



Riktlinjer för suicidprevention Örnsköldsviks kommun 2016-2019

Delprogram Suicidprevention – Handlingsprogram för trygghet och säkerhet

Antaget av Förvaltningschefgruppen (FCG) 2016-06-03

Antaget av: Förvaltningschefgruppen (FCG) 2016-06-03, §43	Dokumentnamn: Riktlinjer för suicidprevention Örnsköldsviks kommun 2016-2019 Delprogram för suicidprevention – Handlingsprogram för trygghet och säkerhet 2016-2019	Ärendebeteckning: Kst/2015:519
Dokumentägare: Kommundirektör	Dokumentansvarig: Avdelningschef Tillväxtavdelningen, Kommunledningsförvaltningen	Publiceras: <ul style="list-style-type: none">• Örnkom• Internet: www.ornskoldsvik.se , i anslutning till <i>Psykisk hälsa</i>
Ersätter dokument: Handlingsplan för Suicidprevention Örnsköldsviks kommun 2012-2015 Antagen av kommunfullmäktige 2012-01-30, § 9	Revideras: Initieras av dokumentansvarig. Uppdrag lämnas till lokal Samverkansgrupp för Suicidprevention senast januari 2019	Utvärderas: Via Handlingsprogrammet för trygghet och säkerhet 2016-2019
Relaterade dokument: Handlingsprogrammet för trygghet och säkerhet 2016-2019		
Målgrupp: Styrande för kommunala förvaltningar och bolag. Ska ses som rekommendation för övriga samhällsaktörer som medverkat i framtagandet av delprogrammet.		

1. INLEDNING	1
1.1 Uppdrag och syfte	5
2. BAKGRUND	
2.1 Nationell lägesbeskrivning	6
2.2 Regional och lokal lägesbeskrivning	7
2.3 Risk för suicid.....	8
2.4 Definition av psykisk ohälsa	11
2.5 Bestämningsfaktorer för suicid och psykisk ohälsa	11
2.6 Aktuella lokala förutsättningar, samordnings- och utvecklingsbehov bland olika verksamheter/aktörer	134
2.6.1 Övriga behov som inventeringen visar på	20
3. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER.....	23
3.1 Internationella mål.....	23
3.2 Nationella mål	25
3.3 Regionala och lokala mål	25
4. HANDLINGSPLANENS INRIKTNING, MÅL OCH AKTIVITETER....	26
4.1 Inriktning	26
4.2 Handlingsplan för Suicidprevention (utgår ifrån de 9 nationella strategier)	28

Bilaga

Förklaringar till olika föreslagna aktiviteter, begrepp, metoder, nätverk, verktyg osv. presenteras i alfabetsordning men även lokalt arbete för att motverka suicid presenteras.

1. INLEDNING

Suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem som kräver att bli uppmärksammat.

Ordet självmord och ordet suicid används synonymt. Suicid kommer av det latinska ordet suicidium och är sammansatt av sui som betyder själv och caedere som betyder döda. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tar cirka en miljon människor i världen sina liv varje år och tio gånger fler gör suicidförsök.

Totalt tog 1606 personer livet av sig (i Sverige) under 2013. Av dessa var 1107 män och 499 kvinnor.

Dessa data inkluderar säkra och osäkra självmord för hela befolkningen. Det är sex gånger fler som dör i självmord än som dör i trafiken. Mer statistik finns hos NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa).

I Sverige är suicid den vanligaste dödsorsaken för män i åldersgruppen 15-44 år och det går 2,7 manliga suicid på varje kvinnligt. Självmordsförsök är däremot vanligare bland kvinnor än bland män.

Självmordsförsök är cirka tio gånger vanligare än fullbordade självmord. Antalet som har självmordstankar är ännu vanligare. För varje fullbordat självmord kan man räkna med att det är tio gånger så många självmordsförsök och hundra gånger så många personer som har självmordstankar.

Det sker alltså ungefär 15 000 självmordsförsök i landet varje år. Av dessa personer är det ungefär hälften som söker hjälp. Den vanligaste orsaken till att man inte söker hjälp är skamkänslor.

Det uppskattas att 3-10 procent av den vuxna befolkningen gjort minst ett suicidförsök under sin livstid.

Antalet självmord har sjunkit de senaste decennierna utom bland ungdomar som är en riskgrupp. Det förekommer även att barn under 15 år tar sitt liv och antalet ökar. En fjärdedel av alla dödsfall bland tonåringar sker via självmord. Antalet självmordsförsök för de mellan 15 och 24 år är det högsta som uppmätts på många år.

Det innebär en kraftigt ökad risk att en person som har gjort ett eller flera självmordsförsök till slut tar sitt liv, även om det tidigare försöket ligger långt tillbaka i tiden. Bland övriga riskfaktorer kan nämnas depression, personlighetsstörning, andra psykiska sjuk-

domar samt missbruk. Även suicid i familjen, flera tidigare trauman och förluster, arbetslöshet, sociala problem, ensamhet samt svår fysisk sjukdom innebär ökad risk.

De flesta som försöker ta sitt liv har tidigare berättat detta för andra människor. Ta därför alltid hot om eller tankar på självmord på allvar.

Vi har alla olika biologisk sårbarhet som avgör hur vi reagerar på livets påfrestningar och det är också olika hur mycket påfrestningar vi utsätts för. De flesta som dör genom självmord är deprimerade. Depression är en behandlingsbar sjukdom som vem som helst kan drabbas av. Endast cirka 15 procent av dem som har en depression får diagnos och behandling.

Ett självmord är inte en självald död.

Varje år drabbas mellan 10 000 och 15 000 människor av svår sorg efter att en nära anhörig tagit sitt liv. Dessa personer löper risk för att utveckla psykisk och fysisk ohälsa på lång sikt och behöver stöd.

Källa: SPES (*Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd*)(2015)

Statistik om suicid

Att förhålla sig till suicid och statistik kräver eftertanke. Det faktum att detta delprogram ska ha sin giltighet under ett antal år framåt efter att det antagits gör att det kan vara vanskligt att i någon större utsträckning göra statistiska jämförelser mellan år och riskgrupper, inte minst utifrån att vi har haft ett sjunkande antal suicid i modern tid, däremot med vissa avbrott under enstaka år nära i tiden. Det är därför svårt att 2015 uttala sig om trenden är bruten eller om det rör sig om avvikelser från trenden enstaka år. Om man vill rikta insatser mot specifik åldersgrupp eller riskgrupp bör man vid varje tillfälle studera aktuell statistik och göra en efterföljande analys. Socialstyrelsen lämnar inte ut uppgifter publikt som riskerar spårbarhet till person, en risk som kan finnas vid relativt låga antal om statistik bryts ner på lokal nivå.

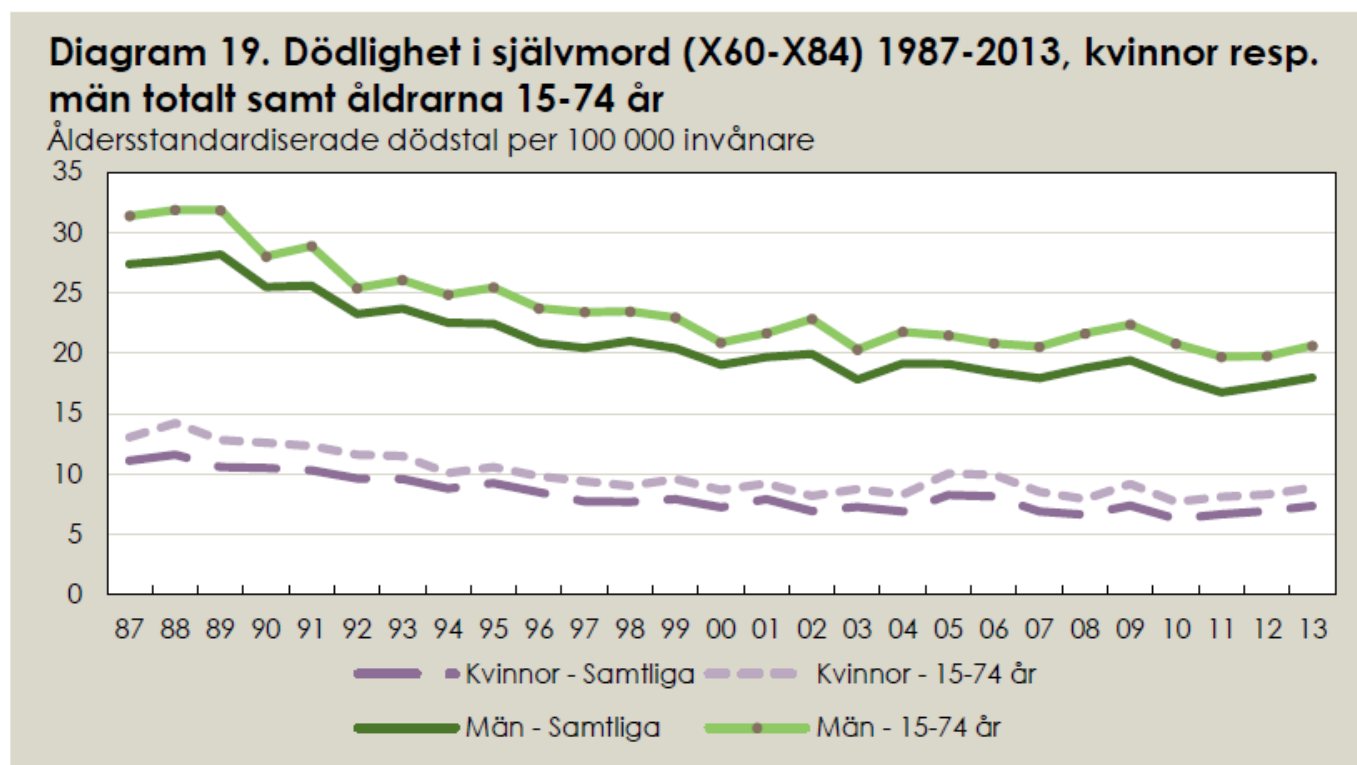
Statistik finns hos Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) på adressen:

<http://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige-0>

Statistik finns även hos Socialstyrelsen och deras statistikdatabas för dödsorsaker på adressen:

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>

Socialstyrelsens statistikdatabas innehåller dödsorsaksdata. Statistikdatabasen omfattar endast dödsfall där personen var folkbokförd i Sverige vid tiden för dödsfallet. Det är den underliggande dödsorsaken som redovisas, kodad enligt den internationella versionen av sjukdomsklassifikation.



Bilden är ett exempel som illustrerar statistik från Socialstyrelsens register för Dödsorsaker 2013.

Status suicidpreventivt arbete våren 2015

I mars 2015 överlämnade Folkhälsomyndigheten förslaget "Struktur för kunskapsbaserad suicidprevention – Ett förslag till samordnad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidförebyggande arbete".

I förslaget används begreppen "suicid" och "själv mord" synonymt. Det finns idag inget enhetligt språkbruk i frågan. Den lokala Samverkansgruppen för suicidprevention som utgjort arbetsgrupp för framtagande av detta delprogram har valt att i den fortsatta presentationen använda sig av begreppet suicid.

Förslaget från Folkhälsomyndigheten tar fasta på att suicid idag är att betrakta som ett folkhälsoproblem eftersom suicid på många sätt drabbar en stor del av befolkningen. Man slår också fast att *"för att nå regeringens mål om att ingen ska behöva ta sitt liv måste det suicidpreventiva arbetet på alla samhällsnivåer intensifieras."*

Regeringens uppdrag till Folkhälsomyndigheten har varit att ta fram ett förslag på en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning, som stöd för lokalt och regionalt preventivt arbete. Förslaget innefattar kunskapssammanställning, kunskaps spridning och vägledning, uppföljning, kunskaper och kompetens hos särskilda yrkesgrupper samt kunskapsuppbyggnad och framtagande av ny kunskap.

Man föreslår bl a en regional samordning som ska stödja kunskapsuppbyggnad och metodutveckling på regional och lokal nivå. Örnsköldsviks kommun är i det avseendet att betrakta som "lokal nivå".

För en nationell suicidförebyggande strategi är det viktigt att en regering tar sin ledarskapsroll, eftersom de kan föra samman en mängd intressenter som kanske annars inte samarbetar. En regering är också i en unik position för att utveckla och stärka övervakningen och att ta fram och sprida uppgifter som är nödvändiga för att åtgärder initieras och verkställs.

Allt detta är positivt och arbetsgruppen för framtagande av detta delprogram kommer att följa de närmaste årens utveckling på området. Mot bakgrund av detta går det inte att utesluta att det behöver göras förändringar i det lokala suicidpreventiva programmet och det lokala arbetet under detta programs löptid. Närmast handlar det om att följa regeringens behandling av Folkhälsomyndighetens förslag.

Samtidigt innebär detta att det finns ett behov av en partsammansatt och väl fungerande grupp för detta arbete där dess medlemmar har ett naturligt intresse för arbetet. Gruppen ska vara såväl kunskapsbärare som kunskaps spridare men i vissa avseenden också operativ för vissa lokala arrangemang. Att ansvara för att gruppen överhuvudtaget finns och att den ges rimliga förutsättningar

ar, inte minst tid för sitt arbete måste huvudmannen för detta delprogram (Örnsköldsviks kommun, Vårdförvaltningen) ta som sitt ansvar.

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

1.1 Uppdrag och syfte

Örnsköldsviks handlingsplan för suicidprevention ingår som ett verksamhetsområde i Örnsköldsviks kommuns "Handlingsprogram för trygghet och säkerhet". I programmet finns en beskrivning av verksamhetsområdet samt mål, aktiviteter och ansvariga.

En arbetsgrupp bestående av representanter för Kommunen (Vårdförvaltning, Bildningsförvaltning samt Samhällsbyggnadsförvaltning), Landstinget (Psykiatricentrum), Polisen och Svenska kyrkan har på uppdrag reviderat den lokala handlingsplanen för suicidprevention i Örnsköldsviks kommun 2012-2015. Det nya underlaget kommer därmed att utgöra en ny plan för åren 2016-2019, i det fortsatta arbetet benämnt delprogram. Representanter för de verksamheter som deltagit i arbetsgruppen utgör i normalfallet en samverkansgrupp för suicidprevention med Vårdförvaltningen som sammankallande. Inom verksamhetsområdet Suicidprevention har Vårdförvaltningen huvudansvaret.

Syftet med delprogrammet är att samordna resurser och åtgärder för att minska andelen personer som begår suicid eller som försöker begå suicid.

Efter beslut i Förvaltningschefgruppen ska aktiviteter i detta delprogram implementeras i varje aktörs verksamhetsplan och insatserna ska bedrivas i respektive verksamheter. Det åligger Vårdförvaltningens representanter i Lokala Samverkansgruppen (LSG) att i den gruppen driva implementering och efterlevnad av delprogrammet. Uppföljningen av insatserna ska göras i egen verksamhet såvida inte annat anges i delprogrammet. För Örnsköldsviks kommun, som dels ansvarar för delprogrammet, dels är en samhällsaktör på orten så innebär detta att varje förvaltning och bolag har ett ansvar att följa delprogrammet och svara för uppföljning av de egna insatserna. Vårdförvaltningen ansvarar specifikt för att följa upp delprogrammets efterlevnad.

2. BAKGRUND

2.1 Nationell lägesbeskrivning

Suicidalitet är ett omfattande folkhälsoproblem, såväl i Sverige som i övriga världen. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) dör årligen cirka en miljon människor genom suicid globalt sett. Ungefär var 40:e sekund tar en människa livet av sig i världen!

Varje år begår mellan 1500 – 1600 personer suicid i Sverige. Varje dag begår fyra personer suicid, det innebär att var sjätte timme dör någon genom att ta sitt eget liv. 1971 var det 1,3 gånger så många som dog i suicid jämfört med dödsfall i trafiken, år 2011 var det 3,7 gånger så många som dog i suicid jämfört med dödsfall i trafiken¹. Under åren 1971-2014 dog över 60 000 svenskar i suicid, motsvarande ungefär en medelstor svensk stad².

I Sverige förekommer enstaka suicid per år bland barn under 15 år och det brukar gälla 3-6 barn per år om man räknar in osäkra suicid. Suicid är den vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15-44 år. För svenska kvinnor i samma åldersgrupp är det den näst vanligaste dödsorsaken efter tumörer. Samtidigt visar Socialstyrelsens dödsorsaksregister att suicidtalet (antalet suicid per 100 000 invånare) är mer än 40 procent högre bland äldre män (65 år och äldre) än bland män under 65 år, och tre gånger så högt som bland kvinnor. Gör man en uppdelning i mindre åldersgrupper så framgår det tydligt att det är bland de äldsta männen, 85 år och äldre, som självmord är särskilt vanligt.

Sett över en längre period har självmordstalet i Sverige minskat. Jämfört med 1970-talet är det hittills på 2000-talet cirka 40 procent lägre. Det gäller både kvinnor och män. Minskningen har skett i alla åldrar, men den har inte varit lika kraftig bland unga (15–24 år) och de äldsta som i åldersgrupperna däremellan. I de flesta åldrar har minskningen fortsatt in på 2000-talet, men inte bland de unga. Där är tendensen snarare en svag ökning.

Det finns en fara i att "fastna i en sifferexercis" när man pratar suicid. Det finns ingen anledning att använda siffror för att ställa vissa åtgärder och riskgrupper mot andra åtgärder och riskgrupper. Suicidprevention i sig behöver en övergripande ansats, vi måste inse att det inte går att bortse från någon ålders- eller riskgrupp i suicidpreventivt arbete. Alla måste prioriteras! Bakom varje person som fullbordar suicid ligger det långt fler allvarliga suicidförsök.

¹ Jan Beskow, suicidforskare, Suicidprevention i Väst, SPIV

² Jan Beskow, suicidforskare, Suicidprevention i Väst, SPIV

Suicidalitet har sedan lång tid tillbaka varit starkt förknippat med både skam och tabun. Fram till år 1864 var det enligt svensk lag straffbart att försöka ta sitt liv. Först år 1908 upphörde de kyrkliga restriktionerna som bland annat reglerade att personer som dött i suicid inte fick begravas på kyrkogården. Även om dessa sanktioner inte längre finns är suicid fortfarande omgärdat av tabun, myter och skam.

Det finns stora likheter mellan förebyggandet av suicid och förebyggande av olycksfall som leder till skador. Suicid kan visserligen betraktas som en avsiktlig handling, men kan likaväl utgöras av ett så kallat "psykisk olycksfall". Det innebär att ett självmord inträffar när en person blir utsatt för alltför starka emotionella krafter på en och samma gång. Situationen blir kognitivt okontrollerbar där hjärnan full av ångest inte förmår finna en annan lösning ur situationen.

Suicid som psykiskt olycksfall kan liknas vid ett fysiskt olycksfall, exempelvis en trafikolycka, där hjärnan utsätts för alltför starka fysiska krafter (hög hastighet, hal vägbana m.m.), vilket leder till att personen inte kan hantera situationen och olyckan inträffar.

Nutida suicidpreventiva arbete har sin grund i regeringens skrivelse 2008/09:185, "En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning".

2.2 Regional och lokal lägesbeskrivning

Mellan åren 2010-2013 var det en markant större andel män än kvinnor som avled i suicid i Västernorrlands län.

Av bilden³, som illustrerar suicid åren 2010-2013 i Västernorrland, framgår att det under de aktuella åren går mellan 2,85 - 3,83 manliga suicid på varje kvinnligt. Suicidförsök är däremot vanligare bland kvinnor än bland män.

³ Statistik hämtat från Socialstyrelsens register för dödsorsaker.

Dödsorsaksstatistik, Antal döda, X60-X84 Avsiktligt självdestruktiv handling (självord), Västernorrlands län, Ålder: 0-85+

År	Kön	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totalt
2013	Män	--	--	--	--	2	2	--	2	3	2	3	1	1	4	--	3	1	1	25
2013	Kvinnor	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	1	3	--	--	1	--	--	1	7
2012	Män	--	--	--	--	--	--	--	1	1	2	3	4	3	2	2	--	1	--	19
2012	Kvinnor	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	2	--	1	--	--	--	--	--	5
2011	Män	--	--	--	--	--	2	2	--	2	4	3	2	1	--	2	1	1	--	20
2011	Kvinnor	--	--	--	1	1	--	1	--	2	--	--	2	--	--	--	--	--	--	7
2010	Män	--	--	--	2	1	--	1	1	2	1	2	1	2	4	1	1	3	1	23
2010	Kvinnor	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	1	--	2	--	--	1	1	--	6

2.3 Risk för suicid

Personer som begår suicid och personer som gör suicidförsök anses numera utgöra två olika grupper med viss överlappning. Suicid begås främst av män och äldre personer medan suicidförsök främst begås av kvinnor och yngre. Grupperna skiljer sig när det gäller avsikt och metod för handlingarna. I gruppen suicid var avsikten för dessa personer med all sannolikhet att dö, medan för personer i suicidförsöksgruppen var avsikten oftast att begå en icke dödlig självskadande handling. Självskadebeteende är ett hälsoproblem i sig värt förebyggande insatser, men att minska suicid respektive att minska självskadebeteende kräver var för sig definierade målgrupper och interventioner. Man kan inte utgå från att en och samma strategi fungerar för att uppnå båda målen. Detta delprogram gäller främst prevention av suicid. Denna prevention påverkar dock också preventionen av suicidförsök och andra självskadebeteenden. Dessa kännetecken visar att suicidprevention är ett mångfasetterat område och att strategierna bör anpassas därefter. Strategierna bör inkludera hälso och sjukvården, socialtjänsten, skolan/elevhälsan, akademisk forskning och individen i fråga. Både offentlig sektor och den privata är berörda⁴.

⁴ Rapport 2007:11 Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag

Individernas kompetenser, intellektuella, sociala och emotionella, påverkar både risken för depression och risken för suicid. Det moderna individualistiska informationståta samhället ställer högre krav på individuell kompetens, jämfört det tidigare industrisamhället. Kompetenser utvecklas under uppväxtåren i samspel mellan individens genetiska förutsättningar och miljön, dvs. i samspel med föräldrarna, med andra vuxna och med andra barn. Förskola, skola och fritidsverksamhet är centrala miljöer. Kommunerna har avgörande inflytande på dessa verksamheter. Ungdomar från socialt mindre gynnade familjer utvecklar genomsnittligt sämre kompetenser än ungdomar från mer gynnade förhållanden. Det kan bidra till att de som vuxna löper större risk för suicid. Om verksamheten i förskola, skola och fritidsverksamhet optimeras för att främja utveckling av barnens kompetenser kan detta bidra till minskad risk för suicid i alla sociala skikt och särskilt i socialt mindre gynnade grupper. Därför är det angeläget att arbeta aktivt med förskolans och skolans system för systematisk kvalitetsförbättring.

Det finns kända riskfaktorer för suicid. Tidigare suicidförsök är det enskilt viktigaste sättet att förutsäga risk för suicid. Bland patienter som sjukhusvårdats på grund av suicidförsök har man funnit att risken att avlida genom suicid är 30-40 gånger förhöjd jämfört med risken för övriga befolkningen och att den kvarstår under flera decennier. Risken är högre hos psykiskt sjuka patienter som gjort ett eller flera suicidförsök, särskilt vid schizofreni, bipolär och unipolär affektiv sjukdom, men riskökningen ses också i övriga grupper av kliniskt signifikanta psykiska störningar.

Fullbordat suicid är vanligare bland äldre jämfört med yngre. Samsjuklighet och tidigare suicidförsök ökar risken för fullbordat suicid och majoriteten av de äldre har på något sätt uttryckt suicidal kommunikation året före suicidet. Det finns också ett hjälpsökande beteende och mer än hälften av dem som avlider genom suicid har besökt vårdcentralen månaden innan sin död. Äldre som fullbordat suicid har i mindre utsträckning än andra gjort tidigare suicidförsök och därför är det viktigt att alla suicidförsök hos äldre tas på stort allvar, även när de är medicinskt ofarliga.

Med få undantag i världen är suicid vanligare bland män än bland kvinnor. Skillnaden förklaras bland annat av att män kan vara känsligare för vissa typer av förluster, till exempel av partner, arbete och fysisk hälsa. De kan vara mer impulsiva och använder droger och alkohol i högre utsträckning än kvinnor. Män använder effektivare metoder vid sina suicidförsök och söker hjälp för psykiska problem i mindre utsträckning än kvinnor. I Sverige ser man den högsta suicidrisken bland män som är äldre än 85 år. Prognosen efter suicidförsök är sämre för män, särskilt om man följer utvecklingen under lång tid.

Bland övriga riskfaktorer kan nämnas: depression och bipolär sjukdom, psykosjukdom, missbruk/beroende, neuropsykiatriska tillstånd, personlighetsstörning, långvarig/kronisk ätstörning, somatisk sjukdom, ärftlighet, utlandsfödd, hbtq-personer samt kriminalvård.

Beträffande hbtq-personer finns skäl att under de kommande åren bygga upp en större lokal kunskap kring deras livsvillkor, psykiska hälsa, suicidtankar och suicidförsök. Ungdomsstyrelsen är i det avseendet en kunskapskälla.

Skyddande faktorer – det finns även skyddande faktorer, exempelvis genom att fråga en person om vad det skulle innebära för närstående om han/hon tog sitt liv, ett gott stöd i parrelationen, familjen eller hos andra närstående, förmåga att skapa och vidmakthålla nära relationer, personliga värderingar som motstånd mot suicidhandling eller religiös tro, rädsla för kroppslig skada vid suicidhandling, förmåga att uthärda psykisk smärta, omsorg om barn, familjemedlemmar eller andra.

En ”ny företeelse”, som vi ännu inte vet så mycket om är när livet förändras efter stora yttre dramatiska händelser och när en persons förutsättningar för det fortsatta livet därmed förändras radikalt. I det avseendet syftas på de person-, familje- och ekonomiska tragedier som kan följa efter stora naturkatastrofer eller olyckor (extrema vädersituationer, större bränder, förlisningar). Bland de ”tillstånd” som åsyftas kan finnas förluster av anhörig, psykisk och/eller somatisk isolation, arbetslöshet, finansiella problem, d v s olika typer av livskriser. Mycket talar för att de närmaste årens kunskapsuppbyggnad kommer att vara intressant i det avseendet.

Ofta använder man begreppet ”den suicidala processen” för att beskriva utvecklingen från den första allvarliga suicidtanken över suicidmeddelanden och suicidförsök till fullbordat suicid. Suicidprocessen initieras ibland mycket tidigt i livet och ibland finns även en ärftlig komponent med i bilden. Depression är den form av psykisk ohälsa som drabbar en stor del av befolkningen i olika grad och kan ofta kopplas till suicidförsök och suicid. Nästan varannan kvinna och var fjärde man drabbas någon gång under livet av depression. En människa som begår suicid upplever att det inte återstår någon annan möjlighet än att avsluta livet. Följdriktigt är personen vanligen deprimerad. Det finns en händelsekedja av upplevd livsmöjlighet eller tillfredsställelse i livet – depression/psykisk ohälsa – och suicid.

- **Prevention** innebär att påverka de olika stegen i denna kedja, på såväl befolkningsnivå som individnivå.
- **Syftet** är att rädda liv och att minska lidandet hos den suicidnära människan och anhöriga.

Eftersom suicid och suicidförsök även innebär stora ekonomiska kostnader för samhället, kan ett framgångsrikt preventionsarbete ses som en samhällsekonomisk investering.

Människan och ”lidandet” - utifrån ett mer existensierligt resonemang så handlar den västerländska människans visioner i många fall om något mer än att bara leva ett drägligt liv - många vill helt enkelt leva det ultimata livet. I ett sådant läge kan en strävan efter självförverkligande bli likt en ”lidandefobi”, man ”når inte ända fram”, till det ultimata självförverkligandet.

Vi ska vara sociala, utåtriktade, framåt, vi ska ta för oss, skapa vår egen vardag och framtid – varje stund! Vi ställer höga krav på snabb kommunikation, vi upplever konstant tidsbrist och brådska, vi har idag fler möjligheter än som ryms i våra liv.

Med en sådan bild av flertalets liv, kan vi förhindra alla suicid? Utifrån ett humanistiskt perspektiv är det självklart att sträva efter en nollvision och göra allt som rimligen kan göras för att nå det målet – självklart! Utifrån ett mer kliniskt perspektiv så blir resonerandet annorlunda, alla svåra sjukdomar riskerar att leda till förtida död. Tillstånd och sjukdom som föregår suicid kan vara en sådan allvarlig sjukdom. Alla människor har ett eget ansvar för sitt liv, vi kan inte ordinera livsvilja eller leva åt någon annan. Vi kan däremot hjälpa människor att välja livet!

2.4 Definition av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är en faktor som starkt påverkar risken för suicid, och därför också den viktigaste bestämningsfaktorn för möjligheterna att reducera suicidförkomsten⁵. Psykisk ohälsa är ett brett begrepp som innefattar allt från lättare psykiska besvär och depression till psykiska sjukdomar och allvarliga psykiska störningar. Lättare psykisk ohälsa kan handla om huvudvärk, ångslan, oro eller ångest, trötthet, stress, sömnbesvär m.m.

Begreppet psykisk ohälsa beskrivs enligt Socialstyrelsen som *”subjektivt upplevda och självrapporterade besvär som har en psykisk karaktär. Dessa kan - men behöver inte - ha samband med en psykisk sjukdom eller störning.”* Definitionen på psykiskt funktionshinder enligt Nationell psykiatrisamordning, Miltonutredningen (SOU 2006:100) är följande; *”En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.”*

2.5 Bestämningsfaktorer för suicid och psykisk ohälsa

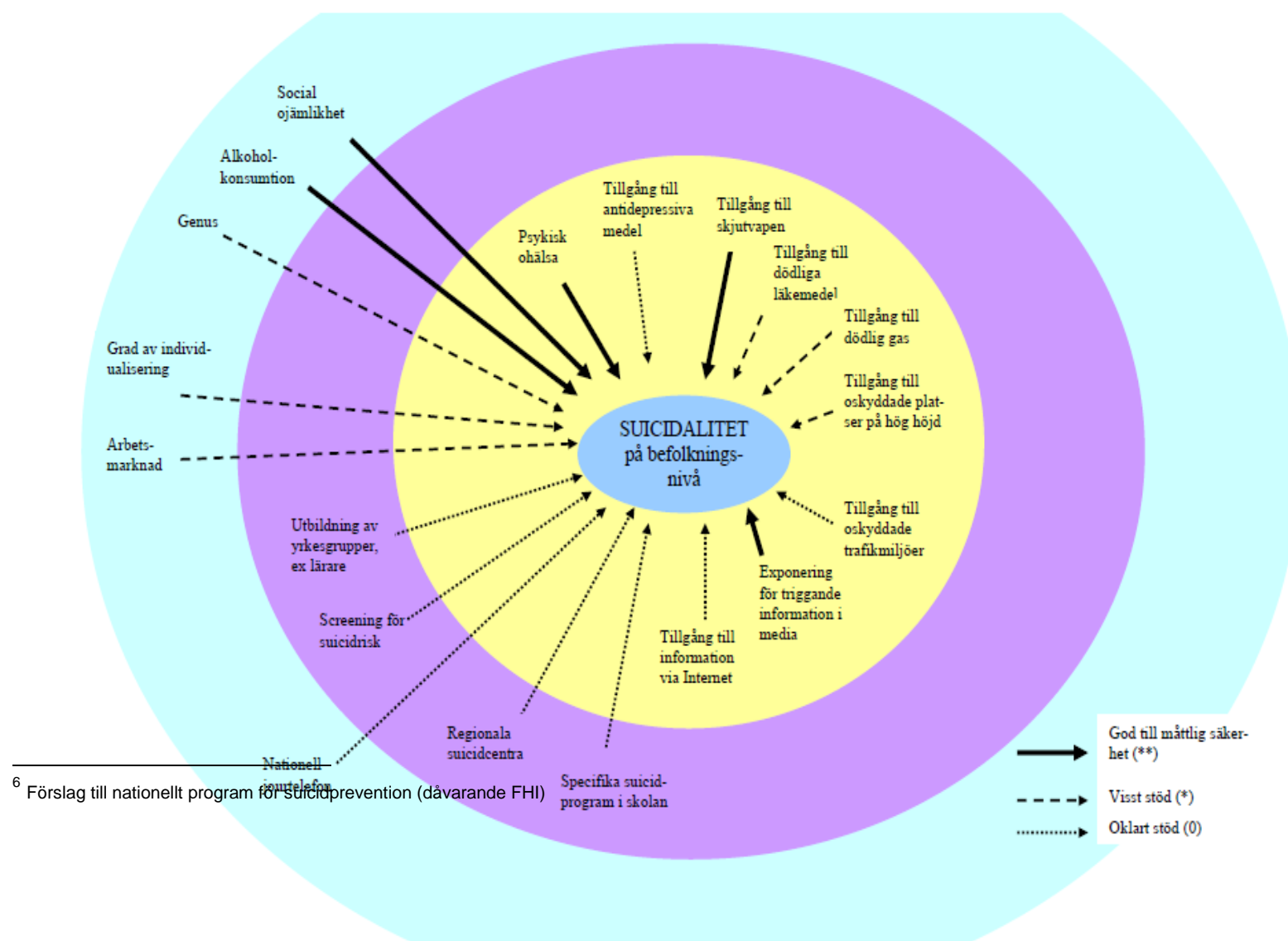
För att kunna minska antalet suicid och suicidförsök med olika åtgärder, behöver vi veta vilka påverkbara faktorer som har säkra samband med suicid. Litteraturstudier har utförts för att granska evidens för bestämningsfaktorer för suicid och på så sätt identifierat påverkbara faktorer på tre nivåer;

- individnivå
- lokal samhällsnivå
- nationell nivå

⁵ Rapport 2007:11 *Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag*

Styrkan på evidensen för varje faktors betydelse har undersökts och graderats på ett visuellt sätt. Detta delprogram utgår från de faktorer som har påvisats ha *god till måttlig säkerhet* och *visst stöd* (se figur 1 och 2⁶).

Grundläggande bestämningsfaktorer för suicid på tre nivåer; individnivå (inre skiktet), lokal samhällsnivå (mellanliggande skikt) och nationell nivå (yttre skikt)



⁶ Förslag till nationellt program för suicideprevention (dåvarande FHI)

Fig 1
Här visas evidensstyrkan för olika bestämningsfaktorer för suicid på tre nivåer (linjernas utseende/ tjocklek) samt på vilken nivå de olika bestämningsfaktorerna befinner sig (på individ-, samhälls eller nationell nivå).

Evidensstyrkan *God till måttlig säkerhet*** uttrycker betydelsen av bestämningsfaktorn påvisad i minst två kohortstudier, fall-kontrollstudier, kontrollerade experiment eller i en systematisk översikt som behandlar sådana studier.

Evidensstyrkan *Visst stöd** bygger på enstaka välgjorda tidsserier, fallstudier, kohortstudier, fall-kontrollstudier, kontrollerade experiment eller en systematisk översikt som behandlar sådana studier.

Bestämningsfaktorer för suicidalitet kopplade till individer i befolkningen

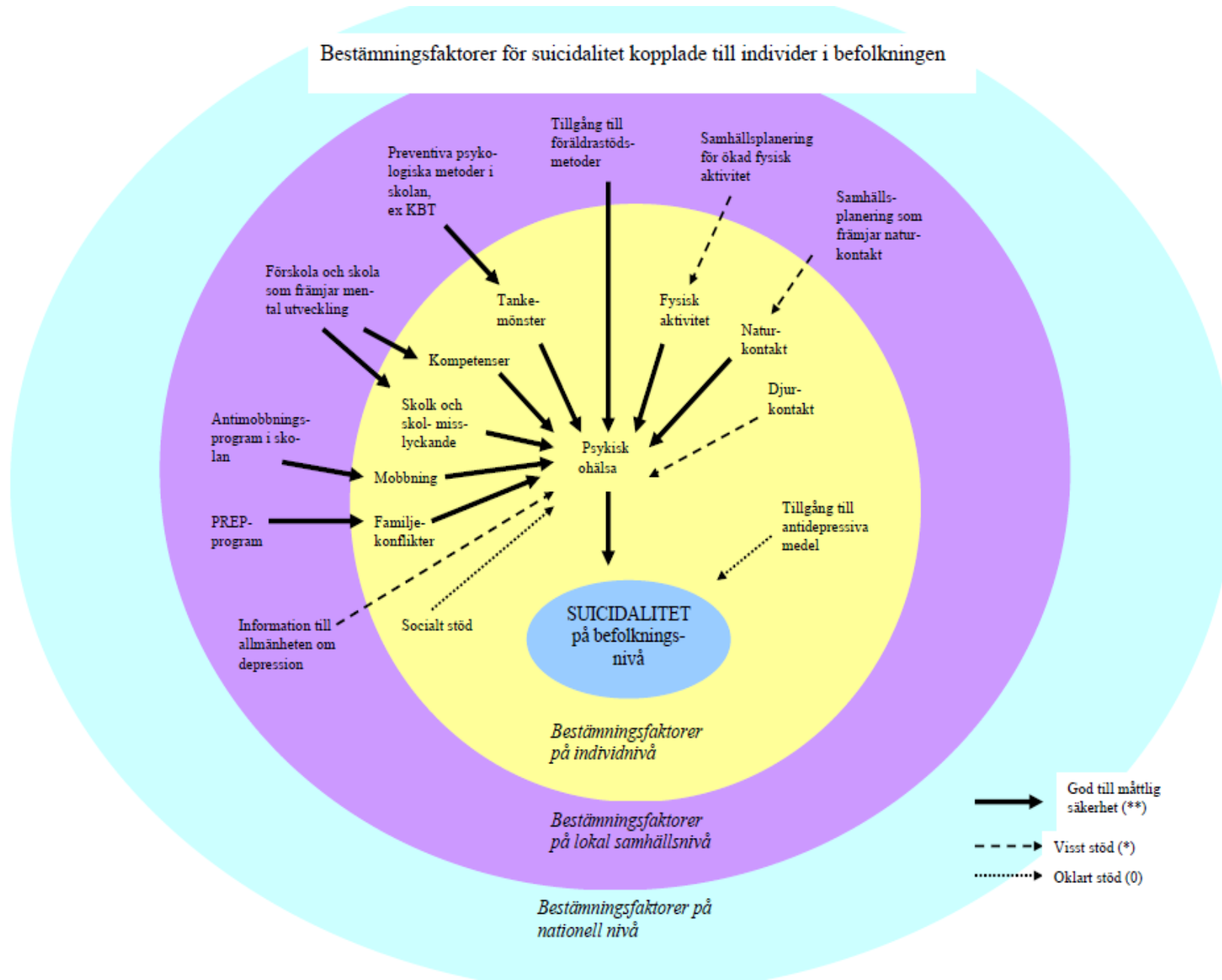


Fig 2
 Psykisk ohälsa är en individfaktor som tydligt påverkar förekomst av suicid.
 För psykisk ohälsa finns ett antal bestämningsfaktorer kopplade till individuella faktorer. Pilarna visar hur väl samband kan bevisas mellan olika faktorer och psykisk ohälsa.
 Här visas evidensstyrkan för olika bestämningsfaktorer (linjernas utseende/ tjocklek) samt på vilken nivå de olika bestämningsfaktorerna befinner sig (individ-, samhälls- eller nationell nivå).

Beträffande bestämningsfaktorer för suicid och psykisk ohälsa så kommer under hand alltfler rapporter som helt eller delvis belyser dessa faktorer. Ett exempel på detta är *Rapport 4* från projektet "Barn som anhöriga" från CHESS, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete⁷.

Det finns även andra rapporter, exempelvis "När livet känns fel - Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa" från Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor som påtalar ett behov av att se över hur indikatorerna för ungas psykiska ohälsa kan breddas till att ge en bättre skattning av barns och ungas psykiska ohälsa. Enkelt uttryckt så ser man vissa mönster hos unga flickor när de uttrycker psykisk ohälsa och helt andra mönster hos unga pojkar i motsvarande situation. De unga flickornas ohälsa fångas som regel upp i kliniska situationer medan de unga pojkarna visar sin psykiska ohälsa på helt andra sätt.

Det finns anledning för den lokala samverkansgruppen för suicidprevention att under den kommande programperioden noga följa den allt större kunskap som bildas inom området och arbeta för att denna förs ut till ortens verksamheter och dess medarbetare.

2.6 Aktuella lokala förutsättningar, samt eventuella samordnings- och utvecklingsbehov bland olika verksamheter/aktörer

Det följande är såväl en förteckning som inventering av de möjligheter och behov som finns för att i högre grad främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid samt säkerställa agerandet vid akuta åtgärder.

Ideella sektorn - Det civila samhället. Begreppet *det civila samhället* används i betydelsen *en arena, skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet, där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen*⁸.

Inom denna arena verkar organisationer, sammanslutningar och andra aktörer, t.ex. nätverk, som är fristående från såväl stat, kommun och landsting som från det privata näringslivet. Familjen och det privata hushållet ligger utanför begreppet civilsamhälle såsom det används här.

Det civila samhällets aktörer agerar utifrån ett huvudsakligen ideellt syfte. Sammanslutningarnas och aktörernas huvudsakliga syfte är allmännytta eller medlemsnytta, ofta både och. Syftet kan därmed beskrivas som huvudsakligen ideellt. Att en organisation har ett ideellt syfte utesluter naturligtvis inte att den har avlönad personal. Inom det civila samhället finns alla typer av ideella föreningar, som utgör den vanliga formen för de svenska folkrörelserna och intresseorganisationerna, liksom för många religiösa sammanslutningar. De registrerade trossamfundet räknas också som en del av det civila samhället. Vidare räknas samfällighetsföreningarna också dit.

⁷ Rapport *Nka Barn som anhöriga 2014:4*

⁸ Från Prop. 2009/10:55

Kyrkor och samfund samt studieförbund/folkbildning utgör redan idag en viktig kugge i det preventiva arbetet. Samarbetet mellan dessa och kommun och landsting behöver fungerande vardagsrelationer. Att involvera dessa parter i MHFA-utbildningar, nationella suicidpreventionsdagen, samverkansgruppen för suicidprevention m m kan vara sätt att få ett samarbete i vardagen. Kyrkans diakoni är ett annat viktigt område. Även patient-, brukar- och anhörigorganisationer är viktiga i detta arbete. Att nyttja varandras kunskaper och praktiska färdigheter förutsätter att avsätta resurser för denna typ av samarbete finns hos en ansvarig huvudman. Samverkansgruppen för framtagandet av detta delprogram ser det som rimligt att detta ansvar finns hos kommunen eftersom den är en tydlig lokal samhällsaktör.

För att preventivt arbeta mot ohälsa bland äldre så erbjuder kommunen som ett stöd s k volontärer. Kontakt tas med äldre/anhörigkonsulent som samarbetar med Röda korset och Svenska kyrkan beträffande volontärer. Mötesplats mångkulturellt centrum (MKC) finns för inflyttade kommuninvånare från andra länder. Pensionärsorganisationerna är viktiga organisationer för äldre, med inbokade föreningsmöten och med inslag av olika aktiviteter. Många medlemmar i dessa organisationer har som en uppgift att besöka äldre medlemmar som inte kan ta sig ut. Örnsköldsviks PRO har 650 medlemmar och det är en av många olika pensionärsorganisationer. Kyrkorna har också olika aktiviteter, Svenska kyrkan Örnsköldsvik har ett program som heter Aktiv med blandade aktiviteter som är välbesökta.

Integration – vi får alltför nyanlända till orten, i skiftande ålder. Många på orten är delaktiga i den processen, såväl staten via Migrationsverket och Arbetsförmedlingen som kommunen och det civila samhället på mottagningsorterna. Många som kommer till Sverige är "välrustade" och har en god förmåga att integrera sig i det svenska samhället. Samtidigt har vi många som kommer med traumatiska upplevelser av sådan art att flertalet svenskar knappast kan föreställa sig vad dessa personer har upplevt. Här finns anledning att bygga upp kunskap kring dessa grupper av individer och utöver mottagande även aktivt arbeta med integration.

Kultur och fritid - verksamheten tangerar en mängd områden som tillväxtfrågor, sociala frågor, folkhälsofrågor, bildning etc. Den är till sin karaktär folklig då den av medborgarna associeras till de flesta människors vardag med särskild betydelse för barn och ungdom eller att man organiserar sig runt olika samhällsfrågor eller sårintressen som engagerar. Den bedrivs genom offentlig verksamhet som t.ex bibliotek, museum, kulturskola eller fritidsgårdar men framförallt av en mängd olika aktörer som finns inom det vi idag kallar det "civila samhället" t.ex idrottsföreningar, kulturföreningar, friluftsföreningar, samhällsföreningar men även av nätverk och genom volontärer.

"Frivilligt socialt arbete" är ett begrepp som en mängd organisationer identifierar sig med. Här finns organisationer som idrottsrörelsen, nykterhetsorganisationer, Röda Korset, biståndsorganisationer, volontärbyrå, frivilliga samhällsarbetare, trossamfund och många fler. En viktig framgångsfaktor i förebyggande sucidarbete är hur man utvecklar samverkan med denna sektor, utbyter erfarenheter och kunskap.

Arbetet med unga på exempelvis fritidsgårdar, bibliotek, museum eller andra offentligt drivna mötesplatser ska ske med ett främjande och salutogent perspektiv, d v s ha ambitionen att vara generellt stärkande för individen. Delaktighet och inflytande över sin egen roll i dessa miljöer syftar också till att stärka individen och bidra till starkt självkänsla, egenmakt och bättre hälsa. Kan verksamheten erbjuda strukturerade aktiviteter där personalen arbetar både medvetet och systematiskt så bidrar det till att öka ungas skyddande faktorer. Mötet mellan barn och ungdomar med olika bakgrund, intressen och förmågor samt positiva erfarenheter av vuxna har stor betydelse och ger erfarenheter som verktyg i valet av konstruktiva handlingsstrategier för personlig utveckling.

Nätsam är en samverkansform mellan Bildningsförvaltningen, Vårdsförvaltningen och Barn och ungdomspsykiatri i Örnsköldsvik. Dess syfte är att stärka upp arbetet kring barn i åldern 3–16 år med beteendeproblematik som på olika sätt medför svårigheter för alla inblandade. Nätsams arbete går ut på att samordna insatser från flera verksamheter som är engagerade i barnets situation, för att tillsammans med hemmet nå en gemensam plattform med rätt stöd. Nätverket skapar genom gemensamma insatser en gynnsam och långsiktig förändring framförallt för barnet men också för barnets omgivning. Nätsam arbetar endast på föräldrarnas uppdrag och avslutar sitt engagemang när det inte längre behövs eller när annan insats bedöms vara mer lämplig.

Nätverket Barn till föräldrar med psykisk ohälsa. När någon vuxen i familjen drabbas av psykisk ohälsa påverkar det alla. Barnen är beroende av vuxna för sin trygghet. Därför är det viktigt för dem att familjen tar emot hjälp, när det behövs. Vid behov av kontakt hänvisas till 0660 – 575 48 (för telefonmeddelande inom landstinget).

Polisen har i sin personalstyrka inom Polis region Nord (länet) tillgång till utbildade förhandlare som kan träda in i akuta suicidsituationer. Polisen har tydligt ansvar vid larmat suicidförsök och vid omhändertagande av person med suicidrisk. Polisen kommer ofta i kontakt med personer med psykisk och drogrelaterad ohälsa och är i regel inkopplad vid dödsfall. I SMADIT-arbetet (se bilaga) har polisen en viktig funktion i händelsekedjan för att personen ska få akut stöd.

Polisen ser gärna att de erbjuds delta i gemensam fortbildning inom området när tillfälle ges.

Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och erbjuder "första linjens vård" när det uppstår behov för individer i alla åldrar. Primärvården har rutiner för suicidprevention som gäller för alla **hälsocentraler**. När hälsocentral är stängd är **primärvårdsjouren** och det akuta omhändertagandet viktiga delar i det tidiga suicidpreventiva arbetet. Tidigt omhändertagande vid kristillstånd av upplevda traumatiska händelser har visat sig underlätta bearbetningen i efterförloppet. **Vardagskrisgruppen** är kopplad till **akuten** för omhändertagande av anhöriga vid svåra vardagskriser såsom ex. olyckor med dramatisk utgång.

Ett förbättrat samarbete/samverkan med berörda aktörer inom området eftersträvas av Primärvården.

Psykosociala vuxenenheten (kommunen) - erbjuder stöd och hjälp till vuxna över 18 år som har omfattande funktionshinder pga psykisk, neuropsykiatrisk (NPF) funktionsnedsättning. Enheten har 4 serviceboenden, samt ett stödteam med hela kommunen som upptagningsområde och med personal dygnet runt. Personalen arbetar bl a utifrån:

- CMIA (Case Management Inspirerat Arbetsätt, Kognitiva hjälpmedel och MI (Motiverande samtal)

Det bedrivs även förebyggande arbete, uppsökande och information ges av stödteamet med dygnet runt verksamhet/jour, som är viktigt inte minst när det gäller suicidprevention.

Man erbjuder utbildningar inom:

- Suicidprevention (Utbildning för yrkesverksamma med tre träffar)
- Psyk e-bas - utbildningar (<http://psyk-e.se/>)

Samtalsbyrå för unga – en verksamhet för unga och unga vuxna mellan 16 till 30 år som önskar någon utomstående att prata med och anförtro sig åt, allt är tillåtande och välkomnande, både små och stora funderingar. Besöken är gratis och personalen har tystnadsplikt. Samtalsbyrå ligger centralt i Örnsköldsvik. Besökarna väljer själv vilka frågeställningar man vill få hjälp med och all kontakt byggs på frivillighet.

Hos Samtalsbyrå kan man bl a få hjälp att ta reda på varför man känner som man gör, att hitta ett sätt att hantera det svåra. Man kan exempelvis få hjälp med att hantera oro och ångest. Skulle det visa sig att det finns behov av annat stöd än det man kan erbjuda så får man hjälp att hitta rätt hjälp hos annan samhällsaktör. Samtalsbyrå drivs av Örnsköldsviks kommun.

Skolan - alla vuxna i skolan har med sitt bemötande och agerande stor betydelse för elevers hälsa och skolresultat. Uppmärksammas det att någon elev/elevgrupp visar tecken på psykisk ohälsa finns möjlighet att få samtal och stöd av skolans kurator/psykolog/ skolsköterska. Detta kan ske både individuellt och i grupp. Rektorn har ansvar för att eleven får det särskilda stöd och den hjälp den behöver. Elevhälsan har regelbundna träffar med rektor och tillsammans bedömer gruppen vilka stödåtgärder som behövs. Mobbning/diskriminering/kränkning/trakasserier är riskfaktorer som all personal på skolan arbetar aktivt med. En likabehandlingsplan finns upprättad på alla skolor.

Elevhälsan arbetar med förebyggande hälsoarbete, tidig identifikation och stöd till barn och ungdomar som visar tecken på psykisk ohälsa. Alla elever i Förskoleklass, åk 4, åk 7 och åk 1 på gymnasiet erbjuds enskilda hälsosamtal med skolsköterskan. Vid det samtalet pratar man bl.a. om elevens psykiska hälsa och då kan tidiga tecken/riskfaktorer på psykisk ohälsa upptäckas.

Sociala mötesplatser - för äldre så finns mötesplatser på de flesta äldreboenden. Verksamheten erbjuder även personer som bor i ordinärt boende att ta del av aktiviteterna som erbjuds. Träffpunkten *Kom in* i centrala staden är öppen för alla daglediga. Aktivitetsprogram finns att hämta, även på kommunens hemsida finns det att hämta program för alla mötesplatserna.

Trossamfunden Oberoende av religiös eller kulturell tillhörighet söker många svar på centralt mänskliga och existentiella frågor. Olika religioner har försökt ge svar och förklarat varför människor bör agera och bete sig på ett speciellt sätt i en given social situation. Trender och inriktningar på hur olika religiösa företrädare, samfund och samhället i stort hanterar dessa frågor är olika.

Svenska kyrkan och de protestantiska frikyrkosamfunden i Sverige har en lång tradition av olika former av organiserat socialt arbete, främst genom diakonin (grekiska: "tjänst"). Svenska kyrkan, som enligt svensk lagstiftning ska vara rikstäckande, bedriver omfattande verksamhet bland annat genom diakoni som handlar om att möta de behov som finns hos människor i utsatta situationer. Detta sker genom samtalsstöd, hembesök samt att erbjuda mötesplatser som motverkar och förebygger ensamhet, utanförskap och isolering. Till kyrkans omsorgsarbete hör också krisstöd samt sorgegrupper för efterlevande.

Om jourhavande präst kan man läsa på internetadressen: <http://www.svenskakyrkan.se/jourhavandeprast>

Ungdomsmottagningen Ungdomsmottagningarna i Västernorrland är öppna för alla ungdomar till och med 22 år. På en ungdomsmottagning kan du prata om det mesta. Inga frågor och problem är för stora eller för små. Alla besök är gratis.

(Landstinget) – Vuxenpsykiatri. Specialistvården Västernorrland och Vårdområdet Psykiatri och habilitering arbetar utifrån ett vårdprogram "Suicidprevention för vuxenpsykiatri". Programmet är omfattande och gäller för såväl öppen som sluten vård. Programmet omfattar bl a suicidbedömningar, samverkan, läkemedel, terapier, stöd i hemmet, olika behandlingar, uppföljningar och dokumentation.

- Närstående utgör ofta ett viktigt stöd till personer med suicidnära tillstånd. De närstående påverkas också själva av patientens situation, vilket gör att de har behov av att vara delaktiga i planeringen och få egen kunskap för att kunna hantera de påfrestringar som kan uppstå. Personal som arbetar inom hälso- och sjukvården är skyldiga att anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att barn far illa (14 kap 1§ Socialtjänstlagen). Socialtjänsten kan därefter välja att göra en utredning som i sin tur kan resultera i förslag på olika former av stödsatser som t.ex. stödsamtal med föräldrar, kontaktperson eller kontaktfamilj för avlastning och socialt utbyte. Med "risk att fara illa" avses t.ex. när ett barns grundläggande behov av omsorg, uppmärksamhet, tillhörighet, fostran, vägledning, stimulans och utveckling inte tillgodoses. (Utdrag ur regeringens proposition, Stärkt skydd för barn i utsatta situationer. Prop. 2002/03:53 sid. 47). Det är rimligt att tänka att suicidnära patienter har svårt att klara dessa grundläggande krav. Huvudregeln är därför att man alltid gör anmälan till socialtjänst när

en patient med föräldraansvar gjort suicidförsök. Undantag motiveras i journal. Patienten ska informeras om att en anmälan görs och syftet med detta.

- Närstående bör informeras och involveras så tidigt som möjligt i vårdprocessen. Detta är särskilt viktigt när patientens tillstånd försvårar kommunikationen med vårdpersonalen. Anhöriga bör erbjudas möjlighet till medverkan i vårdplanering och samtal med suicidnära patient. Patient kan neka till att anhöriga informeras och involveras. Viktigt att det dokumenteras att patienten erbjudits anhörigsamtal men avböjt.

Anhörigperspektivet

- Beakta närståendes behov av eget stöd. Om behov finns av mer än 1-2 samtal bör närstående erbjudas krissamtal i första hand genom remiss till primärvården.
- Beakta särskilt barns behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning. Information till minderåriga barn eller syskon skall anpassas till dem på lämpligt sätt.
- Om patient som är självmordsnära har hemmavarande barn ska anmälan göras till socialtjänsten om att barn riskerar att fara illa. Undantag bör motiveras i journal. Ansvar för att anmälan sker ligger hos behandlaren, som vid behov kan få stöd av ansvarig läkare eller närmaste chef.
- Den information som getts till patient eller till patients närstående skall dokumenteras i journal.

Utvecklingsbehov

Beträffande *anhörigperspektivet* så finns det ett behov av att utveckla en tydlighet i hur anhöriga till suicidnära personer kan stöttas men också hur anhöriga till personer som fullföljt suicid kan stöttas. Konkret handlar det om att skapa lättillgänglig information för allmänheten om det utbud av stöd som finns i det avseendet.

Motsvarande behov finns beträffande *hbtq-personer*. Här finns det skäl att under de kommande åren bygga upp en större lokal kunskap kring deras livsvillkor, psykiska hälsa, suicidtankar och suicidförsök. Ungdomsstyrelsen är i det avseendet en kunskapskälla.

Arbetsgruppen för framtagandet av detta delprogram ser detta som en uppgift som kräver en särskild ansats och därmed ett uppdrag och tid utöver vad som den partsammansatta gruppen förfogar över idag.

2.6.1 Övriga förutsättningar och behov i det lokala suicidpreventiva arbetet:

Föräldraskapet är en viktig bestämningsfaktor för **barn och ungas hälsa och utveckling**. Det behövs ett heltäckande föräldrastöd som täcker upp föräldrar/målsmän för barn i olika åldrar och med olika behov.

Föräldrastöd – I regeringens proposition "2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik" uttalades "alla föräldrar bör få stöd och hjälp och möjlighet till utbildning i den utsträckning som de behöver för att klara vardagen med sitt barn. Stödet ska vara frivilligt och bygga på föräldrarnas behov och intresse och utgå från barnets rätt till goda uppväxtförhållanden. Föräldrastödet ska erbjudas alla föräldrar med barn upp till dess att barnet har fyllt 18 år"

Ett uppdrag om att utreda förutsättningarna för en föräldrastödskedja 0-12 och familjecentral är efter ett kommunalpolitiskt beslut lämnat till Valfärdsförvaltningen och senare till Lokala Samverkansgruppen (LSG). Uppdragsägare är förvaltningscheferna från Valfärds- och Bildningsförvaltningarna samt länets Primärvård. Uppdraget bygger på en motion i kommunfullmäktige om att starta en familjecentral. Därutöver har valfärdsförvaltningens chef, utifrån en kommundialog med länsstyrelsen om arbetet med ANDT-arbetet i kommunen (skador på grund av alkohol, narkotika, doping och tobak), haft ett uppdrag att innan 1 juni 2015 ha ett förslag till beslut om föräldrastöd 0-17 år. Planen var att väva ihop båda uppdragen och att göra det i tre steg. 1) Förutsättningar för Familjecentral 2) Förslag föräldrastöd 0-12 år 3) Förslag föräldrastöd 13-17 år. En arbetsgrupp lämnade 2 juni 2015 ett förslag till Humanistiska nämnden enligt punkterna 1, 2 och 3.

Humanistiska nämnden har 16 juni 2015 beslutat att överlämna slutrapporten till samverkansparterna bildningsnämnden och landstinget Västernorrland. Humanistiska nämnden delger kommunfullmäktige slutrapporten och tillstyrker förslaget om föräldrastödskedja med familjecentral under förutsättning att alla parter medverkar och att de ekonomiska förutsättningarna finns. Humanistiska nämnden uppdrar till valfärdsförvaltningen att tillsammans med bildningsförvaltningen och landstinget Västernorrland arbeta vidare med att i detalj planera fas 1 - Inrätta en familjecentral i nära anslutning till Ankaret hälsocentral. Humanistiska nämnden uppdrar till valfärdsförvaltningen att, i nära samarbete med berörda parter, ta fram ett underlag i form av kartläggning och behovsanalys för fas 2 och 3.

Stärka ungdomar – det finns ett behov av utbildningsinsatser riktat till ungdomar i syfte att öka medvetenheten kring psykisk ohälsa. Alla hamnar någon gång i situationer som är psykiskt påfrestande. Vår förmåga att hantera dessa situationer är avgörande för vilka konsekvenser de får för oss. Syftet med utbildningsinsatserna är att ge ungdomarna en ökad medvetenhet och möjlighet att utveckla strategier för att hantera situationer som kan leda till psykisk ohälsa.

Ett förväntat resultat av att satsa på att utbilda ungdomar i sin naturliga miljö – skolan – är att ungdomarnas medvetenhet kring psykisk ohälsa ökar. Detta leder i sin tur till minskad risk för utvecklandet av psykisk ohälsa samt suicidförsök hos ungdomar. Psykisk ohälsa är även en riskfaktor för andra typer av riskbeteenden såsom missbruk, kriminalitet och liknande. Genom minskad risk för psykisk ohälsa minskar risken för övriga riskbeteenden.

Här beskrivs kort, *som ett exempel*, utbildningsprogrammet YAM som riktar sig till ungdomar (the Youth Aware Mental Health Programme)

- YAM är ett utbildningsprogram som tagits fram av Karolinska institutet samt Columbia university i USA.
- Utbildningsprogrammet riktar sig till ungdomar i åldern 14-17 år. Syftet är att öka medvetenheten kring psykisk ohälsa samt att utveckla strategier för att hantera situationer som kan leda till psykisk ohälsa.
- Programmet genomförs vid fem tillfällen (lektioner) under en tid av fyra veckor och bygger på samtal, diskussioner samt rollspel kring ämnet psykisk ohälsa.
- Programmet genomförs av certifierade YAM-instruktörer.
- Forskning visar att programmet resulterat i en minskning av suicidförsök med 50%

Aktuellt läge

- NASP - Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, har fått i uppdrag av Stockholms läns landsting att testa YAM i högstadieskolor under 2015.
- Utbildningar för att bli certifierad instruktör kommer att genomföras.
- Örnsköldsviks kommun har blivit tillfrågad om att vara försöksområde om elevunderlaget blir för litet i Stockholms kommun. (Det finns idag (våren 2015) kontaktuppgifter hos Karolinska Institutet/NASP till kontaktpersoner hos Örnsköldsviks kommun för detta ändamål)

Syfte

- Syftet med införandet av YAM på högstadieskolor i Örnsköldsviks kommun är att ge ungdomarna en ökad medvetenhet och möjlighet att utveckla strategier för att hantera situationer som kan leda till psykisk ohälsa.

Förväntat resultat

- Ungdomarnas medvetenhet kring psykisk ohälsa ökar. Detta leder i sin tur till minskad risk för utvecklandet av psykisk ohälsa samt suicidförsök hos ungdomar.
- Psykisk ohälsa är en riskfaktor för andra typer av riskbeteenden (missbruk, kriminalitet och liknande). Genom minskad risk för psykisk ohälsa minskar risken för övriga riskbeteenden.

Samverkan och samarbete - det finns ett generellt behov av att medarbetarna hos de olika samhällsaktörerna på orten får kännedom om dels den **egna verksamhetens alla delar** och vad detta medför för möjligheter i ett individperspektiv, dels också får grund-

läggande **insikt om övriga lokala samhällsaktörers verksamheter**, allt i syfte att på ett framgångsrikt sätt kunna hjälpa individer med sammansatta behov. Detta ska vara en naturlig del i verksamheterna för att organisatoriskt optimera samverkan men främst för ett framgångsrikt vardagssamarbete kring individer med sammansatta behov. Provet på detta är genomfört med stöd av Försäkringskassan och Samordningsförbundet i december 2014. Dagen visade ett mycket tydligt behov av ökad kunskap om andra samhällsaktörers verksamhet. **Dessa erfarenheter behöver tas vidare till ett operativt arbete och då omfatta alla berörda samhällsaktörer på orten.**

Sociala mötesplatser i samhället behövs, mötesplatser för olika målgrupper och för att integrera olika grupper; ex. ålder, etnicitet, kön. Beträffande äldre ser vi ett behov av att utveckla tillgång till öppna och inbjudande sociala mötesplatser som lockar till deltagande. Nedbrutet kan det se ut på följande sätt:

- **Kommun:** via skriften *Nolaskogs* samt, via landstingets *Liv och hälsa i Västernorrland* varje år rikta information till mellan uppskattningsvis 10-13 000 personer inom kommunen som är 70 år och äldre om befintliga mötesplatser/träffpunkter. Motvarande via kommunens egen anhörigportal (internet).
- **Svenska kyrkan/Andra samfund:** via bl a diakonin bjuda in till sociala mötesplatser som lockar till deltagande.

Frivillig organisationer - Ett ökat samarbete med frivilligorganisationer behöver övervägas under programperioden. Skälen till detta är bl a:

- Sjukvården och socialtjänsten blir mer specialiserad och fragmentiserad.
- Befolkningen blir äldre och vi ser fler personer med samsjuklighet och komplexa behov.
- Den psykiska ohälsan är omfattande och andelen ökar.
- Våra samhällsekonomiska resurser är begränsade vilket ställer krav på ökad effektivitet, kortare väntetider, minskat glapp mellan olika vård- och stödinsatser, kontinuitet i vårdkedjan.
- Lagstiftning ställer allt större krav på samverkan och samordning.

Samtidigt finns det företeelser som verkar i motsatt riktning och som inte främjar samverkan mellan samhällsaktörer:

- När inte längre expansion av offentlig sektor är att förvänta ökar behovet och intresset av gränsdragningar mellan olika huvudmän.
- Frågor om uppgifts- och ansvarsfördelning ställs på sin spets i tider av minskade ekonomiska resurser – ”Stuprörstänkande”.

3. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

3.1 Internationella mål

WHO ser suicid som en folkhälsoprioritet. WHO:s första suicidrapport "Preventing suicide: a global imperative"⁹ publicerades 2014. Den syftar till att öka medvetenheten om folkhälsoperspektivet på suicid och suicidförsök och att ge suicidprevention hög prioritet på den globala agendan för folkhälsa. Det syftar också till att uppmuntra och stödja länder att utveckla eller förstärka omfattande strategier i suicidprevention och visa på behov av sektorsövergripande arbetssätt för att kunna påverka resultatet.

I WHO:s "Mental Health Action Plan 2013-2020"¹⁰ (handlingsplan 2013-2020) har WHO medlemsstater åtagit sig att arbeta mot det globala målet att minska suicidfrekvensen i länder med 10% till 2020.

WHO:s förslag till suicidförebyggande åtgärder till länder som redan har ett pågående suicidpreventivt arbete men som ännu inte är fullt utvecklat ser ut på följande sätt:

Åtgärdsområde	Aktivitet
Involvera nyckelaktörer	Involvera nyckelaktörer inom alla relevanta områden. Tilldela och tydliggör ansvarsområden.
Minska tillgång till suicidmedel	Samordna och utvidga befintliga insatser för att minska tillgången till medel för självmord (inklusive lagar, politik och praxis på nationell nivå).

⁹ **Publication details** Number of pages: 92 Publication date: 2014 Languages: Arabic, English, French, Japanese, Russian and Spanish ISBN: 978 92 4 156477 9

¹⁰ **Publication details** Number of pages: 48 Publication date: 2013 Languages: English; French; Japanese and Spanish ISBN: 978 92 4 150602

Öka medvetenhet	Utveckla nationella informationskampanjer och genomföra dem med hjälp av evidensbaserad information. Använd metoder och budskap som är anpassade till målgrupperna
Involvera media	Arbeta tillsammans med medier för att förebygga negativa konsekvenser av medierapportering av suicid och i stället utnyttja den främjande potentialen
Organisera hälso- och sjukvården och utbilda personal	Tillhandhåll evidensbaserad akut- och primärvård samt omhändertagande och eftervård. Tillhandahåll fortbildning för personal och anpassa läroplanerna.
Förändra attityder och föreställningar	Förbättra attityder kring att söka hjälp för psykologiska besvär och minska diskriminering av personer med psykisk ohälsa.
Genomför utvärdering och forskning	Utvidga befintlig forskning, anslå resurser för att utvärdera suicidpreventiva insatser på regional och/eller nationell nivå.
Utveckla och implementera en omfattande nationell strategi	Fortsätt utveckla den nationella strategin för att säkerställa att den omfattar många sektorer och täcker alla luckor vad gäller tjänster och implementering.

3.2 Nationella mål

Regeringen har i proposition ”En förnyad folkhälsopolitik” 2007/08:110, som vision att ingen ska behöva ta sitt liv; ”Ingen bör hamna i en sådan utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv.” För att uppnå visionen redovisas nio olika suicidpreventiva strategier:

1. Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper
2. Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för självmord
3. Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord
4. Självmordsprevention som hantering av psykologiska misstag
5. Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
6. Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord
7. Kompetenshöjning av personal och nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik
8. Händelseanalys av lex maria anmälningar
9. Stöd till frivilligorganisationer

3.3 Regionala och lokala mål

I Örnsköldsviks kommun finns flera sektorsövergripande politiska program med tillhörande handlingsplaner som innehåller insatser och åtgärder som kan påverka bestämningsfaktorer och insatser för psykisk ohälsa och suicid. Dessa är folkhälsopolitiska programmet, drogpolitiska programmet, handlingsprogrammet för trygghet och säkerhet, handikappolitiska programmet samt landstinget Västernorrlands folkhälsoplan.

I den av Folkhälsomyndigheten i mars 2015 presenterade ”Struktur för kunskapsbaserad suicidprevention - Ett förslag till samordnad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidförebyggande arbete” föreslås landsting och regioner ansvara för att utveckla samverkan, i syfte att stödja genomförandet av det nationella suicidpreventiva programmet i länet samt att vid behov bistå med utbildning och kompetensutveckling. På lokal nivå föreslås arbetet med suicidprevention integreras i pågående verksamheter i kommunen och andra organisationer.

4. HANDLINGSPLANENS INRIKTNING, MÅL OCH AKTIVITETER

4.1 Inriktning

Örnsköldsviks program för suicidprevention bygger på lokala förutsättningar och behov, bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa och suicid samt övergripande visioner, mål och strategier. Programmet är indelat utefter de nio nationella strategierna. Aktivitetsmålen bygger så långt det går på evidensbaserade och beprövade metoder. Beskrivningar av dessa finns i bilagan. De olika aktiviteterna delas även in utifrån på vilken insatsnivå de utförs:

Hälsofrämjande (promotion) - att öka skyddsfaktorerna

Insatser riktas mot hela befolkningen/populationen och handlar till stor del om att skapa stödande miljöer för hälsa, dvs. att människor får förbättrade förutsättningar att göra goda hälsosamma val i livet.

Förebyggande (prevention) - att minska riskfaktorerna

Insatser riktas mot hela befolkningen eller mot vissa grupper. Förebyggande arbete riktas oftast mot en specifik riskgrupp och innebär att riskerna för skador och ohälsa identifieras, utsluts och/eller minskas.

Primär prevention - insatser riktas mot hela befolkningen/populationen (därmed lyfts även riskgrupperna)

Exempel (gäller både hälsofrämjande och primär prevention):

- Generella förebyggande program/arbete i förskolan och skolan för att stärka ungas förmågor, öka deras sociala och emotionella kompetens, problemlösning, copingförmåga, studieresultat, fysisk aktivitet, motverka alkohol- och drogmissbruk. Innefattar även god studiemiljö, likabehandlingsarbete och insatser för god föräldrakontakt.
- Kunskap om skyddsfaktorer för psykisk hälsa i yrkesgrupper.
- Hälsosamtal för äldre samt mötesplatser
- Vid besök på vårdcentral fokus på levnadsvanor
- Screening inom sjukvården för tidig upptäckt av nedstämdhet/depression (MADR-s), alkohol- och drogmissbruk (AUDIT och DUDIT).
- Föräldrastöd/-nätverk som främjar goda relationer och förebygger familjekonflikter.
- God fysisk miljö som skapar förutsättningar till fysisk aktivitet, natur och rekreation i närmiljön.
- Alkoholförebyggande insatser; minskad tillgänglighet, ökad tillsyn, krogutbildningar för ansvarsfull alkoholservice.
- Beredskap vid tillfällig psykisk ohälsa bland medarbetare.

Sekundär prevention - insatser riktas direkt mot riskgrupper

Exempel:

- Stödinsatser till barn med missbrukande och/eller psykiskt sjuka föräldrar.
- Föräldrastödsgrupp för föräldrar med särskilda behov

Tertiär prevention - insatser riktas mot grupper och individer i behov av behandling/rehabilitering för att motverka en nedåtgående spiral och/eller förhindra återfall

Exempel:

- Riktlinjer/rutiner/beredskap för säkrad handlingskedja vid psykisk ohälsa och specifika suicidpreventiva fungerande kedjor (mottagning av telefonsamtal, öppettider, tillgänglighet).
- Genomföra kvalitetssäkring och händelseanalys.
- Stöd till fortsatt alkohol- och drogfrihet och motverka återfall.

På samtliga preventionsnivåer är det viktigt att bemötande och agerande sker utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt och att arbetet sker i kontinuerlig samverkan.

4.2 Handlingsplan för Suicidprevention (utgår ifrån de 9 nationella strategierna)

Beskriver utvecklingsbehov för att förbättra samordning och arbetssätt mellan och inom verksamheter/instanser. Uppföljningen bör, i möjligaste mån, ske inom ordinarie linjeorganisationer. Angående evidensbaserade metoder som exemplifieras – se bilaga.

NATIONELL STRATEGI 1. Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper					
MÅL Målgrupp: Barn/unga	INSATS SATS- NIVÅ ¹¹	AKTIVITETSMÅL	ANSVAR	TIDPLAN	UPPFÖLJNING
Vilka: Barn och ungdom med stärkta förmågor och god psykisk hälsa	H PP	Medvetet och systematiskt öka skyddsfaktorerna i strukturerad fritidsgårdsverksamhet.	Kommun/Kultur och fritid i samverkan med föräldrainsatser och ideella sektorn	Löpande	Kvalitetssäkring av fritidsgårdsverksamhet. Redovisas i tertialuppföljning 3 varje år.
Nollvision för kränkande behandling	H, PP	Utveckla likabehandlingsarbetet. Arbeta med värdegrunds- och arbetsmiljöfrågor kontinuerligt och aktivt.	Bildning	Löpande enligt fastställt årshjul.	Enligt det systematiska kvalitetsarbetet och lägesbedömningarna på respektive enhet där resultatet från elevenkäter och hälsosamtalen ingår. Sammanställning av anmälan av kränkning till huvudman.
Tidig upptäckt och insats för att motverka psykisk ohälsa som kan leda till suicid	PP SP	Vidmakthålla och utveckla insatser som bättre identifierar "barn till föräldrar med psykisk ohälsa" genom befintliga nätverk. Utarbeta fastställda rutiner för samverkan mellan ansvariga aktörer.	Kommun: Bildning, Valfärd Landsting: MHV, BHV	Löpande	Uppföljning sker årligen inom varje organisation. Kommun: Redovisas i tertialuppföljning 3 varje år. Årliga utvärderingar av fastställda rutiner
	SP	Stötta barn till föräldrar med psykisk ohälsa (med medveten metod)	Landsting: Primärvård, vuxenpsykiatri, BUP. Kommun: Bild-	Löpande	Andelen som använder metod för detta ändamål. Kommun: redovisas i tertialuppföljning 3 varje år.

¹¹ Insatsnivå förkortas: Hälsofrämjande (H), Primär prevention (PP), Sekundär prevention (SP), Tertiär prevention (TP).

			ning, Välfärd.		
	H PP	Personal vid fritidsgårdar deltar i MHFA-kurs.	Kultur och fritid i samverkan med föräldrainsatser och ideella sektorn.	Löpande	Ackumulerat mäta procent av personal vid fritidsgårdar som genomgått kurs i MHFA. Redovisas i tertialuppföljning 3 varje år.
	SP	Stöd till unga brottsoffer via: Brottsofferjouren (BOJ): tel. 0200-21 20 19 e-post. info@ornskoldsvik.boj.se hemsida. www.ornskoldsvik.boj.se Stöd till unga brottsutsatta Målgrupp: Ungdomar under 20 år som utsatts för brott. Stödtelefon 073-274 85 21	Brottsofferjouren Välfärd	Löpande	I ordinarie verksamhet.
Elevhälsas kompetens	H PP, SP	Upprätthålla god kompetens inom verksamheten/förvaltningen samt utveckla fastställda rutiner internt.	Bildning	Löpande	Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete, elevenkäterna samt hälsosamtalen.
MÅL Målgrupp: Vuxna	INSATS SATS- NIVÅ ¹²	AKTIVITETSMÅL	ANSVAR	TIDPLAN	UPPFÖLJNING
Ökat socialt kitt, gemenskap/trygghet (minskad isolering och oönskad ensamhet)	H PP	Inventering och utveckling av och information kring sociala mötesplatser. Riktad information och utskick till ensamstående/ensamma män.	Kommun: Välfärd, Kultur och fritid. Ideell sektor	Löpande	I ordinarie verksamhet. Kommun: mäta besöksantal vid egna träffpunkter/egen verksamhet vid för ändamålet lämpliga tillfällen och frekvens. Redovisa vid tertialuppföljning 3.
Nollvision; mobbning på arbetsplats/föreningslivet	H PP	Värdegrundsarbete, samtal om etik och moral, för att uppnå ökat vuxenansvar (ex. arbetsplatsträffar, medarbetarsamtal).	Som ett första steg: Kommunen som arbetsgivare.	Löpande	Medarbetarsamtal/-enkät.
	PP	Genomföra trygghetsvandringar ute i samhället för att identifiera fysiska riskmiljöer där mobbning sker/kan ske och olycksrisker förekommer,	Kommun via Samhällsbyggnad och Välfärd. BRÅ	1-2 gånger/år.	Kommun: redovisa utförda åtgärder i tertialuppföljning 3.

¹² Insatsnivå förkortas: Hälsofrämjande (H), Primär prevention (PP), Sekundär prevention (SP), Tertiär prevention (TP).

		samt åtgärda detta.	Örnsköldsvik står för verkställigheten.		
Ökat antal föräldrar som är trygga i sin föräldraroll	H PP	Utveckla och erbjuda föräldrastöds-kedja 0-17 år/nätverk (via lämplig modell/metod)	Kommun och Landsting	Löpande	Fungerande föräldrastödskedja. Redovisa vid efterfrågan/specifik uppföljning av delprogram.
Ökat antal goda relationer i familjer	H PP	Vidmakthålla och utveckla relationsstärkande insatser för familjer (via lämplig modell/metod)	Välfärd, via Familjerådgivning	Löpande	Intern uppföljning: Antal deltagare redovisas i tertialuppföljning 3.
	H PP	Vidmakthålla och utveckla relationsstärkande insatser för familjer, ex.vis Familjerådgivning	Ideella sektorn via församlingar	Löpande	Internt i ordinarie verksamhet.
Ökad fysisk aktivitet	PP	Erbjuda hälsoundersökningar för alla 40, 50 och 60-åringar inom Örnsköldsviks kommun.	Landstinget	Löpande	Uppföljning hos huvudman.
	PP	Ge 75-åringar hembesök av hemsjukvården	Välfärd	Löpande	Uppföljning hos huvudman.
NATIONELL STRATEGI 2. Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för suicid					
	INSATS SATS- NIVÅ¹³	AKTIVITETSMÅL	ANSVAR	TIDPLAN	UPPFÖLJNING
Minskat antal suicid i trafiken (Sambandet mellan för hög alkoholkonsumtion och depression, ångest, nedstämdhet och obehagskänslor är stark)	PP	Skapa rutiner för alkoholås eller alkoskåp vid uthämtning/inlämning av nycklar till kommunens tjänstebilar.	Kommun Landsting Arbetsgivare	Kommun: skapa rutin under 2016, därefter löpande.	I ordinarie verksamhet.
	PP	Slumpvisa alkohol- och drogtester vid tjänsteresor med bil (efter principöverenskommelse med fackliga organisationer).	Som ett första steg: Kommun i egen verksamhet. Insats: via företagshälsa	Löpande	I ordinarie verksamhet.

¹³ Insatsnivå förkortas: Hälsofrämjande (H), Primär prevention (PP), Sekundär prevention (SP), Tertiär prevention (TP).

Tidig hjälp vid missbruksupptäckt i trafiken	SP TP	Vidmakthålla SMADIT-verksamheten (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken)	Polisen informerar. Kommun/Välfärd och Landstinget har insatser.	Löpande	I ordinarie verksamhet.
NATIONELL STRATEGI 3. Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid					
Säkra inomhusmiljöer	SP	Översyn och utformning av vårdmiljöer, boenden, arrest - med hänsyn till suicidproblematiken	Landsting Välfärd Polis	Löpande	I ordinarie verksamhet. Antal personer inom heldygnsvård (<i>inkl. särskilda boenden inom kommunen</i>) som suiciderat.
Säkra utomhusmiljöer	PP	Inventera, identifiera och åtgärda riskmiljöer vid räls och vattenförekomst centralt samt utforma barriärer vid risk för suicid	Kommun/Samhällsbyggnad		I ordinarie verksamhet. Redovisa vid tertialuppföljning 3.
NATIONELL STRATEGI 4. Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag					
Individer med psykisk ohälsa eller tillfällig livskris som möter sjukvården/särskilda boenden, får verktyg till självhjälp	SP TP	Tillgängliggöra och föra ut information om befintliga möjligheter till samtal samt självvård.	Landsting Kommun/Välfärd Kyrkor/samfund	Löpande	I ordinarie verksamhet. Kommun: redovisa vid tertialuppföljning 3.
NATIONELL STRATEGI 5. Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser					
Tidig upptäckt och tidiga insatser	PP	Vidmakthålla EPDS-screening (se bilaga)	Lands- ting/Primärvård	Löpande	I ordinarie verksamhet.
God beredskap vid larm	TP	Arbeta för att vidareutveckla rutiner för samverkan vid larm/hot om suicid (larmplaner, ansvarsfördelning, samarbetsformer) genom uppfölj-	Polis Räddningstjänst Landsting		Respektive samhällsaktör i eget system.

		ningar och vidareutbildningar.			
Förbättrat omhändertagande av suicidbenägna personer	TP	Säkerställa rutiner vid första kontakt så att alla ger adekvat stöd, utifrån sin roll, (jmf vid hjärtinfarkt) och att det finns tydlighet i hur man handlar och vilka kontaktvägar som finns.	Landsting Kommun	Löpande	Uppföljning av befintliga rutiner.
Ökad tillgänglighet till självhjälp	SP TP	Informera om Nationella hjälplinjen (NASP) och Anhörigföreningen SPES, Röda korset, Jourhavande medmänniska/präst, 1177 Sjukvårdsrådgivning, BRIS, Föräldrarefön.	Kommun: Bryta ner målet till operativ verksamhet. Landsting	Löpande	I ordinarie verksamhet.
NATIONELL STRATEGI 6. Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid					
Ökad individuell beredskap på arbetsplatser	TP	Kunskap och insikt i hantering av medarbetare som mår psykiskt dåligt. Utbildning och handledning genom exempelvis "Första hjälpen vid psykisk ohälsa" (MHFA).	Kommun Landsting Stora arbetsplatser Ideell sektor	Löpande	Antal utbildade/år i MHFA (uppföljning via Välfärdsförvaltning). Kommun som arbetsgivare: Via respektive förvaltning och redovisning tertial 3
NATIONELL STRATEGI 7. Kompetenshöjning av personal och nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik					
Ökad kunskap om metoder och verktyg och ökad tillgänglighet av den samma	SP TP	Gemensam kunskapsutveckling över vårdgränserna/mellan samhällsaktörer	Kommun Landsting	Löpande	Antal av personalen hos huvudmannen som varje år genomgått utbildning i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik
NATIONELL STRATEGI 8. Händelseanalys av Lex Maria anmälningar					
Ökad kunskap genom utredningar	TP	Händelseanalys av suicid i alla typer av boenden samt för personer med hemtjänst. Detta förutsätter	Kommun	Löpande	I egen verksamhet (och utöver lagkrav).

		också att rutiner för detta skapas inklusive en lärandeprocess utifrån slutsatser av händelseanalyserna. (Nyttja teknik/process som vid Lex Maria anmälningar:			(Beträffande lagkrav, se fotnot) ¹⁴
Ökad kunskap genom utredningar	TP	Händelseanalys av Lex Maria anmälningar	Landsting	Löpande	I egen verksamhet
NATIONELL STRATEGI 9. Stöd till frivilligorganisationer					
Ökat samarbete med ideella sektorn	PP	Erbjuda utbildning till lokala frivilligorganisationer. Ex" Första hjälpen vid psykisk ohälsa" (MHFA).	Kommun Landsting	Löpande	Antal genomförda utbildningar och antal deltagare. Följs upp av Välfärdsförvaltningen.

¹⁴ Lex Maria. Vårdpersonal måste anmäla skador eller risk för skador i vården. Lex Maria är en lag som innebär att ett landsting, en region eller en kommun ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, om en patient drabbats av eller riskerat att drabbas av en allvarlig vårdskada. Vårdskadan eller risken för vårdskada kan ha skett i samband med en undersökning, under vård eller behandling. Sjukvårdspersonal ska även anmäla alla självmord som skett i anslutning till undersökning, vård eller behandling.

BILAGA

Förklaringar till olika föreslagna aktiviteter, begrepp, metoder, nätverk, verktyg osv. presenteras i alfabetsordning men även lokalt arbete för att motverka suicid presenteras.

ABFT (Anknytningsbaserad familjeterapi). Terapin går ut på att hjälpa ungdomar att identifiera anknytningsproblem och föräldrarna med att förstå sin egen anknytningsbakgrund så att de sedan alla tre parterna gemensamt kan ta upp och bearbeta sina upplevelser. Ur detta växer det fram under terapins gång nya sätt att reagera och relatera hos både föräldern och ungdomen med bättre affektreglering och ökad förmåga att tackla problem i relationerna.

Barn och ungdomspsykiatri i Örnsköldsviks använder sig av denna terapiform.

Arbetsmarknadscoaching - ett sätt att arbeta nära individen med målet att få personen att inse sina behov och sätta livsmål.

Används av avdelningen Arbetsmarknad och Integration inom Örnsköldsviks kommun.

Attention – Riksförbundet Attention är en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) så som ADHD, Aspergers syndrom/Autismspektrumtillstånd (AST) och Tourettes syndrom.

Förbundet arbetar bl a för att personer med NPF ska få det stöd de behöver i skolan, på arbetsmarknaden och på fritiden. En stor del av arbetet bedrivs i projekt. Attention arbetar för att öka kunskapen om NPF. Det finns 60 lokalföreningar runtom i landet. Lokalföreningarna arrangerar träffar, utbildningar och gruppaktiviteter.

<http://attention-riks.se/> Attention Örnsköldsvik, 070-665 85 52, E-post: attention.ovik@gmail.com, Hemsida: www.attention-ovik.se

Beardslee - Beardslees familjeintervention är en preventiv metod utvecklad av professor William Beardslee i Boston i USA. Metoden finns med i ett register över evidensbaserade metoder inom psykiatri (mental health) i USA. Familjeinterventionen är den enda metod som riktar sig på prevention i familjer med en förälder med psykisk ohälsa. Den har nationell spridning i Finland genom dr Tytti Solantaus och STAKES (nationell center för forskning och utveckling inom hälso- och sjukvården i Finland). Metoden är utvecklad för att öppna upp samtal om föräldrarnas sjukdom inom familjen. Syftet är att minska barnens risk att insjukna själva genom att stärka skyddande faktorer – öka barnens förståelse för föräldrarnas sjukdom, öka öppenheten inom familjen om sjukdomen, främja föräldrarnas medvetenhet om andra skyddande faktorer, såsom fungerande skola, kompisrelationer, intressen. Metoden har även kortsiktiga vinster. Barnet som anhörig blir hörd, många gånger kan man effektivt lindra barnets oro. Föräldrarnas oro kan minska och som psykiatrisperson kan man känna, att man uppfyller hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens krav på att uppmärksamma barnen till våra patienter. Ursprungligen användes metoden i familjer med en deprimerad förälder, men användningen har spridit sig till andra psykiatriska diagnoser. I Finland har användningsområdena vidgat sig till den somatiska vården, t ex barn till cancerpatienter.

<http://www.barnsomanhoriga.se/index.php/metoder>

Vuxenpsykiatri i Örnsköldsvik arbetar såväl i den öppna som slutna vården med Beardslee.

Bildterapi - är en form av psykoterapi, där man via sina bilder, symboliskt kan söka det svåra/det som gör ont, bearbeta, nå insikt och prova nya vägar. Via sina bilder kan man nå självkännedom, växa, bli starkare och få en kreativ livshållning. För en del är orden svåra, för andra är orden så

många att känslorna inte kommer fram och en djup bearbetning inte riktigt sker. Där man inte riktigt når fram till kärnan och essensen av problem, där man inte alltid finner roten till att må dåligt, ha ångest eller känna sig deppig. Då kan bildterapi som del av samtalet innebära nya möjligheter, öppningar och steg framåt. Då kan bild öppna upp på ett sätt som gör att processen kommer vidare.

Barn och ungdomspsykiatri i Örnsköldsviks använder sig av bildterapi.

COPE - COPE-programmet har utarbetats av professor Charles Cunningham vid McMaster's Children's Hospital i Hamilton, Ontario. Vid centret har man sedan flera år gjort en bred satsning på förebyggande insatser i familjernas närmiljö i samarbete med kommunerna. Även om COPE ursprungligen utarbetades för föräldrar till barn med påtagliga problem med utagerande beteende kan det med fördel erbjudas till alla föräldrar som upplever att de har behov av stöd i att hantera typiska vardagsproblem och konfliktsituationer med sina barn. Genom att erbjuda programmet till alla föräldrar kan man fånga upp föräldrarna tidigt via exempelvis förskola, BVC, elevvård/skolhälsovård.

Syftet är att ge föräldrar verktyg att förstå och hantera sitt barns beteende och stärka dem i sitt föräldraskap. Ett viktigt syfte är också att förbättra samspelet i familjen och att skapa stödjande nätverk. Programmet har en utpräglad pedagogisk inriktning.

Programmet har en väl beprövad manual som finns översatt till svenska och man arbetar utifrån en storgruppsmodell. En COPE-grupp består av mellan 25-30 föräldrar, vilket gör programmet kostnadseffektivt och skapar förutsättningar för ett rikt erfarenhetsutbyte mellan föräldrar. En COPE-kurs omfattar normalt 10 gruppträffar om två timmar. Gruppen träffas en gång i veckan. Programmet är mycket deltagarstyrt och diskussionerna förs ömsom i smågrupper och i stor grupp.

Varje gruppträff är noga strukturerad och avhandlar en strategi. Det kan exempelvis röra sig om hur man uppmuntrar och berömmar sitt barn på ett medvetet sätt för att bryta negativa cirklar i samspelet och för att påverka barnet att bete sig mer följsamt. Föräldrar får också arbeta med hur man kan fördela sin uppmärksamhet mellan syskon, hur man kan bortse från vissa mindre förseelser genom att hålla inne med negativa reaktioner, hur man kan förebygga och planera för att hantera problemsituationer och hur man kan ingripa effektivt när barnet gått för långt. Problemlösningstrategier och belöningssystem ingår också, liksom hur man kan få ett bra samarbete med skolan. Varje gruppträff innehåller återkommande moment. Efter en stunds social samvaro placerar sig deltagarna vid småbord med 4 -7 deltagare och utser en smågruppsledare. Deltagarna diskuterar först hur man lyckats med en hemuppgift baserad på den strategi man behandlat gången innan. Betoningen ligger på de gånger man lyckats tillämpa strategin hemma. Därefter följer en sekvens med videoinspelade scener där deltagarna får se en förälder som begår olika fel i sitt bemötande av ett barn. Utifrån dessa scener får föräldrarna diskutera sig fram till lämpligare förhållningssätt. Den föreslagna, mer lämpliga, strategin byggs upp steg för steg och modelleras/demonstreras i nästa moment av gruppledarna enligt föräldrarnas instruktioner. Föräldrarna arbetar sedan i smågrupper med att hitta andra situationer där de kan använda strategin, varefter föräldrarna två och två själva får träna strategin genom egna övningar. Till sist planerar föräldrarna hur de ska fortsätta tillämpa strategin hemma till nästa gruppträff. Lektionen avslutas med att gruppledaren sammanfattar veckans strategi.

Kursledarna kan vara pedagoger inom förskola och skola, socialarbetare, familjebehandlare, psykologer, sjuksköterskor med flera. Viktiga kvalifikationer är pedagogisk kompetens, kunskap om barn med svårhanterligt beteende och vana vid att leda grupper.

(http://www.svenskacope.se/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=88).

COPE föräldrautbildning finns hos BUP i Örnsköldsvik sedan minst 10 år tillbaka. BUP vänder sig särskilt till föräldrar som har barn med svårigheter att koncentrera sig och att kontrollera sina impulser. Detta i så stor omfattning att det är ett problem för dem själva och deras närmaste omgivning. **Utbildningens innehåll:** Förälder får under utbildningen möjlighet att tillsammans med andra föräldrar prata om hur de kan göra i olika situationer när det gäller deras barn och finna egna lösningar i samspel med de andra deltagande föräldrarna. Vi visar korta filmsnuttar med barn och förälder som illustrerar vanliga problemområden och vi pratar ingående om de olika exemplen. Då kursen bygger på samspelet mellan de deltagande föräldrarna och det de tillsammans diskuterar fram är det viktigt att föräldrar kan delta på så många lektioner som möjligt.

DBT (Dialektisk Beteende Terapi). DBT är en anpassad behandling för personer som har många olika problembeteende samtidigt eller skiftar mellan olika problembeteende. Problembeteenden kan innefatta; ätproblem, panikattacker och undvikande, socialfobisk rädsla, missbruk, självskador, PTSD, specifika fobier etc. Vänder sig till ungdomar mellan 14-18 år.

Minst **fem** av nedanstående problem/symtom behöver uppvisas hos patienten:

1. gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer.
2. uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmännsliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
3. uppvisar påtaglig osäkerhet och instabilitet i självbild och identitetskänsla.
4. visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (till exempel slösaktighet, sexuell äventyrlighet, alkohol-, medicin- eller drogmisbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning, kaotisk livsstil).
5. uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester, suicidhot, eller självskadandehandlingar.
6. är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (till exempel intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några få dagar).
7. känner en kronisk tomhetskänsla.
8. uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (till exempel ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål).
9. har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller dissociativa symptom.

Prioriteringsfaktorer som ger tyngd:

- Nyligen genomfört självmordsförsök vilket betingat sjukhusvård.
- Pågående fysisk självskada (hit räknas inte missbruk, ätstörning etc.).

Barn och ungdomspsykiatri i Örnsköldsviks använder sig av DBT.

EFFEKT - Att motivera och stödja föräldrar att vara restriktiva när det gäller ungdomar och tobak, alkohol och narkotika är en hörnsten i det preventiva arbetet. Effekt är exempel på en metod som ger stöd till föräldrar i att bli mer restriktiva.

Effekt är en föräldramötesmetod som syftar till att förebygga tidig ANT-debut (alkohol, narkotika, tobaka) och minskat berusningsdrickande. Om föräldrar aktivt tar ställning mot att deras barn dricker alkohol och stödjer varandra i att sätta gränser, minskar ungdomars drickande.

Föräldrarna får kunskap om hur man pratar om alkohol med sina barn. Det har stor betydelse för ungdomarnas alkoholvanor att föräldrarna markerar för sina barn att det inte är okej att dricka när man är tonåring. Föräldrarna uppmanas att diskutera med varandra och göra överenskommelser inom föräldragruppen när det gäller regler och normer kring tobak, alkohol och narkotika. Föräldrar bildar nätverk och börjar samarbeta. Förklaringen till att programmet är verksamt är att föräldrarna stärks att bli tydligare i sitt föräldraskap. Det ger i sin tur effekter på barnens beteende. Forskning har visat att ungdomar som växer upp i hem där det råder en tillåtande attityd till ungdomsdrickande, dricker mer och löper större risk att drabbas av alkoholrelaterade problem under ungdomsåren. Bildningsförvaltningen (skolor) använder sig av EFFEKT.

EPDS - Nedstämdhet efter förlossning påverkar den nyblivna mammans självförtroende. Det kan också innebära att mamman får svårt att tänka klart, att koncentrera sig och förvirringskänslor kan förekomma. Nedstämdheten påverkar också förhållandet mellan mor och barn och därmed barnets känslomässiga och kognitiva utveckling. Även om de flesta depressioner efter förlossningen är av lättare slag så finns det risk för mer svårbehandlade tillstånd om mamman inte får adekvat hjälp. Nedstämdheten håller ofta i sig längre utan behandling men även risken för förnyad depression ökar. Cirka 8-15% av nyblivna mammor visar tecken på depression under de första månaderna efter förlossningen. Självskattningsformuläret, EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), är ett lättadministrerat formulär som är väl utprövat såväl internationellt som nationellt. Formulärets syfte är att lyfta fram de mammor som är i behov av samtalsstöd av sin BVC-sjuksköterska. Primärvården erbjuder detta till alla nyblivna mammor.

Grupp Theraplay - är en gruppbehandling där vi arbetar med att stärka relationer mellan jämnåriga. Det är en anknytningsbaserad, vuxenledd gruppaktivitet där alla deltagare inklusive ledare aktivt deltar. Utifrån samarbets- och omsorgsbaserade lekar utvecklas barns självkänsla, känsla av tillhörighet, omsorg, acceptans och tillit gentemot sig själv och andra. Barn och ungdomspsykiatrin i Örnsköldsviks använder sig av denna behandlingsform.

MHFA - Mental Health First Aid (MHFA), som utvecklats i Australien, på svenska benämnt **Första hjälpen till psykisk hälsa**, är ett utbildningsprogram avsett för allmänheten.

Tanken bakom utbildningsprogrammet är snarlik den vid fysisk Första hjälpen-utbildning: Att ge kursdeltagaren sådana kunskaper som tillåter denne att rycka in och ge en första hjälp tills den drabbade fått professionell hjälp. Avsikten är även att sprida kunskap om psykisk ohälsa och sjukdom för att på så sätt minska fördomar och stigmatisering. Med tanke på hur vanligt det är med psykisk sjukdom är det större sannolikhet att träffa på en person med psykiska besvär än att hamna i en situation där man får användning av sina kunskaper i fysisk livräddning.

MI - Motiverande samtal (engelska Motivational Interviewing, MI) är en förändringsinriktad, klientcentrerad och samtidigt styrande samtals-metodik, som används på främst livsstilsområdet. Metoden kan bl.a. användas inom följande problembeteenden: alkohol, droger, kost och fysisk aktivitet, sexuellt riskbeteende, spelberoende, tobak. Intresset för metoden är stort i Sverige, särskilt inom hälso- och sjukvården men även inom kriminalvård, socialvård och skola (FHI).

MI används av avdelningen Arbetsmarknad och Integration samt avdelningen Socialt stöd inom Örnsköldsviks kommun. Ett flertal medarbetare inom Primärvården har denna utbildning och samtalsmetoden används bland annat i mötet med personer i behov av livsstilsförändringar. Vuxenpsykiatri i Örnsköldsvik arbetar såväl i den öppna som slutna vården med MI.

NASP - Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet. Stockholms läns landstings expertorgan för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. NASP ska medverka till: att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök, att undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv, att tidigt upptäcka och bryta negativa trender av självmord och självmordsförsök hos utsatta grupper, att öka kunskapsnivån om självmord samt att stödja personer med självmordstankar och anhöriga till personer som försökt eller har begått självmord. NASP:s verksamhet delas in i fyra huvudområden: forskning och metodutveckling, analys och uppföljning av epidemiologiska data, information, undervisning. <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=13243&l=sv>

Nationella hjälplinjen - en jourtelefon för människor i psykisk kris eller i andra svåra livssituationer. Hjälplinjen drivs av ideella brukar- och anhängargorganisationer på det psykiska hälsområdet och får statliga bidrag under kontroll av Socialstyrelsen. Hjälplinjen erbjuder professionellt, anonymt och kostnadsfritt stöd och hänvisning. Verksamhetsidén är att förebygga psykisk ohälsa genom att erbjuda stöd och hjälp åt människor i psykisk kris eller i svåra livssituationer och deras närstående. Hjälplinjen ska vara ett komplement till den offentliga vården. Visionen är att alla ska veta att hjälplinjen finns till för människor i psykisk kris. Med dess förebyggande verksamhet vill hjälplinjen vara ett permanent komplement till den offentliga vården samt en välkänd källa för opinionsbildning med underlag från dess statistik. Uppdraget är att ge lättillgängligt och medkännande stöd vid psykisk kris. Det unika med Hjälplinjen är att den ger anonymt, professionellt stöd för alla i Sverige byggt på medlemsföreningarnas erfarenheter och värderingar. <http://www.hjalplinjen.se>

NSPH - Nationell samverkan för psykisk hälsa är ett nätverk av patient-, brukar- och anhängargorganisationer inom det psykiatriska området. NSPH ser patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs i vården, stödet och behandlingen. <http://www.nsph.se/>

Nätsam är en verksamhet som startades upp hösten 2007 i Örnsköldsvik. Verksamheten initierades av dåvarande Opsam Barn och Unga med syfte att stärka upp arbetet kring barn med beteendeproblematik 6-16 år. Verksamheten går ut på att samordna insatser från flera ansvariga huvudmän för att nå en gemensam plattform med rätt stöd och profession. I verksamheten finns nätverkare (samordnare) som arbetar deltid och representerar välfärdförvaltningen, bildningsförvaltningen samt barn- och ungdomspsykiatri. De olika nätverken inom verksamheten bedrivs på uppdrag av föräldrarna och det är de som prioriterar vilka frågeställningar som ska behandlas samt vilka som skall ingå i nätverket. Deltagare i nätverken kan exempelvis vara rektor, klasslärare, socialsekreterare, specialpedagog och barnpsykiolog/kurator (kommun/landsting). Nätsam ska vara en lösning när allt annat prövats. För övrigt arbetar Nätsam även konsultativt gällande frågor som rör barn med beteendeproblematik.

Nätverk "Barn till föräldrar med psykisk ohälsa" - Lokalt nätverk som har framtagna rutiner för den verksamhet nätverksdeltagarna jobbar i, för att uppmärksamma de som man kallar "de glömda barnen" (som löper upp till tre ggr större risk att själva insjukna i ångest depressivitet). Medverkande: Bildning, Välfärd, Vuxenpsykiatri, BUP, Primärvård, BVC, Socialpsykiatri.

RSMH - Riksförbundet för Social och Mental Hälsa arbetar för att människor med psykisk ohälsa ska ges förutsättningar att komma tillbaka till ett gott liv. RSMH vill att människor som mår psykiskt dåligt:

- ska bemötas med förståelse och respekt
- ska få professionell hjälp i ett tidigt skede och under tillräckligt lång tid
- ska betraktas som experter på sina egna upplevelser, och ges inflytande över vård och behandling
- ska erbjudas ett brett utbud av olika former av åtgärder, stöd och psykoterapi, eventuellt i kombination med medicinering

I RSMH:s lokalföreningar som finns i hela landet kan du lära känna andra människor med liknande erfarenheter och upptäcka att du inte är ensam. Du är välkommen att ta en pratstund över en fika, delta i utflykter, kurser och föreläsningar eller kanske engagera dig i själva föreningsarbetet. På många håll finns också självhjälpgrupper där man utbyter tankar och erfarenheter för att med tiden må bättre och gå vidare i livet. Lokalföreningarna och förbundet arbetar också för att förbättra förutsättningarna för återhämtning i ett större perspektiv. RSMH deltar i den offentliga debatten, ordnar konferenser och fungerar som remissinstans till olika beslutande myndigheter. Vi utbildar medlemmar i att tillvarata sina rättigheter gentemot kommuner och landsting. Genom utbildning och information till vårdpersonal, politiker och beslutsfattare försöker vi påverka attityder och bemötande samt säkerställa att den vård och service du har rätt till finns tillgänglig. Medlemskap i en RSMH-förening innebär:

- att du tillåts vara den du är och att må som du mår
- att du själv väljer i vilken utsträckning du ska delta i föreningens aktiviteter
- att du uppmuntras att vara med och komma med egna förslag och initiativ
- att du får en chans att upptäcka att du klarar mer än du kanske trodde var möjligt

<http://www.rsmh.se> (RSMH-Örnsköldsvik Fabriksgatan 25 B, 891 33 Örnsköldsvik Tel/Fax 0660-174 50, rsmh@live.se)

Samverkan i Örnsköldsvik – är en organiserad samverkan mellan landsting, kommun, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och polisen i Örnsköldsvik med Samordningsförbundet i Örnsköldsvik som en part. *Samverkan i Örnsköldsvik* är ingen juridisk person utan all verksamhet sker hos någon av huvudmännen eller i samarbete mellan dem.

SMADIT - Samverkan mot alkohol och droger i trafiken. Alkohol- och drogkonsumtionen ökar i hela Sverige. Det beror bland annat på den ökade tillgängligheten via de allt öppnare gränserna mot EU och övriga länder. En ökad tillgänglighet innebär sannolikt även ökat rattfylleri. Ökat rattfylleri ökar även antalet dödade och skadade i trafiken. Rattonykterhet är ett stort samhällsproblem. Var tredje förare som dödas i trafikolyckor är alkoholpåverkad. Hälften av de bilförare som dör i singelolyckor är påverkade av alkohol. Det grova rattfylleriet ökar och många som döms för rattfylleri fortsätter att köra rattfulla. Alkohol- och drogattonyktra som åker fast i trafiken har även ökad risk för suicid.

Polis region Nord (Örnsköldsvik) har som huvudinriktning att motivera samtliga misstänkta samt erbjuda samtal med beroendevård/socialtjänst. Kontakten är frivillig. Samtliga får förutom muntlig information även skriftlig information.

SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken) är en metod där polisen, tullen och kustbevakningen samarbetar med socialtjänsten och beroendevården för att få rattfyllerister att snabbt komma under behandling och rehabilitering. Huvudtanken med Smadit är att rattfyllerister ska få ett erbjudande om samtal med socialtjänst eller beroendevård i samband med att de ertappats rattonyktra. Det är vedertaget att dessa personer är mycket mer mottagliga för att ta emot vård direkt efter att de anträffats av polisen. De ska få erbjudandet så fort som möjligt och helst inom 24

timmar. I stort sett samtliga kommuner i landet arbetar i dag enligt Smadit, men kommunerna har kommit olika långt i arbetet. Rattfylleri omfattar både alkohol och narkotikaklassade droger (Trafikverket).

SO+ är en integrationsmodell som tar upp bland annat relationer och hälsa. Den ges på individens eget språk och är en del i en etableringsprocess.

Används av avdelningen Arbetsmarknad och Integration inom Örnsköldsviks kommun.

SPES (latin=HOPP) – Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandestöd. SPES är en rikstäckande ideell organisation som är parti-politiskt och religiöst obunden. SPES är till för alla som mist en familjemedlem, släkting, partner eller god vän genom suicid. SPES arbetar på ett nationellt, regionalt och lokalt plan, bland annat genom kontaktpersoner, telefonjouren som är öppen varje dag under kvällstid, utbildningar, träffar och självhjälpgrupper samt med information och attitydförändring. SPES har en ungdomssektion med egna kontaktpersoner och egen verksamhet i olika delar av landet. SPES ger ut tidskriften Förgätmigej fyra gånger om året. SPES vill öka kunskapen om suicid som ett samhälls- och folkhälsoproblem samt motverka fördomar och tabuföreställningar. SPES vision är ett suicidsfritt Sverige. <http://www.spes.se>

Suicidprevention - alla relevanta aktiviteter som kan minska sjuklighet, dödlighet och andra konsekvenser associerade med suicidalt beteende. Se: Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag (FHI & Socialstyrelsen 2006)

Vision för en psykiatrisamverkan i Världsklass 2015 – Strategisk samverkan i Örnsköldsvik antogs av Politiska samverkansledningsgruppen i Örnsköldsvik (POLSAM) och Samordningsförbundet i Örnsköldsviks styrelse i mars 2008.

Syftet med visionsuppdraget 2008 var att *"inom möjliga resurser skapa optimal psykisk hälsa hos befolkningen genom psykiatrisamverkan i Örnsköldsvik mellan Kommun, Primärvård, Sjukhus, Försäkringskassa och Arbetsförmedling samt övriga berörda samhällsaktörer"*. Åren 2010-2011 övergick successivt de olika samverkans- och samarbetsgrupperna i praktiken till att omfatta en (1) ny samverkans- och samarbetsgrupp från 2012, nämligen **Samverkan i Örnsköldsvik**. Därtill kom också statens övergripande målsättningar i PRIO-satsningen för åren 2012-2016 (PRIO = Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa). Såväl landstinget som Örnsköldsviks kommun deltar i denna PRIO-satsning vilket innebär såväl länsövergripande samverkan som lokala årliga handlingsplaner för att på olika sätt förbättra villkoren för personer med psykisk ohälsa. I Örnsköldsvik bedriver *"Samverkan i Örnsköldsvik"* ett gemensamt utvecklingsarbete främst inom aktörsövergripande frågor varav detta delprogram är ett exempel på en sådan fråga.

Hur motverkar vi suicid i Örnsköldsvik? (aktuell november 2015)

Samhällsaktörer arbetar och samarbetar på detta sätt

Landstinget har:

- Vuxenpsykiatrisk Vårdmottagning och Vårdavdelning
- Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning
- Vid Örnsköldsviks sjukhus finns en akutmottagning.
- Arbetet sker i huvudsak utifrån fastställda vårdprogram. I ett vårdprogram anges rutiner för samverkan med och information mellan olika delar av vårdkedjan
- Primärvård

I kommunen finns sju hälsocentraler, sex landstingsdrivna och en privat. Primärvården har rutiner för suicidprevention som gäller för alla hälsocentraler. När en hälsocentral är stängd är primärvårdsjouren och det akuta omhändertagandet viktiga delar i det tidiga suicidpreventiva arbetet. Vardagskrisgruppen är kopplad till akutmottagningen för omhändertagande av anhöriga vid svåra vardagskriser såsom exempelvis olyckor med dramatisk utgång.

Kommunal verksamhet:

I kommunal verksamhet finns ingen verksamhet som är specialiserad på personer i s k riskgrupper för suicid. Däremot finns möjlighet till olika former av individanpassat stöd för den som behöver ett extra stöd i vardagen. Insatserna ska ge god vård och omsorg samt göra det möjligt för en person att delta i samhällets gemenskap på samma villkor som andra.

Övrigt

- På orten finns företagshälsor för arbetsgivare som valt denna typ av stöd. Möjlighet till krisomhändertagande kan vara en del i ett avtal mellan en företagshälsa och en arbetsgivare.
- *Lokala Samverkansgruppen (LSG)* med representanter från kommun, landsting, arbetsförmedling, försäkringskassa, polis och samordningsförbund bevakar utveckling inom området och initierar i respektive organisation olika insatser.
- *Samverkansgruppen för suicidprevention* är en arbetsgrupp med representation från ovanstående samhällsaktörer och Svenska kyrkan. Gruppen står för kunskapsinhämtning, kunskapsspridning och vissa lokala arrangemang inom området.

Var kan en person vända sig?

Samverkan utifrån ett individperspektiv:

Samverkan SOS-alarm - Polis - Räddningstjänst - Sjukvård. Sedan 1 december 2012 finns en ny larmstruktur i Västernorrlands län. Strukturen bygger på samverkan mellan SOS-alarm, polis, räddningstjänst och sjukvård i syfte att minska antalet suicid och suicidförsök i länet samt ge kompetenshöjning hos de myndigheter som i sin samhällsfunktion kan medverka till minskande av fullbordade suicid. Hantering av läget av berörda myndigheter fördelas utifrån situationens svårighetsgrad, inverkan av eventuellt vapen och/eller intoxication.

Att hjälpa sig själv eller någon som tänker ta sitt liv:

Gör någonting nu. Om du är orolig för att någon som du känner tänker på att ta livet av sig ska du räcka en hjälpare hand nu. Du kan rädda ett liv. Förutsätt inte att det blir bättre/går över utan hjälp eller att han/hon söker hjälp på egen hand. **Om någon är akut svårt sjuk - ring alltid 112 till SOS-Alarm!**

Akutmottagning Örnsköldsvik, 0660-891 36, Växeltelefon: 0660-890 00

Örnsköldsviks sjukhus, Sjukhusgatan 8, entré framsidan sjukhusområdet.

I nära anslutning till akutmottagningen finns Primärvårdens Jourcentral med distriktsläkare och sjuksköterskor på kvällar, nätter och helger.

Hälsocentral. Du kan välja vilken vårdcentral du vill, oavsett om den ligger i landstinget eller regionen där du är folkbokförd eller någon annanstans. Det gäller alla vårdcentraler som drivs av ett landsting eller en region och privata vårdcentraler som har avtal med landstinget eller regionen.

- **Självordslinjen** <https://mind.se/sjalmordslinjen/> Tel 90101 eller chatt. Öppet dygnet runt.
- **Nationella hjälplinjen** 020-22 00 60, måndag - torsdag kl 17 - 22, fredag, lördag, söndag kl 17 - 24
- **Jourhavande präst** kommer du i kontakt med via 112
- **Jourhavande medmänniska** 0771-900 80
- **BRIS** 0200-230 230
- **BRIS Vuxentelefon om barn** 077-150 50 50, måndag-fredag kl 11 - 13
- **Jourhavande adoptionskompis** 020-64 54 30
- **Linje 59 för bi- och homosexuella ungdomar** 020-59 59 00
- **SPES** Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd. Telefonjour varje dag kl 19 - 23, 08-34 58 73.