



Tjänsteutlåtande

Utfärdat 2022-01-09

Diarienummer N163-1628/22

Handläggare

Kajsa Ahlström, Tobias Gröndahl

Telefon: 031-365 27 46

E-post: kajsa.ahlstrom@socialnordost.goteborg.se,
tobias.grondahl@socialnordost.goteborg.se

Redovisning av kommunfullmäktiges uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg

Förslag till beslut

Socialnämnd Nordost godkänner redovisningen av uppdraget att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg och förklarar uppdraget fullgjort.

Socialnämnd Nordost översänder förvaltningens tjänsteutlåtande till kommunstyrelsen för vidare beredning.

Sammanfattning

Kommunfullmäktige gav i budget 2022 socialnämnderna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst i uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Socialförvaltningarna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst har koordinerat genomförandet av uppdraget och redovisar resultat av det genomförda uppdraget i en gemensam rapport.

Förvaltningens bedömning är att målen om att antalet suicid ska minska inte har uppnåtts och att målen om att antalet suicidförsök ska minska delvis har uppnåtts. Det långsiktiga målet om att suicid varaktigt ska minska har inte uppnåtts. Det långsiktiga målet om att suicidförsök varaktigt ska minska har delvis uppnåtts. Förvaltningens bedömning är att måluppfyllelsen mot planens övriga mål och strategier är låg.

Bedömning ur ekonomisk dimension

Suicid kostar samhället åtskilliga miljarder kronor. Kostnaderna för de förlorade arbets-åren i Sverige har beräknats till cirka nio miljarder kronor om året.¹ Uppföljningen och utvärderingen av planen har dock inte omfattat den ekonomiska dimensionen.

Bedömning ur ekologisk dimension

Förvaltningen har inte funnit några särskilda aspekter på frågan utifrån denna dimension.

Bedömning ur social dimension

Suicid är ett folkhälsoproblem som leder till förlust av människoliv och omfattande psykiskt lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och andra berörda. Det inträffar cirka 1 100 säkert fastställda suicid per år i Sverige. I ytterligare cirka 400 dödfall går det inte att fastställa om dödsorsaken var en olycka eller ett suicid, så kallade osäkra suicid. Så

¹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2015). *Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid*. Den indirekta kostnaden för produktionsbortfallet har beräknats utifrån antalet säkra suicid år 2014.

många som 70–75 procent av de osäkra suiciden har efter psykologiska undersökningar skattats som suicid.²

Under perioden 2016–2020 varierade andelen suicid i Sveriges län mellan 12 och 19 per 100 000 invånare. Sett över en längre tidsperiod, 2006–2020, har andelen suicid ökat i åldersgrupperna 20–29 och 30–44 år och för kvinnor med förgymnasial utbildning. Andelen suicid per 100 000 invånare är högre för män än för kvinnor. Under 2000-talet dog i genomsnitt 22 personer under 18 år per år i suicid. De allra flesta var 13–17 år när de dog.³

Antalet personer som vårdas på sjukhus för suicidförsök eller annan avsiktlig själv-destruktiv handling per 100 000 invånare var under 2000-talet som högst år 2008. Andelen har sedan minskat i de flesta åldersgrupper. Samma sak gäller både kvinnor och män.⁴

Sammanfattningsvis är suicid ett samhällsproblem som kan förebyggas. Suicid är mer än dubbelt så vanligt bland män jämfört med kvinnor. Däremot är det betydligt fler kvinnor än män som försöker att ta sina liv och fler kvinnor än män vårdas på sjukhus för suicidförsök. En annan utsatt grupp är HBTQ-personer. I den gruppen är suicidtankar, suicidförsök och fullbordat suicid vanligare än i befolkningen som helhet.⁵

Suicidpreventivt arbete har stora sociala konsekvenser som berör merparten av invånarna. Suicidprevention hör nära samman med förebyggande och främjande arbete inom området psykisk hälsa. Skydds- och riskfaktorer är samma inom suicidprevention som inom området psykisk hälsa.

Samverkan

Samverkan har skett i förvaltningens samverkansgrupp (FSG) 2023-01-31.

Bilagor

1. Rapport med redovisning av kommunfullmäktiges uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg
2. Strategisk plan för suicidprevention i Göteborg

² Se avsnitt 3.2 i bilaga 1 för fullständiga referenser.

³ Se avsnitt 3.2 i bilaga 1 för fullständiga referenser.

⁴ Se avsnitt 3.2 i bilaga 1 för fullständiga referenser.

⁵ Folkhälsomyndigheten. (2019). *Utblick folkhälsa: Suicidförsök vanligare bland unga hbtq-personer*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2019/februari/utblick-folkhalsa-suicidforsok-vanligare-bland-unga-hbtq-personer/> den 9 december 2022.

Ärendet

Socialnämnd Nordost har att ta ställning till en redovisning av kommunfullmäktiges uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg samt att översända redovisningen till kommunstyrelsen för vidare beredning inför återrapportering till kommunfullmäktige.

Beskrivning av ärendet

Kommunfullmäktige beslutade i oktober 2014 att anta strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Kommunfullmäktiges beslut var inte tidsbegränsat. Planen gäller alltså så länge kommunfullmäktige inte fattar något nytt beslut.

Kommunfullmäktige gav i budget 2022 socialnämnderna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst i uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Socialförvaltningarna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst (nedan benämnda som "socialförvaltningarna") har koordinerat genomförandet av uppdraget och redovisar resultatet av det genomförda uppdraget i en gemensam rapport.

Strategisk plan för suicidprevention i Göteborg

Planen innehåller ett långsiktigt mål, två konkreta mål, åtta strategier och 26 övriga mål som är kopplade till de åtta strategierna.

Planens långsiktiga mål är:

- Suicid och suicidförsök ska varaktigt minska i Göteborg. En säker och trygg stad ska vara fri från suicidförsök och suicid.

Planens två konkreta mål är:

- Antalet suicid i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020.
- Antalet suicidförsök i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020.

De 26 övriga målen fördelar sig inom följande fem områden: åtta mål rör frågor om människors livsvillkor, sex mål rör frågor om uppföljning, två mål rör frågor om kunskap och kompetens, sex mål rör frågor om styrning och ledning och fyra mål rör frågor om intern och extern samverkan.

Avgränsningar i genomförandet av uppdraget

Socialförvaltningarna avgränsade uppdraget till att avse nämnder och styrelser i Göteborgs Stad, som Göteborgs Stad har direkt rådighet över (därför ingår till exempel inte kommunalförbundet Räddningstjänsten Storgöteborg). I planens beskrivning av involverade aktörer nämns vissa specifika nämnder. Förvaltningarna till dessa nämnder omfattas av redovisningen.⁶ För resterande nämnder och styrelser i Göteborgs Stad gjorde socialförvaltningarna ett strategiskt urval. Totalt 17 förvaltningar och bolag deltog i uppföljningen och utvärderingen.

Socialförvaltningarna avgränsade uppdraget till att avse uppföljning av planens mål och strategier samt utvärdering av ändamålsenligheten i planens struktur för styrning och uppföljning. Uppföljningen avgränsades till mål som socialförvaltningarna bedömde vara

⁶ Inklusiva förvaltningar till nämnder som har övertagit motsvarande verksamhetsansvar efter förändringar i Göteborgs Stads politiska organisation sedan år 2014.

uppföljningsbara. I de fall mål i planen inte bedömdes vara uppföljningsbara, avgränsades uppföljningen till den i planen tillhörande strategin.

Socialförvaltningarna har inte kunnat följa upp målet om minskad frekvens av suicid och suicidförsök för gruppen långtidssjuka. Skälet är att antalet unika suicid blir för lågt för att kunna redovisas utan hinder av sekretess samt att det behöver vara fråga om forskning för att Västra Götalandsregionen ska kunna göra nödvändiga individbaserade registerkörningar.

Sverige har en relativ hög andel osäkra suicid. Så många som 70–75 procent av de osäkra suiciden har efter psykologiska undersökningar skattats som suicid. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention vid Karolinska institutet summerar därför säkra och osäkra suicid för att inte få en underrapportering i statistiken.⁷ Socialförvaltningarna beställde av samma skäl summerad statistik för både säkra och osäkra suicid från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister.

Genomförandet av uppdraget

Uppföljningen av de mål som avser minskad frekvens av suicid och suicidförsök skedde främst med hjälp av statistiska uppgifter från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister. Socialförvaltningarna tog också del av enkätbaserade uppgifter från den folkhälsoenkät som Västra Götalandsregionen genomför i samverkan med Folkhälsomyndigheten.

Deltagande förvaltningar och bolag svarade på en självvärderingsenkät. Där tog de ställning till påståenden om hur de arbetar med planen, hur de bedömer sin måluppfyllelse och vilka lärdomar de har gjort i arbetet med planen. Förvaltningarna och bolagen fick möjlighet att skicka in eventuell dokumentation om deras arbete med planen och de deltog i enskilda intervjuer för att svara på frågor om deras arbete med planen. Slutligen gjorde socialförvaltningarna stickprov i förvaltningarnas och bolagens årsrapporter.

Resultat från uppföljningen av mål om minskad frekvens av suicid och suicidförsök

Socialförvaltningarnas slutsats är att målen om att antalet suicid ska minska inte har uppnåtts och att målen om att antalet suicidförsök ska minska delvis har uppnåtts.

Det långsiktiga målet om att suicid varaktigt ska minska har inte uppnåtts. Utvecklingen av antalet säkra och osäkra suicid per 100 000 invånare i Göteborg ökade under första halvan av perioden 2010–2021, för att sedan minska under andra halvan av perioden. Utvecklingen av antalet säkra suicid per 100 000 invånare i Göteborg under perioden 2001–2020 visar ingen entydig och varaktig trend. Under perioden 2010–2020 ökade de säkra suiciden per 100 000 invånare under första halvan av perioden, för att sedan minska något under andra halvan av perioden. Det syns inte heller någon varaktig minskning av antalet säkra och osäkra suicid i Göteborg under åren 2010–2021.

Målet om att antalet suicid i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020 har inte uppnåtts. Antalet säkra och osäkra suicid per 100 000 invånare i Göteborg ökade med 15 procent vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020. Antalet säkra suicid per 100 000 invånare i Göteborg ökade med 21 procent vid en jämförelse mellan 2010–2014

⁷ Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (2022). *Hur beräknas självmordsstatistik?* Hämtad från <https://ki.se/nasp/hur-beraknas-sjalmordsstatistik> den 29 november 2022.

och 2016–2020. Det absoluta antalet säkra och osäkra suicid i Göteborg ökade med 27 procent vid en jämförelse mellan femårsperioderna 2010–2014 och 2016–2020.

Det långsiktiga målet om att suicidförsök varaktigt ska minska i Göteborg har delvis uppnåtts i slutenvården. Antalet vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare i slutenvården minskade under 2010–2021 i Göteborg. Takten i minskning avtar mot slutet av tidsperioden. I Göteborg avviker trenden dock i den sista femårsperioden, 2017–2021, som visar en ökning. Frågan om suicidförsök i folkhälsoenkäten har ändrats under den aktuella tidsperioden och det går därför inte att dra några enkätbaserade slutsatser om utvecklingen.

Målet om att antalet suicidförsök i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020 har uppnåtts i slutenvården. Antalet vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare i slutenvården minskade i Göteborg med 34 procent mellan 2010–2014 och 2016–2020. Sett till antal unika personer i dessa vårdtillfällen per 100 000 invånare var minskningen i Göteborg densamma. Frågan om suicidförsök i folkhälsoenkäten har ändrats under den aktuella tidsperioden och det går därför inte att dra några enkätbaserade slutsatser om utvecklingen.

Resultat från uppföljning av övriga mål och strategier

Deltagande förvaltningar och bolag bedömde sin egen måluppfyllelse mot planens mål och strategier som låg. Endast 1 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de sammantaget har en god måluppfyllelse mot planen.

En knapp fjärdedel svarade att det stämmer bra att de har en organisation för effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid och en knapp femtedel att det stämmer bra att de genomför tillräckliga insatser för att bidra till eller skapa fysiska och andra hinder i syfte att förhindra åtkomst till självmordsmedel. Knappt hälften av förvaltningarna och bolagen uppgav sig ha identifierat sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention och lika många uppgav att det stämmer bra att personalen har tillräckliga kunskaper och kompetens om suicidprevention.

Socialförvaltningarna har inte kunnat analysera orsakssamband mellan genomförda insatser enligt planen och observerade resultat. Det är därför inte möjligt att dra några slutsatser om hur högre måluppfyllelse skulle ha påverkat utvecklingen av suicid och suicidförsök.

Resultat från utvärdering av planen

Planen beslutades innan nuvarande riktlinje för styrande dokument i Göteborgs Stad fastställdes. Det innebär att planen inte är anpassad till nuvarande styrning av planer i Göteborgs Stads styrsystem. Av planen framgår exempelvis inte vem eller vilka som ansvarar för att aktiviteter, insatser eller åtgärder genomförs och när de ska genomföras. Planen innehåller inte heller några inga indikatorer som anger nuläget för att kunna följa utvecklingen.

Mål, strategier och ansvarsfördelning upplevs vara otydliga i planen. Många förvaltningar och bolag uppgav att planens syfte och intentioner är mycket viktiga och något som Göteborgs Stad bör prioritera. De önskade dock att planen vore tydligare i fråga om vad som ska uppnås och på vilka sätt de ska arbeta. De flesta förvaltningar och bolag uppgav också att de upplever att planen är otydlig i fråga om vem som ansvarar för vad.

Planen innehåller mål som Göteborgs Stad inte har rådighet över, så som målen är formulerade i planen. Planen innehåller tre mål om att före år 2020 skapa ett effektivt rapporteringssystem för suicid, suicidförsök och tankar om suicid. Göteborgs Stad kan ta del av nationell och regional statistik, men har inte rådighet över dessa rapporteringssystem.

Planens utformning gör det svårt att följa upp måluppfyllelsen på ett tillfredsställande sätt. Det blir därmed svårt att ta reda på vilka framsteg som görs och vilka kvarstående behov som finns i utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet. Planen innehåller exempelvis inga indikatorer, anger inte hur väsentliga begrepp i målen ska tolkas och mätas och innehåller mål som socialförvaltningarna bedömer inte är uppföljningsbara. Varken planen eller beslutsunderlaget till planen innehåller någon baslinjemätning av målen eller strategierna.

Flera förvaltningar och bolag hänvisade till att antalet program och planer i Göteborgs Stads styrsystem skapar perspektivträngsel och behov av prioriteringar till förmån för grunduppdragen. Av intervjuerna framgår också att de suicidpreventiva aktiviteterna i förvaltningar och bolag enbart i liten utsträckning har ett tydligt samband med planens mål och strategier.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningens bedömning är att målen om att antalet suicid ska minska inte har uppnåtts och att målen om att antalet suicidförsök ska minska delvis har uppnåtts. Det långsiktiga målet om att suicid varaktigt ska minska har inte uppnåtts. Det långsiktiga målet om att suicidförsök varaktigt ska minska har delvis uppnåtts. Förvaltningens bedömning är att måluppfyllelsen mot planens övriga mål och strategier är låg.

Förvaltningen ser den låga måluppfyllelsen delvis som en effekt av att endast en minoritet av förvaltningarna och bolagen uppgav att de arbetar aktivt med planen. De suicidpreventiva aktiviteterna i förvaltningar och bolag har i liten utsträckning ett tydligt samband med planens mål och strategier. De har snarare utgångspunkt i grunduppdrag och egen styrning. Stadsledningskontorets drog samma slutsats i sin uppföljning 2017.⁸

Förvaltningen tolkar resultaten som att den låga måluppfyllelsen delvis är en effekt av planens utformning. Förvaltningen bedömer att planens innehåll och utformning därför bör anpassas till riktlinjen för styrande dokument, att den tydligare bör beskriva ansvarsförhållanden och vilka framtida önskvärda tillstånd målen avser samt ge bättre förutsättningar för uppföljning av mål och strategier.

Kommunfullmäktige gav i oktober 2022 kommunstyrelsen i uppdrag att anpassa program och planer inom området mänskliga rättigheter till en likvärdig struktur samt att återkomma med förslag på nästa steg gällande långsiktig styrning av området. Det skulle även omfatta strategisk plan för suicidprevention i Göteborg.⁹

⁸ KF Handling 2017 nr 133, dnr 0935/17.

⁹ KF handling 2022 nr 186, dnr 1690/20.

Socialförvaltning Nordost

Fredrik Johansson
Förvaltningsdirektör

Tobias Gröndahl
Avdelningschef



Kommunfullmäktiges uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg

Redovisning av uppdrag givet i budget 2022

Sammanfattning

Kommunfullmäktige gav i budget 2022 socialnämnderna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst i uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Socialförvaltningarna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst har koordinerat genomförandet av uppdraget och redovisar resultatet i denna rapport.

Socialförvaltningarna tog del av registerdata om suicid och suicidförsök, lät förvaltningar och bolag svara på en självvärdering, intervjuade företrädare för förvaltningar och bolag, tog del av viss dokumentation och gjorde stickprov i årsrapporter. 17 förvaltningar och bolag deltog i genomförandet av uppdraget.

Socialförvaltningarnas slutsats är att målen om att antalet suicid ska minska inte har uppnåtts och att målen om att antalet suicidförsök ska minska delvis har uppnåtts. Det långsiktiga målet om att suicid varaktigt ska minska har inte uppnåtts. Det långsiktiga målet om att suicidförsök varaktigt ska minska har delvis uppnåtts.

Deltagande förvaltningar och bolag bedömde sin egen måluppfyllelse mot planens mål och strategier som låg. Endast en av förvaltningarna och bolagen svarade att det stämmer bra att de sammantaget har en god måluppfyllelse mot planen. Knappt hälften av förvaltningarna och bolagen uppgav sig ha identifierat sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention.

Socialförvaltningarna har inte kunnat analysera orsakssamband mellan genomförda insatser enligt planen och observerade resultat. Det är därför inte möjligt att dra några slutsatser om hur högre måluppfyllelse skulle ha påverkat utvecklingen av suicid och suicidförsök.

Utvärderingen visar att planen inte är anpassad till riktlinjen för styrande dokument, att mål, strategier och ansvarsfördelning i planen upplevs vara otydliga och att Göteborg Stad saknar rådighet över alla mål i planen. Utformningen av planen gör måluppfyllelsen svår att följa upp. Såväl kunskapsläget som kommunens politiska organisation har förändrats sedan planen fastställdes. Det stora antalet program och planer i styrsystemet upplevs skapa perspektivträngsel och behov av prioriteringar till förmån för grunduppdraget.

Socialförvaltningarna tolkar resultaten som att den låga måluppfyllelsen delvis är en effekt av planens utformning. Vi bedömer att planen därför bör anpassas till riktlinjen för styrande dokument, tydligare bör beskriva ansvarsförhållanden och vilka framtida önskvärda tillstånd målen avser samt ge bättre förutsättningar för uppföljning av mål och strategier.

Socialförvaltningarna tolkar slutligen resultaten som att den låga måluppfyllelsen delvis är en effekt av att endast en minoritet av förvaltningarna och bolagen uppgav att de arbetar aktivt med planen. Vi bedömer att det finns behov av förbättringar i hur förvaltningar och bolag arbetar med planens mål och strategier.

Innehåll

1	Inledning	4
1.1	Uppdraget	4
1.2	Strategisk plan för suicidprevention i Göteborg	4
1.3	Tidigare uppföljning av planen	4
1.4	Avgränsningar	5
1.5	Metoder och datakällor	9
2	Om suicidprevention.....	10
2.1	Omfattningen av suicid och suicidförsök.....	10
2.2	Vad suicidprevention är.....	10
2.3	Den suicidpreventiva styrmiljön.....	11
3	Uppföljning av mål om minskad frekvens av suicid och suicidförsök	12
3.1	Sammanfattande iakttagelser	12
3.2	Utvecklingen av suicid.....	14
3.3	Utvecklingen av suicidförsök.....	16
4	Uppföljning av övriga mål och strategier.....	23
4.1	Sammanfattande iakttagelser	23
4.2	Gruppering av förvaltningar och bolag	24
4.3	Styrning och uppföljning.....	24
4.4	Strategier om att förändra attityder och höja kunskaper	31
4.5	Kompetensutveckling av personal	33
4.6	Förhindra åtkomst av självmordsmedel	35
4.7	Suicidpreventiv samverkan	36
5	Utvärdering av planen	40
5.1	Planen är inte anpassad till riktlinjen för styrande dokument ..	40
5.2	Mål, strategier och ansvar upplevs vara otydliga	40
5.3	Göteborgs Stad har inte rådighet över alla mål.....	41
5.4	Måloppfyllelsen är svår att följa upp.....	41
5.5	Kunskapsläget har utvecklats	41
5.6	Prioriteringar till förmån för grunduppdrag	42
6	Slutsatser	43
6.1	Låg måloppfyllelse mot mål och strategier.....	43
6.2	Behov av utveckling	43
7	Referenser	44

1 Inledning

Detta kapitel beskriver kommunfullmäktiges uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg, planens övergripande mål och struktur, avgränsningar samt metoder och datakällor.

I denna rapport avser ”socialförvaltningarna” socialförvaltningarna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst. När vi skriver om förvaltningen för funktionsstöd och äldre- samt vård- och omsorgsförvaltningen benämner vi dem så.

1.1 Uppdraget

Kommunfullmäktige gav i budget 2022 socialnämnderna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst i uppdrag att följa upp och utvärdera strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Socialförvaltningarna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst har genomfört uppdraget tillsammans.

1.2 Strategisk plan för suicidprevention i Göteborg

Kommunfullmäktige beslutade i september 2011 bifalla en motion från Ann Catrin Fogelgren (FP) om att skapa en strategisk plan för att förebygga suicid. Kommunfullmäktige beslutade sedan i oktober 2014 att anta strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Beslutet var inte tidsbegränsat och planen gäller alltså så länge kommunfullmäktige inte fattar något nytt beslut. Planen innehåller ett långsiktigt mål, två konkreta mål, åtta strategier och 26 övriga mål som är kopplade till de åtta strategierna.

Planens långsiktiga mål är:

- Suicid och suicidförsök ska varaktigt minska i Göteborg. En säker och trygg Stad ska vara fri från suicidförsök och suicid.

Planens två konkreta mål är:

- Antalet suicid i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020.
- Antalet suicidförsök i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020.

De 26 övriga målen fördelar sig inom följande fem områden: människors livsvillkor, uppföljning, kunskap och kompetens, styrning och ledning och samverkan.

1.3 Tidigare uppföljning av planen

Planen innehåller ett mål om att presentera en första uppföljning av planen för kommunstyrelsen under hösten 2016, för tiden 2015 och våren 2016. Denna uppföljning redovisades i uppföljningsrapport 1 2017.¹

¹ KF Handling 2017 nr 133, dnr 0935/17.

Av uppföljningsrapporten framgår att stadsledningskontorets sammanfattande bedömning var ingen måluppfyllelse avseende planens långsiktiga mål och viss måluppfyllelse avseende övriga mål i planen. Det framgår att kännedom om planen varierade mellan olika förvaltningar och att de aktiviteter som förvaltningarna beskrev snarare hade sina utgångspunkter i nämndernas egen styrning än i planen.

1.4 Avgränsningar

Kommunfullmäktiges uppdrag avser både uppföljning och utvärdering av planen. Socialförvaltningarna avgränsade genomförandet av uppdraget till att avse uppföljning av planens mål och strategier samt utvärdering av ändamålsenligheten i planens struktur för styrning och uppföljning.

1.4.1 Deltagande förvaltningar och bolag

Planen gäller för Göteborgs Stads alla nämnder och styrelser. Planen anger dessutom övergripande ansvar och roller för ett antal särskilt utpekade aktörer. Dessa aktörer finns både inom och utanför Göteborgs Stad.²

Socialförvaltningarna avgränsade genomförandet till att avse nämnder och styrelser i Göteborgs Stad, som Göteborgs Stad har direkt rådighet över (därför ingår till exempel inte kommunalförbundet Räddningstjänsten Storgöteborg).

Alla förvaltningar till planens särskilt utpekade nämnder ingår i genomförandet.³ För resterande nämnder och styrelser i Göteborgs Stad gjorde socialförvaltningarna ett strategiskt urval med följande urvalskriterier: nämnder och styrelser som har ansvar och uppgifter som berör större grupper av Göteborgs invånare samt nämnder och styrelser som skulle kunna ha rådighet över suicidpreventiva insatser.

Tabell 1. Deltagande förvaltningar och bolag

Förvaltning/bolag	Nämnd/styrelse
Förskoleförvaltningen	Förskolenämnden
Framtiden	Förvaltnings AB Framtiden
Grundskoleförvaltningen	Grundskolenämnden
Göteborg & Co	Göteborg & Co AB
Stadsledningskontoret	Kommunstyrelsen
Kulturförvaltningen	Kulturnämnden
Lokalförvaltningen	Lokalnämnden
Arbetsmarknad och vuxenutbildningsförvaltningen	Nämnden för arbetsmarknad och vuxenutbildning
Demokrati och medborgarservice	Nämnden för demokrati och medborgarservice

² Aktörer utanför Göteborgs Stad som anges i planen är hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen, Räddningstjänsten Storgöteborg och polismyndigheten.

³ Inklusive förvaltningar till nämnder som har övertagit motsvarande verksamhetsansvar efter förändringar i Göteborgs Stads politiska organisation sedan år 2014.

Förvaltningen för funktionsstöd	Nämnden för funktionsstöd
Socialförvaltningen Centrum	Socialnämnden Centrum
Socialförvaltningen Hisingen	Socialnämnden Hisingen
Socialförvaltningen Nordost	Socialnämnden Nordost
Socialförvaltningen Sydväst	Socialnämnden Sydväst
Trafikkontoret	Trafiknämnden
Utbildningsförvaltningen	Utbildningsnämnden
Äldre- samt vård- och omsorgs- förvaltningen	Äldre- samt vård- och omsorgsnämnden

Kommentar: Kulturförvaltningen har endast svarat på självvärderingen.

Kulturförvaltningen uppgav att de inte har arbetat med strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Förvaltningen uppgav att de, utifrån reglemente och resurser, har prioriterat att arbeta med styrande dokument där de bedömer sig ha störst möjlighet att bidra till måluppfyllelse. Kulturförvaltningen har dock svarat på uppföljningens självvärdering (se avsnitt **Fel! Hittar inte referensskälla.**).

Följande förvaltningar och bolag, som ingick i socialförvaltningarnas strategiska urval, valde att inte delta i uppföljningen och utvärderingen:

- Fastighetskontoret uppgav att fastighetsnämnden inte har ett utpekat ansvar i handlingsplanen och att de därför inte i sin verksamhetsstyrning har arbetat mot planens strategier och mål.
- Göteborgs Hamn AB uppgav att de inte har arbetat med strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Bolaget uppgav att de inte har identifierat sig ha ansvar för utvecklingen av suicidprevention och att de inte i sin egen verksamhetsstyrning har styrt mot planens strategier och mål.
- Idrotts- och föreningsförvaltningen uppgav att de inte har arbetat med strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Förvaltningen uppgav att de inte har identifierat sig ha ansvar för utvecklingen av suicidprevention och att de inte i sin egen verksamhetsstyrning har styrt mot planens strategier och mål.
- Miljöförvaltningen uppgav att de inte har arbetat aktivt med strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Anledningen är att förvaltningen har bedömt att de inom ramen för sina uppdrag enligt reglementet inte har ansvar för uppdrag som kan främja utvecklingen av suicidprevention. Förvaltningen uppgav dock att de i sin verksamhet har aktiviteter som i någon omfattning bidragit till planens mål. Förvaltningen nämnde bland annat kompetensutveckling av personal i krishantering och motiverande samtal samt aktiviteter i arbetsmiljöarbetet som syftar till god arbetsmiljö och hälsa.
- Park- och naturförvaltningen uppgav att de inte har arbetat med strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Skälet är att förvaltningen inte har identifierat sig ha ansvar för utvecklingen av suicidprevention inom ramen för deras uppdrag att sköta, förvalta och utveckla Göteborgs Stads park- och naturområden.

- Stadsbyggnadskontoret uppgav att de inte har arbetat med strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Förvaltningen uppgav att de som myndighet inte har möjligheter att gå utanför lagstiftningen för att förebygga suicidprevention och att de i sin egen verksamhetsstyrning av samma skäl inte kan styra mot planens strategier och mål.

1.4.2 Mål och strategier som ingår i redovisningen

Socialförvaltningarna avgränsade uppföljningen av planen till mål som bedömdes vara uppföljningsbara.⁴ Vi bedömde att för uppföljningsbara mål gäller att det

- är tydligt vad målet avser (specificitet)
- är tydligt hur väsentliga begrepp i målet ska tolkas (entydighet)
- går att mäta den förändring som målet avser (mätbarhet)
- går att mäta den förändringen som målet avser på ett tillförlitligt sätt (tillförlitlighet).

I de fall mål inte bedömdes vara uppföljningsbara, avgränsades uppföljningen till den i planen tillhörande strategin.

Tabell 2. Mål och strategier som omfattas av uppföljningen

Mål eller strategi	Formulering
Långsiktigt mål	Suicid och suicidförsök ska varaktigt minska i Göteborg. En säker och trygg Stad ska vara fri från suicidförsök och suicid.
Konkret mål	Antalet suicid i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020.
Konkret mål	Antalet suicidförsök i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020.
Mål	Antalet suicidförsök och suicid bland barn och unga i Göteborg ska reduceras med 10 procent före år 2020.
Mål	Antalet suicidförsök och suicid bland äldre och långtidssjuka i Göteborg ska reduceras med 20 procent före år 2020.
Mål	Alla anhörigvårdare och de som arbetar professionellt med äldre, t.ex. inom hemtjänst och på särskilda boenden, ska före år 2020 utbildats i krispsykologi och suicidprevention avpassad för denna åldersgrupp.
Strategi	Staden ska initiera attitydförändrande insatser till suicid som ersätter vanföreställningar och myter med kunskap.
Mål	Hög kompetensnivå hos all personal som professionellt möter suicidala personer eftersträvas.
Strategi	Kunskapsnivån hos allmänheten ska höjas så att var och en kan uppmärksamma och stödja en person i en så svår situation att hon ser suicid som en möjlig utväg.
Mål	En säkerhetspolicy som tydligt inkluderar olyckor, suicid och kriser.

⁴ Socialförvaltningarna avgränsade också bort ett mål som rör samma effekt som planens två konkreta mål samt de två mål som slutredovisades till kommunfullmäktige av kommunstyrelsen i uppföljningsrapport 1 år 2017.

Mål	En organisation för effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid.
Mål	Skapa fysiska och andra hinder för att förhindra åtkomst av självmordsmedel.
Mål	Systematisk kunskapsinsamling för utvärdering och kontinuerlig förbättring av dessa åtgärder.
Strategi	Utveckla en rättvisande bild av suicidalitetens epidemiologi i Göteborg.
Strategi	Suicidprevention ska utvecklas i nära samarbete med berörda aktörer.
Mål	Samverkan redovisas i verksamheternas årsrapporter.
Mål	Att skapa ett utbyggt samarbete mellan stadens aktörer och berörda myndigheter och aktörer inom området.
Mål	Varje kommunal verksamhet ska identifiera sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention inom sitt arbetsområde.

Avgränsningen mot uppföljningsbara mål innebär exempelvis att målet om att *mänsklig gemenskap och samhällsliga åtgärder ska öka jämlikheten i samhället* inte omfattas av uppföljningen. Skälet till detta är att socialförvaltningarna bedömde att målet inte är uppföljningsbart. Det är inte tydligt vad målet avser (specifitet), hur väsentliga begrepp i målet ska tolkas (entydighet) eller hur förändringen ska mätas (mätbarhet) på ett tillförlitligt sätt (tillförlitlighet).

Planen innehåller ett mål som avser minskad frekvens av suicid och suicidförsök för gruppen långtidssjuka, vilket socialförvaltningarna inte har kunnat följa upp. Skälet är att det behöver vara fråga om forskning för att göra nödvändiga individbaserade registerkörningar och att antalet unika suicid på kommunnivå blir för lågt för att kunna redovisas utan hinder av sekretess.

1.4.3 Ingen analys av orsakssamband

Socialförvaltningarna har inte kunnat göra någon analys av orsakssamband mellan genomförda insatser enligt planen och observerade resultat. Det är komplext att dra slutsatser om en suicidpreventiv handlingsplan har varit framgångsrik eller inte. Det finns en betydande risk att dra felaktiga slutsatser om orsak och verkan och det är svårt att veta om en insats har påverkat målet och vad som hänt om insatsen inte hade genomförts. Det kan leda till felaktiga slutsatser om handlingsplanens verkan. I forskning hanteras vanligen sådana utmaningar med randomisering och jämförelser över tid, vilket inte har varit möjligt i detta fall.

1.5 Metoder och datakällor

I tabell 3 beskrivs de metoder och datakällor som vi använde i uppföljningen och utvärderingen av planen.

Tabell 3. Metoder och datakällor

Metoder och datakällor	Information
Statistik om suicid och suicidförsök	Uppföljningen av de mål som avser minskad frekvens av suicid och suicidförsök genomfördes genom att ta del av statistiska uppgifter från Socialstyrelsens dödsorsaks- och patientregister, journalbaserade registeruppgifter från Västra Götalandsregionen samt folkhälsoenkäten. ⁵
Självvärdering	Förvaltningar och bolag har svarat på en självvärdering i enkätform. I självvärderingen tog de ställning till påståenden om hur de arbetar med planen, hur de bedömer sin måluppfyllelse och vilka lärdomar de har gjort i arbetet med planen.
Dokumentation	Förvaltningar och bolag har fått tillfälle att skicka in eventuell dokumentation om deras arbete med planen. Äldre- samt vård- och omsorgsförvaltningen har fått tillfälle att skicka in eventuell dokumentation om uppföljning av målet om att alla anhörigvårdare och de som arbetar professionellt med äldre ska ha utbildats i krispsykologi och suicidprevention före år 2020.
Intervjuer	Förvaltningar och bolag deltog i enskilda muntliga intervjuer för att svara på kompletterande frågor om deras arbete med planen. Intervjuerna var semistrukturerade. En intervju genomfördes per förvaltning och bolag, på förvaltnings- och bolagsövergripande nivå. ⁶
Stickprov	För att följa upp målet om att den suicidpreventiva samverkan ska redovisas i verksamheternas årsrapporter gjorde socialförvaltningarna stickprov i förvaltningarnas och bolagens årsrapporter för år 2015, 2018 och 2021.

Information till denna rapport samlades in under andra halvåret 2022.

⁵ Diagnoskoderna X60-X84 (säkra suicid) och Y10-Y34 (osäkra suicid) från aktuella register.

⁶ Socialförvaltningen Hisingen lämnade skriftliga svar på intervjufrågorna.

2 Om suicidprevention

Detta kapitel ger en kort bakgrund till omfattningen av suicid och suicidförsök i Sverige, vad suicidprevention är samt den aktuella styrmiljön.

2.1 Omfattningen av suicid och suicidförsök

Det inträffar cirka 1 100 säkert fastställda suicid per år i Sverige. I ytterligare cirka 400 dödfall går det inte att fastställa om dödsorsaken var en olycka eller suicid, så kallade osäkra suicid (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

I Sverige varierade andelen säkra suicid mellan 12 och 19 suicid per 100 000 invånare mellan länen, uttryckt som femårsmedelvärde 2016–2020. Under perioden 2006–2020 ökade andelen suicid i åldersgrupperna 20–29 och 30–44 år, samt i gruppen kvinnor med förgymnasial utbildning. I gruppen personer födda i övriga Europa och utanför Europa minskade i stället andelen suicid under samma tidsperiod. Män har högre suicidtal än kvinnor (Folkhälso-myndigheten, 2022a; Folkhälsomyndigheten, 2022c).

Under perioden 2000–2018 dog i genomsnitt 22 personer under 18 år per år i suicid i Sverige. De allra flesta var 13–17 år när de dog (Folkhälsomyndigheten, 2021d). Det syns ingen ökning av suicid bland 15–19 åringar (Folkhälso-myndigheten, 2022d).

Antalet personer som vårdas på sjukhus för suicidförsök eller annan avsiktlig självdestruktiv handling per 100 000 invånare i Sverige var under 2000-talet som högst år 2008. Andelen har sedan minskat i de flesta åldersgrupper. Samma sak gäller både kvinnor och män (Folkhälsomyndigheten, 2021b).

Sammanfattningsvis är suicid ett samhällsproblem som kan förebyggas. Suicid är mer än dubbelt så vanligt bland män jämfört med kvinnor. Däremot är det betydligt fler kvinnor än män som försöker att ta sina liv och fler kvinnor än män vårdas på sjukhus för suicidförsök. En annan utsatt grupp är HBTQ-personer, där är suicidtankar, suicidförsök och fullbordat suicid vanligare än i befolkningen som helhet.

2.2 Vad suicidprevention är

Suicidförebyggande arbete (suicidprevention) handlar om att genom olika insatser minska risken att människor tar sitt liv. Vanligtvis delas suicid-preventiva åtgärder in i:

- Universella insatser som riktar sig till hela befolkningen oavsett risknivå och syftar till att öka kunskap och minska stigma, samt att stärka personer innan lidande uppstår.
- Selektiva insatser som riktar sig till grupper som är mer utsatta för suicid-risker och exempelvis kan syfta till tidig upptäckt.
- Indikerade insatser som riktar sig till individer med risk för suicid och exempelvis kan syfta till tidig upptäckt, vård och behandling.

Suicid är ett allvarligt folkhälsoproblem som kan förebyggas. Exempel på universella insatser med vetenskapligt stöd är åtgärder som begränsar tillgången till medel och metoder för suicid, skolbaserade preventionsprogram och breda, kombinerade samhällsinsatser. Exempel på indikerade insatser med vetenskapligt stöd är behandling av depression och att säkerställa en sammanhållen och säker vårdkedja för personer hög risk för suicid (Folkhälsomyndigheten, 2021c).

2.3 Den suicidpreventiva styrmiljön

Riksdagen beslutade 2008 om ett nationellt handlingsprogram för arbetet med att minska självmord (prop. 2007/08:110). Den övergripande visionen är att ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Programmet omfattar insatser på såväl individ- som befolkningsnivå och består av nio åtgärdsområden.

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att lämna in underlag till en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023 (Socialdepartementet, 2020).

Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland har en läns-gemensam handlingsplan för suicidprevention. Målet med handlingsplanen är att antalet suicid i Västra Götaland ska minska med 40 procent till år 2025. Planen ska utgöra en gemensam grund för kommunernas och regionens suicidpreventiva arbete. Det finns även en gemensam handlingsplan för psykisk hälsa i Västra Götaland med ett mål om en nollvision för suicid.

I Göteborgs Stad finns, förutom strategisk plan för suicidprevention i Göteborg, ett flertal styrande dokument som både direkt och indirekt adresserar suicidpreventiva åtgärder.

Kommunfullmäktige gav i oktober 2022 kommunstyrelsen i uppdrag att anpassa program och planer inom området mänskliga rättigheter till en likvärdig struktur samt att återkomma med förslag på nästa steg gällande långsiktig styrning av området. Detta beslut omfattar strategisk plan suicidprevention i Göteborg. Kommunstyrelsen fick också i uppdrag att ta fram ett nytt program som ersätter Göteborgs Stads folkhälsoprogram 2019–2020 och Göteborgs Stads program för en jämlik stad 2018–2026.⁷

⁷ KF handling 2022 nr 186, dnr 1690/20.

3 Uppföljning av mål om minskad frekvens av suicid och suicidförsök

Detta kapitel redovisar resultatet av uppföljningen av de mål i planen som avser minskad frekvens av suicid och suicidförsök.

Uppföljningen kan inte förklara förändringarna som redovisas i detta kapitel, till exempel i vilken mån de kan förklaras av förändrade behandlingsmetoder, förändrad benägenhet att söka vård i samband med suicidförsök och förändrad faktiskt frekvens av suicidförsök. Se även avsnitt 1.4.3.

3.1 Sammanfattande iakttagelser

3.1.1 Målen om att antalet suicid ska minska har inte uppnåtts

3.1.1.1 *Det långsiktiga målet om att suicid varaktigt ska minska i Göteborg har inte uppnåtts*

Utvecklingen av antalet säkra och osäkra suicid per 100 000 invånare i Göteborg ökade under första halvan av perioden 2010–2021, för att sedan minska under andra halvan av perioden. Utvecklingen av antalet säkra suicid per 100 000 invånare i Göteborg under perioden 2001–2020 visar ingen entydig och varaktig trend. Under perioden 2010–2020 ökade de säkra suiciden per 100 000 invånare under första halvan av perioden, för att sedan minska något under andra halvan av perioden. Inte heller sett till de absoluta antalen säkra och osäkra suicid i Göteborg syns en varaktig minskning under tidsperioden 2010–2021.

3.1.1.2 *Målet om att antalet suicid i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020 har inte uppnåtts*

Antalet säkra och osäkra suicid per 100 000 invånare i Göteborg ökade med 15 procent vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020. Antalet säkra suicid per 100 000 invånare i Göteborg ökade med 21 procent vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020. Det absoluta antalet säkra och osäkra suicid i Göteborg ökade med 27 procent vid en jämförelse mellan femårsperioderna 2010–2014 och 2016–2020.

3.1.1.3 *Målet om att antalet suicid bland barn och unga i Göteborg ska reduceras med 10 procent före år 2020 har inte uppnåtts*

Antalet säkra och osäkra suicid per 100 000 invånare i åldrarna 0–20 år i Göteborg ökade med 25 procent vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020. Motsvarande uppgifter för endast säkra suicid saknas i uppföljningen.

3.1.1.4 *Målet om att antalet suicid bland äldre i Göteborg ska reduceras med 20 procent före år 2020 har inte uppnåtts*

Antalet säkra och osäkra suicid per 100 000 invånare i åldrarna 65 år och äldre i Göteborg minskade med 9 procent vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020. Motsvarande uppgifter för endast säkra suicid saknas i denna uppföljning.

3.1.2 **Målen om att antalet suicidförsök ska minska har delvis uppnåtts**

Det är viktigt att påminna om att det är svårt att jämföra förekomsten av suicidförsök över tid inom slutenvården eftersom förändringar av behandlingsmetoder innebär att andelen som behöver läggas in på sjukhus, exempelvis vid överdoseringar, förändras. Det är också viktigt att uppmärksamma att antalet suicidförsök som vårdas i slutenvården uppskattas till ungefär hälften av samtliga suicidförsök. De sammanfattande iakttagelserna nedan bör därför tolkas med större försiktighet än de ovan om suicid.

3.1.2.1 *Det långsiktiga målet om att suicidförsök varaktigt ska minska i Göteborg har delvis uppnåtts i slutenvården*

Antalet vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare i slutenvården minskade under 2010–2021 i Göteborg. Takten i minskning avtar mot slutet av tidsperioden. I Göteborg avviker trenden dock i den sista femårsperioden, 2017–2021, som visar en ökning. Frågan om suicidförsök i folkhälsoenkäten har ändrats under den aktuella tidsperioden och det går därför inte att dra några enkätbaserade slutsatser om utvecklingen.

3.1.2.2 *Målet om att antalet suicidförsök i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020 har uppnåtts i slutenvården*

Antalet vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare i slutenvården minskade i Göteborg med 34 procent mellan 2010–2014 och 2016–2020. Sett till antal unika personer i dessa vårdtillfällen per 100 000 invånare var minskningen i Göteborg densamma, 34 procent. Frågan om suicidförsök i folkhälsoenkäten har ändrats under den aktuella tidsperioden och det går därför inte att dra några enkätbaserade slutsatser om utvecklingen.

3.1.2.3 *Målet om att antalet suicidförsök bland barn och unga i Göteborg ska reduceras med 10 procent före år 2020 har uppnåtts i slutenvården*

Antalet vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare i slutenvården minskade i Göteborg i åldersgruppen 0–20 år med 35 procent mellan 2010–2014 och 2016–2020. Sett till antal unika personer i dessa vårdtillfällen per 100 000 invånare var minskningen i Göteborg 15 procent i åldersgruppen 0–20 år. Här saknar uppföljningen enkätbaserade uppgifter att jämföra med.

3.1.2.4 Målet om att antalet suicidförsök bland äldre i Göteborg ska reduceras med 20 procent före år 2020 har inte uppnåtts i slutenvården

Antalet vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare i slutenvården minskade i Göteborg i åldersgruppen 65 år och äldre med 1 procent mellan 2010–2014 och 2016–2020. Sett till antal unika personer i dessa vårdtillfällen per 100 000 invånare var minskningen i Göteborg 1 procent i åldersgruppen 65 år och äldre. Här saknar uppföljningen enkätbaserade uppgifter att jämföra med.

3.2 Utvecklingen av suicid

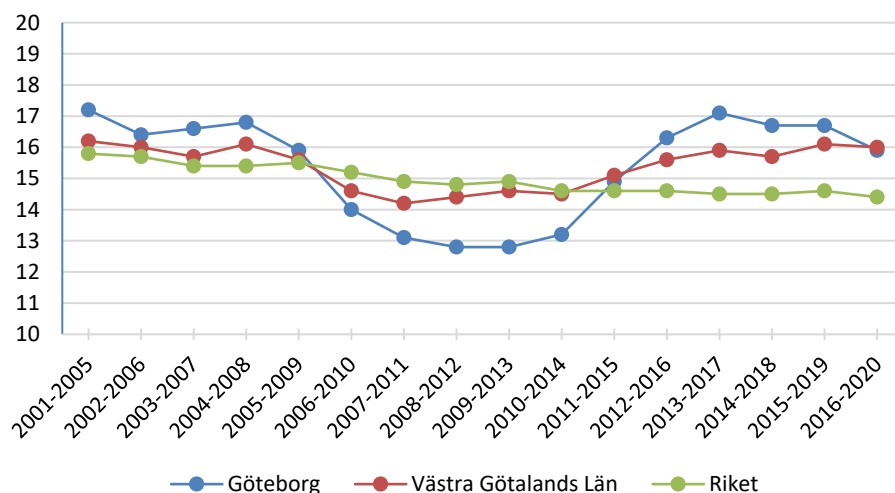
Suicid registreras i Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Socialförvaltningarna har tagit del av bearbetningar av uppgifter från dödsorsaksregistret från Folkhälsomyndigheten samt gjort en egen statistikbeställning från Socialstyrelsen.

Planen innehåller mål om minskad frekvens av suicid och suicidförsök till år 2020, men anger inte från vilket år minskningen ska beräknas. Eftersom det inte är rättvisande att jämföra enskilda år med varandra, på grund av slumpvariationer i antalet suicid och suicidförsök, jämför vi medelvärden för femårsperioder. Som utgångspunkt använder vi femårsperioden innan planen trädde i kraft, det vill säga år 2010–2014. Vi jämför med den femårsperiod som slutar med år 2020, vilket är det årtal som planens mål anger, det vill säga år 2016–2020.

3.2.1 Säkra suicid

Folkhälsomyndigheten redovisar uppgifter om antalet säkra suicid (diagnoskoderna X60–X84) per 100 000 invånare på nationell, regional och kommunal nivå.

Figur 1. Antal säkra suicid per 100 000 invånare, fem års glidande medelvärden



Kommentar: diagnoskoderna X60–X84, personer 15 år och äldre. Observera att skalan på Y-axeln börjar från 10 och inte från 0.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister, bearbetat av Folkhälsomyndigheten.

Vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020 framgår att antal suicid per 100 000 invånare minskade med 1 procent i riket. Samtidigt ökade de med 10 procent i Västra Götaland och med 21 procent i Göteborg.

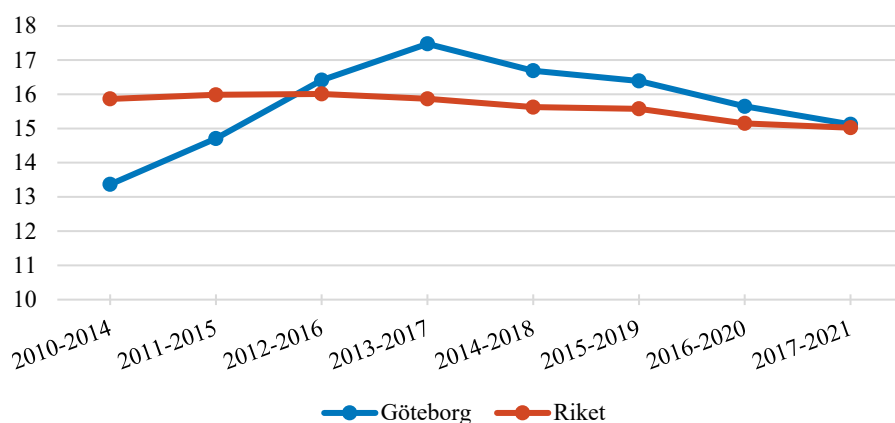
Det finns systematiska könsskillnader i förändringarna mellan 2010–2014 och 2016–2020. Antalet suicid per 100 000 invånare ökade mer för kvinnor än för män. I Göteborg var ökningen 27 procent för kvinnor och 16 procent för män. Detta kan jämföras med en ökning på 20 procent för kvinnor och 5 procent för män i Västra Götaland. I hela riket ökade antal suicid per 100 000 invånare mellan dessa två tidsperioder med 2 procent för kvinnor samtidigt som de minskade med 3 procent för män.

3.2.2 Säkra och osäkra suicid

Socialförvaltningarna beställde statistik om suicid från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Från dödsorsaksregistret användes diagnoskoderna X60-X84 (säkra suicid) och Y10-Y34 (osäkra suicid) för att identifiera underliggande dödsorsaker under år 2010–2021. Uppgifter beställdes för antal suicid per 100 000 invånare i glidande medelvärden, uppdelat på kön och ålder, för Göteborgs kommun och riket.

Sverige har en relativ hög andel osäkra suicid. Så många som 70–75 procent av de osäkra suiciden har efter psykologiska undersökningar skattats som suicid, varför Nationellt centrum för suicidforskning och prevention summerar säkra och osäkra suicid för att inte få en underrapportering (NASP, 2022c). Socialförvaltningarna valde därför att beställa summerad statistik från Socialstyrelsens dödsorsaksregister för både säkra och osäkra suicid.

Figur 2. Antal säkra och osäkra suicid per 100 000 invånare, fem års glidande medelvärden



Kommentar: diagnoskoderna X60–X84 och Y10–Y34, personer 0 år och äldre, endast personer med giltigt personnummer alternativt samordningsnummer ingår. Observera att skalan på Y-axeln börjar från 10 och inte från 0.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020 framgår att antal suicid per 100 000 invånare ökade med 14,6 procent i Göteborg och minskade med 4,7 procent i riket.

Det finns könsskillnader i förändringarna mellan 2010–2014 och 2016–2020. Antalet suicid per 100 000 invånare i Göteborg ökade något mer för män än för kvinnor: 14,8 procent respektive 13,5 procent. I riket minskade i stället antalet suicid för män (-6,7 procent) mer än för kvinnor (-1,3 procent).

Det finns också skillnader i olika åldersgrupper i förändringarna mellan 2010–2014 och 2016–2020. Antalet suicid per 100 000 invånare i Göteborg ökade med 25,1 procent för personer 0–20 år och med 19,5 procent för personer 21–64 år. Däremot minskade antalet suicid per 100 000 invånare med 8,5 procent för personer 65 år och äldre i Göteborg. I riket minskade suiciden i dessa åldersgrupper: -0,2 procent, -5,0 procent och -5,3 procent för personer 0–20 år, 21–64 år respektive 65 år och äldre.

Socialförvaltningarna tog också del av bearbetad suicidstatistik från dödsorsaksregistret av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention vid Karolinska institutet. Detta avser absoluta antal säkra och osäkra suicid för personer 15 år och äldre. Under perioden 2010–2021 tog 974 personer sina liv i Göteborg, vilket motsvarar cirka 81 personer per år. Vid en jämförelse av medelvärden för femårsperioderna 2010–2014 och 2016–2020 finner vi i Göteborg en ökning med 27 procent (NASP, 2022a). Motsvarande förändring för riket var en ökning med 2 procent (NASP, 2022b).

3.3 Utvecklingen av suicidförsök

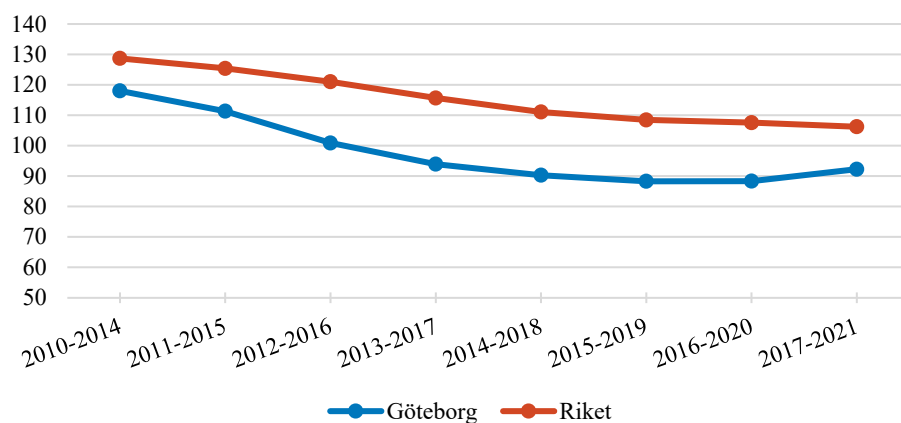
3.3.1 Säkra och osäkra suicidförsök

Socialförvaltningarna beställde statistik om suicidförsök från Socialstyrelsens patientregister. Från patientregistret användes diagnoskoderna X60–X84 (säkra suicid) och Y10–Y34 (osäkra suicid) för att identifiera patientpopulationens vårdtillfällen under år 2010–2021. Uppgifter beställdes för antal suicid per 100 000 invånare i glidande medelvärden, uppdelat på kön och ålder, för Göteborgs kommun och riket. Observera att uppgifterna endast avser slutenvården.

Det är viktigt att påminna om tre omständigheter om utvecklingen av suicidförsök. För det första att antalet suicidförsök som vårdas i slutenvården uppskattas till cirka hälften av alla suicidförsök (NASP, 2022c). För det andra att det är svårt att jämföra utvecklingen av suicidförsök över tid inom slutenvården eftersom förändrade behandlingsmetoder förändrar andelen som behöver läggas in på sjukhus. För det tredje att uppgifterna som redovisas i detta avsnitt rör personer som har sökt sig till slutenvården för vård efter ett suicidförsök och alltså inte mäter den faktiska omfattningen av suicidförsök i samhället.

Vi börjar med att redovisa antal vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök i slutenvården per 100 000 invånare. Vi redovisar sedan uppgifter om antal unika personer i dessa vårdtillfällen.

Figur 3. Antal vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök i slutenvården per 100 000 invånare, fem års glidande medelvärden



Kommentar: avser vårdtillfällen i slutenvården med diagnoskoderna X60–X84 och Y10-Y34, personer 0 år och äldre, endast personer med giltigt personnummer alternativt samordningsnummer ingår. Observera att skalan på Y-axeln börjar från 50 och inte från 0.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Figur 3 visar att antalet vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare inom slutenvården minskade under den observerade perioden, både i Göteborg och riket. Minskning avtar mot slutet av perioden i både riket och Göteborg. I Göteborg ser vi dock en ökning under den sista femårsperioden.

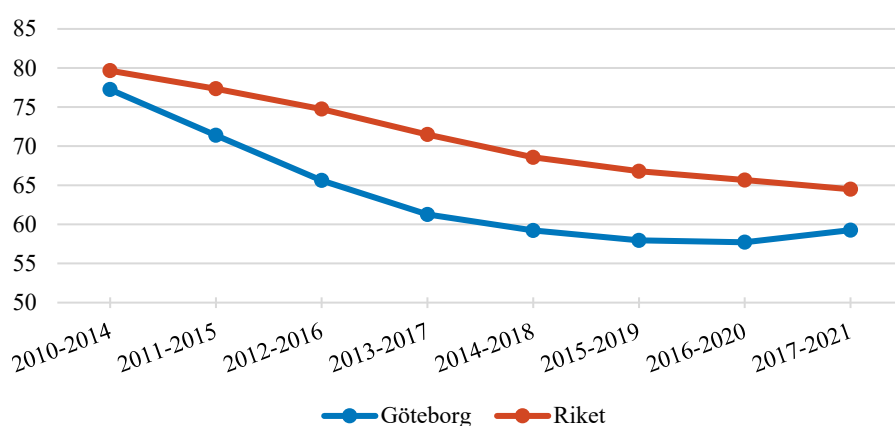
Vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020 framgår att antal vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare inom slutenvården minskade med 34 procent i Göteborg och med 20 procent i riket.

Det finns könsskillnader i förändringarna mellan 2010–2014 och 2016–2020. Minskningen var större för män än för kvinnor både i Göteborg och i riket. I Göteborg minskade antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare med 36 procent för män och med 32 procent för kvinnor. Motsvarande uppgifter för riket är 27 respektive 15 procent.

Det finns också skillnader mellan olika åldersgrupper i förändringarna mellan 2010–2014 och 2016–2020. I Göteborg är minskningen störst i åldersgruppen 21–64 år med 39 procent, följt av 0–20 år med 35 procent och 65 år och äldre med 1 procent. Riket följer samma mönster: 23 procent i åldersgruppen 21–64 år, 16 procent i gruppen 0–20 år och 1 procent i gruppen 65 år och äldre.

En person kan förekomma i flera vårdtillfällen under samma period. Vi behöver därför också undersöka antalet unika personer i de redovisade vårdtillfällena.

Figur 4. Antal unika personer i vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök i slutenvården per 100 000 invånare, fem års glidande medelvärden



Kommentar: avser unika personer i vårdtillfällen i slutenvården med diagnoskoderna X60–X84 och Y10-Y34, personer 0 år och äldre, endast personer med giltigt personnummer alternativt samordningsnummer ingår. Observera att skalan på Y-axeln börjar från 50 och inte från 0.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Figur 4 visar genomgående lägre värden än

Figur 3. Det innebär att antalet unika personer genomgående är färre än antalet vårdtillfällen. Annorlunda uttryckt innebär det att samma personer återkommer i flera vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök. Trenden i

Figur 4 är densamma som i

Figur 3, det vill säga en minskning över tid, med en liten ökning i Göteborg sista femårsperioden.

Vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020 framgår att antalet unika personer i vårdtillfällen för säkra och osäkra suicidförsök i slutenvården per 100 000 invånare minskade med 34 procent i Göteborg och 21 procent i riket.

Även här finns skillnader mellan män och kvinnor vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020. Det är samma mönster som ovan, det vill säga att minskningen är större för män än för kvinnor, både i Göteborg och i riket. Storleksordningen på de procentuella minskningarna är samma som ovan.

Här finns också skillnader mellan olika åldersgrupper vid en jämförelse mellan 2010–2014 och 2016–2020. Det är samma mönster som ovan, det vill säga att minskningen är störst för gruppen 21–64 år, följt av 0–20 år och 65 år och äldre. Sett till antal unika personer i vårdtillfällen i slutenvården för säkra och osäkra suicidförsök per 100 000 invånare finner vi i Göteborg en minskning om 46 procent i gruppen 21–64 år, 15 procent i gruppen 0–20 år och 1 procent i gruppen 65 år och äldre. I riket är motsvarande uppgifter 25 procent, 19 procent respektive 3 procent.

Socialförvaltningarna tog också del av journalbaserad registerdata från Västra Götalandsregionen för tidsperioden 2010–2021 för boende i Göteborg. Uppgifterna rör endast slutenvården och särredovisar säkra och osäkra suicidförsök. Vi finner att antalet vårdkontakter för osäkra suicidförsök per 100 000 invånare utgör 7–20 procent av det totala antalet vårdkontakter per 100 000 invånare för säkra och osäkra suicidförsök under 2010–2021. Variationen är densamma, 8–22 procent, för antalet unika personer i dessa vårdkontakter per 100 000 invånare.

3.3.2 Enkätbaserade uppgifter om suicidförsök

Socialförvaltningarna tog del av uppgifter om självrapporterade suicidförsök från Västra Götalandsregion, från folkhälsoenkäten år 2010–2021. Den aktuella enkätfrågan ändrades mellan undersökningarna 2015 och 2016 och det finns därför inte en jämförbar tidsserie för hela vår tidsperiod.

Tabell 4. Svar på frågan "Har du någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta ditt liv?"

År	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
2010	98,5 % (99,0 %)	1,0 % (0,6 %)	0,5 % (0,4 %)
2011	99,0 % (99,2 %)	0,7 % (0,6 %)	0,3 % (0,2 %)
2012	98,8 % (99,4 %)	0,9 % (0,5 %)	0,3 % (0,1 %)
2013	98,1 % (98,7 %)	1,1 % (0,9 %)	0,8 % (0,4 %)
2014	98,3 % (99,0 %)	1,1 % (0,7 %)	0,6 % (0,3 %)
2015	98,8 % (99,0 %)	0,8 % (0,8 %)	0,4 % (0,3 %)

Kommentar: tabellen anger värden för Göteborg med värden för Västra Götaland i parenteserna.

Källa: Västra Götalandsregionen, koncernkontoret.

Tabell 4 visar att andelen som uppger att de någon gång under de senaste 12 månaderna har försökt ta sina liv är högre i Göteborg än medelvärdet för hela Västra Götaland. I Göteborg varierade andelen som uppgav att de (en eller flera gånger) under de senaste 12 månader försökt ta sina liv mellan 1,0–1,9 procent av befolkningen under 2010–2015. Motsvarande andel varierade mellan 0,6–1,3 procent av befolkningen i Västra Götaland.

Tabellen ovan visar också att det inte finns någon tydlig trend i andelen som uppger att de (en eller flera gånger) har försökt ta sina liv under år 2010–2015. Treårsmedelvärdet för 2010–2012 ligger i Göteborg på 1,3 procent och för 2013–2015 på 1,6 procent, vilket skulle kunna indikera en ökande trend. Samma sak kan observeras i Västra Götaland: 0,8 procent för 2010–2012 och 1,1 procent för 2013–2015. För att kunna dra mer bestämda slutsatser om trend skulle mer data behövas.

Tabell 5. Svar på frågan ”Har du någon gång försökt ta ditt liv?”

År	Nej, aldrig	Ja, för mer än 12 månader sedan	Ja, under de senaste 12 månaderna
2016	96,0 % (95,6 %)	3,4 % (4,0 %)	0,6 % (0,3 %)
2018	95,3 % (95,8 %)	4,0 % (3,7 %)	0,7 % (0,5 %)
2020	95,0 % (95,7 %)	4,5 % (3,9 %)	0,5 % (0,4 %)
2021	95,2 % (95,8 %)	4,4 % (3,9 %)	0,4 % (0,3 %)

Kommentar: tabellen anger värden för Göteborg med värden för Västra Götaland i parenteserna.

Källa: Västra Götalandsregionen, koncernkontoret.

Tabell 5 visar att även med de nya frågeformuleringen ligger andelen som uppger att de någon gång under de senaste 12 månaderna har försökt ta sina liv högre i Göteborg än i Västra Götaland. I Göteborg varierar andelen mellan 0,4–0,7 procent av befolkningen och i Västra Götaland mellan 0,3–0,5 procent av befolkningen under 2016–2021. Tidsserien är för kort för att dra några säkra slutsatser om utvecklingen över tid. Andelarna är lägre här än med den tidigare frågeformuleringen. Möjligen kan det bero på att den tidigare frågan explicit frågade efter olika antal suicidförsök, vilket den nya frågan inte gör.

4 Uppföljning av övriga mål och strategier

Detta kapitel redovisar resultatet av uppföljningen av övriga mål och strategier i planen, se tabell 2 på sidan **Fel! Bokmärket är inte definierat..** Mål som avser minskad frekvens av suicid och suicidförsök redovisas i kapitel 3.

4.1 Sammanfattande iakttagelser

Deltagande förvaltningar och bolag bedömde sin egen måluppfyllelse mot planens mål och strategier som låg. Endast en av förvaltningarna och bolagen svarade att det stämmer bra att de sammantaget har en god måluppfyllelse mot planen. Knappt hälften av förvaltningarna och bolagen uppgav sig ha identifierat sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention.

Få förvaltningar och bolag uppgav att de har initierat eller medverkat till insatser som riktar in sig på att öka allmänhetens kunskaper och som kan antas förändra attityder kring suicid. De kompetenshöjande insatser som genomförts varierar från löpande till enstaka utbildningsinsatser samt om det är kompetenshöjning för breda personalgrupper eller mer selektiv kompetenshöjning för personal som möter riskgrupper. Flertalet, 13 förvaltningar och bolag, uppgav att de inte hade identifierat ett ansvar för någon form av universella suicidpreventiva insatser, där sådana insatser för allmänheten ingår. Knappt hälften av förvaltningarna och bolagen svarade att personalen har tillräcklig kunskap och kompetens om suicidprevention i förhållande till sitt ansvar och sina arbetsuppgifter.

En fjärdedel av förvaltningarna och bolagen svarade att det stämmer bra att de har en organisation för effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid. Något färre uppgav att det stämmer bra att de genomför tillräckliga insatser för att bidra till eller skapa fysiska och andra hinder i syfte att förhindra åtkomst till självmordsmedel.

4–5 av 17 förvaltningar och bolag uppgav att de har en väl fungerande suicidpreventiv samverkan med verksamheter inom Göteborgs Stad respektive med externa aktörer.

Systematisk kunskapsinsamling för utvärdering och förbättring av suicidpreventiva åtgärder förekommer i liten utsträckning. Endast en av förvaltningarna och bolagen svarade att det stämmer bra att de prioriterar inriktningen på sitt suicidpreventiva arbete med utgångspunkt i utvecklingen av suicid i Göteborg och i omvärlden. Några förvaltningar uppgav dock att arbete kopplat till psykisk hälsa följs upp, analyseras och utvärderas kontinuerligt och för att stärka det förebyggande och främjande arbetet med psykisk hälsa.

Avslutningsvis framgår det av intervjuerna att det pågår ett suicidpreventivt arbete i deltagande förvaltningar och bolag inom ramen för grunduppgifterna.

4.2 Gruppering av förvaltningar och bolag

Resultaten är grupperade i den följande resultatredovisningen. Grupperingen utgår från förvaltningar och bolag med liknande grunduppdrag.

Tabell 6. Gruppering av förvaltningar och bolag

Förvaltning/bolag	Grupp
Framtiden	Fysisk miljö
Lokalförvaltningen	Fysisk miljö
Trafikkontoret	Fysisk miljö
Förvaltningen för funktionsstöd	Socialtjänst
Socialförvaltningen Centrum	Socialtjänst
Socialförvaltningen Hisingen	Socialtjänst
Socialförvaltningen Nordost	Socialtjänst
Socialförvaltningen Sydväst	Socialtjänst
Äldre- samt vård- och omsorgsförvaltningen	Socialtjänst
Arbetsmarknad och vuxenutbildning	Utbildning
Förskoleförvaltningen	Utbildning
Grundskoleförvaltningen	Utbildning
Utbildningsförvaltningen	Utbildning
Demokrati och medborgarservice	Övriga
Göteborg & Co	Övriga
Kulturförvaltningen	Övriga
Stadsledningskontoret	Övriga

Kommentar: Kulturförvaltningen har endast svarat på självvärderingen.

Förvaltningarnas och bolagens svar i självvärderingen och under intervjuerna avviker i vissa fall från varandra. I några fall är orsaken till avvikelsen känd, medan den i andra fall är okänd. Där det är aktuellt kommenterar vi sådana avvikelser i den följande resultatredovisningen.

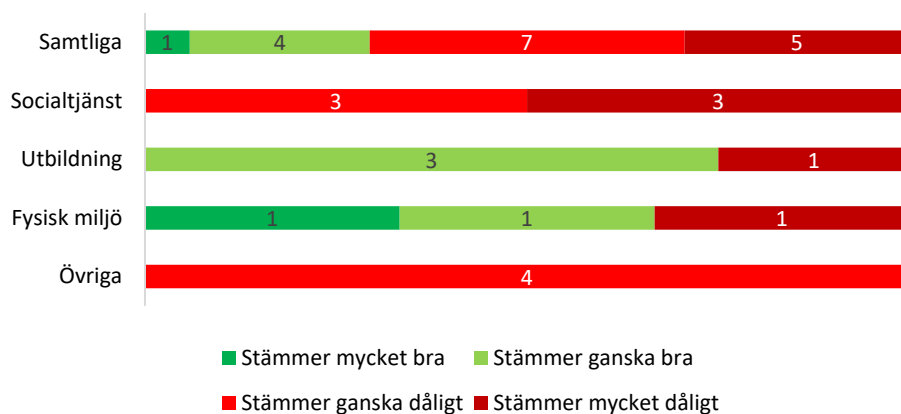
4.3 Styrning och uppföljning

Vi inleder redovisningen med resultat som rör styrning och uppföljning mot planen.

4.3.1 Erfarenheter av att styra och följa upp mot planen

7 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de är insatta i de strategier och mål i planen som berör den egna verksamheten. Det är dock färre som uppgav att de arbetar aktivt med planen.

*Figur 5. Förvaltningen/bolaget arbetar aktivt med strategier och mål i planen.
Antal förvaltningar/bolag.*



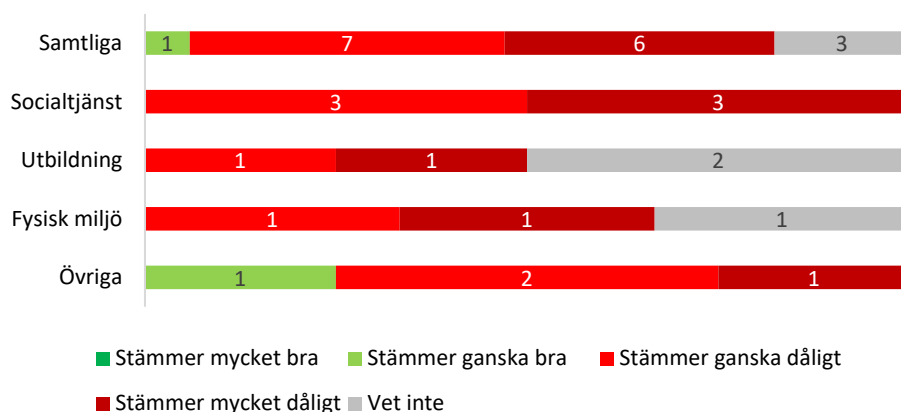
7 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de är insatta i de strategier och mål i planen som berör den egna verksamheten. Det är dock färre som uppgav att de arbetar aktivt med planen.

Figur 5 visar att 5 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de arbetar aktivt med strategier och mål i planen. I socialtjänstgruppen och i gruppen övrigt var det inte någon som svarade att det stämmer bra. I utbildningsgruppen svarade 3 av 4 att det stämmer bra.

Socialförvaltningarna frågade deltagande förvaltningar och bolag om de har någon dokumenterad strategisk verksamhetsstyrning mot strategier och mål i planen. Den dokumentation som har inkommit har snarare handlat om suicidpreventiva rutiner i kärnverksamheten än strategisk verksamhetsstyrning för att omsätta planen i den egna förvaltningen eller bolaget.

När förvaltningarna och bolagen värderade sin egen måluppfyllelse framgår att de generellt värderar den lågt.

Figur 6. Förvaltningen/bolaget har sammantaget en god måluppfyllelse mot strategisk plan för suicidprevention i Göteborg. Antal förvaltningar/bolag.



1 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de sammantaget har en god måluppfyllelse mot planen. I socialtjänstgruppen svarade samtliga att det stämmer dåligt. På detta påstående finns flera som svarade att de inte vet.

Vid korstabulering av resultaten finns intressanta samband. 100 procent av de som svarade nej på frågan om de har identifierat sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention svarade att det stämmer dåligt att de sammantaget har en god måluppfyllelse mot planen. 90 procent av de som svarade att det stämmer dåligt att de kontinuerligt förbättrar sitt suicidpreventiva arbete svarade att det stämmer dåligt att de sammantaget har en god måluppfyllelse mot planen.

Endast ett fåtal deltagande förvaltningar eller bolag har uppgett att de har egen dokumenterad uppföljning som rör, eller tar sin utgångspunkt i, planens strategier och mål.

I intervjuerna med förvaltningar och bolag uppgav merparten att det inte skett ett strategiskt arbete med suicidprevention med planen som utgångspunkt. Över lag är kännedomen om planen låg och i intervjuerna nämner ingen att de har brutit ned planen och identifierat sitt ansvar som förvaltning eller bolag. I några förvaltningar och bolag har det funnits kännedom om planen men det har antingen fattats ett aktivt val att inte arbeta med den eller så har den haft låg prioritet.

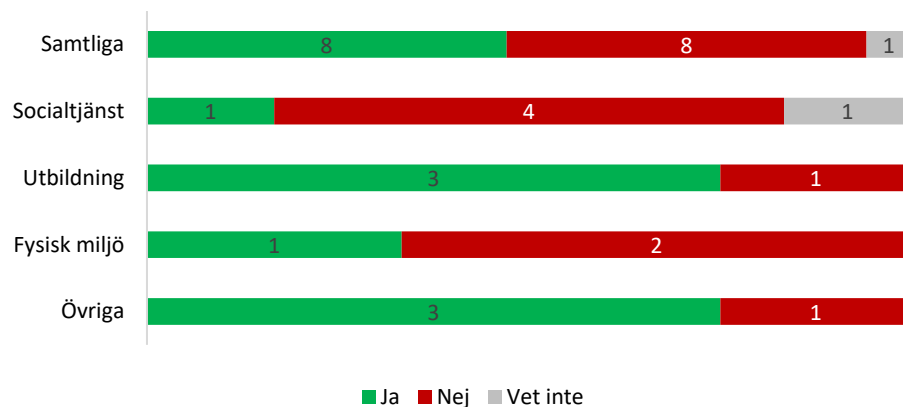
De anledningar som förvaltningar och bolag uppgav till att planen har haft en låg styreffekt handlar om att de anser att antalet planer och program i Göteborgs Stad är stort och att detta är problematiskt för styrningen. Det påpekas också att många förvaltningar och nämnder genomgått en stor omorganisation och att detta har lett till hög arbetsbelastning inom andra områden. Inom några områden i socialtjänstgruppen har det funnits en struktur och uppföljning för utbildning av personal men detta prioriterades ned på grund av covid-19-pandemin.

Många förvaltningar och bolag påpekade att även om kännedom, styrning och ledning mot planen har varit låg så har det gjorts och fortfarande görs ett suicidpreventivt arbete inom ramen för grunduppdragen. Förvaltningar i socialtjänstgruppen nämner kopplingar till aktiviteter inom folkhälsa, i utbildningsgruppen påpekar de att elevhälsan arbetar mycket med psykisk ohälsa. Förvaltningar i gruppen fysisk miljö genomför arbete kopplat till nollvisionen i trafiken samt i enlighet med plan- och bygglagen gällande till exempel fysiska hinder för suicid vid byggnation.

4.3.2 Varje kommunal verksamhet ska identifiera sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention inom sitt arbetsområde

I planen finns ett mål om att varje kommunal verksamhet ska identifiera sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention inom sitt arbetsområde.

Figur 7. Har förvaltningen/bolaget identifierat sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention? Antal förvaltningar/bolag.



Av

Figur 7 framgår att ungefär hälften av förvaltningarna och bolagen uppgav sig ha identifierat sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention. Andelen som har identifierat sitt ansvar är högst i utbildningsgruppen och i gruppen övriga (3 av 4), följt av gruppen fysisk miljö (1 av 3) och socialtjänstgruppen (1 av 6).

I intervjuerna med förvaltningar och bolag framgår att de identifierar sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention på olika sätt beroende på verksamhetsområde. Förvaltningar i socialtjänstgruppen identifierar sitt ansvar för suicidprevention som att kunna möta invånare och brukare med psykisk ohälsa på ett ändamålsenligt sätt. I utbildningsgruppen identifierar förvaltningarna att suicidprevention är att säkra det förebyggande och främjande arbetet för en god psykisk hälsa hos barn och unga där elevhälsan är en viktig resurs i arbetet. Förvaltningar och bolag i gruppen fysisk miljö ser att deras ansvar i det suicidpreventiva arbetet är att upptäcka, synliggöra och åtgärda risker i den fysiska miljön. Det finns också verksamheter inom detta område som ser att sociala insatser i olika bostadsområden är ett ansvarstagande för att förebygga psykisk ohälsa.

4.3.3 En säkerhetspolicy som tydligt inkluderar olyckor, suicid och kriser

Planen innehåller ett mål om att Göteborgs Stad ska ha en säkerhetspolicy som tydligt inkluderar olyckor, suicid och kriser. Socialförvaltningarna har följt upp om säkerhetspolicyn inkluderar suicid. Frågor om detta ställdes i intervjuerna, varför vi här inte redovisar något resultat från självvärderingen.

Göteborgs Stads nuvarande säkerhetspolicy anger att följande åtgärdsområden ska inkluderas i säkerhetsarbetet: personsäkerhet, fysisk säkerhet, informations-säkerhet och krisberedskap. Socialförvaltningarna konstaterar att säkerhetspolicyn alltså inte nämner suicid som ett åtgärdsområde.

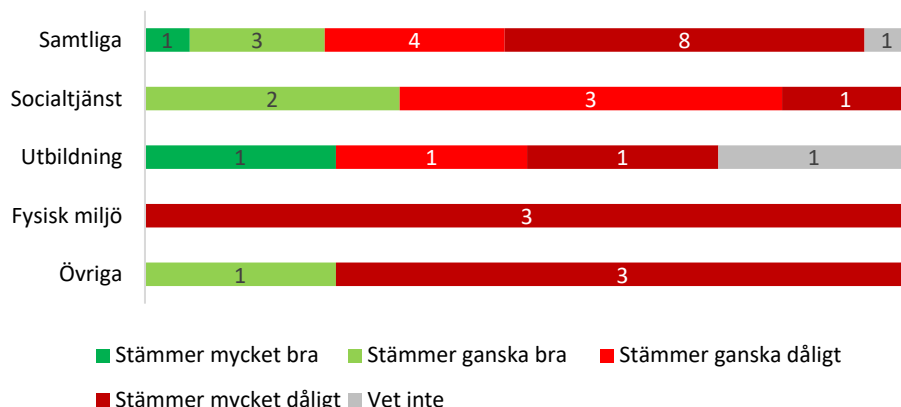
I intervjuerna uppger flera förvaltningar och bolag att de har svårt att ta ställning till om suicidrisker ingår i säkerhetspolicyn eller inte. Andra anser att suicidrisker inte omfattas av säkerhetspolicyn och hänvisar till andra styrdokument eller till att suicidrisker bör hanteras inom HR-området eller vårdsektorn.

Socialförvaltningarnas slutsats är att säkerhetspolicyn inte tydligt inkluderar suicid.

4.3.4 En organisation för effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid

Planen innehåller ett mål om att det ska finnas en organisation för effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid. Akuta ingripanden, tillsammans med förhindrad åtkomst av självmordsmedel, är enligt planen effektiva medel för att förhindra oönskade händelser.

Figur 8. Förvaltningen/bolaget har en organisation för effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid inom sitt ansvarsområde eller verksamhet. Antal förvaltningar/bolag.



4 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de har en organisation för effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid inom sitt ansvarsområde eller verksamhet. Andelen positiva svar är högst i socialtjänstgruppen (2 av 6), följt av utbildningsgruppen (1 av 4) och gruppen övriga (1 av 4).

Flera förvaltningar i socialtjänstgruppen uppger att deras verksamheter har kunskap om var man ska vända sig för att den enskilde kan få rätt stöd. De lyfter också vikten av samverkan med sjukvården och dess roll och ansvar. Majoriteten av förvaltningarna i utbildningsgruppen hänvisade till sin krisorganisation där bland annat elevhälsan ingår. Här finns kompetens om suicid och tydliga rutiner för hur olika professioner ska agera samt vart man ska remittera den enskilde vid suicidrisk. Förvaltningar och bolag i gruppen fysisk miljö och gruppen övriga uppgav att risken är liten för att möta suicid i verksamheten eller att de i första hand kontaktar annan instans till exempel polis eller räddningstjänst.

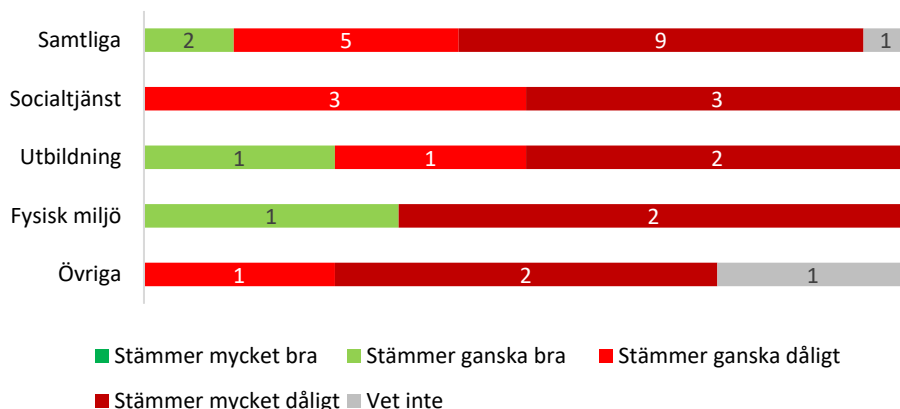
4.3.5 Systematisk kunskapsinsamling för utvärdering och förbättring

Planen anger som mål att före år 2020 skapa ett effektivt rapporteringssystem för suicid, suicidförsök och tankar om suicid och att använda detta för att styra och följa upp inriktningen på det suicidpreventiva arbetet. Den anger bland annat att det behövs ett rapporteringssystem i hälso- och sjukvården som omfattar akutmottagningar och primärvård för att kunna följa utvecklingen av suicidförsök över tid. Socialförvaltningarna konstaterar att Socialstyrelsens patientregister fortsatt inte innehåller uppgifter om primärvården och att uppgifter om akutverksamheten inkluderas sedan 2016.

4 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de följer utvecklingen av suicid i Göteborg och i omvärlden med hjälp av de nationella och regionala uppföljningssystemen. Det är färre som svarade att de prioriterar inriktningen på sitt suicidpreventiva arbete med utgångspunkt i utvecklingen av suicid i Göteborg och i omvärlden. Endast 1 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra.

Planen anger som mål att det ska ske en systematisk kunskapsinsamling för utvärdering och kontinuerlig förbättring av suicidpreventiva åtgärder.⁸ Av svaren i självvärderingen framgår alltså att det är ovanligt att prioritera inriktningen på det suicidpreventiva arbetet med utgångspunkt i kunskap om utvecklingen av suicid. I självvärderingen fick deltagande förvaltningar och bolag också direkt ta ställning till sin måloppfyllelse mot målet.

Figur 9. Förvaltningen/bolaget bedriver en systematisk kunskapsinsamling för utvärdering och kontinuerlig förbättring av sina suicidpreventiva åtgärder, antal förvaltningar/bolag. Antal förvaltningar/bolag.



Figur 9 visar att 2 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de bedriver en systematisk kunskapsinsamling för utvärdering och kontinuerlig förbättring av sina suicidpreventiva åtgärder. Andelen är högst i gruppen fysisk miljö (1 av 3) följt av utbildningsgruppen (1 av 4). I både socialtjänstgruppen och i gruppen övriga svarade alla att det stämmer dåligt eller att de inte vet.

I intervjuerna ställde socialförvaltningarna frågor om systematisk kunskapsinsamling för förbättring av suicidpreventiva åtgärder. Inga förvaltningar eller bolag svarade att det gjordes med koppling till planen, men att systematiska förbättringar sker, till exempel utvecklingen av det främjande arbetet med psykisk hälsa.

4.4 Strategier om att förändra attityder och höja kunskaper

Planen innehåller en strategi om att Göteborgs Stad ska initiera attitydförändrande insatser till suicid som ersätter vanföreställningar och myter med kunskap. Planen innehåller också en strategi om att kunskapsnivån hos allmänheten ska höjas så att var och en kan uppmärksamma och stödja en person i en så svår situation att hon ser suicid som en möjlig utväg.

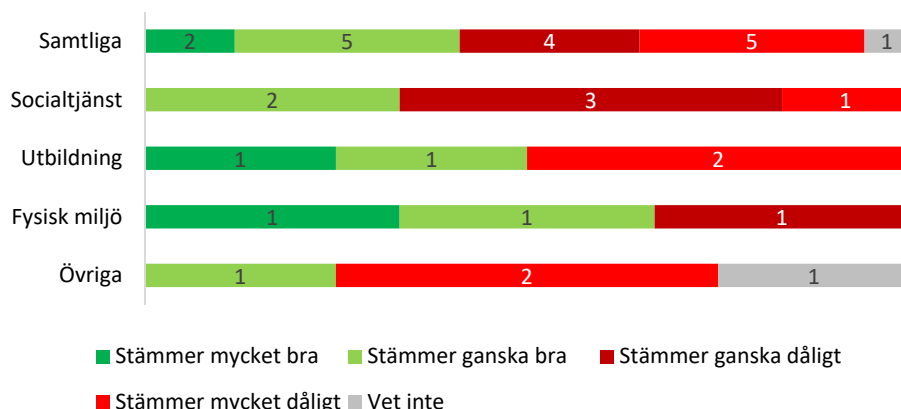
Universella suicidpreventiva insatser riktar sig till hela befolkningen oavsett risknivå och syftar till att öka kunskap och minska stigma, samt att stärka

⁸ Planen anger som mål: "systematisk kunskapsinsamling för utvärdering och kontinuerlig förbättring av dessa åtgärder" (vår kursivering). Det framgår inte uttryckligen av planen om "dessa" syftar på suicidpreventiva åtgärder i allmänhet eller endast åtgärder för att förhindra åtkomst av självmordsmedel, som är det föregående målet i planen. Vi har tolkat "dessa" som att det syftar på suicidpreventiva åtgärder i allmänhet.

personer innan lidande uppstår (se avsnitt 2.2). Insatser som handlar om att förändra attityder till och kunskap om suicidprevention är alltså ett slags universella suicidpreventiva insatser.

För att kunna följa upp måluppfyllelsen behövde vi först ta reda på vilka förvaltningar och bolag som ansåg sig ansvara för någon form av universella suicidpreventiva insatser. Av självvärderingen framgår att 4 av 17 förvaltningar och bolag svarade jakande på frågan om förvaltningen/bolaget har identifierat ett ansvar för någon form av universella suicidpreventiva insatser. Andelen nekande svar på denna fråga är ungefär lika stor i samtliga grupper.

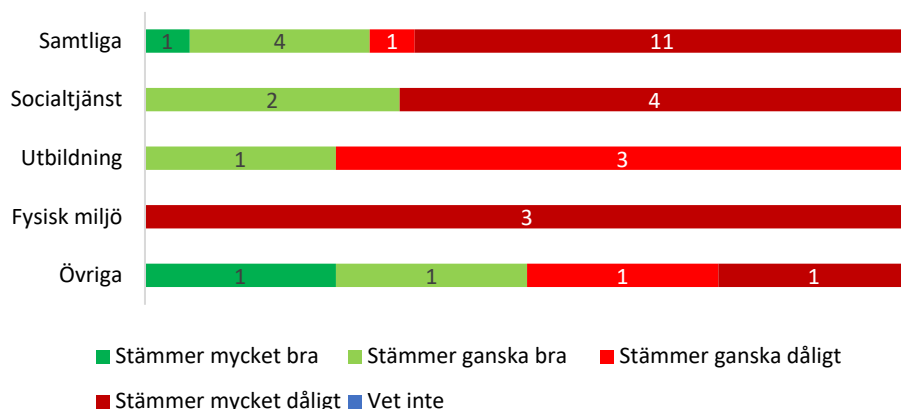
Figur 10. Förvaltningen/bolaget genomför tillräckligt med universella suicidpreventiva insatser. Antal förvaltningar/bolag.



Figur 10 visar att 7 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de genomför tillräckligt med universella suicidpreventiva insatser. Andelen är högst i gruppen fysisk miljö (1 av 3), följt av utbildningsgruppen och gruppen övriga (1 av 4). I socialtjänstgruppen svarade 2 av 6 att detta stämmer bra.

4 av 17 förvaltningar och bolag svarade att de har identifierat ett ansvar för att initiera och/eller medverka till insatser som riktar in sig på att öka allmänhetens kunskap om suicid och suicidprevention. I ingen grupp är andelen som svarar att de har identifierat sig ha ett sådant ansvar över 50 procent.

Figur 11. Förvaltningen/bolaget har initierat och/eller medverkat till insatser som riktar in sig på att öka allmänhetens kunskaper om suicid och suicidprevention. Antal förvaltningar/bolag.



Av figur 11 framgår 5 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de har initierat eller medverkar till insatser sig riktar in sig på att öka allmänhetens kunskaper. Andelen är högst i gruppen övriga (2 av 4), följt av socialtjänstgruppen (2 av 6).

Det finns ett förväntat samband mellan påståendena. 83 procent av de som svarade att de inte har identifierat ett ansvar för att öka allmänhetens kunskaper svarade att det stämmer dåligt att de har initierat eller medverkat till sådana insatser.

Som resultatet av självvärderingen visar ovan så är det ett fåtal förvaltningar och bolag som i intervjuerna uppgav att de medverkar till att öka allmänhetens kunskaper om suicid. Majoriteten uppgav att de inte gör det och att ansvaret för sådana kunskapshöjande insatser bör ligga centralt i Göteborgs Stad eller som ett ansvar för kommun, region och civilsamhälle.

Förvaltningarna i socialtjänstgruppen har delvis haft kunskapshöjande insatser som kan antas förändra attityder kring suicid, både för personal och allmänhet. Generellt arbete kring attityder gentemot individer och grupper i skolor ingår i det ordinarie värdegrundsarbetet i förvaltningarna i utbildningsgruppen. De har inte genomfört några kunskapshöjande aktiviteter om suicid till allmänheten i stort. Insatser specifikt kring attityder och myter om suicid kan ha skett på enskilda skolor.

Förvaltningar och bolag i gruppen fysisk miljö redovisar inga kunskapshöjande aktiviteter eller attitydförändrande arbete kring suicid varken för personal eller allmänhet. I gruppen övriga finns det däremot en stadenövergripande samordning av strategiskt arbete mot psykisk ohälsa i samarbete med patient-, brukar- och anhörigföreningar. Det kan antas bidra till att minska risken för att myter kring suicid förekommer i verksamheter, då brukarperspektivet säkerställer en verklighetsförankring och ett inifrånperspektiv på frågan. På samma sätt bidrar de på olika sätt till att andra kan genomföra kunskapshöjande aktiviteter om suicid, till exempel genom att samordna statliga medel i form av bidrag till föreningar som är specialiserade på suicidprevention och som genomför utbildningsinsatser till allmänheten.

4.5 Kompetensutveckling av personal

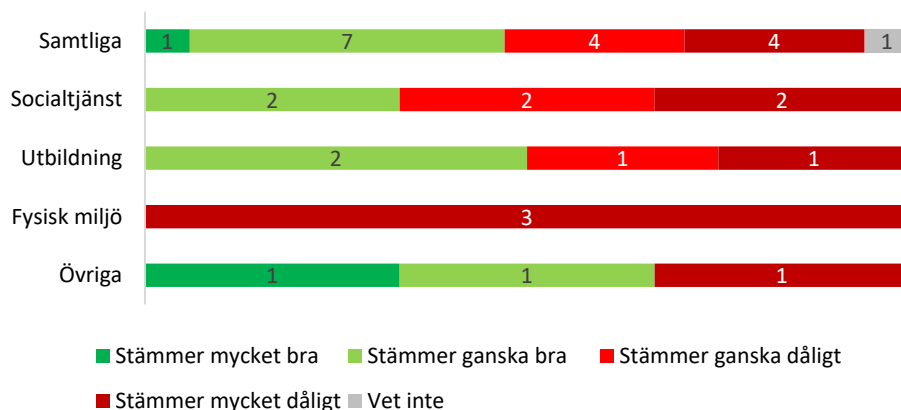
Planen innehåller ett mål om att hög kompetensnivå hos all personal som professionellt möter suicidala personer eftersträvas. Planen innehåller också ett mål om att alla som arbetar professionellt med äldre, till exempel i hemtjänst och på särskilda boenden, före år 2020 ska ha utbildats i krispsykologi och suicidprevention.

4.5.1 Hög kompetensnivå hos all personal som professionellt möter suicidala personer eftersträvas

11 av 17 förvaltningar och bolag svarade att de har personal som i sin profession kan komma att möta individer eller grupper med suicidrisk. Andelen är

högst i socialtjänstgruppen (6 av 6) och i utbildningsgruppen (3 av 4). 10 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de har identifierat vilka personalgrupper som i sina professioner kan komma att möta individer eller grupper med suicidrisk. Det är endast 4 av 17 förvaltningar och bolag som svarade att det stämmer bra att de har en uttalad målsättning att personal ska ha hög kompetens och goda kunskaper om suicidprevention, i förhållande till sitt ansvar och sina arbetsuppgifter.

Figur 12. Förvaltningens/bolagets personal har tillräcklig kunskap och kompetens om suicidprevention, i förhållande till sitt ansvar och sina arbetsuppgifter. Antal förvaltningar/bolag.



Figur 12 visar att 8 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att personalen har tillräcklig kunskap och kompetens om suicidprevention, i förhållande till sitt ansvar och sina arbetsuppgifter. Andelen är högst i utbildningsgruppen och gruppen övriga (2 av 4). I gruppen fysisk miljö svarade alla att det stämmer dåligt.

Det finns samband mellan förekomsten av en uttalad målsättning och förekomsten av värderingen om tillräcklig kompetens. 75 procent av de som svarade att det stämmer bra att de har en uttalad målsättning svarade att det stämmer bra att personalen har tillräcklig kompetens. Det finns också tydliga samband mellan förekomsten av kompetensutvecklande insatser och förekomsten av värderingen om tillräcklig kompetens. 83 procent av de som svarade att det stämmer bra att de genomför kompetensutvecklande insatser svarade att det stämmer bra att personalen har tillräcklig kompetens.

I intervjuerna pekade förvaltningar i socialtjänstgruppen på hög personalomsättning och omorganisering som utmaningar för att bibehålla en hög och jämn kompetensnivå. Förekomsten av kompetenshöjande insatser varierar från att förvaltningar har löpande till enstaka utbildningsinsatser. Det varierar också om det är generell kompetenshöjning för breda personalgrupper eller om det är mer selektiv kompetenshöjning för personal som möter riskgrupper. En av förvaltningarna i socialtjänstgruppen uppgav att genomförda insatser beror på planen.

I utbildningsgruppen uppgav förvaltningarna att elevhälsan en hög grundkompetens som bedöms relevant i suicidpreventivt syfte. Kompetensen upprätthålls delvis via kunskapsutbyte mellan och inom skolor och delvis genom att anlita intresseföreningar för just kunskapshöjning i suicidprevention. För-

valtningar och bolag i gruppen fysisk miljö uppgav att direkta möten med suicidala personer förekommer i förhållandevis liten utsträckning. För personal som kan hamna i sådana situationer finns utbildning.

Förvaltningar och bolag i gruppen övriga gav också exempel på utbildning av personal som möter grupper i befolkning med hög suicidrisk. De gav också exempel på suicidprevention som en del av utbildning i att hantera hot och våld samt stadenövergripande samordning av statliga medel som möjliggör för andra förvaltningar och bolag att utbilda personal i suicidprevention.

4.5.2 Alla anhörigvårdare och de som arbetar professionellt med äldre, till exempel i hemtjänst och på särskilda boenden, ska före år 2020 utbildas i krispsykologi och suicidprevention

Ett mål i planen handlar om utbildning i krispsykologi och suicidprevention för anhörigvårdare och personal med äldre personer som målgrupp.

Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen uppgav att personal har utbildats i första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA-utbildning). Med hänvisning till prioriteringar med anledning av covid-19-pandemin, ny nämndorganisation och att planen tillkom år 2014 uppgav förvaltningen att det är svårt att ta reda på i vilken omfattning utbildning har skett.

Socialförvaltningarna frågade äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen om de hade någon dokumenterad uppföljning av målet om att utbildningar i krispsykologi och suicidprevention. Någon sådan dokumentation fanns inte.

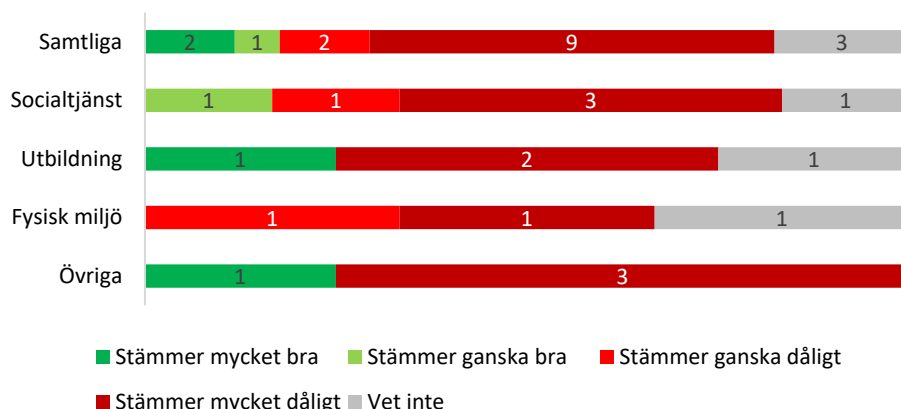
Socialförvaltningarna konstaterar att måluppfyllelsen är okänd.

4.6 Förhindra åtkomst av självmordsmedel

Planen innehåller ett mål om att skapa fysiska och andra hinder för att förhindra åtkomst av självmordsmedel.

Självvärderingen visar att 0 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de analyserar vad de kan göra för att bidra till eller skapa fysiska och andra hinder för att förhindra åtkomst av självmordsmedel. 14 av 17 svarade att det stämmer dåligt och 3 av 17 svarade att de inte vet.

Figur 13. Förvaltningen/bolaget genomför tillräckliga insatser för att bidra till eller skapa fysiska och andra hinder i syfte att förhindra åtkomst till självmordsmedel. Antal förvaltningar/bolag.



Av figuren ovan ser vi att 3 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de genomför tillräckliga insatser för att bidra till eller skapa fysiska och andra hinder i syfte att förhindra åtkomst till självmordsmedel. Andelen är högst i utbildningsgruppen och i gruppen övriga (1 av 4).

Det finns ett samband mellan förekomsten av analys och värderingen av om tillräckliga insatser genomförs. 79 procent av de som svarade att det stämmer dåligt att de analyserar vad de kan göra för att bidra till eller skapa fysiska och andra hinder svarade att det stämmer dåligt att de genomför tillräckliga insatser.

I intervjuerna svarade förvaltningar och bolag olika beroende på vilket grunduppdrag de har och huruvida de har lokaler för öppen verksamhet eller för befolkningen. Förvaltningar i socialtjänstgruppen och utbildningsgruppen uppgav att de generellt inte har ansvar för själva byggprocesserna och därmed inte har rådighet att skapa hinder för åtkomst av självmordsmedel. Samtidigt har förvaltningarna vidtagit åtgärder, till exempel gällande knivar och vassa föremål, höga höjder och kemikalier. Lokaler anpassas för att minimera säkerhetsrisker.

Förvaltningar och bolag i gruppen fysisk miljö uppgav i intervjuerna att de har ansvar för att skapa hinder för åtkomst till självmordsmedel och att detta görs i hög utsträckning. Det finns exempelvis fysiska hinder så som broräcken, räcken vid spårvagnsspår, klätterskydd och låsta dörrar för att förhindra åtkomst till höga tak. De påpekade också att detta är starkt reglerat i plan- och bygglagen och att åtgärderna görs i enlighet med lagen och inte på grund av planen.

Förvaltningar och bolag i gruppen övriga anger alla att de inte har den typen av verksamheter som har ansvar att skapa fysiska och andra hinder i syfte att förhindra åtkomst till självmordsmedel. Det finns ett löpande arbetsmiljöarbete där lokaler och eventuella risker i dessa identifieras, exempelvis handsprit sitter fast och vassa föremål finns inte på öppna platser.

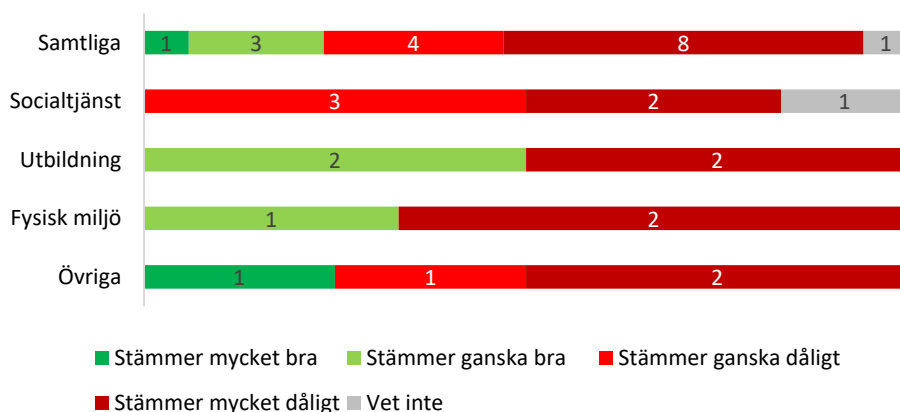
4.7 Suicidpreventiv samverkan

Planens strategi om att suicidprevention ska utvecklas i nära samarbete med berörda aktörer innehåller mål om att utveckla samarbetsformer med berörda aktörer och mål om att redovisa suicidpreventiv samverkan i verksamheternas årsrapporter.

4.7.1 Att skapa ett utbyggt samarbete mellan stadens aktörer och berörda myndigheter och aktörer inom området

4 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de samverkar med andra verksamheter i Göteborgs Stad om suicidpreventivt arbete.

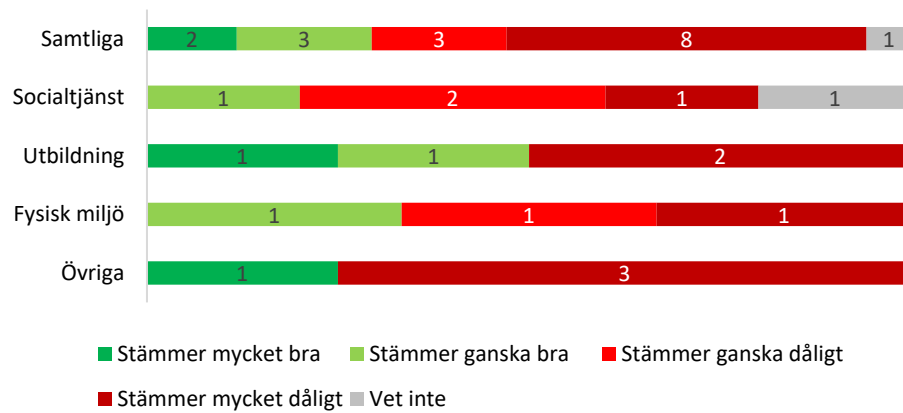
Figur 14. Förvaltningen/bolaget har en väl fungerande samverkan med andra verksamheter i Göteborgs Stad om suicidpreventivt arbete. Antal förvaltningar/bolag.



Att samverkan sker är inte nödvändigtvis samma sak som att samverkan fungerar väl. Figuren ovan visar dock att 4 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de har en väl fungerande suicidpreventiv samverkan med andra verksamheter i Göteborgs Stad. Andelen är högst i utbildningsgruppen (2 av 4), följt av gruppen fysisk miljö (1 av 3). I socialtjänstgruppen svarade samtliga att det stämmer dåligt eller att de inte vet.

Det är något fler, 5 av 17 förvaltningar och bolag, som svarade att det stämmer bra att de samverkar med berörda myndigheter och andra berörda aktörer som inte är en del av Göteborgs Stad (att jämföra med 4 av 17 inom Göteborgs Stad).

Figur 15. Förvaltningen/bolaget har en väl fungerande samverkan med verksamheter som inte är del av Göteborgs Stad om suicidpreventivt arbete, till exempel civilsamhället, regionen och statliga myndigheter. Antal förvaltningar/bolag.



Figur 15 visar att 5 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de har en väl fungerande suicidpreventiv samverkan med verksamheter som inte är del av Göteborgs Stad.

I intervjuerna uppgav merparten av förvaltningarna och bolagen att det finns ett samarbete med civilsamhället, särskilt aktörer som arbetar med suicidprevention, gällande utbildningsinsatser i verksamheter eller kompetensutveckling av personal. Samverkan inom Göteborgs Stad och med vårdaktörer (regionen) ansågs vara upparbetad och fungera väl inom socialtjänstgruppen och utbildningsgruppen. De andra förvaltningarna och bolagen uppger att de inte har den typen av verksamhet där samverkan med regionen är aktuellt i dessa frågor.

Förvaltningar och bolag påpekade också att det sker mycket samverkan, dels inom Göteborgs Stad men framför allt med civilsamhället gällande primärpreventiva insatser kopplat till att främja psykisk hälsa, till exempel insatser för meningsfull fritid för barn och unga.

4.7.2 Samverkan ska redovisas i verksamheternas årsrapporter

Socialförvaltningarna har gjort stickprov i deltagande förvaltningars och bolags årsrapporter för år 2015, 2018 och 2021 för att undersöka om suicidpreventiv samverkan har redovisats där.⁹

Socialförvaltningarna bedömer, utifrån stickproven, att förvaltningar och bolag har redovisat viss suicidpreventiv samverkan i årsrapporterna. Det rör framför allt redovisning om insatser för att minska psykisk ohälsa. Ingen förvaltning eller bolag har i våra stickprov redovisat ett uttalat arbete med suicidpreventiv samverkan. Det är endast ett fåtal förvaltningar och bolag som uttryckligen har redovisat insatser med stark koppling till prevention av psykisk ohälsa i de undersökta årsrapporterna.

Förvaltningar i utbildningsgruppen redovisar att de har arbetat med att minska den psykiska ohälsan inom ramen för elevhälsans verksamhet. Förvaltningarna i socialtjänstgruppen har redovisat att olika arbeten för att främja psykisk hälsa och minska ohälsa utifrån sina grunduppdrag, till exempel genom familjecentrerat arbetssätt eller arbetet med samordnade individuella planer.

⁹ Stickprov har även gjorts i tidigare förvaltningars årsrapporter när nuvarande förvaltningar inte fanns ett eller flera av de undersökta åren.

5 Utvärdering av planen

Detta kapitel redovisar resultatet av utvärderingen av ändamålsenligheten i planens struktur för styrning och uppföljning.

5.1 Planen är inte anpassad till riktlinjen för styrande dokument

Planen beslutades innan nuvarande riktlinje för styrande dokument i Göteborgs Stad fastställdes. Det innebär att planen inte är anpassad till nuvarande riktlinje. Av planen framgår exempelvis inte vem eller vilka som ansvarar för att aktiviteter, insatser eller åtgärder genomförs och när de ska genomföras. Planen innehåller inte heller några inga indikatorer som anger nuläget för att kunna följa utvecklingen.

Flertalet förvaltningar och bolag uppgav i våra intervjuer att det är ett problem att planen inte är anpassad till nuvarande riktlinje för styrande dokument. De menade att detta bidrar till en oönskad otydlighet i Göteborgs Stads samlade styrmiljö. De menade också att det försvårar för den styrning som de själva ska utöva av sina kärnverksamheter utifrån planen.

Socialförvaltningarna konstaterar att stadsledningskontoret i sin aktualitetsprövning av planen och i ärendet om att utreda förutsättningar för att samordna planer och program inom folkhälsoområdet har angett att planen behöver anpassas till riktlinjen för styrande dokument. Vi instämmer i den bedömningen.

5.2 Mål, strategier och ansvar upplevs vara otydliga

Flertalet förvaltningar och bolag uppgav i intervjuerna att planens mål och strategier var otydliga. Planen uppgavs också vara tung rent textmässigt, vilket förvaltningar/bolag menade gör planen svår att förstå, målstyra utifrån och att följa upp.

Många förvaltningar och bolag uppgav att planens syfte och intentioner är mycket viktiga och något som Göteborgs Stad bör prioritera. De önskade dock att planen vore tydligare i fråga om vad som ska uppnås och på vilka sätt de ska arbeta.

Planen anger inte vilka nämnder och styrelser som ansvarar för planens mål och strategier. I stället förutsätter planen att varje förvaltning och bolag identifierar sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention i sin verksamhet.

De flesta förvaltningar och bolag uppgav i våra intervjuer att de upplever att planen är otydlig i fråga om vem som ansvarar för vad. De menade att detta negativt påverkar deras förmåga att sätta mål och aktiviteter, utifrån planen, i egen verksamhetsstyrning på ett ändamålsenligt sätt.

5.3 Göteborgs Stad har inte rådighet över alla mål

Planen innehåller tre mål om att före år 2020 skapa ett effektivt rapporterings-system för suicid, suicidförsök och tankar om suicid. Redan när kommunstyrelsen följde upp planen år 2017 konstaterades att Göteborgs Stad kan ta del av befintlig nationell och regional statistik men ”inte [har] rådighet över uppföljningssystemen vilket gör det svårare att påverka utformningen som är ett av målen i planen” (KF Handling 2017 nr 133, s. 24).

Socialförvaltningarna konstaterar att planen innehåller mål som Göteborgs Stad inte har rådighet över, så som målen är formulerade i planen.

5.4 Måluppfyllelsen är svår att följa upp

Planen innehåller inga indikatorer. Planen innehåller dock mål som behöver mätas, både med register- och enkätbaserade uppgifter och med andra metoder.

Det framgår inte av planen hur väsentliga begrepp i målen ska tolkas och mätas. Det gäller till exempel om målen avser både säkra och osäkra suicid och suicidförsök eller endast säkra suicid och suicidförsök, om målen avser relativa eller absoluta antal suicid och suicidförsök och från vilket år minskningen till 2020 ska mätas från. Planens mål utgår från att mätning ska ske mot ett enskilt år, vilket på grund av slumpvariation i förekomsten av suicid och suicidförsök enskilda år inte är en rättvisande metod att mäta förändring.

Varken planen eller beslutsunderlaget till planen innehåller någon baslinjemätning av målen eller strategierna. Fullmäktige gav, i samband med att planen fastställdes, inget uppdrag till någon nämnd eller styrelse att utveckla indikatorer eller att göra en baslinjemätning.

Planen innehåller mål som socialförvaltningarna bedömer inte är uppföljningsbara. Dessa mål är formulerade så att det inte är tydligt vad målet avser och hur väsentliga begrepp ska tolkas. Det går inte heller att mäta den förändring som målet avser på ett tillförlitligt sätt.

Sammantaget bedömer socialförvaltningarna att planens utformning gör det svårt att följa upp måluppfyllelsen på ett tillfredsställande sätt. Det blir därmed svårt att ta reda på vilka framsteg som görs och vilka kvarstående behov som finns i utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet.

5.5 Kunskapsläget har utvecklats

Planen baseras på 2014 års kunskapsläge om suicidprevention och utvecklingen av suicid och suicidförsök. Socialförvaltningarna konstaterar att det nästan har gått 10 år sedan planens fastställdes och att kunskapsläget om suicidprevention har utvecklats under denna tid. Dessutom har utvecklingen av suicid och suicidförsök i Göteborgs Stad under perioden inte gått i planens önskade riktning.

Socialförvaltningarna bedömer att det kan finnas anledning att se över planen utifrån rådande kunskapsläge.

Göteborgs Stads politiska organisation har förändrats väsentligt sedan 2014. Bland annat har stadsdelsnämnderna upphört och ersatts av facknämnder inom utbildnings- och socialtjänstområdet. Det har i sin tur inneburit att nämndernas uppdrag i reglementena har förändrats. Inom kort träder ytterligare en stor förändring i kraft, med en ny organisation för stadsutveckling. Socialförvaltningarna bedömer att detta bör beaktas i värderingen av behovet av en översyn av planen.

Av våra intervjuer framgår att flera förvaltningar och bolag önskade en anpassning till aktuellt kunskapsläge och nuvarande organisation.

5.6 Prioriteringar till förmån för grunduppdrag

Flera förvaltningar och bolag hänvisade till att antalet program och planer i Göteborgs Stads styrsystem skapar perspektivträngsel och behov av prioriteringar till förmån för grunduppdragen. Av intervjuerna framgår också att de suicidpreventiva aktiviteterna i förvaltningar och bolag enbart i liten utsträckning har ett tydligt samband med planens mål och strategier.

Socialförvaltningarna konstaterar att styrmiljön i stora organisationer ofta är komplex och att Göteborgs Stad inte är ett undantag.¹⁰ Kommunfullmäktige har uttalat som målsättning att förenkla och minska antalet program samt genom det öka efterlevnaden.¹¹ Samtidigt är det nämndernas och styrelsernas ansvar att se till att det finns ett system för styrning, uppföljning och kontroll som är anpassat för verksamhetens förutsättningar och behov, vilket ställer krav på förvaltningar och bolag att anpassa sina styrsystem till den rådande styrmiljön.¹²

¹⁰ Se även kommunfullmäktige handling 2020 nr 258, 2020-12-20 § 20, dnr 0322/20.

¹¹ Kommunfullmäktiges budget 2020, kommunfullmäktige 2019-11-13 § 4, dnr 0260/19.

¹² 2 § kommunfullmäktiges riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll. Kommunfullmäktiges handling 2020 nr 39, 2020-03-19 § 23, dnr 0110/19.

6 Slutsatser

Detta kapitel redovisar socialförvaltningarnas sammanfattande slutsatser och bedömningar från uppföljningen och utvärderingen.

6.1 Låg måluppfyllelse mot mål och strategier

Socialförvaltningarnas slutsats är att målen om att antalet suicid ska minska inte har uppnåtts och att målen om att antalet suicidförsök ska minska endast delvis har uppnåtts. Det långsiktiga målet om att suicid varaktigt ska minska har inte uppnåtts. Det långsiktiga målet om att suicidförsök varaktigt ska minska har delvis uppnåtts.

Socialförvaltningarnas slutsats är att måluppfyllelsen mot planens övriga mål och strategier är låg. Endast 1 av 17 förvaltningar och bolag svarade att det stämmer bra att de sammantaget har en god måluppfyllelse mot planen. En knapp fjärdedel svarade att det stämmer bra att de har en organisation för effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid och en knapp femtedel att det stämmer bra att de genomför tillräckliga insatser för att bidra till eller skapa fysiska och andra hinder i syfte att förhindra åtkomst till självmordsmedel. Knappt hälften uppgav att det stämmer bra att personalen har tillräckliga kunskaper och kompetens om suicidprevention och flera förvaltningar uppger att de använder sig av evidensbaserade metoder för kompetensutveckling.

De aktiviteter som förvaltningar och bolag har beskrivit har snarare har utgångspunkt i grunduppdrag och egen styrning än i kommunfullmäktiges plan. Det är samma slutsats som i stadsledningskontorets uppföljning år 2017.

6.2 Behov av utveckling

Socialförvaltningarna tolkar resultaten som att den låga måluppfyllelsen delvis är en effekt av planens utformning. Vi bedömer att planen därför bör anpassas till riktlinjen för styrande dokument, tydligare bör beskriva ansvarsförhållanden och vilka framtida önskvärda tillstånd målen avser samt ge bättre förutsättningar för uppföljning av mål och strategier.

Kommunfullmäktige gav i oktober 2022 kommunstyrelsen i uppdrag att anpassa program och planer inom området mänskliga rättigheter till en likvärdig struktur samt att återkomma med förslag på nästa steg gällande långsiktig styrning av området. Detta beslut omfattar strategisk plan för suicidprevention i Göteborg.

Socialförvaltningarna tolkar slutligen resultaten som att den låga måluppfyllelsen delvis är en effekt av att endast en minoritet av förvaltningarna och bolagen uppgav att de arbetar aktivt med planen. Vi bedömer att det finns behov av förbättringar i hur förvaltningar och bolag arbetar med planens mål och strategier.

7 Referenser

Folkhälsomyndigheten. (de 10 juni 2021a). *Suicidtalet utveckling över tid*. Hämtas från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/utvecklingen-over-tid/> den 1 juli 2022.

Folkhälsomyndigheten. (de 10 juni 2021b). *Statistiken för suicidförsök*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicidforsok/> den 1 juli 2022.

Folkhälsomyndigheten. (den 9 september 2021c). *Om suicidförebyggande insatser*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/forebyggande-insatser/suicidforebyggande-insatser/> den 4 juli 2022.

Folkhälsomyndigheten. (2021d). *Suicid bland barn i Sverige*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a0631c7344be413bb4aa754d2770043e/suicid-bland-barn-sverige.pdf> den 1 september 2022.

Folkhälsomyndigheten. (den 15 februari 2022a). *Suicid*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-suicid> den 1 juli 2022.

Folkhälsomyndigheten. (den 21 januari 2022b). *Suicid i världen*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicid-i-varlden/> den 1 juli 2022.

Folkhälsomyndigheten. (2022c). *Ökning av suicid bland unga vuxna 20–29 år*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ebca89599b3b4a0da1718f482aecbf5b/okning-suicid-unga-vuxna-20-29-ar.pdf> den 4 november 2022.

Folkhälsomyndigheten. (2022d). *Suicid ökar bland unga vuxna men inte bland tonåringar*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/oktober/suicid-okar-bland-unga-vuxna-men-inte-bland-tonaringar/> den 8 december 2022

KF Handling 2017 nr 133, dnr 0935/17

KF handling 2020 nr 258, dnr 0322/20

KF handling 2022 nr 186, dnr 1690/20

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (uå a). *Själv mord i Sverige. Data: 1980–2016*. Hämtad från <https://ki.se/media/139434/download> den 1 september 2022.

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (uå b). *Att utvärdera en suicidpreventiv handlingsplan*. Hämtad från <https://respi.se/resurser> den 13 september 2022.

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (2022a). *Själv mordsstatistik för Västra Götaland med kommuner, 2010–2021*.

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (2022b). *Själv mordsstatistik för Riket 2010 – 2021*.

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (2022c). *Hur beräknas självmordsstatistik?* Hämtad från <https://ki.se/nasp/hur-beraknas-sjalvmordsstatistik> den 1 september 2022.

Socialdepartementet. (2020). *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*. Regeringsbeslut 2020-07-30, dnr S2020/06171/FS. Hämtad från <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2020/08/uppdrag-att-inkomma-med-underlag-infor-en-kommande-nationell-strategi-inom-området-psykisk-halsa-och-suicid-prevention/> den 4 juli 2022.

Socialförvaltningarna Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst
Telefon: 031-365 00 00 (kontaktcenter)



Strategisk plan för suicidprevention i Göteborg

Sammanfattning

Suicid är en angelägen folkhälsofråga

Suicid kräver ca 1500 dödsoffer varje år, dvs 4-5 gånger så många som dödas i trafiken. Det är den vanligaste dödsorsaken för män upp till 45 års ålder och den näst vanligaste för kvinnor. Kring varje suicid finns 5-10 personer som starkt berörs. Dessa har en ökad risk att utveckla psykiska störningar och även död i suicid är förhöjd. De behöver därför stöd och hjälp så att de psykiska skadorna av traumat begränsas. Antalet suicid ökade från 1960-talet fram till 1979 men har sedan sjunkit i alla åldersgrupper utom bland ungdomar. För unga kvinnor finns det en liten ökning. Antalet suicidförsök bland kvinnor har också ökat. Ökningen bland ungdomar är särskilt allvarlig och kräver en snabb utveckling av suicidpreventionen. En annan riskgrupp är personer som utsätts eller riskerar att utsättas för diskriminering. I en rapport från Statens folkhälsoinstitut anger 50 procent av transpersonerna att de någon gång har övervägt att ta sitt liv och en femtedel har försökt ta sitt liv. Ny forskning visar också att äldre män över 65 år är kraftigt överrepresenterade. Den avtagande tabueringen är absolut nödvändig men den måste också ersättas av den kunskap som finns inom området, annars finns risken av en ökning av antalet suicid och suicidförsök. Det är därför bråttom att utveckla en effektiv suicidprevention.

Suicidalitet måste förebyggas och behandlas utifrån såväl ett befolkningsperspektiv som ett individperspektiv. Suicidalitet, är således ett allvarligt folkhälsoproblem, en yttersta följd av psykiskt lidande. Förutom förlust av människoliv leder det till omfattande psykiskt lidande och försämrad hälsa hos anhöriga och professionella, t ex barn, föräldrar, lokförare, vårdpersonal m.fl. Suicid har tidigare betraktats som en händelse som individen själv ansvarar för. Ett sådant synsätt leder till enbart individriktade insatser inom hälso- och sjukvårdssystemet. Sådana är viktiga i det suicidpreventiva arbetet, men de måste kompletteras med ett alternativt synsätt, nämligen att se suicid som ett utfall av flertalet påfrestande faktorer som delvis ligger utanför individens kontroll. Enligt detta synsätt påverkar olika samhälleliga faktorer suicidförekomsten i en befolkning. För att förstå detta behövs ett folkhälsovetenskapligt perspektiv, dvs ett systeminriktat arbete inom flertalet samhällssektorer. Insatserna berör stora delar av befolkningen, det är ett befolkningsperspektiv. Båda perspektiven behövs. Åtgärder ska inriktas på strukturella och individuella faktorer liksom på fysisk, teknisk och social miljö. Det suicidpreventiva arbetet blir därmed en central del i utvecklandet av ett socialt hållbart samhälle.

Kunskapsnivå är nu tillräckligt för ett omfattande utvecklingsarbete. Det finns vetenskapligt stöd för att kommunbaserade insatser inom olika verksamhetsområden kan påverka bestämningsfaktorer för suicid och därigenom bidra till minskad suicidförekomst i befolkningen.

Tidigare erfarenheter. Utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet ska dra nytta av de framsteg som gjorts inom andra områden i Sverige, framför allt i Stockholms stad och landsting samt Jönköpings län och kommun men också inom Göteborgsregionen och Västra Götaland.

Långsiktigt mål

Suicid och suicidförsök ska varaktigt minska i Göteborg. En säker och trygg Stad ska vara fri från suicidförsök och suicid.

I Göteborg ska ett framtida samhälle vara så fritt från fysiska och psykiska skador som möjligt och då även ta hänsyn till den stora risken att dö i förtid genom suicid. Staden ska på ett genomtänkt och realistiskt sätt föra upp suicidalitet, d v s tankar på suicid, försök att genomföra suicid samt fullbordade suicid, på den politiska och ekonomiska dagordningen.

Uppfatta, tala om och hantera suicidalitet som det folkhälsoproblem det i själva verket är. Detta innebär att alla insatser ska grundas på vetenskap och om sådan saknas på praktisk erfarenhet, den ska genomföras med bästa tillgängliga metoder samt följas upp, utvärderas och revideras efter hand. Göra detta i nära samklang med internationell och nationell kunskapsutveckling, den praktiska utformningen av suicidpreventionen som den uttrycks i folkhälsolagstiftning samt i samarbete med annat suicidpreventivt arbete i Sverige, framför allt de områden som länge arbetat med denna problematik men också med kommuner och andra verksamheter inom Göteborgsregionen och övriga delar av Västra Götaland.

Strategier för suicidprevention

- Öka hälsofrämjande insatser på både befolknings- och individnivå: Barn och unga, utsatta grupper, långtidssjuka och äldre
- Förändra attityderna till suicid genom att ersätta vanföreställningar och myter med kunskap.
- Genom kompetensutveckling säkerställa ett kvalitativt gott professionellt omhändertagande dels i den akuta fasen, dels i behandling och kontroll av bakomliggande faktorer.
- Genom utbildning av allmänheten skapa förutsättningar för akuta ingripanden vid suicidrisk.
- Suicidprevention inom ramen för kommunens säkerhetspolicy; Akuta ingripanden och förhindrad åtkomst till självmordsmedel.
- Utveckla en rättvisande bild av suicidalitetens epidemiologi.
- Suicidprevention ska utvecklas i nära samarbete med berörda aktörer.
- Stärka ledning, samordning och styrning för att utveckla, följa upp och förbättra suicidpreventionen i Göteborgs Stad.

INLEDNING

Globalt dör nära en miljon människor i suicid och cirka 1,2 miljoner i trafikolyckor. Världshälsoorganisationen (WHO) arbetar med en minskning av antalet suicid med 10 procent till år 2020. Detta har varit ledande också i denna plan.

I Göteborg dog under åren 2000-2011 i genomsnitt 67 människor varje år av självmord. Motsvarande siffra för döda i trafiken var ungefär en sjättedel eller cirka 11 personer varje år. I hela Sverige dör c:a 1500 människor varje år av suicid, fyra varje dag. Motsvarande siffra för dödsfall i trafiken är ungefär en femtedel, totalt omkring 300 varje år. En 10 procentig minskning innebär för Göteborg ca 60 döda i suicid varje år.

Resursmässiga satsningar på en säker och trygg fysisk miljö har varit enorma jämfört med satsningar på att skapa en säker och trygg psykosocial miljö, vars yttersta konsekvens är suicid. Detta gäller inte minst forskning och utvecklingsarbete. En av orsakerna till dessa skillnader har varit bristande kunskaper om hur man förebygger suicid. Nu vet vi emellertid tillräckligt mycket för att utveckla suicidprevention på vetenskaplig grund.

BAKGRUND

I folkhälsopropositionen (2007/2008:110) antog regeringen en nollvision för suicid samt lyfte även det relativt nya olycksfallsperspektivet som en framkomlig väg att förstå och förebygga suicid. Detta kan ske genom t ex händelseanalyser och åtgärder för att försvåra åtkomst av självmordsmedel. Framgångarna inom olycksfallspreventionen är inspirerande. Nyckeln till framgången ligger i att skador inte längre i först hand uppfattas som följd av människors oaksamhet. Fokus ligger i stället vid att hantera risker. Man har således förskjutit fokus från person till system.

Suicid är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa eller snarare att inte kunna lösa de problem som sjukdomen och andra svårigheter för med sig. Ett praktiskt arbete utformas redan inom såväl regional som kommunal verksamhet för att förebygga psykisk ohälsa. Vad som saknas är en fokusering på suicidproblemen, att använda vetenskaplig kunskap men också personer med egen erfarenhet av problemen för att informera om svårigheter och lidanden i vårt samhälle och på den basen utveckla såväl stödjande som hjälpande åtgärder riktade direkt mot personer med suicidproblem samt till efterlevande efter ett fullbordat suicid.

Självmord eller suicid. Termen självmord har använts i århundraden för att betona att det är kriminellt och därmed straffbart. Ett mindre laddat och mer korrekt uttryck vore "självdöd". I Folkhälsopropositionen (2007/2008:110) används begreppet självmord, medan Statens folkhälsoinstitut använder begreppet suicid (Rapport 2007:11 Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag). Ofta används båda uttrycken omväxlande. I denna Göteborgs strategi för suicidprevention används begreppet *suicid*, ett medicinskt uttryck för självdöd. Skälet är att praktiskt taget alla som tar sitt liv har någon form av psykisk störning.

Suicidalitet. För att betona att självmord inte är något isolerat fenomen utan alltid har en historia används termen *suicidalitet*. Detta är en sammanfattningsterm för att tänka på suicid, att genomföra ett suicidförsök och/eller ett fullbordat suicid. Ju tidigare man kan ingripa i denna individuella utveckling ju större är sannolikheten för framgång.

ETT LÅNGSIKTIGT MÅL OCH FLERA KONKRETA MÅL

Vi vill tillsammans

- att det suicidpreventiva arbetet i Göteborg ska hämta kraft både ur det långsiktiga målet och de konkreta målen

Långsiktigt mål

- **Nationellt** - Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. Folkhälsoprop. 2007–08:110
- **Staden** - Suicid och suicidförsök ska varaktigt minska i Göteborg. En säker och trygg Stad ska vara fri från suicidförsök och suicid.

Konkreta mål

- **Antalet suicid** i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020.
- **Antalet suicidförsök** i Göteborg ska minska med 10 procent till år 2020. Detta kräver en utveckling av den statistik för suicidförsök som finns inom slutenvårdsstatistiken. Dessa omfattar dessutom bara en del av alla suicidförsök. Utvidgad statistik som omfattar personer som sökt i öppen vård på sjukhus eller primärvård samt en komplettering med enkäter bör övervägas.

Genomförande

Suicidhandlingar, dvs suicidförsök och fullbordade suicid är enligt ny forskning resultatet av komplicerade både långvariga och akuta processer. Suicidprevention måste därför omfatta åtgärder inom en rad olika områden som beskrivs under respektive strategi.

Motivering

Nollvision. Det är viktigt att skilja mellan visionära eller långsiktiga mål och praktiska konkreta mål. De förra är psykologiskt betydelsefulla genom att ansträngningar riktas mot ett gemensamt för alla fattbart mål. De senare är betydelsefulla för metodutveckling och praktiskt genomförande av åtgärder liksom mätning och uppföljning.

Nollvisionen i trafiken möttes först av enorm skepsis och kritik. Visionen har visat sig ha en kraftfull psykologisk betydelse för utvecklingen av trafiksäkerhetsarbetet och de praktiska resultat detta lett till. Den imponerande vetenskapliga kunskap om de komplicerade skeenden som leder fram till en olycka, som samlats under detta utvecklingsarbete, kan nu användas i utvecklingen av suicidprevention utifrån ett olycksfallsperspektiv.

Konkreta mål

Suicid. Världshälsoorganisationen, WHO, arbetar mot en global reduktion av antalet självmord fram till år 2020 med 10 procent jämfört med 2010. Detta relativt blygsamma mål ska ses mot bakgrund av frågans stora komplexitet och som ett första steg. Det är naturligt att Göteborgs Stad ansluter sig till samma mål

STRATEGIER

STRATEGI - Staden ska öka hälsofrämjande insatser på både befolknings- och individnivå;

- 1. Barn och unga,**
- 2. Utsatta grupper,**
- 3. Långtidssjuka och äldre**

- 1. Barn och ungas levnadsomständigheter ska vara sådana att de aldrig upplever suicid som en möjlig utväg ur svåra situationer**

Vi vill tillsammans

- Att barn och unga i Göteborg ska leva under så trygga och goda uppväxtvillkor att tankar på suicid, skärningar och suicidförsök som problemlösning inte uppkommer som ett möjligt alternativ till problemlösning.
- Att barn och unga själva aktivt ska få delta i samtal om och utformning av hälsofrämjande och suicidpreventiva åtgärder både när det gäller dem själva och mer generellt.
- Uppfatta barns- och ungas tankar på suicid, skärningar och suicidförsök som uttryck för att de just då lever i en så plågsam situation att de inte kan hantera den själv utan är i behov av hjälp; varje sådan situation ska ses som ett lärotillfälle för att förhindra ett upprepande.
- Att barn som visar tecken på att leva i sådana påfrestande situationer, och/eller utvecklar tecken på psykisk sjukdom eller suicidalitet tidigt ska uppmärksammas och få adekvat stöd och behandling.

Mål

- Principerna i barnkonventionen samt de av Göteborgs kommun antagna konkreta folkhälsomålen ska förverkligas fullt ut vad gäller barn- och unga.
- Antalet suicidförsök och suicid bland barn- och unga i Göteborg ska reduceras med 10 procent före år 2020.

Genomförande

Hälsofrämjande arbete som skydd mot suicidtankar och suicidhandlingar.

- Att främja tillgång till ett bra stödjande socialt nätverk för varje barn;
- Att engagera barn och ungdom i meningsfulla sociala aktiviteter i skolan och på fritiden och därmed stärka deras mognad och självförtroende.
- Att vuxna ska stödja och lära barn från tidig ålder hur man kan möta besvikelse, oro och ledsnad (på engelska uttryckt i termen "trauma-proofing your kids!"), men också att själva söka hjälp samt att kommunicera med andra människor om sina problem.

Stöd vid psykisk sjukdom, missbruk och suicidalitet i familjen.

- Barn och unga med sådana tillstånd i familjen, med egna sådana problem samt vid återvändandet till skolan efter ett suicidförsök eller ett dödsfall ska alltid erhålla ett gott stöd.
- Efter ett plötsligt dödsfall genom suicid ska anhöriga/närstående och då särskilt om det finns barn i familjen alltid erbjudas professionellt stöd.

Handlingsprogram

Förskolor och skolor på olika utbildningsnivåer samt fritidsverksamhet och idrottsrörelse ska ha specifika handlingsprogram för att observera och åtgärda skadliga situationer samt när barnet visar tecken på psykisk skada, sjukdom eller suicidalitet. Målet ska vara att samtliga i berörd verksamheten ska ha kunskap om programmet. Hälsovårdspersonal (läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer) samt speciallärare har här ett särskilt ansvar. Trender i utvecklingen av suicidalitet i samhället generellt men också inom skolverksamheten ska vara ett uppmärksamhetsområde för tidig upptäckt och åtgärder.

Motivering

Utgångspunkter. Den rikliga förekomsten av tankar på suicid, skärningar och suicidförsök bland barn och ungdom samt suicid i åldrarna 15-24 år är en stark signal och ett kraftfullt incitament till att utveckla de hälsofrämjande och suicidpreventiva insatserna med stöd av

Barnkonventionen, särskilt punkterna: ”barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet”; att ”varje barn har rätt till liv, överlevnad och utveckling”; samt ”har med hänsyn till sin ålder rätt att bilda, uttrycka och få beaktade sina åsikter”.

Folkhälsoprogram för Göteborg, 2013/108, som utgår från Folkhälsopolicy för Västra Götalandregionen, antagen 2009, nämligen att ”i Göteborg har barn och ungdomar trygga och goda uppväxtvillkor; samt att ”i Göteborg finns utbildning som ger förutsättningar för livslångt lärande.”

Psykiska skador. Studier av psykiska skador, posttraumatiska stressyndrom, PTSD, har visat att de inte bara förekommer vid stora katastrofer utan även som följd av vanliga vardagshändelser. Ett långvarigt sådant syndrom tar mycket av personens energi och försvårar andra aktiviteter, vilket bl a leder till studiemisslyckande. En akut psykisk skada är nära kopplad till känslor av vanmakt, framför allt inför ett reellt eller upplevt hot mot sitt eget liv. Många påfrestningar kan leda till långvariga psykiska påfrestningar även hos små barn såsom missbruk, psykisk sjukdom och suicidalitet i familjen, vård, incest mm. En del av dessa skadeorsaker finns också i skolans värld såsom mobbning, drogmissbruk, skolk samt suicidalitet och död bland skolkamrater och skolpersonal. Bemötandet av egen psykisk sjukdom och suicidalitet, t ex återvändande efter ett suicidförsök, kan också vara traumatisk.

Stresstålighet. Suicidalitetens tidigaste stadier är att gång på gång misslyckas med att lösa viktiga problem, såsom problem med relationer i familjen (även i tidig barndom), till kamrater men även t ex att lösa skoluppgifter och i det misslyckandet uppleva en så stark besvikelse, vanmakt och hopplöshet, att det blir ett destruktivt schema som stör framtida problemlösning. Detta kan ha många olika bakgrundsorsaker och även utvecklas till ångest, depression och andra psykiska störningar. Att få lära sig att hantera sådana situationer skyddar mot känslor av hopplöshet, meningslöshet och suicidalitet och är därför god suicidprevention och ska finnas med i förskolornas och skolornas utbildningsplaner.

Förebyggande arbete och akuta ingripanden. Generellt förebyggande arbete inom förskola och skola är en skyddande faktor mot psykisk ohälsa. Att känna sig delaktig i det sociala livet skyddar mot känslan av hopplöshet, meningslöshet och suicidalitet. Tidiga ingripanden i svåra situationer kan ge tröst och hjälp och förvandla skaderisker till inlärningsstillfällen.

2. Levnadsomständigheter för personer i utsatta grupper ska vara sådana att de aldrig upplever suicid som en möjlig utväg ur svåra situationer. Bemötandet ska vara respektfullt, likvärdigt och inkluderande för alla.

Utsatta grupper

Till utsatta grupper räknas grupper som på olika sätt bryter mot rådande samhällsnormer och som på grund av detta riskerar att bli föremål för diskriminering, trakasserier, våld eller hot om våld.

Utsattheten kan basera sig på etniska skillnader, kön (t.ex. kvinnors underläge - könsmaktsordning), klasskillnader, fattigdom, funktionsnedsättningar av kroppslig eller psykisk art, exkluderande normer i samhället såsom heteronormen, det vill säga förgivet tagande av att alla är heterosexuella och att det endast finns två könsidentiteter vilket gör homosexuella, bisexuella och transpersoner till normbrytare. Personer som drabbats av kollektiva eller individuella psykiska skador/trauman, t ex efterlevande efter suicid, upplevelser av större eller mindre katastrofer (t.ex. Backabranden, tsunamin) hör också till målgruppen utsatta.

Det är ett samhälleligt intresse att långsiktigt minska utsattheten genom samhällsförändringar som utjämnar levnadsvillkor och som ökar acceptansen av människors olikheter. Andra insatser går ut på att identifiera farliga akuta situationer och genom analys, attitydförändringar och lagstiftning minimera deras förekomst.

Känslan av utanförskap, ensamhet och utsatthet som kan följa med av att inte tillhöra den rådande samhällsnormen innebär en ökad risk för suicid som en utväg ur en plågsam situation. Kombinationen av olika typer av utsatthet och risk för suicid är således en dubbel utsatthet.

Vi vill tillsammans

- Att ingen människa i utsatta grupper ska komma i så svår psykisk nöd att suicid ses som en möjlig utväg; och
- Att personer som trots detta hamnar i svår psykisk nöd med ökad risk för suicid ska uppmärksammas av en medmänniska, som inte skräms bort av allvaret i situationen eller av personens specifika form av utsatthet och som är tränad i hur man talar med människor i utsatta situationer.
- Skapa kunskaper såväl om den grupp personen tillhör samt om suicidalitet, dess vanligaste orsaker samt vilka möjligheter till stöd och behandling som finns.
- Utveckla förebyggande åtgärder mot psykisk ohälsa, suicidförsök och suicid inom utsatta grupper utifrån specifika vetenskaplig kunskap som finns om det aktuella problemområdet samt om psykisk ohälsa och suicidalitet.

Mål

- Mänsklig gemenskap och samhälleliga åtgärder ska:
- Öka jämlikheten i samhället.
- Ge gott medmänskligt och samhälleligt stöd till människor som lever i utsatthet och då särskilt observera och stödja dem för vilka utsattheten kompliceras med psykisk ohälsa och/eller suicidalitet.

Genomförande

- Barn och unga från utsatta grupper ska särskilt uppmärksammas och stödjas så att de kan vara delaktiga i samhället som alla andra.

- I samarbete mellan hälso- och sjukvård och folkhälsa arbeta för jämlikhet för utsatta personer och i samarbete med dem själva utarbeta handlingsplaner som förutom strävan efter att ändra samhällets syn på en utsatt grupp också beaktar riskerna att hamna i psykisk ohälsa och/eller suicidalitet.
- Folkhälsovetare, personer engagerade i jämlikhets- och integreringsarbete i samarbete med studieförbund, ideella organisationer, brukar- och kulturorganisationer arrangerar allmänna föredrag, diskussioner, kurser, studiecirklar och kulturarrangemang, t ex teater, musik och biblioteksarrangemang, som gestaltar olika typer av svårigheter och beskriver olika sätt att förhålla sig till dem.
- Utvärdering sker genom årsrapporter inom respektive verksamhet som följer upp handlingsplanerna och bl a beskriver antal genomförda utbildningar och arrangemang tillsammans med studieförbund/frivilligorganisationer per år, resultatet av attitydmätningar mm.

Motivering

Dubbel utsatthet

Stöd till utsatta grupper är en viktig uppgift i ett samhälle där utstötningar inte ska få finnas. Dessa personer möter ofta för dem olösliga och plågsamma problem. Att både tillhöra en utsatt grupp och befinna sig i en så utsatt situation gör att suicid ter sig som en bättre lösning än att leva kvar i en plågsam situation, vilket är innebörden i att vara dubbelt utsatt.

Normal suicidalitet. Tankar på suicid är ofta en normal reaktion på yttre och inre svårigheter. Personen bär ofta på viktig men hittills otillräckligt formulerad information, som kan leda fram till identifiering av för personen eller gruppen speciellt plågsamma situationer, som i första hand måste lösas/åtgärdas. Personer som plågas av suicidtankar ska därför inte ses som offer utan som respekterade och likvärdiga medmänniskor, som samtidigt är informatörer och förmedlare av livsviktig information.

Unga personer från utsatta grupper. Exkluderande normer i samhället kan drabba barn och ungdomar som bryter normen hårt. I Ungdomsstyrelsens rapport "Hon, hen, han" (2010) framgår att bland transpersoner i åldern 16-29 år har 65 procent övervägt suicid. *Att inte bli ifrågasatt på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet och att ha personer att identifiera sig med är centralt för psykosocialt välbefinnande* konstateras i rapporten.

Den nationella folkhälsoenkäten från 2005 visar att självmordsförsök var dubbelt så vanligt bland homo- och/eller bisexuella personer jämfört med övriga befolkningen. Att någon gång övervägt eller att ha försökt ta sitt liv var särskilt vanligt bland unga homo- och/eller bisexuella personer mellan 16-29 år. Hälften av de tillfrågade transpersonerna hade någon gång övervägt att ta sitt liv. Enkäten visade även på att den psykiska ohälsan var betydligt mer utbredd bland homo- och/eller bisexuella personer än i den övriga befolkningen. Psykisk ohälsa i form av nedsatt psykiskt välbefinnande var dubbelt så vanligt bland homo- och/eller bisexuella personer som i övriga befolkningen. Även transpersoner, speciellt i de yngre åldrarna, uppgav ett sämre psykiskt välbefinnande än exempelvis homosexuella personer.

Akuta påfrestningar. I akuta situationer är en modell som fokuserar på bristande problemlösning särskilt användbar. Utgångspunkten är livslånga och/eller akuta svårigheter att lösa vanliga livsproblem. Detta leder till en psykisk trötthet och utmattning som ger känslor av vanmakt men också ökad känslighet. Denna kan stegras till ångest och psy-

kisk smärta. Man står inte ut en sekund till. Eftersom man är helt upptagen av denna trötthet och detta lidande orkar man inte vidmakthålla sina vanliga relationer utan känner sig totalt ensam och hjälplös. Och då är livet inte värt att leva längre. Tankar på självmord dyker upp och ter sig ibland som ett fullt möjligt alternativ.

Långvariga påfrestningar. Personer från utsatta grupper har ofta erfarenheter som ökar risken för psykisk ohälsa och suicid. Förmågan till problemlösning minskar då än mer. Den tidigare normala suicidaliteten övergår till patologisk suicidalitet med en stark ökning av risken för suicid. En vaksamhet bör därför alltid finnas för att svåra problem glider över till psykisk ohälsa och sjuklig (patologisk) suicidalitet med förhöjd risk för suicid.

Suicidprevention. I allt jämställdhets- och integrationsarbete inom Göteborgs Stad ska synpunkter på utsatta grupper kompletteras med en förförståelse för hur olösliga problem kan leda till suicidalitet, men också till psykisk ohälsa och i sista änden till suicid. Förebyggande åtgärder ska utvecklas utifrån den specifika vetenskapliga kunskap som finns om det aktuella problemområdet samt om psykisk ohälsa och suicidalitet.

Samarbete. Strävanden att på befolknings- och individnivå förebygga suicidförsök och suicid ska alltid ske i nära samarbete med representanter för den utsatta gruppen. Missbrukare, efterlevande efter suicid, anhöriga/närstående med särskilt fokus på barn till personer som gjort suicid ska alltid erbjudas professionellt stöd. Säkra tillgång till professionellt stöd. Åtgärder för att minska alkohol konsumtionen samt upplysning om riskerna med droganvändning och destruktiva livsstilar är andra viktiga metoder.

3. Långtidssjuka och äldre ska leva i omständigheter som minimerar fysiska och psykiska påfrestningar samt tillvaratar och utvecklar deras egna resurser så att de aldrig upplever behov av suicid som en utväg ur påfrestande situationer.

Vi vill tillsammans

- Skapa goda levnadsförhållanden för äldre och långtidssjuka, så att de inte behöver tänka på suicidförsök eller suicid som en möjlig lösning på livsproblemen.
- Att alla som i familjen och inom vården möter och tar hand om med äldre och långtidssjuka ska få kunskap om och respekt för äldres särprägel, så de kan möta dem på rätt sätt, men också tidigt observera tecken på ångest, livsolust, depression och tankar på suicid, så de äldre får den behandling och omvårdnad de behöver för ett så gott och meningsfullt liv som möjligt.
- Att de äldre och långtidssjuka ska ha mesta möjliga inflytande över sina livsvillkor och utforma vård och omsorg gemensamt med de professionella och icke-professionella som ska ge dem stöd och behandling.

Mål

- Antalet suicidförsök och suicid bland äldre och långtidssjuka i Göteborg ska reduceras med 20 procent före år 2020.
- Alla anhängvårdare och de som arbetar professionellt med äldre, t.ex. inom hemtjänst och på särskilda boenden, ska före år 2020 utbildats i krispsykologi och suicidprevention anpassad för denna åldersgrupp.

Genomförande

- Tillsammans med äldre t ex pensionärsföreningar och långtidssjuka (brukare), utforma suicidpreventiva program med såväl hälsofrämjande inslag (kulturarrangemang, danser, föreläsningar, kurser mm), som metoder för att tidiga observera och behandla uppkomsten av fysisk och psykisk sjukdom samt social isolering, varvid särskilt de äldre människors behov beaktas.
- Tillsammans med äldre, t ex pensionärsföreningar, utforma utbildningar i äldres krispsykologi, suicidologi och suicidprevention, vari ska ingå kunskaper om de äldres miljökänslighet och starka reaktioner på förändringar, t ex förändrat boende.

Motivering

Kultur. Ett talesätt säger att ett samhälles kulturnivå speglas i dess förmåga att ta väl hand om sina åldringar, vilket talar för en låg kulturnivå i Sverige. Detta gäller också omhändertagandet av långtidssjuka. Vi har sannolikt lång väg att gå innan vi skapar optimala levnadsförhållanden för dessa grupper.

Atypisk depression och suicidalitet hos äldre. Suicidalitet ser olika ut i olika åldrar och hos de två könen. Åldringar är ofta markant funktionsnedsatta, inte sällan på grund av en blandning av fysisk och psykisk sjukdom. Ensamhet sedan partnern och många vänner dött kan tömma livet på mening. Trötthet, oförmåga att klara även enkla vardagliga ting, smärtor och känslor av tomhet blir ofta svårt att bära. Detta gör dem också mycket känsliga för mindre oväntade ytterligare påfrestningar.

Suicidförsök som inte leder till döden är ovanligt hos äldre, av tre försök är två dödande. Äldre har en större tendens att använda effektiva aktiva metoder som hängning och skjutning. I de flesta fall dör åldringen vid första suicidförsöket. Tecken på akut hög suicidrisk är svårare att upptäcka hos äldre, som ofta dör i sin första suicidhandling. Suicidfrekvensen är särskilt hög hos mycket gamla män. Frekvensen suicidförsök är låg hos äldre medan långa perioder av depression och livsleda är vanligt.

Det är viktigt att så tidigt som möjligt observera tecken på ångest, depression, känslor av vanmakt och tankar på död och suicid. Depressionen är inte sällan atypisk med glädjelöshet och kroppsliga besvär som mest framträdande symtom. Hos äldre är psykisk sjukdom och självmord ännu mer tabuerat än hos yngre, vilket gör det svårt att tala om dessa saker. Ett ibland aggressivt försvar av den egna integriteten gör det inte lättare. Stöd- och behandlingsmiljöer samt åtgärder för äldre och utbildningar av personal måste ta hänsyn till dessa omständigheter.

Äldreomsorg. Suicidfrekvensen är särskilt hög bland äldre män. Tecken på hotande suicidrisk är särskilt svåra att upptäcka hos äldre, som ofta dör i sin första suicidhandling, dock vanligen efter en lång tid av nedsatt funktionsförmåga, trötthet, smärtor och livsolust. Blandningen av kroppslig och psykisk sjukdom som bidragande orsak till livsleda och tankar på suicid är en speciell svårighet.

Långtidssjuka. Trots många insatser för att öka långtidssjukas livskvalité och kompensera deras funktionsnedsättningar är detta en mycket utsatt grupp, i vilken livsleda och tankar på suicid är vanliga men också med en förhöjd frekvens av suicid. Den kroppsliga sjukdomen kompliceras ofta av smärtor, som kan vara svåra att tolerera. Av personer med både allvarlig psykisk sjukdom, särskilt schizofreni och som gör ett suicidförsök, dör 1/3 förr eller senare i suicid. Detta beror oftast inte på själva sjukdomen utan på dess konsekvenser såsom ensamhet utan gemenskap och meningsfull sysselsättning.

STRATEGI – Staden ska initiera attitydförändrande insatser till suicid som ersätter vanföreställningar och myter med kunskap

Vi vill tillsammans

- Inse de destruktiva funktionerna som felaktiga föreställningar/myter har för utveckling av suicidprevention och stödjande relationer till suicidala personer; samt
- Radikalt minska myternas makt genom att ersätta felaktiga föreställningar/myter med faktisk kunskap.
- Att Göteborg ska ta ansvar för att inom kommunen ersätta myterna med vetenskapligt baserad kunskap.

Mål

- Åstadkomma en successiv ersättning av myter och andra felaktiga föreställningar och attityder med välgrundad kunskap och en beredskap att samtala om suicidalitet som om vilket annat folkhälsoproblem som helst, t ex sjukdomar och olyckor.

Genomförande

- I varje sammanhang där felaktiga föreställningar om suicidalitet dyker upp ska dessa frågor lyftas och diskuteras öppet och jämföras med tillgänglig kunskap.
- I varje utbildning i suicidprevention ska föreställningar om suicidalitet behandlas och diskuteras mot bakgrunden av vad vi faktiskt vet.
- Sådan utbildning ska också innehålla träning att tala med kolleger och klienter/patienter om självmord på ett naturligt och personligt inkännande sätt.
- Resultaten kan följas upp med återkommande mätningar av kunskaper och attityder.

Motivering

Tabuering i brist på kunskap. Under många århundraden har självmord varit ett förbjudet, d v s. tabuerat område. Att totalt förbjuda att tänka på, tala om och genomföra suicid var länge den enda tillgängliga suicidpreventiva metoden. Och den var effektiv. Moralen upprätthölls genom skräcken för döden och helvetet, som i sin tur balanserades av bilder av paradiset som lockande belöning. Denna berättelse var ett kraftfullt stöd för att uthärda ett många gånger plågsamt liv.

I dagens Sverige kan vi inte bedriva suicidprevention på detta sätt. Det är heller inte nödvändigt. Nu finns goda kunskaper om suicidalitet och goda metoder att hantera detta problem. När man inte längre låter sig styras av felaktiga myter slås man av häpnad över hur vi så länge har kunnat negligera ett folkhälsoproblem som är lika stort eller större än t ex olycksfall i trafiken.

Myter. Sedan suicidalitet avkriminaliserades i Sverige år 1864 och de kyrkliga sanktionerna togs bort 1908 fortsätter emellertid en rad föreställningar eller myter att upprätthålla skräcken för suicidalitet. Vinsten är att man fortfarande kan hålla sig ifrån detta laddade område och, kanske ännu viktigare, slipper göra något åt det. Exempel:

– Människor som tar sitt liv vill ju dö; det är därför en patriarkal maktutövning att hindra dem.

– Att tala om suicid är farligt, det smittar och ger upphov till fler suicid; tala därför så lite om det som möjligt om det.

– Den som talar om självmord gör det inte, den som inte talar om det gör det. Suicid går inte att förebygga; räddar man livet på en person gör hen snart ett nytt försök.

Myternas funktion. I varje myt finns en kärna av sanning medan andra delar är falska eller starkt överdrivna. I brist på kunskap generaliserar man helt enkelt utifrån det man vet, låter sig styras av de föreställningar som finns till hands.

Utifrån det första exemplet skulle antagandet vara att i kroppens döende på grund av sjukdom eller ålderdom kommer man till ett stadium när människan ger upp och vill att det som ändå snart ska ske ska ske snabbt. Under större delen av livet är det emellertid tvärtom. Kroppen vill leva. Människan gör nästan vad som helst för att få leva en dag till.

Att se suicid som ett isolerat problem, något som bara händer, är också ett utslag av tabuering. I själva verket är varje suicid en följd av en lång utveckling med många bestämningss faktorer både i en persons sociala miljö och i hens läggning och tidigare upplevelser. Att förstå denna komplicerade process är grunden för modern suicidprevention. Tabuering och felaktiga föreställningar uppstår när det föreligger brist på kunskap. Då upplever man ett kusligt tomrum som behöver fyllas med vad som finns till hands. Dessa föreställningar har emellertid aktivt hindrat forskning och praktisk suicidprevention. Eftersom de fortfarande lever kvar och begränsar vår tankeförmåga är det viktigt att ständigt föra samtal om vad som är rätt respektive fel i vanligt förekommande föreställningar.

Konsekvenser av tabuering. Tabuering är i princip ett starkt avståndstagande. Detta ger upphov till negativa attityder mot personer med suicidproblem och andra psykiska. Detta uttrycks ofta som ett reserverat förhållningssätt eller distans till den självmordsnära personen och dennes anhöriga, vilket kan visa sig i brist på medkänsla, misstroende, eller till och med avvisande attityder.

Socialtjänstens, Räddningstjänstens och Hälso-och sjukvårdens personal kan ibland känna övermäktiga känslor av hjälplöshet och hopplöshet i kontakten med självmordsnära personer och deras familjer. Detta hindrar en naturlig kommunikation och mindre öppenhet för den självmordsnära personens och dennes familjs upplevelser. Genom en träning i samtalsteknik samt belysning av attityder och redovisning av de kunskaper som finns inom området kan man utveckla en ökad medvetenhet hos allmänheten och professionella.

Erfarenheter från tidigare utbildningar såsom Mental Health First Aid, MHFA, och Hjärnkoll, visar att negativa attityder mot suicidalitet och personer med suicidproblem relativt lätt övervinns. På lite sikt kommer dessa problem förhoppningsvis att försvinna. Å andra sidan gör den pågående snabba uppluckringen av tabueringen att såväl suicid-tankar, som försök och fullbordade suicid ligger närmare till hands än tidigare. Detta förstärks av lättåtkomlig information om suicidmetoder framför allt på internet. Det är därför viktigt att nu ta krafttag i utvecklingen av suicidprevention.

STRATEGI - Personal som professionellt möter personer med akut eller långvarig suicidalitet måste ha utbildning och kunskande i nivå med uppgifternas svårighetsgrad.

Vi vill tillsammans

Att varje människa i svår psykisk nöd och med ökad risk för suicid ska möta professionella hjälpare som:

- inte skräms bort av allvaret i situationen,
- är tränade i hur man talar med människor i så utsatta situationer;
- har goda kunskaper om suicidalitet och dess bakomliggande bestämningsfaktorer; samt
- har överblick över vilka behandlingsmöjligheter som finns

Mål

- Hög kompetensnivå hos all personal som professionellt möter suicidala personer eftersträvas.

Genomförande

- Varje verksamhetsområde ska ta ett ansvar för utbildning och träning av sin personal på ett sätt som är anpassat efter deras speciella målgrupp.
- Göteborgs stad ska upphandla och tillhandahålla utbildningar med den senaste forskningen kring suicid som grund.
- Utbildningarna ska vara utformade efter behoven hos de olika verksamheterna och deras klienter.
- Utbildningarna ska ha ett tydligt syfte att skapa en gemensam kunskaps- och värdegrund samt underlätta kommunikation och samarbete inom just denna verksamhet.
- Tvärsektoriella utbildningar ska också genomföras med ett tydligt syfte att skapa en gemensam kunskaps- och värdegrund mellan samarbetande vårdgrannar samt underlätta kommunikation och samarbete.
- Kompetensökningen utvärderas dels genom antalet utbildade i procent av antalet anställda för olika typer av utbildningar, men också genom kunskaps- och attitydmätningar.
- Undersöka behovet av ett tvärvetenskapligt kunskapscenter för suicidforskning och prevention i samarbete med Västra Götalandsregionen, FoU i väst samt Kunskapscenter för psykisk hälsa.

Motivering

Prioritering. Suicidprevention har under många år teoretiskt och praktiskt kommit långt efter annan samhällsutveckling. Utbildningsbehovet är därför stort. Det är inte möjligt att utbilda alla om allt utan att prioritera de yrkesgrupper som i första hand behöver dessa kunskaper samt att utforma utbildningen så den möter behoven hos just dem och hos de personer de har ansvar att bemöta på ett rätt sätt. Utbildningsbehovet hos personal som ska göra akuta insatser för att förhindra suicid behöver i första hand beaktas. (Inom hälso- och sjukvården finns stora utbildningsbehov, som dock ej berörs här.)

Tvårvetenskapligt kunskapscentrum. Eftersom suicidalitet är ett så stort samhällsproblem med stora skadeverkningar i form av dödsfall, lidande och nedsatt funktionsförmåga och kunskapen på området är spridd inom många vetenskapliga områden finns ett behov att samla och anpassa kunskapen till lokala förhållanden.

Utformning. Utbildningen ska vara anpassad efter vad den aktuella verksamheten behöver för sig själv och i samverkan med andra. En gemensam kunskaps- och värdegrund är nödvändigt liksom tekniska färdigheter att möta just den målgrupp som verksamheten vänder sig till. Genom sin unika tvårvetenskapliga karaktär har suicidpreventionen speciellt goda förutsättningar att skapa förståelse och gemenskap mellan vårdgrannar.

Utvärdering. Denna ska vara praktiskt inriktad och fokuserad på att personalens föreställningar, förhållningssätt och bemötande av suicidala personer verkligen förbättras. Olika metoder behövs för detta ändamål.

STRATEGI - Kunskapsnivån hos allmänheten ska höjas så att var och en kan uppmärksamma och stödja en person i en så svår situation att hon ser suicid som en möjlig utväg.

Vi vill tillsammans

Att varje människa i svår psykisk nöd och med ökad risk för suicid ska uppmärksammas av en medmänniska som:

- inte skräms bort av allvaret i situationen,
- är tränad i hur man talar med människor i utsatta situationer;
- har översiktlig kunskap om suicidalitet, dess vanligaste orsaker samt vilka möjligheter till stöd och behandling som finns.

Mål

- Mänsklig gemenskap och samhällsliga åtgärder ska vara ett stöd för människor med psykisk ohälsa, suicidtankar och för människor med upplevelser av närståendes suicid eller suicidförsök.
- Uppfostran av barn och ungdom ska bl a syfta till att lära dem att själv styra sitt liv, genomföra projekt och hantera svårigheter och besvikelser.
- En utveckling av området mellan hälso- och sjukvård och folkhälsa, som inkluderar upplevelser av och hantering av olika former av kroppsliga och psykiska störningar samt ett aktivt utnyttjande av brukares livserfarenheter.
- Kulturarbete, t ex teater, musik, bibliotek, som gestaltar olika typer av svårigheter och beskriver olika sätt att förhålla sig till dem.

Genomförande

- Stadsdelsförvaltningar i samarbete med studieförbund, ideella organisationer, brukar- och kulturorganisationer arrangerar allmänna föredrag, diskussioner, kurser, studiecirklar och kulturarrangemang.
- Utbildning i krishantering, kunskaper om psykisk sjukdom samt suicidalitet genomförs i grund- och gymnasieskolan.
- Utvärdering sker genom årsrapporter av verksamheterna som bl a kan beskriva antal genomförda utbildningar och arrangemang tillsammans med studieförbund/frivilligorganisationer per år, samt genom attitydmätningar.

Motivering

Det räcker inte bara med att veta vad en kroppslig eller psykisk störning heter, dess symtom, förlopp och behandling. Det är också nödvändigt att förstå vad det innebär att leva med en sådan sjukdom, vilka svårigheter och problem man möter. Här har det kommit mycket ny kunskap genom att brukare engagerats i vården och deras kunskaper tagits till vara.

Centrala faktorer i suicidaliteten är bristande problemlösning, en trötthet och utmattning som ger känslor av vanmakt men också ökad känslighet, som kan stegras till ångest och psykisk smärta. Man står inte ut en sekund till. Eftersom man är helt upptagen av denna trötthet och detta lidande orkar man inte vidmakthålla sina vanliga relationer utan känner sig totalt ensam och hjälplös. Och då är livet inte värt att leva längre.

Hur man bäst hjälper i sådana situationer är välkänt sedan länge. För det första gäller det att stanna kvar, att inte kroppsligen eller psykiskt "springa däriifrån" samt att bereda ett utrymme i tiden: "Jag stannar kvar." De viktigaste redskapen är ögon, händer och röst, som alla kan uttrycka närvaro, medkänsla och omtanke. Bäst är att inte säga alltför mycket och framför allt inte för tidigt komma med egna tolkningar och förslag.

Genom en alltför skyddande attityd, kan vuxensamhället ha bidragit till att skapa en generation av ungdomar som har låg tolerans mot svårigheter och har lätt att känna sig kränkta. Detta måste medvetet och aktivt motverkas genom att barnen tidigt stöttas och tränas i att bemästra svårigheter och hantera motgångar. Denna träning bör uppmärksammas tidigt i barnets utveckling men utvecklas vidare på förskolor och i skolan.

STRATEGI - Suicidprevention inom ramen för kommunens säkerhetspolicy; Akuta ingripanden och förhindrad åtkomst till självmordsmedel.

Vi vill tillsammans

- Skapa ett successivt allt tryggare och säkrare samhälle
- Minimera antalet akuta suicidhandlingar genom akuta uttryckningar vid hög suicidrisk samt genom att försvåra åtkomsten av självmordsmedel.
- Skapa ett gott samhällsstöd i krissituationer.

Mål

- En **säkerhetspolicy** som tydligt inkluderar olyckor, suicid och kriser
- En organisation för **effektiva ingripanden vid akut hög risk för suicid**
- Skapa **fysiska och andra hinder** för att förhindra åtkomst av självmordsmedel
- **Systematisk kunskapsinsamling** för utvärdering och kontinuerlig förbättring av dessa åtgärder.

Genomförande

- Arbeta in tillämpliga delar av "Strategi för suicidprevention" i Göteborgs säkerhetspolicy.
- Initiera dialog med "blåljusverksamheterna" om behov finns av en särskild myndighetsövergripande larmplan som utformas med hänsyn till befintliga larmplaner och tillsammans med dess aktörer, med syfte att effektivisera uttryckningar vid risk för suicid.
- Genomföra gemensamma utbildningar för att utvidga och effektivisera akuta insatser vid akut hög risk för suicid.

- Initieras genom styrgruppen för suicidprevention i samverkan mellan representer för SOS-alarm, som sköter informationsflödet, räddningstjänsten, som oftast kommer först till platsen, polisen som är den enda yrkesgrupp med laglig rätt att använda våld, ambulansväsendet för snabba transporter, hälso- och sjukvården, särskilt primärvård, akutmedicin, psykiatri för vuxna och för barn och unga, socialtjänsten, särskilt för barn- och ungdom samt missbrukare; samt trafikkontoret/trafikverket, när suicid förbereds genom att kasta sig framför ett tåg.
- Styrgruppen för suicidprevention ska tillsammans med berörda verksamheter ta ställning till i vilken utsträckning och på vad sätt händelseanalyser bör genomföras inom kommunen.

Motivering

Göteborgs kommun har i augusti 2013 antagit en Säkerhetspolicy baserad på en risk och sårbarhetsanalys (RSA), som ska följas upp kontinuerligt. I denna har kommunen identifierat nio riskfaktorer. Tillsammans med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MBS, utvecklar staden också ett system för att analysera vardagsolyckorna. Det är naturligt att inkludera prevention av olyckor och suicid i detta övergripande verktyg för säkerhet och trygghet.

Suicidplaner (hos den enskilda personen) utvecklas vanligen under lång tid men omsätts ofta mycket snabbt i aktiv handling, när personen överväldigas av sina suicidala tankar och känslor, s.k. psykiska olycksfall. Dessa personer väljer inte heller omedelbart en annan suicidmetod. Forskning visar att om man kan hindra någon från att dö av ett suicidförsök är överlevnaden på sikt mycket stor, c:a 90 procent dör av andra orsaker. Akuta ingripanden och försvårad åtkomst av suicidmedel är effektiva medel att förhindra framför allt sådana akuta olyckshändelser.

Ekonomiska incitament. Suicidprevention är en samhällsekonomiskt lönsam verksamhet. Enligt Nationellt center för erfarenhetsåterföring från olyckor, NCO 2004:7 är en suicidpreventiv åtgärd samhällsekonomiskt lönsam om den beräknas leda till ett insparat liv och kostar upp till 18,7 miljoner kr. En uppräknings av detta belopp pågår och resultatet väntas komma inom de närmaste månaderna. Trafikverket planerar en satsning som kostar 100 miljoner varje år för att förebygga 50 suicid varje år.

Myndighetsövergripande larmplan. Akuta ingripanden genomförs av SOS-alarm, som sköter informationsflödet, räddningstjänsten, som oftast kommer först till platsen, polisen, som är den enda yrkesgrupp med rätt att använda våld men som också erbjuder utbildade förhandlare. Ibland sker ingripandena under medverkan av psykiatri och socialtjänst. Trafikverket är en viktig aktör när avsikten är att kasta sig framför ett tåg. Detta är således i högsta grad insatser som bygger på samverkan.

Akuta ingripanden av detta slag utvecklades först i Jönköpings kommun i början av 2000-talet och sprider sig nu över landet. Undersökningar har visat att antalet livräddande insatser ökar för varje år. Införandet av en larmplan kräver *utbildning* av all personal. I samband med att larmplanen genomfördes i Jönköpings län utbildades c:a 1000 personer.

Det är viktigt att kommunen aktivt bidrar till utvecklingen av dessa insatser men också noga följer upp och utvärderar för att effektivisera verksamheten och upptäcka eventuella problem. En sådan myndighetsövergripande larmplan ska samordnas med och eventuellt vidareutveckla de larmplaner som redan finns, t.ex. hos polisen och räddningstjänsten.

Händelseanalyser. Analys av enskilda olyckor eller tillbud av utomstående experter har

i decennier varit en framgångsrik väg för utveckling av olycksfallsprevention. Från februari 2006 tillämpas metoden med lagligt stöd inom hälso- och sjukvården. Ett utredningsförslag om en stark ökning av antalet analyser har inte resulterat i någon proposition, förmodligen på grund av att professionellt genomförda händelseanalyser är mycket resurskrävande. En lösning är en uppdelning i enkel rapportering i standardfall men med djupare analys i utvalda särskilt intressanta fall. De senare ska genomföras av utomstående experter även för suicid, eftersom internationell erfarenhet visar att detta ger ett bättre kunskapsutbyte.

Försvåra tillgängligheten till självmordsmedel. Tillgängligheten till suicidmedel kan försvåras på många sätt såsom säkrare läkemedelsförpackningar (blisterförpackningar), restriktiv vapenlagstiftning mm. Att göra broar säkrare genom olika skyddsåtgärder liksom att genom teknisk övervakning skydda järnvägar från olyckor och suicid (olaga intrång, banspring mm) genomförs nu. Åtgärderna kräver en inventering av platser med hög frekvens av suicid, s.k. *hotspots*, med hjälp av lokalkännedom och statistik samt samarbete med bl a trafikkontoret/trafikverket.

När detaljplaner upprättas och bygglovsärenden bedöms ska behovet av skyddsåtgärder mot olyckor och suicid aktualiseras samt lämpliga åtgärder genomföras. Den lagliga grunden för sådana åtgärder behöver undersökas och eventuella ofullkomligheter påtalas.

Övriga krisinsatser. Utvecklingen av kommunala insatser vid akuta kriser har gått från att uppmärksamma stora katastrofer som Estonia och tsunamin till att också uppmärksamma mer vardagliga påfrestningar, såsom självmord i familjen eller på arbetsplatsen. Till detta hör också situationer när personer försvunnit utan att man vet skälet, s.k. "missing people". I sådana situationer finns risk för att utveckla psykiska skador med ökad risk för suicid. God kristerapi har därför också suicidpreventiva effekter. Det har dock visat sig att de flesta klarar sig väl med sina vanliga stödjande relationer, men att man behöver vara uppmärksam på om t ex en sorgprocess stannar upp och övergår i sjukligt beteende. Personal som arbetar med sådana kriser behöver därför en riktad utbildning om suicidalitet och hur man talar med människor i sådana situationer men också om de starka självläkande krafter som finns.

STRATEGI - Utveckla en rättvisande bild av suicidalitetens epidemiologi i Göteborg.

Vi vill tillsammans

- Skapa en god och rättvisande bild av suicidaliteten i Göteborg och dess utveckling

Mål

Att före år 2020 skapa ett effektivt rapporteringssystem för suicid, suicidförsök och tankar om suicid som ett verktyg för att

- Följa upp utvecklingen av suicidalitet och värdera betydelsen av insatta förebyggande åtgärder;
- Möjliggöra tidig observation och tidiga åtgärder vid trendbrott; samt
- Möjliggöra tidig observation och tidiga åtgärder vid en ökning av antalet suicidala handlingar under begränsad tid knutna till speciella personer eller platser, s.k. kluster.

Genomförande

- Att före år 2020 skapa ett system för beskrivning av suicidalitetens epidemiologi.
- Fortlöpande ta vara på, bearbeta och publicera officiell dödsorsaksstatistik rörande såväl säkra suicid som de fall där tveksamhet råder om dödssättet, fördelade på kön, åldersgrupper och stadsdelar
- Möjliggöra fördelning av inträffade suicid geografiskt inom kommunen i syfte att identifiera särskilt utsatta suicidplatser, s.k. hotspots.
- I samarbete med polisen utveckla deras undersökningar och rapporter av suicid på samma sätt som skett med olycksfall så kommunen får en snabbare och mer rättvisande suicidstatistik.
- Skapa informationskanaler med hälso- och sjukvården, polis, räddningstjänst, rättsläkarmyndigheten, sjukhuskyrkan m fl. för att tidigt slå larm om misstänkta trendförändringar eller suicidkluster.
- I samverkan med Hälso- och sjukvården inom Västra Götalandsregionen skapa ett rapportsystem från akutmottagningar och primärvård, liknande det som länge funnits för olyckor, för att kunna följa utvecklingen av suicidförsök över tid. Detta kräver utbildningsinsatser som bl a innebär att ersätta myter med kunskap.

Motivering

Det är omöjligt att bedriva effektiv prevention utan att skapa rättvisande bilder av problemets omfattning, variationer samt effekten av vidtagna åtgärder. Att studera inträffade olyckor men även situationer som kunnat utveckla sig negativt har varit en framgångsrik väg inom utveckling av t ex en god arbetsmiljö samt patientsäkerhet.

Trender av suicid och suicidförsök i utsatta grupper ska vara ett uppmärksamhetsområde för tidig upptäckt och åtgärder

Fokus barn/ungdomars utsatthet med anknytning till internet och sociala medier.

STRATEGI- Suicidprevention ska utvecklas i nära samarbete berörda aktörer.

Vi vill tillsammans

- Utveckla suicidprevention i Göteborg som en del av en integrerad tydlig nationell och internationell suicidprevention; samt
- Tillgodogöra oss kunskaper och erfarenheter genom ett dynamiskt samarbete med verksamheter inom och utanför Göteborg.

Mål

- En samlad kraftfull insats för suicidprevention i nivå med dess betydelse för folkhälsa och ekonomi; med avsikten att till år 2020 nå målet en 10-procentig reduktion av antalet suicid och suicidförsök i Göteborg,
- Genom att bl a utveckla öppna och ömsesidigt givande samarbetsformer med en rad andra verksamheter; som vårdcentraler, barn och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagningar, samordningsförbund. Samverkan med brukar- och ideella/idéburna organisationer är andra centrala samverkansparter.
- Samverkan redovisas i verksamheternas årsrapporter.

Genomförande

Inom kommunen. Det praktiska arbetet med att utveckla suicidprevention kräver ett nära informellt samarbete mellan många olika aktörer. Redan nu behövs dessutom formella arbetsgrupper för att:

- Utveckla snabba uttryckningar vid risk för suicid enligt särskild larmplan enligt mål fem.
- Utveckla en rättvisande bild av suicidalitetens epidemiologi, d v s förekomst i befolkningen av självmord, självmordsförsök och tankar på att ta sitt liv.

Regering och myndigheter

Suicidprevention i Göteborg ska utvecklas i enlighet med internationella riktlinjer (WHO, EU), nationella riktlinjer såsom regeringens folkhälsomål för suicidprevention samt myndigheters handlingsprogram, t ex socialstyrelsens riktlinjer för ångest och depression.

- Använda ekonomiska anslag såsom PRIO - satsningen där Göteborgs Stad har rekviderat medel, och EU-anslag för att sänka kostnaderna och öka effektiviteten i verksamheten.
- Samarbeta med olika myndigheter, t ex trafikverket, som är en viktig samarbetspartner i arbetet för snabba uttryckningar enligt larmplan.
- Samarbeta med ungdomsmottagningar och Mini - Maria mottagningarna i staden.

Västra Götalandsregionen

- Fortsätta redan befintligt samarbete inom folkhälsoområdet och inom den ramen arbeta målmedvetet med suicidprevention ur ett befolkningsperspektiv.
- Samarbeta med hälso- och sjukvården i regionen, med t ex primärvård, barn- och ungdoms och vuxenpsykiatri, akutmottagningar samt med Kunskapscentrum för psykisk hälsa.
- Samarbeta kring insamling och bearbetning av statistiska uppgifter om suicid, suicidförsök, tankar på suicid samt förhållningssätt till suicidalitet och suicidprevention, t ex genom attitydundersökningar.
- Samarbeta kring modellförsök inom olika kommuner samt utvärdering av suicidpreventiva satsningar.
- Samarbeta kring publicering av erfarenheter inom suicidpreventionen, såsom goda exempel.
- Vårdcentraler för gruppen äldre

Kunskapsutveckling

- Tillgodogöra sig den stora vetenskapliga kunskap som finns inom Nationellt Center för prevention av psykisk ohälsa och suicid, NASP, men också i de regionala nätverk för suicidprevention, som NASP skapat och som är en del av NASP:s verksamhet, i första hand Suicidprevention i Väst med säte i Göteborg.
- Använda erfarenheterna från kommuner och landsting som länge arbetat med suicidprevention såsom Jönköping och Stockholm, bl. a projektet Suicidprevention i Stockholm, SPIS, samt regioner såsom region Halland och region Skåne. Använda den kunskap som finns inom församlingar, stadsmission, telefonjourer mm samt ideella organisationer som arbetar med suicidprevention så-

som Suicidprevention och efterlevandes stöd, SPES samt brukarorganisationerna, företrädda av t ex Nationell samling för suicidprevention i Göteborg, (NSPHiG). Brukarorganisationer som arbetar med målgrupper som arbetar med utsatta grupper bör också involveras i frågor som rör kunskapsutveckling.

Motivering

Suicidalitet är ett stort och differentierat folkhälsoproblem, som orsakas av många samverkande orsaker. Insatserna kräver därför såväl akuta som långsiktiga insatser från en rad aktörer. Det är därför ett idealiskt område för att upparbeta kontakter på såväl person- som organisationsnivå samt utveckla samarbetsformer, som berikar verksamheten med såväl kunskaper som energi. Sådant samarbete har också spridningseffekter till andra av kommunens verksamheter.

Inom Sverige men också i våra grannländer, framför allt i Norge, men även i andra nordiska länder, i WHO och EU, finns mångåriga erfarenheter av suicidprevention som är väl värda att ta vara på.

I vardagen görs stora suicidpreventiva insatser av enskilda personer, olika verksamheter, men också av ideella och religiösa organisationer samt brukare, vars erfarenheter också är väl värda att ta till vara.

Vetenskapliga och praktiska kunskaper inom suicidologi och suicidprevention har utvecklats sent. Det finns därför en stor eftersläpning i utvecklingen av suicidprevention jämfört med de flesta andra verksamhetsområden. Denna kan hämtas igen snabbare genom att tillgodogöra sig andras kunskaper och erfarenheter.

STRATEGI – Stärka ledning, samordning och styrning för att utveckla, följa upp och förbättra suicidpreventionen i Göteborgs Stad.

Vi vill tillsammans

- Skapa en tydlig samordning och styrning som aktivt stödjer och utvecklar suicidpreventionen i Göteborg. Verka för samverkan kring frågorna med befintliga styr- och ledningsgrupper inom staden och mellan statliga, regionala och lokala myndigheter.
- *Styrgrupp.* För att arbetet med den strategiska planens ska komma igång utses en mindre styrgrupp som leds från stadsledningskontoret. Uppgiften är att starta arbetet, säkerställa/utveckla/utreda samordningsbehov, med befintliga styr/ ledningsgrupper inom närliggande verksamhetsområden, stödja styrning och ledning, samt uppföljningen av arbetet.

Mål

- Styrgruppen på SLK har till halvåret 2016 att samordna arbetet bl.a. genom att knyta ihop lämpliga frågor ur planen med befintliga styrgrupper med uppdrag rörande psykisk ohälsa och även till befintliga styrgrupper med uppdrag inom "blåljusverksamheterna". Det tillkommer styrgruppen att på olika sätt inspirera till, främja och följa verksamhetens utveckling.
- En första uppföljning för tiden 2015 och våren 2016 presenterats för kommunstyrelsen hösten 2016.
- Att skapa ett utbyggt samarbete mellan stadens aktörer och berörda myndigheter och aktörer inom området.

- Varje kommunal verksamhet ska identifiera sitt ansvar för utvecklingen av suicidprevention inom sitt arbetsområde.

Genomförande

- En styrgrupp utses på ledningsnivå med uppdrag att påbörja samordning med pågående styrgrupper som knyter an till psykisk ohälsa och suicidprevention liksom till "blåljusverksamheter" och till plan- bygg- och trafikplanering i Göteborgs Stad.
- I detta ingår att skapa arbetsgrupper för speciella ändamål. Här nedan föreslås som en inledning att skapa arbetsgrupper för utveckling av:
 - utryckningsgrupper enligt larmplan
 - utveckla en rättvisande bild av suicidalitetens epidemiologi
- Styrgruppen knyter an lämpliga utvecklingsområden i planen till befintliga grupperingar kring de statliga prioriteterna (minska psykisk ohälsa bland barn och unga och vuxna) vilka är en finansieringsform 2015 eventuellt 2016.
- Styrgruppen säkerställer att evidenta metoder och nödvändiga rutiner tillförs verksamheterna och ska därutöver inspirera, främja och följa upp utvecklingen av suicidprevention inom Stadens olika verksamheter.

Motivering och kommentarer

Med hänsyn till sin samhällsbetydelse är problemet suicidalitet lite uppmärksammat. Tillgängliga kunskaper har ännu inte i tillräcklig omfattning fått forma det praktiska arbetet. För att fylla dessa påtagliga luckor krävs målmedvetna, aktiva och på lång sikt resurskrävande insatser från många olika instanser inom kommunen.

Prioritering. Skapandet av tillförlitlig statistik får inte prioriteras på bekostnad av utveckling av själva det preventiva arbetet. Olika typer av data och analys av data kräver olika nivå av insatser.

Dödsorsaksstatistik. Att fortlöpande ta vara på, bearbeta och publicera officiell dödsorsaksstatistik kan och bör göras redan nu, likaså att nyttiggöra denna i identifiering av hotspots.

Polisstatistik. En utveckling av polisens utvecklings- och rapporteringssystem är redan på gång men kräver former för rapportering till kommunen och någon som tar emot och nyttiggör informationen.

Trendbrott och kluster. Att uppmana personal inom olika yrkesområden att uppmärksamma utvecklingen inom suicid- och suicidförsökspanoramat kräver relativt små insatser.

Suicidförsök. Att skapa fortlöpande statistik över suicidförsök från akutmottagningar och primärvård är ett utvecklingsprojekt, som kräver initiativ från hälso- och sjukvården och dess olika vårdgivare. Här handlar det också om långsiktig metodutveckling. Det finns ett behov av registrering av suicidförsök som ett viktigt led i förståelsen av vilka händelser som utlöser suicidala handlingar. Försök har emellertid visat att det krävs ett omfattande utbildningsarbete innan det blir naturligt för personal och patienter att samtala om och registrera sådana händelser.

Tänkar på suicid. Sådana efterfrågas nu i en rad vetenskapliga studier samt i enkäter t.ex. "Hälsa på lika villkor" som genomförs av Folkhälsomyndigheten och där Göteborgs Stad deltar med extra uttag av enkäter sedan 2004. Att tänka på suicid är ett tecken på att man befinner sig i psykisk fara och är i behov av stödjande åtgärder. Detta är därför viktigt att uppmärksamma och följa.

ÖVERGRIPANDE ANSVAR OCH ROLLER BLAND INVOLVE-RADE AKTÖRER

En viktig utgångspunkt för framgång med suicidprevention är en samlad styrning och ledning. Nedan följer en kortfattad information om övergripande roller och ansvar

Kommunfullmäktige är det högsta beslutande organet i Göteborg som bland annat fastställer kommunens budget och övergripande dokument

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret att de mål och riktlinjer som fullmäktige beslutat om följs upp och att den löpande förvaltningen i kommunen sköts effektivt och ekonomiskt. Stadsledningskontoret stödjer kommunstyrelsen i uppdraget att leda, samordna och följa upp stadens verksamheter.

Stadsdelsnämnderna har det yttersta ansvaret för befolkningen och ansvarar för socialtjänst med individ- och familjeomsorg, äldreomsorg, funktionshinder, förskola och skola i respektive stadsdel.

Sociala resursnämnden är en del av socialtjänsten och ansvarar för delar av kommunens boende med stöd och uppsökande verksamhet, socialjour, fältverksamhet bland ungdomar. Nämndens uppdrag är också att stödja organisationer, stiftelser, kooperativ och sociala företag inom det sociala området och funktionshinderområdet i Göteborg och att utveckla samarbetet mellan de ideella organisationerna och kommunen.

Byggnadsnämnden ansvarar för att genomföra planeringsarbete och all planläggning enligt plan- och bygglagen, översiktsplaner, områdesbestämmelser, detaljplaner och fastighetsplaner.

Trafiknämnden ska tillgodose medborgarnas och näringslivets transportbehov, förbättra trafiksäkerheten och minska trafikens miljöstörningar till en nivå som både människor och natur tål. Nämnden ska utföra sitt uppdrag med en helhetssyn i nära samarbete med statliga, regionala och kommunala aktörer samt övriga intressenter.

Hälso och sjukvårdsnämnderna i Västra Götaland uppdrag är att verka för en god hälsa och vård på lika villkor för dig som bor i Västra Götalandsregionen. Nämnderna ska se till att du har tillgång till den sjukvård du behöver. Hälso- och sjukvårdsnämnderna är befolkningens företrädare och ansvarar för att kartlägga behovet av hälso- och sjukvård och prioritera mellan olika behovs- och patientgrupper.

Räddningstjänsten i StorGöteborg har som vision att allmänheten ska känna trygghet, säkerhet och omtanke. Verksamhetsidén bygger på att förhindra och begränsa olyckor, förbereda och genomföra räddningsinsatser, vidta åtgärder efter olyckor samt medverka i samhällets krishantering.

Polismyndigheten i Västra Götalands uppdrag är att upprätthålla lagen, minska brottsligheten och öka tryggheten i samhället. Polismyndigheten har redan idag en fungerande larmplan som Länsordningspolisen arbetar efter. I planen finns vedertagna principer som styr verksamheten i de fall det kan vara risk för självmord.