andra konsekvenser associerade med suicidalt beteende.”⁵

Situationen i Västra Götaland, Sverige och Europa

”Ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv⁶. Det stora antal självmord och självmordsförsök, liksom de stora samhällsekonomiska kostnaderna och det psykiska lidandet detta medför, innebär att självmordstankar, självmordsförsök och självmord utgör ett stort samhällsproblem⁷.”

I Västra Götaland tar ca 200 personer sitt liv varje år (enligt dödorsaksregistret), i Sverige är det mellan 1400 och 1500 personer⁸. Jämfört med andra EU-länder ligger Sveriges siffror runt genomsnittet⁹.

³ Proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik, Socialdepartementet, 2007.

⁴ ”Döden i livet och livet i döden – Förutsättningar för en befolkningsinriktad suicidprevention i ett idéhistoriskt perspektiv”, Kristian Petrov, 2010.

⁵ Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag, Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut, 2006

⁶ Proposition 2007/08:110. Regeringens vision är att ingen ska behöva ta sitt liv.

⁷ SOU 2010:45, Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården, Slutbetänkande av Självmordspreventionsutredningen, Stockholm 2010.

⁸ Välfärd Nr 4, SCB, 2009.

⁹ Förslag till nationellt program för suicidprevention, 2006. Se ovan.

”Det finns geografiska skillnader i landet. I Sverige har det totala antalet suicid minskat med cirka 30 procent under perioden 1970–2003. Trots detta begår i genomsnitt 4 personer varje dag suicid i Sverige. I en genomsnittlig kommun med 50 000 invånare inträffar i genomsnitt 9 suicid per år.

Suicid är den vanligaste dödsorsaken bland män under 35 år. Det är också den huvudsakliga orsaken till för tidig död bland personer med psykisk störning. Avsiktligt självdestruktiva handlingar drabbar i större utsträckning socio-ekonomiskt utsatta grupper. En fjärdedel av alla suicid begås av människor som är 65 år eller äldre. Suicidförsöken bland unga kvinnor tenderar att öka och antalet suicid bland unga vuxna (15–24 år) har varit relativt konstant sedan början av 70-talet. Den positiva trenden med ett minskat antal suicid uppvisas dock inte i den yngre åldersgruppen”¹⁰.

En nationell suicidpreventiv politik växter fram

Sverige har saknat ett nationellt suicidpreventivt program

WHO rekommenderar 1987 medlemsländerna att ta fram nationella program för suicidprevention. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och dåvarande Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (nuvarande NASP¹¹) bildar ett nationellt råd för självmordsprevention 1994. Syftet är att ta fram ett självmordsförebyggande program för Sverige. Förslagen i handlingsprogrammet presenteras aldrig i riksdagen. Sverige har därför i motsats till flera andra västeuropeiska länder saknat ett av riksdagen godkänt nationellt suicidpreventivt program¹².

Regeringen ger i uppdrag att ta fram ett nationellt program

Efter ett flertal riksdagsmotioner föreslår riksdagens socialutskott ett nytt handlingsprogram för suicidprevention ska tas fram. Socialutskott överlämnar uppdraget till regeringen 2005. Regeringen ger därefter Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att ta fram förslag på befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner. Samtidigt ger regeringen Socialstyrelsen uppdraget att ta fram strategier och åtgärder riktade till huvudmän för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård/elevhälsa. Uppdragen ska samordnas. Förslagen ska tas fram i samverkan med andra berörda myndigheter. Därefter ska båda förslagen sammanställas till *ett* nationellt handlingsprogram. De föreslagna åtgärderna ska kunna vidtas inom befintliga ramar¹³.

Nationella förslaget behandlas i propositionen ”En förnyad folkhälsopolitik”

Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsens gemensamma handlingsprogram, ”Förslag till nationellt handlingsprogram med befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag”, presenteras i december 2006. I handlingsprogrammet redovisar myndigheterna nio befolknings- och individinriktade strategier för det nationella suicidpreventiva arbetet¹⁴. När

¹⁰ Kommittédirektiv. Dir 2009:79 Händelseanalyser – ett verktyg i det självmordsförebyggande arbetet, Socialdepartementet.

¹¹ Nationell prevention av suicid och psykisk hälsa.

¹² Förslag till nationellt program för suicidprevention, 2006.

¹³ Förslag till nationellt program för suicidprevention, 2006.

¹⁴ Förslag till nationellt program för suicidprevention, 2006.

förslaget varit ute på remiss behandlas det i proposition 2007/08:110, ”En förnyad folkhälsopolitik”.¹⁵

I propositionen klargör regeringen att de vill tillsätta en utredare. Utredaren ska analysera förutsättningarna för att skapa en nationell funktion för händelseanalyser och gemensamma utredningar vid suicid. Utredaren ska också förtydliga och analysera förutsättningarna för att utveckla och förbättra händelseanalyser inom hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens område av inträffade suicid. I uppdraget ska det finnas förslag på hur man kan föra över de nya kunskaper som framkommer till relevanta verksamheter eller aktörer på regional eller lokal nivå. Syftet är att praktiskt kunna tillvarata kunskaperna i det suicidpreventiva arbetet.¹⁶

Två pilotstudier om självmordsförebyggande utbildningsprogram

Delbetänkandet ”*Första hjälpen i psykisk hälsa*” blir färdigt i april 2010. Regeringen bestämmer sig då för att pröva om det är möjligt att genomföra ett brett självmordsförebyggande program på rikstäckande nivå. Regeringen ger NASP (vid Karolinska institutet) i september 2010 ett uppdrag. Uppdraget handlar om att genomföra en pilotstudie om hur det australiensiska självmordsförebyggande utbildningsprogrammet MHFA¹⁷, med tillägg av den finska versionen av programmet, fungerar under svenska förhållanden. I september lades även ASIST¹⁸, till. Syftet med utbildningsprogrammen är att öka medvetenheten och kunskapen om självmordsprocessen samt undanröja tabun och stigma som självmord och psykisk sjukdom omgärdas av.¹⁹

Socialdepartementet redovisar slutbetänkande 30 juni 2010

Slutbetänkandet ”*Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten*”, SOU 2010:45, redovisas 30 juni 2010. I utredningen förslår Socialdepartementet att hälso- och sjukvården skyldigheter att göra en händelseanalys vid självmord tas bort från Lex Maria-systemet. Istället ska en motsvarande skyldighet införas i en separat lag som utvidgas till att även gälla socialtjänsten.

Grunder för ett effektivt suicidpreventivt arbete

”*Självmord ses som det sista steget i en längre eller kortare tids process i vilken biologiska, sociala, psykologiska och existentiella faktorer samverkar. En självdestruktiv handling utlöses hos en sårbar individ först när flera riskfaktorer anhopas samtidigt som individen helt saknar stöd eller upplever att stödet från omgivningen är otillräckligt*²⁰”.

Ett effektivt suicidpreventivt arbete grundar sig på insikten om att suicid och suicidförsök går att förebygga. En viktig förutsättning för befolkningsinriktad prevention är att åtgärderna samordnas inom och mellan samhällets olika

¹⁵ SOU 2010:45, Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården, 2010.

¹⁶ Dir 2009:79 Händelseanalyser – ett verktyg i det självmordsförebyggande arbetet.

¹⁷ The Mental Health First Aid Training and Research Program.

¹⁸ Applied Suicide Intervention Skills Training.

¹⁹ Prop. 2010/11:1, Regeringens budgetproposition, 2011, Finansdepartementet.

²⁰ Dir 2009:79. Händelseanalyser – ett verktyg i det självmordsförebyggande arbetet.

verksamhetsområden. Det kräver ett brett och sektorsövergripande samarbete och samverkan mellan lokala, regionala och nationella aktörer²¹.”

Människors levnadsvillkor påverkar suicidförekomsten

Omkring 90 procent av alla de som tar sitt liv lider av en psykisk störning eller sjukdom. Vanligt är depression, missbruk eller beroendesjukdomar med inslag av ångest²². Även om krisreaktioner är individuella reaktioner påverkas människors psykiska hälsa av sociala strukturer och processer i samhället. Grundläggande faktorer i människors levnadsvillkor har en tydlig koppling till suicidförekomst. Suicid drabbar t.ex. i högre utsträckning socioekonomiskt utsatta grupper²³.

Levnadsvillkorens koppling till suicidförekomst innebär att suicidprevention, som länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar, behöver breddas och kompletteras med insatser på befolkningsnivå²⁴,²⁵. Kopplingen synliggör också det politiska ansvaret. Folkhälsopolitiken omfattar flera faktorer i människors sociala och fysiska miljöer som är viktiga för hälsan och därmed också viktiga faktorer i det suicidpreventiva arbetet²⁶.

Olika perspektiv och strategier kompletterar varandra

Det är i huvudsak inom hälso- och sjukvården som den individinriktade suicidpreventionen sker. För att förhindra suicidförsök och suicid strävar man efter att så optimalt som möjligt ta hand om personer med suicidproblematik²⁷.

Befolkningsinriktad suicidprevention bedrivs av olika samhällsaktörer. Den har en utpräglad tvärsaktöriell folkhälsovetenskaplig bredd. Arbetet syftar till att utveckla och förstärka stödjande och riskfria miljöer och att minimera tillgången till medel och metoder för suicid. Det är också viktigt att medborgarna får mer kunskap och blir medvetna om hur de kan agera i olika risksituationer som kan leda till suicidförsök och suicid²⁸. Båda strategierna utgår från olika perspektiv och kan komplettera varandra i arbetet.

Förslagna strategier och åtgärder kan minska suicidtal

De strategier och åtgärder som finns i ”Förslag till nationellt program för suicidprevention” ska enligt nuvarande kunskapsläge bidra till att WHO:s mål uppnås. Målet är att de nuvarande suicidtal ska minskas med en tredjedel till år 2020. Strategierna och åtgärderna bör dock anpassas efter hand som ny kunskap utvecklas. De bör också vara baserade på tillgänglig vetenskaplig evidens eller beprövad erfarenhet²⁹.

²¹ Dir 2009:79 Händelseanalyser – ett verktyg i det självmordsförebyggande arbetet.

²² Proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.

²³ Förslag till nationellt program för suicidprevention, 2006.

²⁴ Proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.

²⁵ Förslag till nationellt program för suicidprevention, 2006.

²⁶ Proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.

²⁷ SOU 2010:45, Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården., 2010.

²⁸ SOU 2010:45, Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården., 2010.

²⁹ Förslag till nationellt program för suicidprevention, 2006.

Rapportens syfte och hur den kan användas

Bristen på kunskap påverkar möjligheten att skriva rekommendationer

I uppdragets inledning blev det klart att de kunskaper, erfarenheter och metoder som finns om suicidprevention nästan uteslutande gäller prevention på individnivå. Det har påverkat möjligheten att skriva rekommendationer för suicidprevention på befolkningsnivå i enlighet med Folkhälsokommitténs uppdrag.

Rapportens syfte och användningsområde

Syftet med rapporten blir att redovisa kunskaper, erfarenheter och exempel som kan ge vägledning i ett befolkningsinriktat suicidpreventivt arbete.

Tanken är att rapporten ska kunna användas av den eller de som arbetar med befolkningsinriktad suicidprevention eller som vill inleda eller vidareutveckla ett sådant arbete.

Rapportens innehåll

Rapporten innehåller följande delar:

- Litteraturstudien *”Döden i livet och livet i döden – Förutsättningar för en befolkningsinriktad suicidprevention i ett idéhistoriskt perspektiv”*, Kristian Petrov, fil.dr idéhistoria.
- Kunskap och erfarenheter från aktörer i Västra Götaland som arbetar med suicidprevention på befolkningsnivå, ideella sektorn och från deltagarna i den tvärsektoriella regional-kommunala referensgruppen
- Kunskap och erfarenheter från förberedelser till projektansökan för EUREGENAS (EUropean REGions ENforcing Actions against Suicide). Projektet genomförs 2011-2013.

Idéhistoria kan öka förståelsen om suicid och suicidprevention

Den tydliga kopplingen mellan människors levnadsvillkor och suicidförekomst gör det angeläget att utveckla nya metoder. Ett led i detta är att öka förståelsen om suicidprevention ur ett samhällsperspektiv. Därför har en idéhistoriker beskrivit hur synen på suicid och suicidprevention har sett ut under olika tidsepoker.

Praktiska erfarenheter utgör en av rapportens byggstenar

Även om det saknas kunskaper, erfarenheter och metoder för befolkningsinriktad suicidprevention så finns praktiska erfarenheter från fem kommuner i Västra Götaland och andra aktörer.

Tvärsektoriell referensgrupp breddar perspektiven

Den tvärsektoriella regional-kommunala referensgruppen har varit en viktig del i arbetet. Ett flertal organisationer, professioner och personer har delat med sig av erfarenhet och kunskap.

Resultat

Suicid ur ett idéhistoriskt perspektiv

Syftet med det idéhistoriska anslaget är att binda samman perspektiv och resultat från suicidforskningen och sätta dem i ett vidare sammanhang. Siktet är inställt på att försöka förstå om och hur suicidfrekvensen påverkas av samhällsstrukturerna. Om det är så, vilka suicidpreventiva förutsättningar behövs i så fall och hur kan ett strukturellt perspektiv komplettera individperspektivet när det gäller suicidprevention?

Den idéhistoriska litteraturstudiens omfattning gör att det i första hand är Kristian Petrovs preventiva slutsatser som redovisas. För den som vill veta mer finns litteraturstudien *”Döden i livet och livet i döden – Förutsättningar för en befolkningsinriktad suicidprevention i ett idéhistoriskt perspektiv”* på www.vgregion.se/folkhalsa.

Texterna i detta avsnitt är mer eller mindre Kristian Petrovs originaltexter från litteraturstudien. Författarna till denna rapport har i ett fåtal fall kortat ner eller skrivit om texterna för att de ska passa bättre i sitt sammanhang. Texterna ska ändå betraktas som Kristians. För att underlätta läsningen saknas citattecken och hänvisningar.

Preventiva slutsatser

- Erkänna döden.
- Erkänna suicid.
- Främja sorgeritualer och strategier för att omvandla skam till skuld och sorg.
- Dekonstruera könsrollernas suicidogena aspekter.
- Tvärvetenskapliga och tvärspektoriella förhållningssätt behövs.
- En aktiv sysselsättningspolitik och breda utbildningssatsningar.
- Motverka kulturell narcissism och ge människor psykosocial beredskap.
- Nyckeln är inte att förhindra död genom att förbjuda suicid utan att motverka suicid indirekt genom att främja liv, integration, kommunikation och hälsa.

Erkänn döden

- Genom att tala om döden och återskapa konsten att dö kan vi försonas med dess absurditet. Om det inte är acceptabelt att dö naturligt, blir alternativet att dö ”onaturligt” mer attraktivt.

Om vi inte brottas med de existentiella frågorna mer öppet och ömsesidigt kan suicid till slut, i en modernitet som förnekar döden, bli den enda förevändningen för att komma i kontakt med de livsavgörande frågorna. Det är ingen tillfällighet att det är i moderniteten, där döden trängts undan, som kraven på dödshjälp ökar. I utvecklingsoptimismens tidevarv blir det outhärdligt att vara obotligt sjuk. Döden behövs för ett fullgott liv.

En humanistisk prevention får därför inte räddas döden. Även om det verkar motsägelsefullt kan undvikandet eller tabueringen³⁰ av döden utgöra en suicidogen faktor. Rent allmänt verkar det som att ju mer vi förtränger döden, desto mer fascinerar vi av suicid. Genom att tabuera döden kan suicidaliteten dock komma tillbaka som en objuden gäst. När den naturliga döden blir omöjlig eller outhärdlig kan suicid för den sårbara framstå som möjligt och lockande eller rent av nödvändigt och tvingande. Att möta döden, och erkänna riskerna som förebådar den, kan i själva verket vara ett sätt att fullfölja ett gott liv.

Erkänn suicid

- Vi bör inte projicera suicid på den andre utan istället göra preventionen inkluderande.

Suicid är något vi ogärna pratar om. Ändå är det ett av människans mest utforskade beteenden. Trots detta har inte vetenskapen något tillfredställande svar på varför vissa väljer att ta sina liv.

När vi ställs inför suicid möter vi ett påtagligt motstånd i det svårförklarade, obehagliga och tragiska. Detta motstånd kan mötas och tillvaratas. En humanistisk prevention måste lyfta fram döden och sorgen som mänskliga villkor och erkänna den potentiella suicidaliteten i oss alla, istället för att främst differentiera sjuka från friska.

Kunskap om andra människor ger kunskap om oss själva. Genom att förneka, eller som tidigare fördöma suicid, är risken större att vi förblir blinda inför det fundamentalt gemensamma i den mänskliga existensen. Kanske är bortträngningen av suicid, att det är något som inte händer ”oss”, en anledning till att det inte kan sörjas ordentligt och förblir laddat med skam? Kanske är denna bortträngning en orsak till att suicid i det allmänna medvetandet fortfarande omgärdas av många villfarelser?

Att projicera suicid på de Andra³¹ motverkar en kraftfull prevention. Suicid angår alla. Redan genom att erkänna suicidaliteten återintegrerar man den suicidalen i den mänskliga gemenskapen. Detta är av yttersta vikt i preventionen eftersom den

³⁰ Tabu – Förbud mot att nämna något, ord som inte får nämnas. Tabuering,- att belägga med tabu.

³¹ Suicid har i den europeiska historien trängts undan och projicerats på de Andra, inte minst på brottslingar och psykiskt sjuka. Det är den *Andre* som begår suicid. Det är inte någon av *oss*.

förlorade tillhörigheten, och tolkningen av denna förlust, kan vara en av de starkaste suicidogena faktorerna.

Främja sorgeritualer och strategier för att omvandla skam till skuld och sorg

- Främja sorgeritualer och strategier för att omvandla skam till skuld och sorg. Härigenom kan vi lära oss att *exponeras* för förluster, besvikelser, livsleda, tristess, smärta, skuld, vanmakt, t.o.m. för ”dödssynden” förtvivlan. Även skam kan rätt hanterad bli en nyttig ”orienteringshjälp på vägen”. Om man tidigt lär sig att fly undan problem med olika avledningar får man svårare att möta livets svårigheter. Om ett barn systematiskt får lära sig att det onda kan tas bort eller pratas bort, så får det som vuxen svårare att hantera en objuden gäst som en överväldigande ångest eller en dräpande skam. Den mänskliga olyckan är en förutsättning för lycka, den är inget momentant ”problem” att lösa eller fly ifrån. Vi behöver reflektera över hur vi uttrycker sorg och hur vi tar t.ex. ett cancerbesked, utan att ignorera den drabbade eller ”coacha” personen med orealistiska förespeglningar.

Det moderna samhället erbjuder som regel inga ritualer för dem som sörjer andra förluster än dödsfall. Hur kan vi lära oss att leva ut *sorgen* inför vårt förlorade arbete, vår frånskilda livskamrat, vår tidigare hälsa eller vår förlorade ungdom, istället för att i oss själva kapsla in en hemlig obearbetad skam eller uppdämd ångest?

Sorgen är en väg till att acceptera våra förluster och därmed bejaka oss själva. Kanske blir den som tidigt lär sig att sörja bättre rustad inför framtidens oväntade förluster, t.ex. i tider av arbetslöshet?

Dekonstruera könsrollernas suicidogena aspekter

- Preventionen av kvinnors suicidförsök bör bli mer genusmedveten. Främja mäns sorgprocesser och kommunikationsuttryck. Utveckla metoder som bättre diagnostiserar mäns depressioner. Att utveckla kunskap om hur man kommunicerar sitt eget och förstår andras uttryck för psykiskt lidande kan bevisligen fungera preventivt. Skolan och primärvården är viktiga arenor för att utveckla sådan lyhördhet.

Kapitlet som tar upp manlig och kvinnlig suicidalitet är för komplext för att kunna redovisas på några få rader. Här följer några exempel på skillnader som finns. Den som vill skaffa sig en bättre förståelse kan läsa kapitlet om manlig och kvinnlig suicidalitet. Det framgår dock att preventiva insatser bör anpassas beroende på om de vänder sig till män eller kvinnor.

Även om ungefär dubbelt så många suicidfall i Sverige är manliga är det intressant att kvinnor är i majoritet bland dem som vårdas för suicidförsök. Hur ska detta omvända förhållande förklaras? Fullbordade suicid föregås vanligen av misslyckade suicidförsök. Avvikelsen är dock bara skenbar. Svaret kan finnas i hur vi konstruerar våra könsidentiteter. Ett kulturellt perspektiv kompletterar de biologiska förklaringarna. Mannen har svårt att visa sig svag, han tillerkänns ett snävare känsleregister och mindre förmåga att kommunicera sina problem. Gråt har sedan 1800-talet reserverats för kvinnan som därför lättare kan omvandla inre *skam*

till mellanmänsklig *skuld* vilket är en förutsättning för att bearbeta förluster i en *sorg* som delas med andra.

Förutom val av andra metoder försöker kvinnor som regel begå suicid i låg ålder medan män gör det i hög. Att vara gift och inte arbetslös är en preventiv faktor för män men inte för kvinnor. Men vid en närmare anblick kompliceras bilden. En kvinnas suicid är mer skamfyllt eftersom det hänvisar inåt, mot familjen, vilket är hennes traditionella värld. Det kan då förefalla som om andra är medskyldiga, kanske är hennes man en hustrumisshandlare? Mäns suicid pekar istället utåt mot den offentliga värld där de anses höra hemma. Kanske klarade han inte pressen på jobbet eller så är det nog ”samhällets fel”? I det första fallet kan därför läkare och polis på ett nästan omedvetet plan göra en välvilligare tolkning med omtanke om änklingen.

Tvärvetenskapliga och tvärsektoriella förhållningssätt behövs

- Tvärvetenskapliga och tvärsektoriella förhållningssätt behövs för att möta suicidalitetens mångfaktorialitet. Suicid kan inte reduceras till en enstaka faktor utan bör studeras och förebyggas på flera nivåer samtidigt.

Ett problem inom suicidprevention är att aktörer inom olika områden, på olika nivåer och inom olika områden bara inte talar med, utan många gånger mot, förbi eller t.o.m. oberoende av varandra.

Vems kunskapsanspråk ska ges företräde i den folkhälsopolitiska debatten? Suicid kan ses som ett förhandlingsspel där insatserna utgörs av sociala intressen som legitimeras i namn av olika vetenskapliga positioner. Den suicidalen, den anhörige, politikern, biologen, sociologen, filosofen och den gammalkyrkligt troende ger olika svar på frågan ”varför”. Med början i 1800-talets medikalisering har i stor utsträckning psykiatrikern erövat tolkningsföreträdet, vilket medfört att individperspektivet inom preventionen blivit dominerande.

Det medicinska perspektivet har god bäring men är otillräckligt för att synliggöra de kulturella faktorer som bestämmer om det är ”sjuka”/”friska” människor som begår suicid. Ett bredare perspektiv kan avspeglas i en prevention som inte som förr söker enkla förklaringar för att klarlägga skuldfrågan, utan som istället innefattar en mångfald av tvärsektoriella åtgärder som korsbefruktar varandra. Medicinering av individen kan missa målet om inte den sociala situationen förbättras. Tillgång till ett vapen kan kortsiktigt vara en utlösande faktor, men även om man tar bort det, kvarstår händelsekedjans sociala betingelser. För att kunna hantera suicidalitetens mångfaktorialitet i ett preventivt arbete behövs därför ett tvärsektoriellt anslag.

Aktiv sysselsättningspolitik och breda utbildningsinsatser

- Ett humanare samhälle kan motverka den enskildes känsla av att hamna utanför. I ett osäkert samhälle tenderar t.ex. alkoholkonsumtionen att öka. Utveckling och fördelning av socialt kapital, ökad jämställdhet mellan könen och integration mellan svensk- och utlandsfödda. Utmaningen för politikerna ligger i att främja ett samhälle där individen inte blir för självupptagen men inte heller alltid sätter gruppens intressen framför sina egna.

Varje enskild människa är unik och en suverän bärare av individuella rättigheter. Men samtidigt blir vi inte människor fullt ut förrän i det ömsesidiga erkännandet av varandra. Utifrån detta perspektiv blir arbetet och dess organisering av avgörande betydelse för individernas liv.

Arbetets väsentliga roll visar vilka negativa effekter ett utanförskap kan ha på den enskilde. Skammen föds ur känslan av att vara exkluderad från en gemenskap man tidigare sett som självklar. Av resonemanget om arbetets centrala roll borde det följa att satsningar på praktikplatser och andra arbetsmarknadspolitiska åtgärder i en lågkonjunktur kan vara viktiga oavsett om de leder till "riktiga" jobb – så vida de inte *upplevs* som alltför artificiella. Delaktigheten i samhället förutsätter en känsla av att vi tar hand om varandra oberoende av om vi lever i en hög- eller lågkonjunktur. Därför är det olyckligt om stora grupper t.ex. väljer eller tvingas att lämna trygghetssystemen, vilket förtydligar gränserna mellan dem som är innanför och utanför.

I dag ställs höga krav på att individen kan anpassa sin personliga och yrkesmässiga identitet efter samhällets svängningar. Högre utbildning kan följaktligen vara ett sätt att ge människor en vidgad horisont för vilka möjligheterna är att låta sig integreras i nya sociala sammanhang.

Motverka kulturell narcissism och ge människor psykosocial beredskap

- Ge människor psykosocial beredskap för att orientera sig i ett narcissistiskt samhälle med fokus på yta, status och diffusa integritetsgränser.

Med moderniteten raseras våra skyddande gemenskaper och vi har kunnat utveckla ett tänkande om oss själva. När läskunnigheten brett ut sig har vi kunnat distansera oss från andra. Vi har fått tillgång till ett privatliv och därmed existentiell oro och tvivel.

Suicidbegreppets historia speglar moderniseringens motstridighet, som både medfört nya suicidogena stressorer och förutsättningar för en humanistisk prevention. Preventionen ställs inför nya utmaningar i dagens senmoderna, delvis narcissistiska samhälle, med självupptagenhet, statusjakt, självbeundran/självhät, tomhets-/skamkänslor, oöverskådliga informationsbrus samt skillnaden mellan förväntad och verklig behovstillfredsställelse.

I den ökande specialiseringen tappar människor successivt kontakt med de övergripande processer som påverkar arbetsvillkoren och de förfrämligas ifrån sina sammanhang. I skuggan av den sociala verklighetens alltmer diffusa karaktär blir individerna mer inriktade på att utveckla sig själva; kollektiva bekymmer transformeras till personliga problem. I ett narcissistiskt samhälle lever människan därför alltmer i nuet utan känsla för historien och framtiden. Individen blir självupptagen och fokuserar sin konsumtion och omedelbara behovstillfredsställelse. Inombords gnager dock en känsla av tomhet.

Man kan anta att för att vi ska kunna hitta tillbaka till glädjen måste vi erkänna vår svaghet och stå ut med vår ofullkomlighet. Som vi sett är det inte otroligt att denna möjlighet blockeras av den maskulina identitetens kontrollideal. Det är genom omvandlingen av skammen till skuld och saknad och sorg som meningsfullheten kan återvända.

Nyckeln är inte att förhindra död utan att främja liv, integration, kommunikation och hälsa

- Nyckeln är inte att förhindra död genom att förbjuda suicid utan att motverka suicid indirekt genom att främja liv, integration, kommunikation och hälsa. Det vore kontraproduktivt att förbjuda skilsmässor, däremot suicidpreventivt att försöka motverka dem, t.ex. genom en ökad jämställdhet. Den engelske statistikern William Farr ansåg redan på 1800-talet att suicid skulle kunna förhindras genom att öka den fysiska och psykiska hälsan i samhället. Reduceringen av riskmiljöer betraktades som en sekundär fråga. Forskning visar att suicidökningen i postkommunistiska länder i Östeuropa var som störst i de länder som redan hade den högsta suicidförekomsten. Detta understryker vikten av att arbeta preventivt mot att hålla suicidtalerna låga även under ”normala” omständigheter. Resurser bör sättas in även när situationen inte är akut eller när man chockeras av ett suicidkluster. Hur siffrorna ser ut under högkonjunkturen avgör hur de kommer att se ut under kommande lågkonjunkturer.

Traditionellt sett har den totala uteslutningen ur gruppen, då ingen brytt sig om den drabbade, varit ett av de hårdaste straffen. Människan utanför gemenskapen ses som mindre mänsklig. Bortsett från arbetslöshet är det mobbning som kan implicera den hotande icke-tillhörigheten, den sociala ”döden”.

I segregerade områden har människor sämre förutsättningar att utveckla sitt sociala kapital då de i första hand bildar nätverk tillsammans med andra människor som i relation till den genomsnittlige medborgaren har sämre hälsa, är socioekonomiskt orörligare, har lägre utbildning och har erfarenheter av diskriminering och fördomar. De psykosociala resurserna blir alltså svagare än om man hade kunnat bilda nätverk med redan integrerade människor som är friskare och har positivare erfarenheter av samhället.

Folkhälsosociologen Malin Eriksson har funnit att våra psykiska resurser stärks i ett gemensamt och jämlikt handlande. Man har bland kvinnor som gjort suicidförsök sett att de inte bara är mindre integrerade i samhället utan att de har sämre fysisk och psykisk hälsa. Det sociala kapitalet har alltså en indirekt koppling till suicid i så motto att det både främjar hälsan och känslan av gemenskap hos den enskilde.

Prevention är en form av *biopolitik*³² som historiskt sökt förbjuda livet att dö. Som medmänniska är det vår plikt att lindra lidande och vara lyhörda inför alla signaler som indikerar en vilja att leva vidare. Däremot är det kontraproduktivt att med tvång suddar ut den yttersta möjligheten för någon att ta sitt liv. En suicidtanke kan paradoxalt fungera preventivt.

Det handlar alltså inte om att ta bort den frivilliga döden som ett yttersta alternativ utan att göra livet mer drägligt att leva. Faktum kvarstår att många som velat avsluta sina liv i förtid är för alltid tacksamma för att deras försök motarbetades. Även om vi inte kan förbjuda livet att dö har vi en plikt att vara lyhörda inför den

³² Biopolitik handlar om statens, bestämmanderätt över medborgarnas (som subjekt) kroppar, över liv och död.

möjlighet till förändring som trots allt kan finnas där i djupet av den suicidales kval.

Den goda preventionen är den inkluderande. Genom att respektera den suicidale som medmänniska återintegreras hon i den gemenskap hon förlorat. Nyckeln är inte att förbjuda död genom suicid utan att motverka suicid indirekt. Istället bör en befolkningsinriktad prevention främja livet (kommunikation, gemenskap, hälsa) samtidigt som den måste erkänna dess förutsättning i kamp, lidande och sorg.

Suicidpreventivt arbete i fem kommuner i Västra Götaland

Få kommuner har handlingsplaner för suicidprevention

Fem av 290 kommuner uppger enligt en nationell kartläggning att de har en handlingsplan med ett uttalat mål att förebygga självmord. Räknar man med religiösa samfund och föreningar blir det ett fyrtiotal³³.

I likhet med den nationella nivån har få kommuner i Västra Götaland ett handlingsprogram med uttalat mål att minska antalet suicid. Det visar kartläggningen som Folkhälsokommitténs kansli gjorde 2008. Trots få handlingsplaner är intresset för frågan stort. Flera kommuner säger sig på ett eller annat sätt arbeta med psykisk hälsa och/eller ohälsa. I vissa fall inkluderas det suicidpreventiva arbetet, uttalat eller outtalat, i detta bredare anslag.

Lokala exempel viktigt att lyfta fram

Ett led i att utveckla det suicidpreventiva arbetet är att beskriva det arbete som pågår. De fem kommuner i Västra Götaland som uppgivit i enkäten att de arbetat med suicidprevention fick frågan om de ville dela med sig av sina erfarenheter. Några frågor formulerades (bilaga 3) och kommunerna valde själva på vilket sätt de ville svara. De svarade via e-post. I vissa fall kompletterades svaren med telefonsamtal, möte eller frågor via e-post. En kommun hänvisade i första hand till en genomförd utvärdering.

Frågan är hur de kommuner som valt att arbeta med suicidprevention arbetar för att skapa förutsättningar, hur de organiserar sitt arbete och innehållet i detta. Vilka likheter och skillnader går det att hitta mellan kommunernas arbete?

Olika orsaker till suicidpreventivt arbete

Orsakerna till varför kommunerna arbetar med suicidprevention varierar. I en av kommunerna finns en direkt koppling till att några, i detta fall ungdomar, tagit sitt liv. I andra kommuner har det utvecklats ur annat förebyggande arbete³⁴. Arbetet kan också ha påbörjats efter signaler från skolhälsovården om ungdomars psykiska ohälsa eller via inspiration från en nationell suicidkonferens.

Ansvar och arbete kopplat till folkhälsans struktur

Även om det skiljer mellan kommunerna var ansvaret för suicidprevention ligger så finns det hos samtliga kommuner en koppling till folkhälsoarbetet och dess

³³ "Kartläggning av självmordsförebyggande arbete utanför hälso- och sjukvården", NASP vid Karolinska Institutet och Socialdepartementet, 2009.

³⁴ Exempelvis inom "Säker och trygg kommun", som uppdrag inom handlingsplan för skydd mot olyckor och extra ordinära händelser, skadeförebyggande arbete.

omgivande struktur. I en av kommunerna ansvarar en särskild nämnd för det suicidpreventiva arbetet³⁵, i de andra är det kopplat direkt till folkhälsorådet/välfrädsrådet. Varje kommun väljer själva vilka politiker och/eller tjänstemän som ska ingå i rådet och till vilken politiska nämnd rådet ska knytas och. Eftersom detta varierar mellan kommunerna är det svårt att avgöra hur väl politiskt förankrat det suicidpreventiva arbetet är och därmed också vilka förutsättningar som finns för att arbeta med frågan. Istället för att utgå från rådets sammansättning kan förekomsten av styrdokument, vilka politiska beslut som fattats, hur arbetet finansieras och hur det följs upp ge information om arbetets politiska förankring.

Samtliga fem kommuner har eller ska ta fram handlingsplan

Samtliga fem kommuner har idag en handlingsplan för suicidprevention eller beslut om att ta fram en. Planernas innehåll och förankring skiljer sig åt. I tre av kommunerna ingår suicidprevention som en del i en mer omfattande handlingsplan. En fjärde kommun omarbetar under 2010 sitt tidigare suicidpreventiva handlingsprogram. Det har tidigare riktat sig mot ungdomar men ska i framtiden omfatta hela befolkningen. En femte kommun ska på uppdrag av folkhälsorådet ta fram en handlingsplan. Vilken politisk nivå planerna är förankrade varierar och tycks spänna mellan kommunfullmäktige och folkhälsorådet.

Organisering, finansiering och långsiktighet

Förutsättningarna för att arbeta med suicidprevention inom kommunerna ser olika ut. Faktorer som påverkar är bland annat arbetsgruppernas sammansättning, var i den kommunala organisationen gruppen finns och hur arbetet finansieras. Det är enbart de organisatoriska förutsättningarna som beskrivs här, inte hur innehållet i arbetet ser ut.

I fyra av kommunerna planerar och genomför en tvärsektorieellt sammansatt arbetsgrupp eller nätverk³⁶ det operativa (praktiska) suicidpreventiva arbetet. Den femte kommunen samverkar med två grannkommuner.

Alla fem kommuner säger sig ha tvärsektorieella arbetsgrupper. Vad de menar med tvärsektorieellt skiljer sig till viss del åt. I vissa kommuner deltar olika professioner och verksamheter *inom* kommunens organisation i arbetsgrupperna, i andra ingår även verksamheter *utanför* kommunens organisation.

Arbetsgruppernas organisatoriska placering skiljer sig åt. I en av kommunerna kretsar arbetet i första hand kring en av kommunens skolor. Fler verksamheter har fått utbildning efter hand men skolan får ändå anses vara motorn i arbetet. Via folkhälsoplaneraren, som ingår i arbetsgruppen, finns en koppling till folkhälsorådet. I två andra kommuner ingår suicidprevention som en del i arbetet med "Säker och trygg kommun" (bilaga 4).

Det finns också skillnader i hur arbetet finansieras. I exemplet med skolan som motor finansieras arbetet av folkhälsorådet. Varje år tas beslut om och hur mycket som ska avsättas. Kommunen i andra exemplet arbetar enligt kriterierna för "Säker och trygg kommun" och är därmed årligen garanterad en viss finansiering.

³⁵ Nämnden ansvarar bland annat för kommunens folkhälsoarbete.

³⁶ I fortsättningen används arbetsgrupp som samlingsnamn för både arbetsgrupper och nätverk

Suicidpreventivt arbete bedrivs oftast i projektform

Arbetet tycks ha svårt att få fäste i den ordinarie verksamheten, delvis på grund av avsaknad av plan för implementering. I de flesta fall ser det ut som om det suicidpreventiva arbetet drivs i projektliknande form. Det är inte unikt för suicidprevention utan känns igen från annat tvärssektoriellt arbetet.

Utbildning vanligaste åtgärden i Västra Götaland och i Sverige

Den vanligaste åtgärden i Västra Götaland och Sverige är att genomföra någon form av utbildning. Tre av de tillfrågade kommunerna i Västra Götaland använder sig av någon utbildande metod.

Kommunerna använder sig av VIVAT³⁷, Livskompetens – mentalt förebyggande hälsovård eller Psykisk livräddning. I stora drag går metoderna ut på att personer utbildas, vanligtvis skolans personal. I vissa fall utbildas även personal från socialtjänst och fritidsverksamhet. Föreläsningar varvas med praktiska övningar som rollspel. Deltagarna får lära sig hur de kan identifiera personer i riskzon och hur de kan samtala om suicid.

En av kommunerna har en folkbildningsansats i arbetet och sprider kunskap om suicidprevention och psykisk ohälsa till föreningar, organisationer med flera. Exempel på kommunernas utåtriktade aktiviteter är föreläsningar, information, broschyrer eller att uppmärksamma den internationella suicidpreventionsdagen.

Oklart om åtgärderna har effekt

De flesta kommuner följer upp sitt arbete genom att kontrollera om de aktiviteter de planerat genomförts och varit till nytta för dem som deltagit i aktiviteterna. Om insatserna bidragit till att färre tagit sitt liv kan inte utvärderas.

Behov av erfarenhetsutbyte

Samtliga fem kommuner har ett behov av erfarenhetsutbyte. Eftersom folkhälsoråd/välfärdsråd, arbetsgrupper och nätverk ofta är tvärssektoriella så pågår ett erfarenhetsutbyte mellan olika nätverk. Utbytet sker inom kommunerna. Utöver detta finns önskemål om att träffa nätverk utanför den egna kommunens sfär.

Den ideella sektorn som aktör

Den ideella sektorn har en roll i det preventiva arbetet. En av orsakerna är att de har en friare roll än en offentlig myndighet. De har möjlighet att se andra perspektiv, föreslå andra lösningar och på så vis bidra till att utveckla det suicidpreventiva arbetet.

Möjliga uppgifter för regionen

Regionen kan ta ansvar genom att genomföra riktade insatser direkt mot befolkningen, till exempel informationskampanjer. Stöd kan också ges till kommunal suicidprevention, till exempel genom samordning, utbildning och

³⁷ VIVAT är en Norsk metod som bygger på ASIST. Se tidigare fotnot.

utveckling. Regionen kan ta en roll i den utveckling som sker i Sverige inom området. Exempel på uppgifter som regionen kan tillhandahålla är³⁸:

- Insamla, bearbeta och tillhandahålla statistik om tankar, försök och suicid
- Biträda med kompetens för att skapa och utvärdera suicidpreventiva program, som drivs av kommuner, sjukvård och ideella organisationer
- Bekämpa tabuering
- Sprida information
- Delta i nationella aktiviteter

Nationell nivå

I förslaget till Nationellt handlingsprogram för suicidprevention³⁹ om suicidprevention på befolkningsnivå beskriver man bland annat faktorer som hänger samman med suicidförekomst och ger förslag på preventiva insatser.

Strukturella faktorer och individens livsvillkor har betydelse för suicidförekomsten

Strukturella faktorer har betydelse för suicidförekomsten. Genus, ökad individualisering och arbetsmarknad är några bestämningsfaktorer för suicid. Jämte de strukturella faktorerna har även individens livsvillkor stor betydelse. Risken för suicid är avsevärt högre i socialt mindre gynnade grupper. En sannolik förklaring är att dessa grupper förfogar över mindre materiella och sociala resurser och därmed har mindre möjligheter att utforma sina liv. Som skyddsfaktorer pekar man på individernas kompetenser, intellektuella, sociala och emotionella, och att dessa påverkar risken för depression och risken för suicid.

Kommunerna har avgörande inflytande över viktiga preventiva faktorer

Det finns ett viktigt samspel mellan förutsättningar och miljöfaktorer, barnets samspel med föräldrar, andra vuxna och andra barn där individens kompetens utvecklas i dessa centrala miljöer. En central miljö anses förskola, skola eller fritidsverksamhet vara. Det konstateras att kommunerna har avgörande inflytande på dessa miljöer. 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. Här rekommenderas att verksamheterna inom skola och förskola optimeras för att främja barnets kompetensutveckling för att bidra till en minskad suicidrisk inom alla grupper. I detta finns anslaget om en utveckling av kvalitetsarbetet inom skola och förskola genom att sprida kunskap om olika pedagogiska metoders effekter. Detta kan ske genom att bygga upp en kunskapsbank.

Alkoholkonsumtion en betydande riskfaktor

Alkoholkonsumtion är en betydande riskfaktor för suicid. Genom samhälleliga insatser bör man minska den genomsnittliga alkoholkonsumtionen. På nationell nivå, likväl inom EU förespråkas en restriktiv alkoholkonsumtion av många skäl. Andra faktorer som betonas är att åstadkomma en begränsning av tillgången på suicidmedel, inom läkemedelsförskrivning och inom kollektivtrafik, t ex säkerheten kring järnvägsnätet.

³⁸ Jan Beskow, professor och forskare inom suicidprevention och knuten till organisationen Suicidprevention i väst (SPIV).

³⁹ Förslag till nationellt program för suicidprevention, 2006.

Förändring av tankesätt som preventiv insats

En djupgående preventiv insats kan från samhällets sida vara att förändra individens föreställning om att det inte finns någon bättre utväg än att avsluta livet. Detta benämns ”hantering av psykologiska misstag”. Det handlar om att lära individen att hantera komplicerade situationer och om ovanan att hantera suicid-tankar. Suicid kan i dessa fall bero på att den enskilde använder fel regel för att lösa problem eller om en bristande förmåga att lösa problem. Om en individ hamnar i situationer där hon inte ser någon annan väg än att ta sitt liv ska detta ”misstag” inte tillskrivas individen utan systemets utformning om fenomenet uppstår där. Ett förebyggande arbete blir liktydigt med att hantera risker.

Internationell nivå

Rapporten rymmer inte en heltäckande beskrivning av vad som görs internationellt i suicidpreventivt syfte, men väl några nedslag.

Utbildning som strategi

I likhet med Sverige använder flera länder inom EU, Australien och Norge någon form av utbildningspaket såsom MHFA, VIVAT eller liknande. Utbildning riktar sig ofta till offentlig sektor, skolor, företrädare inom socialtjänsten och ideella sektorn. Vanligt är också att psykiatrin utbildar distriktsläkare (eller deras motsvarighet) i hur de tidig kan upptäcka suicidnära patienter inom öppenvård.

Efterlevandestöd som preventiv insats

Vissa länder har som en del av suicidpreventivt arbete satsat på efterlevandestöd. De har centra dit drabbade kan vända sig för stöd och rådgivning. Belgien är ett exempel som har utvecklat efterlevandestöd inom statlig regi eller genom ekonomiskt stöd till ideella sektorn. Det finns också länder som utbildar personal inom polis, räddningstjänst och inom järnvägsarbete. I utbildningen lär de sig att upptäcka personer som har suicidtankar och vad de kan göra om en olycka skett. Detta finns exemplifierat i Sverige hos Jönköpings kommun.

Pressetiska riktlinjer för att undvika självmordssmitta

Storbritannien och Belgien är två länder som har tagit fram pressetiska riktlinjer om hur man rapporterar om suicid i media. Pressen har förbundit sig att vara restriktiv med återrapportering för att undvika s.k. självmordssmitta.

Ingrepp i stadsmiljön för att minska suicidrisken

I flera länder, t ex Tyskland, och även hos Trafikverket i Sverige, arbetar myndigheter i samverkan med forskningen för att identifiera Hot Spots. Hot Spots är platser där mer än en person har valt att begå suicid. Det kan vara höga broar, obevakade järnvägsspår, högt belägna utsiktsplatser med mera. Insatser för att motverka suicid görs ofta med passiva åtgärder, höga staket, taggtråd eller kraftig belysning för att minimera risken. Aktiva insatser kan vara kameraövervakning vid järnvägsperronger och höga broar.

Diskussion

Behov av riktlinjer, fler erfarenheter och fördjupat arbete

Rapporten kan ge stöd för befolkningsinriktad suicidprevention

Förhoppningen är att rapporten ska kunna fungera som ett stöd för den kommun eller organisation som arbetar med eller vill inleda ett befolkningsinriktat arbete. Syftet med rapporten har i så fall uppnåtts.

Stödet gäller framför allt vilka förutsättningar som behövs för att arbetet ska bli hållbart över tid. Det finns också förslag på frågor och konkreta åtgärder som kan öka kunskapen om suicid och suicidprevention. För att skriva rekommendationer eller ge råd i det praktiska arbetet behövs nationella riktlinjer, fler lokala erfarenheter och ett fördjupat arbete inom befolkningsinriktad suicidprevention.

Fler samhällsaktörer behövs i arbetet

De preventiva slutsatserna som finns i den idéhistoriska litteraturstudien visar att suicid och suicidprevention är komplext. Med slutsatserna som grund blir det tydligt att flera samhällsaktörer behöver engagera sig i frågan. Ett första steg är att bidra utifrån egna förutsättningar men komplexiteten i området visar på värdet av samarbete och samverkan.

Samarbete och samverkan behövs sannolikt också för att omsätta de preventiva slutsatserna till praktisk handling. Den ursprungliga tanken var att söka efter faktorer i samhällsstrukturen som kan påverka suicidfrekvensen. Flera av de preventiva slutsatserna är därför svåra att omsätta i praktiskt handling utan ett mer djupgående arbete. Vissa av slutsatserna kan på ett tydligare sätt användas i det suicidpreventiva arbetet:

- Diskutera suicid mer öppet.
- Studera och förebygg suicid på flera nivåer samtidigt. Suicid kan inte reduceras till enstaka faktorer.
- Ta hänsyn till faktorer som kön, grupp, kulturell bakgrund med mera när åtgärder planeras.
- Praktikplatser och andra arbetsmarknadspolitiska åtgärder är viktiga även om de inte leder till ”riktiga” jobb. Detsamma gäller för utbildning.
- Nyckeln är inte att förhindra död utan att främja liv, integration, kommunikation och hälsa.

Fem kommuners erfarenheter

Svaren från de fem kommunerna visar att det är komplicerat att starta, organisera och arbeta med suicidprevention. Att skapa förutsättningar för ett strukturerat, långsiktigt arbete för ett område som berör flera verksamheter, såväl inom som utom kommunens egen organisation, är en stor utmaning. Kommunernas olika sätt att inleda sitt suicidpreventiva arbete vittnar om att det är möjligt att börja i liten skala och därefter i egen takt utveckla detsamma.

Även om det finns lokala skillnader som påverkar visar kommunernas svar vilka förutsättningar som ser ut att behövas för ett hållbart suicidpreventivt arbete. För att kunna uttala sig med bättre precision behövs mer kunskaper och erfarenheter. De fem kommunernas erfarenheter i sammanhanget får utgöra grund till förslag på frågor och åtgärder som kan behöva diskuteras.

Handlingsplan, ansvar och ekonomi

Alla fem kommuner har en eller är på väg att ta fram en handlingsplan. Planen skapar förutsättningar för att samla ihop, rikta och följa upp arbetet.

Ibland är det otydligt på vilken politisk nivå planen antagits. Det framgår inte om det finns en särskild förvaltning eller funktion med ansvar att leda, samordna och följa upp kommunens suicidpreventiva arbete.

Det finns ekonomiska medel avsatta. Långsiktighet och storlek varierar dock mellan kommunerna. I vissa av kommunerna tas varje år beslut om och hur mycket medel som ska avsättas. Detta försvårar en långsiktig planering och implementering.

Tväarsektoriella grupperingar

I varje kommun arbetar en tvärasektoriellt sammansatt gruppering med suicid och suicidprevention. Det skapar förutsättningar för arbete bred front och att nå ut till fler verksamheter. Samtidigt kan området diskuteras utifrån flera perspektiv. Enligt en nationell kartläggning tycks samverkan i lokala suicidpreventiva nätverk i sig vara en betydelsefull faktor för att få till stånd suicidpreventiva insatser⁴⁰.

I vissa kommuner består gruppen av olika professioner och verksamheter *inom* kommunens organisation i arbetsgrupperna, i andra ingår även verksamheter *utanför* kommunens organisation. Frågan ställdes inte om vilka verksamheter handlingsplanen omfattar och hur den tagits fram. Därför går det inte att avgöra om planen "enbart" omfattar kommunens eget arbete eller om den tagits fram i samverkan med andra aktörer som då också deltar eller kan delta. En gemensam plan kan också hjälpa till att göra arbetet och arbetsgruppen känd.

Organisatorisk tillhörighet och placeringen

Det suicidpreventiva arbetet har en koppling till folkhälsoarbetet och dess struktur. Hur det praktiska arbetet utförs varierar liksom var i organisationen arbetsgruppen befinner sig. I vissa fall är gruppen centralt placerad i kommunen och i andra fall återfinns gruppen längre ut i organisationen.

Folkhälsorådets kraft och möjligheter att agera beror på ett flertal faktorer. Exempel på detta är vilka som sitter i rådet, rådets mandat att fatta beslut och vilka förutsättningar som finns i kommunen att arbeta med folkhälsofrågor. En centralt placerad grupp har sannolikt större möjligheter att agera. Närheten till beslutsrummen skapar goda förutsättningar. En framgångsfaktor i sammanhanget tycks vara att medverka i WHO:s nätverk för "Säker och trygg kommun". Skälen till detta är att det krävs stabila förutsättningar och strukturer för att bli certifierad kommun.

⁴⁰ Kartläggning av självmordsförebyggande arbete utanför hälso- och sjukvården, 2009.

Frågor att ta hänsyn till i lokalt suicidpreventivt arbete

För att komma vidare i utvecklingsarbetet finns frågor och åtgärder att diskutera. Dessa är av generell karaktär och behöver värderas utifrån lokala förhållanden och förutsättningar. Frågorna syftar till att ge stöd och vägledning för att arbetet ska bli långsiktigt och hållbart.

- Har uppdraget en politisk förankring med ett politiskt mandat?
- Finns det en politiskt antagen plan för arbetet? Innehåller planen uppdrag om implementering?
- Finns det en nämnd/förvaltning/funktion som har ett tydligt ansvar att leda, samordna och följa upp arbetet?
- Finns det resurser, såväl ekonomiskt som personellt, för att utföra arbetet?
- Deltar de organisationer, professioner och funktioner som krävs?
- Hur väl känt är arbetet inom kommunen?

Slutord

Som författare till rapporten vill vi avsluta med några egna reflektioner.

Vi konstaterar att det finns flera samhällsaktörer som arbetar med suicid och suicidprevention. Det sker på olika sätt och på olika nivåer. Betydelsen av lokala initiativ och aktiviteter kan inte nog understrykas. Samtidigt är det viktigt att det finns en koppling mellan det lokala, regionala och nationella. Genom att delta i ansökan till ett EU-projekt har vi lärt oss att det finns mycket kunskap och erfarenheter att hämta från våra kollegor i Europa.

Att bygga strukturer som håller över tid är en av de viktigaste utmaningarna för framtiden. Arbetet med suicid och suicidprevention ser ut att må väl av att vara en del av ett större sammanhang och att integreras i ordinarie verksamhet. Frågan tycks ha svårt att stå på egna ben.

Det behövs forum för att utveckla befolkningsinriktad suicidprevention. Genom att bilda och delta i nätverk kan kunskap och erfarenheter spridas och utvecklas.

Referenser

Dir 2009:79, *Händelseanalyser – ett verktyg i det självmordsförebyggande arbetet*, Socialdepartementet.

NASP, *Kartläggning av självmordsförebyggande arbete utanför hälso- och sjukvården*, Karolinska Institutet och Socialdepartementet, 2009.

Petrov, Kristian, *”Döden i livet och livet i döden – Förutsättningar för en befolkningsinriktad suicidprevention i ett idéhistoriskt perspektiv”*, 2010.

Prop. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Socialdepartementet.

Prop. 2010/11:1, *Regeringens budgetproposition*, Finansdepartementet.

SCB, *Välfärd Nr 4*, SCB, 2009.

Socialstyrelsen, *Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärder*, Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut, 2006.

SOU 2010:45, *Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården – Förslag till ny lag*, Slutbetänkande av Självmodspventionsutredningen, Stockholm 2010.

Bilagor

Bilaga 1 Sammanställning av de nio nationella strategierna

Utdrag ur Regeringens proposition 2007/08:110

En förnyad folkhälsopolitik, Antagen av riksdagen den 5 juni 2008

Kapitel 8 Självordsprevention

Sammanställning av de nio strategierna

Övergripande vision

Regeringens bedömning: Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Regeringen har som vision att ingen ska behöva ta sitt liv.

Nio strategier för suicidprevention inkl. regeringens bedömning:

1. Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper

Regeringens bedömning: Regeringen avser att ge Statens folkhälsoinstitut (FHI), i samråd med Myndigheten för skolutveckling och Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet, i uppdrag att 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. Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för självmord

Regeringens bedömning: Regeringen avser att intensifiera insatserna för att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och att fullfölja handlingsplanen mot alkoholskador. Regeringen avser att fortsätta driva frågan om en restriktiv alkoholpolitik inom Europeiska unionen

3. Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord

Regeringens bedömning: Det nationella, regionala och kommunala arbetet med att minska tillgången till dödliga metoder och medel för självmord bör fortsätta.

4. Självordsprevention som hantering av psykologiska misstag

Regeringens bedömning: Regeringen avser att tillsätta en utredare som ska analysera förutsättningarna att skapa en nationell funktion för händelseanalyser och gemensamma utredningar vid självmord.

5. Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser

Regeringens bedömning: Det självmordsförebyggande arbetet via hälso- och sjukvården bör fortsätta.

6. Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord

Regeringens bedömning: Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet bör fortsätta att sammanställa forskningsresultat om metoder som kan minska antalet självmord, göra den tillgänglig samt sprida ny kunskap.

Regeringen avser att uppdra till Socialstyrelsen att initiera i ett projekt i syftet 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 självmordsproblematik

Regeringens bedömning: Regeringen avser att uppdra till Statens folkhälsoinstitut att i samverkan med Socialstyrelsen ta fram förslag på utbildningsinsatser för att höja kompetensen avseende vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik.

8. Händelseanalys av Lex Maria anmälningar

Regeringens bedömning: Samtliga självmord inom hälso- och sjukvården eller i anslutning därtill ska anmälas till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen bör regelbundet sammanställa och analysera inrapporterade självmordshändelser med resultatåterföring till vård- och omsorgsgivarna.

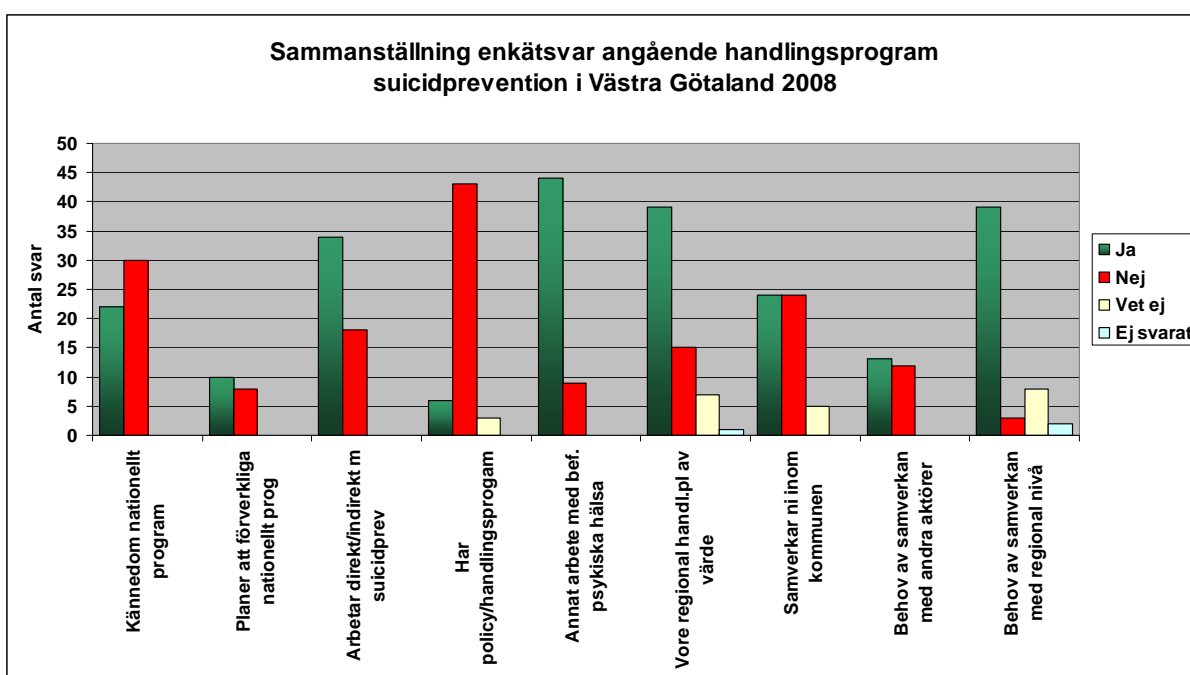
9. Stöd till frivilligorganisationer

Regeringens bedömning: Regeringen avser att stödja Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) insatser genom ett organisationsstöd på 500 000 kronor per år under perioden 2008–2010. SPES arbetar dels med att ge stöd och hjälp till anhöriga, dels för att förhindra självmord samt motverka tabubeläggning och fördomar om självmord. Regeringen avser även att stödja paraplyorganisationen SamArbete för Människor i Sorg (SAMS) för upprättandet av ett nationellt kansli genom ett organisationsstöd på 1 miljon kronor per år under samma period.

Bilaga 2 Den inledande kartläggningens resultat

Folkhälsokommittén gav i mars 2007 Folkhälsochefen i uppdrag att ta fram och fastställa förutsättningarna för ett regionalt handlingsprogram för suicidprevention för Västra Götalandsregionen.

Folkhälsokommitténs kansli skickade inledningsvis ut en enkät till samtliga kommuner i Västra Götaland. Syftet var att kartlägga om det fanns kunskap om det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention och om det fanns lokala policies, handlingsplaner eller liknande för suicidpreventivt arbete. Det var också viktigt att få veta om det från lokalt håll fanns ett behov av en regional handlingsplan.



Svaren gav ingen enhetlig bild. Likafullt fanns vissa gemensamma nämnare. Intresset för suicidprevention var stort och frågan ansågs som en kommunal angelägenhet.

Flera kommuner arbetade med befolkningens psykiska hälsa men få med ett uttalat mål att minska antalet suicid.

Även om de flesta kommuner saknade en policy eller handlingsplan pågick olika typer av suicidpreventiva aktiviteter.

Ingen kommun tycktes ha utsett en särskild förvaltning eller funktion med ansvar att leda, samordna och följa upp kommunens suicidpreventiva arbete.

Det fanns inget större behov av ytterligare samverkan inom kommunen gällande suicidpreventivt arbete men gärna samverkan med, och stöd från, Västra Götalandsregionen.

Bilaga 3 Frågor om kommunens suicidpreventiva arbete

Beskrivning av initiativ och inledning

Utlösande faktor/er: Var det någon särskild händelse eller orsak som gjorde att initiativ togs och att arbetet kom igång?

Initiativtagare: Vem eller vilka tog initiativet?

Hur har processen sett ut (från initiativ/arbetsstartstart och fram tills nu, framtiden)?

Struktur

Finns:

Ett politiskt beslut

Policy, riktlinjer, handlingsprogram*

”Ansvarig” nämnd/förvaltning/funktion*

Struktur/legitimitet för samverkan

*Har man politiskt avsatt riktade medel och resurser (personer) för uppdraget?

Innehåll i arbetet

Målgrupp/er

Metoder

Aktiviteter

Uppföljning/utvärdering (rapporter, berättelser, indikatorer)

Samverkan (vem/vilka verksamheter, funktioner, personer)

Kommunikation

Hur sprider ni kunskap om verksamhet och innehåll

Med och till vem

Erfarenhetsutbyte

Nuvarande (pågående)

Framtida behov av erfarenhetsutbyte (utöver pågående)

Förslag till andra som ska inleda eller utveckla arbetet.

Bilaga 4 Kriterier för Säker och trygg kommun

För att få utmärkelsen Säker och Trygg kommun ska ett handlingsprogram antas där kommunen på ett strukturerat sätt arbetar med att förebygga olyckor och skador. Det förebyggande arbetet ska omfatta alla åldrar, miljöer och situationer och bygga på en bred samverkan mellan kommunen, landstinget, andra myndigheter, frivilliga organisationer och enskilda kommuninvånare.

Modellen för Säker och trygg kommun utgår från sex kriterier. Kriterierna ska borga för att de insatser som görs är effektiva och främjar livskvaliteten i kommunen. De sex kriterierna är:

1. En infrastruktur baserad på kommuninvånarnas deltagande och samarbete, ledd av en tvärssektoriell grupp som är ansvarig för att främja säkerhet.
2. Långsiktiga, varaktiga program omfattande båda könen och alla åldrar, miljöer och situationer. (Här ingår suicidprevention som ett av åtta områden.)
3. Program som riktas mot högriskgrupper och –miljöer, samt program som främjar säkerhet för utsatta grupper.
4. Program som dokumenterar skadors frekvens och orsaker.
5. Utvärdering för att bedöma programmets processer och effekten av förändring.
6. Deltagande i nationella och internationella Safe Community-nätverk

Rapporten är skriven av Rutger Gram och Lars Paulsson, utvecklingsledare vid folkhälsokommitténs kansli, på uppdrag av Folkhälsokommittén, Västra Götalandsregionen.

Elektronisk kopia finns på:
www.vgregion.se/folkhalsa

Fler exemplar av denna rapport kan beställas av:
rutger.gram@vgregion.se eller lars.paulsson@vgregion.se