



KIRUNA KOMMUN

Dokumenttyp	Strategi
Dokumentansvarig	Kommunledningskansliet
Upprättad	2023
Antagen	Kf 230515, § 82
Senast reviderad	
Dokumentet gäller för	Kiruna kommun



# Strategi för suicidprevention

# Innehållsförteckning

<b>1 Syfte</b> .....	<b>3</b>
1.1 Målgrupp.....	3
<b>2 Övergripande mål</b> .....	<b>3</b>
<b>3 Genomförande och uppföljning</b> .....	<b>4</b>
3.1 Stöd för implementering av strategi i förvaltning och verksamhet.....	4
3.2 Rekommendationer för fortsatt arbete i förvaltning, nämnd och verksamhet.....	5

Bilaga 1 Begrepp och definitioner

Bilaga 2 Skydds- och riskfaktorer för suicidhandlingar

Bilaga 3 Statistik Kiruna kommun

Bilaga 4 Nio strategier i det nationella handlingsprogrammet och Handlingsplan suicidprevention  
Norrbotten, Norrbottens kommuner och Region Norrbotten 2022–2030.

# 1 Syfte

Suicid är ett komplext samhälls- och folkhälsoproblem på nationell nivå som kräver insatser på samhälls-, grupp- och individnivå. Suicid är i sig ingen sjukdom. Det är inte ens nödvändigt att psykisk sjukdom ligger bakom. Däremot är psykisk sjukdom eller någon form av psykisk ohälsa en vanlig riskfaktor för suicid. Suicidalt beteende påverkas av biologiska, psykologiska, sociologiska faktorer och faktorer i omgivning, som inte känner av gränser mellan förvaltningar och politiska områden utan kräver samverkan mellan olika aktörer.

Kiruna kommun vill därför med denna strategi uppfylla visionen av alla kommunens medborgare ska kunna leva ett hälsosamt liv. Att arbeta med suicidprevention och att främja den psykiska hälsan är en del i arbetet. Allt för att skapa förutsättningar för ett gott och tryggt liv för de personer som lever och verkar i Kiruna kommun.

Strategin ska vara obunden tjänsteperson och funktion och ligga på en övergripande nivå. Strategin ska implementeras i kommunens förvaltningar, nämnder och avdelningar genom att förvaltningarna skapar handlingsplaner och aktiviteter utifrån verksamheternas mål och uppdrag för att bidra till strategins mål. Varje verksamhet har sitt eget ansvar för implementeringsprocessen av handlingsplanerna. Strategins upplägg utgår från andra kommunala strategier, till exempel barn- och ungdomspolitisk strategi, strategi för våld i nära relation.

Syftet med Kiruna kommuns suicidpreventiva strategi är:

- att fungera som stöd och styrdokument för att uppnå strategins mål. Varje kommunal förvaltning, nämnd och verksamhet har till uppgift att se till att dess aktiviteter och arbete sker i linje med och stöder strategin att förebygga suicid

## 1.1 Målgrupp

Målgrupp för suicidpreventionsstrategin är alla invånare och besökare i Kiruna kommun. Detta innebär för kommunal verksamhet allt från samhällsplanering till mötet med enskilda individer. Strategin har därför dels ett perspektiv gällande möten mellan medarbetare och medborgare, dels ett arbetsgivarperspektiv för stöd gällande psykisk ohälsa och utbildning kring bemötande av suicidnära personer och kunskap samt stöd i arbetet.

# 2 Övergripande mål

Kiruna kommuns strategi gällande suicidprevention är att arbeta i linje med det nationella och regionala handlingsprogrammet för suicidprevention.

Kiruna kommuns övergripande mål med strategi för suicidprevention är

- att öka handlingsberedskapen att förebygga och uppmärksamma suicid och suicidhandlingar
- att minska förekomsten av suicidförsök och suicid i kommunens verksamheter och i befolkningen.

## 3 Genomförande och uppföljning

Kommunfullmäktige har det yttersta ansvaret för att suicidpreventiva strategin implementeras och efterföljs. Kiruna kommuns nämnder, förvaltningar och verksamheter ska ta ansvar för att strategins övergripande mål verkställs.

Kiruna kommuns nämnder, förvaltningar och verksamheter ansvarar för att beskriva hur strategin och strategins mål ska konkretiseras i sitt verksamhetsområde, genom att till exempel upprätta verksamhets-, handlings- och aktivitetsplan.

Arbetet med strategins mål ska följas upp och utvärderas genom nämndernas och förvaltningarnas verksamhetsberättelser, och redovisas då till kommunstyrelsen.

Revidering av strategin ska ske under fjärde år på initiativ av kommunledningsförvaltningen i samarbete med övriga nämnders representanter i en arbetsgrupp.

Kostnader för insatser gällande strategin ska tas från var nämnds, förvaltnings och verksamhets befintliga budget.

### 3.1 Stöd för implementering av strategi i förvaltning och verksamhet

Arbetet behöver utifrån målgrupp riktas till samhället i stort såväl som till enskilda individer. Detta innebär att insatserna riktar sig till samhället i stort, till alla invånare, men också till individer som befinner sig i en riskgrupp och till de som i sin profession möter människor som befinner sig i en suicidal process. Strategin har därför dels ett perspektiv gällande möten mellan medarbetare och medborgare, dels ett arbetsgivarperspektiv för stöd gällande psykisk ohälsa och utbildning kring bemötande av suicidnära personer och kunskap samt stöd i arbetet. I vissa verksamheter kan händelseanalyser efter suicid behöva göras.

Generellt sett kan suicidpreventiva förutsättningar och insatser delas i tre olika nivåer:

- Samhällets förutsättningar/insatser riktar sig till hela befolkningen oavsett risknivå och syftar till att öka kunskap och minska stigma, samt att stärka personer innan lidande uppstår.
- Grupp förutsättningar/insatser riktar sig till grupper som är mer utsatta för suicidrisk och kan exempelvis syfta till tidig upptäckt.
- Individ förutsättningar riktar sig till individer med risk för suicid. Insatserna kan exempelvis syfta till tidig upptäckt, vård och behandling

Vissa verksamheter har tydliga rutiner för hur personalen ska agera i mötet med en person som kan vara i ett suicidnära läge. Andra verksamheter arbetar förebyggande utifrån parametrar som inte uttryckligen handlar om självmordsprevention men med åtgärder som ändå kan ha bäring på det arbetet. Ett exempel kan vara samhällsplanering och suicidprevention i fysisk miljö.

Då förvaltningarnas uppdrag skiljer sig åt, kan förvaltningarna med verksamhet inom grupp- eller individnivå behöva egna samordnare för ovanstående planer utifrån strategin. I verksamheternas handlingsplaner kan det finnas stöd att hämta från bilaga 4, nationella och regionala handlingsplan för suicidprevention.

### 3.2 Rekommendationer för upprättande av plan i förvaltning, nämnd och verksamhet

Arbetet med uppräta förvaltningars verksamhets-, handlings- och aktivitetsplan rekommenderas innefatta fyra steg och innefatta samhällsnivå, gruppnivå och individnivå:

1. Undersöka  
Ett första steg att undersöka hur verksamheten kan arbeta med att nå de övergripande målen, då suicidhandlingar kan betecknas som den yttersta formen av psykisk ohälsa. Utgångspunkt kan vara att inventera kunskapsnivå om suicid bland medarbetare, vilka riskfaktorer som finns hos de personer/grupper som verksamheten möter, interna rutiner och strukturer för anställda utifrån verksamhetens uppdrag.
2. Analysera  
Nästa steg är att analysera det/de resultat som undersökning och behovsinventering givit för information, ringa in vilka orsaker som kan finnas till det nuvarande läget och vilka aktiviteter/insatser som kan ge effekter. Planera även för hur insatserna kan utvärderas (indikatorer, nyckeltal, mätningar, utfall). I vissa fall, för verksamheter vars uppdrag berör grupper med ökade riskfaktorer, eller där det konstaterats att individer som försökt eller genomfört suicid, kan händelseanalys i fallen behöva genomföras.
3. Genomföra  
Genomförande av de åtgärder som verksamheten i sin analys har definierat som behov vad gäller suicidprevention, i vilka delar av sin verksamhet och utifrån vilken ram verksamhet och personal har i sitt uppdrag.
4. Utvärdera  
Sista del i genomförandeprocessen är att utvärdera vilka insatser som genomförts och vilka effekter insatserna har haft eller kan tänkas ge på sikt. Utvärderingen redovisas i nämndens och förvaltningens verksamhetsberättelse.

I bilagor 1–4 finns information om riskgrupper/riskfaktorer, begrepp och definitioner, lokal statistik för Kiruna kommun samt kunskap från nationella strategin för suicidprevention och länsgemensam handlingsplan suicidprevention Norrbotten 2022–2030 som stöd i framtagande av förvaltningarnas egna handlingsplaner.

## Bilaga 1

### Begrepp och definitioner

Orden självmord och suicid har samma innebörd. I facklitteratur har ordet självmord kommit att ersättas alltmer av termen suicid. Enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR) föredrar vissa ordet suicid eftersom självmord kan leda tankarna till mord och kriminella handlingar, medan andra anser att suicid är ett alltför kliniskt och avståndstagande begrepp. ([Suicidprevention i fysisk miljö | SKR](#)) I denna strategi gällande suicidprevention används båda begreppen synonymt.

Skillnaden mellan begreppen suicid, suicidförsök, suicidprevention, psykisk hälsa och psykisk ohälsa:

**Suicid** - en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden.

**Suicidförsök** - livshotande eller skenbart livshotande beteende i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt som inte leder till döden.

**Suicidprevention** – kan till exempel vara utbildning, informationsinsatser, metodutveckling, begränsning av medel och metoder, efterlevandestöd för att förhindra att minska antalet suicidförsök och suicid.

**Psykisk hälsa** – används ofta som ett övergripande begrepp som omfattar god psykisk hälsa och välbefinnande, men även psykisk ohälsa, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.

**Psykisk ohälsa** – omfattar flera olika tillstånd, med olika allvarlighetsgrad och varaktighet: från mildare och övergående besvär, till långvariga tillstånd som kraftigt påverkar funktionsförmågan. Begreppet kan alltså omfatta allt från lättare tillstånd av oro eller nedstämdhet till svåra psykiatriska tillstånd som bör behandlas av hälso- och sjukvården, såsom depression, ångestsyndrom eller schizofreni.

## Bilaga 2

### Riskgrupper och riskfaktorer

Identifiering av riskgrupper är en förutsättning för att alla som möter dem i sin profession ska kunna vara särskilt uppmärksamma på eventuella risker. Ju tidigare insatser sätts in desto större chans att suicidhandlingar kan förebyggas. Samtidigt är det viktigt att framhålla att varje enskild riskgrupp inte nödvändigtvis kräver särskilda insatser för att komma till rätta med sin suicidalitet utan kan ofta utnyttja redan befintliga evidensbaserade behandlings- eller preventionsmetoder. Det handlar snarare om att deras status som riskgrupp blir uppmärksammas av aktörer som har möjligheten att hjälpa. Enligt Folkhälsomyndigheten dör det varje år omkring 1 200 personer av suicid i Sverige. Ytterligare omkring 300 fall brukar registreras som misstänkta suicid, men där avsikten inte har kunnat styrkas. Av samtliga fall är omkring 70 procent män och det högsta suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare) finns bland män över 85 år. Suicidtalet i Sverige var som högst under 1970-talet och har sedan dess minskat. Under den senaste 20-årsperioden har suicidtalet i befolkningen minskat i de flesta åldersgrupper, utom bland unga. Samtidigt har det blivit mindre skillnader i suicidtal mellan olika åldersgrupper. I den äldsta åldersgruppen 85 år och äldre varierar suicidtal mycket över tid, vilket beror på att gruppen består av förhållandevis få individer. För Kiruna kommuns del finns vissa riskgrupper som kan överväga utifrån faktorer så som vår befolknings levnadsförutsättningar och livsvillkor. Att notera är att vid mindre orter och kommuner kan enstaka suicid ge stor effekt på suicidtalet. ([Statistik om suicid – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#))

Vanliga riskfaktorer för suicid är större livsomställningar såsom separation från en relation, sjukdom, att förlora en nära anhörig, pensionering, att bli arbetslös, mobbing och kränkningar, att bli förälder eller att komma ut med sexuell identitet eller könsuttryck. Andra riskfaktorer är riskbruk, missbruk och obehandlad depression. Även tidigare suicider i familjen och egna suicidförsök är riskfaktorer. Vidare lyfter Folkhälsomyndigheten att det finns en tydlig koppling mellan psykisk ohälsa och självmord på så vis att psykisk sjukdom är en riskfaktor för suicid. Medan självmordsbeteende i sig inte är en psykisk sjukdom, är en av de tydligaste orsakerna bakom en suicidproblematik ofta psykiatriska tillstånd såsom depression, bipolär sjukdom, schizofreni och beroendesjukdom, men även ångestsyndrom samt personlighetsstörningar, ätstörningar och traumarelaterade störningar. ([Suicidförebyggande insatser – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#))

Enligt Sveriges kommuner och Regioner (SKR) skiljer sig antalet självmord mellan olika delar av Sverige. Självmordstalen i olika regioner varierar från år till år men flera glesbygdslän ligger i topp. År 2015 låg Gotland och Kalmar län högst. Gruppen renskötande samer har ett klart högre självmordstal än befolkningen i stort. Självmordstalet är 4–5 gånger högre bland männen än kvinnorna inom den gruppen. (Maskulinitet och psykisk hälsa [7585-608-7.pdf \(skr.se\)](#))

De flesta suicid i Sverige sker genom hängning eller förgiftning. Metoderna skiljer sig dock mellan kvinnor och män. Den metod som används mest bland män är hängning, följt av förgiftning och skjutning. Bland kvinnor däremot är både förgiftning och hängning vanliga metoder medan skjutning knappt förekommer alls. Andra metoder som förekommer i mindre utsträckning är exempelvis hopp från hög höjd och hopp framför rörligt föremål. Årligen sker cirka 130 suicid

inom det svenska transportsystemet, de flesta inom järnväg och tunnelbana. ([Statistik om suicid – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#))

Även om antalet suicid är förhållandevis jämnt fördelat över året i Sverige inträffar det något fler suicider under månaderna mars och april jämfört med resten av året. Denna säsongsvariation omfattar både män och kvinnor och alla åldersgrupper. Nyårsafton och valborgsmässoafton är till exempel helger som är förknippade med ökad alkoholkonsumtion. Alkohol kan vara en viktig utlösande faktor till suicid eftersom det bidrar till att minska hämningarna. En studie som undersökte förekomsten av suicid runt midsommar fann dock ingen signifikant ökning av säkert fastställda suicid i samband med den högtiden. Fler kvinnor än män inlagda på sjukhus till följd av suicidförsök. Det enda undantaget var bland personer 85 år och äldre, där fler män än kvinnor fick vård. ([Statistik om suicid – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#))

### *Äldre*

Åldrandet i sig innebär en ökad risk för både fysiska och psykiska sjukdomar. Depression är det vanligaste psykiska hälsoproblemet hos äldre personer ([Äldre, psykisk hälsa | SKR](#)). Enligt Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP) är äldre en ytterligare riskgrupp som kan behöva tillhandahålla särskilda insatser. Suicidrisken är hög i denna åldersgrupp och är starkt kopplad till social isolering, i synnerhet bland män som är 85 år och äldre. Orsakerna kan vara många men en bidragande orsak kan vara att livskvaliteten sjunker i takt med stigande ålder. NASP refererar till en enkätundersökning från 2016 med närmare 10 000 äldre. Den visade att en fjärdedel av personerna uppgav att de kände sig ensamma, och flera studier har påvisat att det finns ett samband mellan depressiva symptom och upplevd ensamhet. Även anhöriga till individer som har avlidit i suicid är en grupp som befinner sig i en speciell och akut situation i samband med att de får besked om en anhörigs suicid.

Drygt 800 personer i åldern 65 år eller äldre fick sjukhusvård för suicidförsök eller annan avsiktlig självdestruktiv handling 2020. Det motsvarar 40 personer per 100 000 invånare. Skillnaderna mellan kvinnor och män var liten. [Statistik psykisk hälsa: vuxna 65 år eller äldre – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#)

### *Medelålders och äldre män*

Enligt föreningen MIND och Folkhälsomyndigheten begås 70 procent av alla suicider av män. En del av förklaringen till att fler män tar sitt liv ligger i valet av metoder. När män bestämt sig för att ta sitt liv väljer de oftast dödligare metoder än vad kvinnor gör. Enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR) är en annan förklaring är att många män inte har ett kontaktnät som de kan be om känslomässigt stöd samt att pojkar och män söker vård för psykiskt lidande i mindre omfattning än flickor och kvinnor. Detta kan göra det svårare att fånga upp mäns och pojkars psykiska ohälsa i tid. Normer för maskulinitet och förväntningar hos personal inom verksamheter i kommuner och regioner kan också bidra till att vård och omsorg inte får syn på mäns psykiska ohälsa i tid och riskerar att skapa osynliga trösklar för pojkars och mäns benägenhet att söka hjälp ([Mäns psykiska hälsa | SKR](#)). När det gäller kvinnor i fertil ålder kan depression efter förlossning, postpartum depression, förekomma och tillgången till vård samt systematik i arbete med mödravård/barnhälsovård kan vara en viktig instans. I kommuner med familjecentraler och öppna



förskolor kan dessa arenor utgöra en kontaktyta där stöd för ohälsa kan ges i samverkan med flertalet vård-, omsorg- och pedagogpersonal.

### *Yngre kvinnor och män*

Enligt Folkhälsomyndigheten har andelen barn som vårdats på sjukhus i samband med suicidförsök eller annan avsiktlig självdestruktiv handling har minskat över tid, särskilt bland flickor. År 2020 var det 131 flickor och 25 pojkar per 100 000 invånare i åldern 10–17 år som fick sjukhusvård för detta. Det är ovanligt att barn dör i suicid. Bland barn under 10 år registrerades inga suicid i Sverige under perioden 2006–2021, även om det förekom dödsfall där man inte har kunnat fastställa om dödsorsaken var suicid eller en olyckshändelse.

Runt 20 barn under 18 år dör varje år av suicid i Sverige, de flesta av dessa är i åldern 13–17 år och 55 procent är pojkar. Av de barn som dog i suicid under perioden 2007–2020 hade 38 procent varit i kontakt med psykiatrin någon gång året före dödsfallet. Denna andel var högre bland flickor (48 procent) än pojkar (27 procent). ([Statistik psykisk hälsa: barn under 18 år – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#))

Fler tjejer än killar på sjukhus i samband med ett suicidförsök eller annan avsiktlig självdestruktiv handling: År 2020 slutenvårdades 203 tjejer och 83 killar per 100 000 invånare i åldern 15–29 år. År 2020 avled 231 personer i åldersgruppen 15–29 år i suicid. Av dessa var 74 procent killar. Antalet suicid per 100 000 invånare (suicidtalet) var detta år 18 för killar och 6,5 för tjejer. Av alla dödsfall i åldern 15–29 år orsakades 32 procent av suicid. Suicidtalerna i åldersgruppen 15–29 år har ökat något under perioden 2006–2020. ([Statistik psykisk hälsa: yngre vuxna 16–29 år – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#))

I undersökningar kring våld i nära relationer bland unga kvinnor visar att 18%, nästan var femte ung kvinna, utsatts för systematiska kränkningar, försökt till inskränkning av deras frihet samt misshandel eller sexualbrott skett av en nuvarande eller före detta partner ([Barn, unga och brott - Brottsförebyggande rådet \(bra.se\)](#)). Våld i nära relation är en riskfaktor för psykisk ohälsa.

### *Ensamkommande ungdomar*

Barn och unga som anländer till Sverige utan föräldrar eller vårdnadshavare, har en sämre psykisk hälsa. De har färre skyddsfaktorer och fler riskfaktorer, vilket ökar sannolikheten för ohälsa. Förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom är också betydligt vanligare bland ensamkommande unga än i andra grupper, vilket sannolikt beror på traumatiska upplevelser som krig och konflikter i flera länder under senare år. Den psykiska ohälsan är dock inte enbart kopplad till händelser innan ankomsten till Sverige utan kan ha samband med brister i mottagningssystemet, svårigheter att ta sig in i samhället och svårigheter att få vård. Ensamkommande barn och ungdomar har i högre utsträckning fått psykiatrisk vård jämfört med andra unga som kommit till Sverige och jämfört med inrikes födda. Liknande resultat har också konstaterats i flera internationella studier. ([Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland – Ett kunskapsunderlag om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland utrikes födda personer boende i Sverige – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#))

### *HBTQI-personer*

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) lyfter i sin rapport om hälsa och livsvillkor bland unga hbtqi-personer funnit att bland personer som identifierar sig som hbtqi-personer är risken för suicidförsök förhöjd och de löper större risk att drabbas av psykiska och stressrelaterade besvär i jämförelse med gruppen heterosexuella och cis-personer (cis är en person vars biologiska

kön överensstämmer med det juridiska, sociala och upplevda könet). Hbtqi-personer påverkas av negativa kulturella attityder eftersom de bryter mot normer kring sexualitet och könstillhörighet.

Vidare lyfter Forte att det tyder på att detta innebär en ökad utsatthet för olika stressfaktorer som diskriminering, våld, stress kring att inte kunna vara öppen med sin sexuella identitet eller könsidentitet och förväntningar på att bli avvisad eller socialt isolerad, även kallad för minoritetsstress. Unga transsexuella har även en starkt förhöjd risk för genomförda självmord. ([Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer – Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns? - Forte](#))

Trans handlar om könsidentitet och/eller könsuttryck, det vill säga vilket eller vilka kön man känner sig som, eller om man inte känner sig som något kön alls. Det kan också handla om hur man väljer att uttrycka sitt kön med kläder, kroppsspråk och frisyrier. ([Vad är trans? | Transformer.se](#))

### *Anhöriga och andra närstående*

Att förlora en anhörig genom suicid är ett svårt trauma och en risk för allvarlig psykisk ohälsa och suicidhandlingar hos de drabbade. De flesta beskedet om att en anhörig tagit sitt liv ges vid ett hembesök av polisen. Därefter lämnas oftast de anhöriga ensamma trots att de befinner sig i svår chock och förvirring och har svårt att veta vad de ska ta sig till. Det är inte bara anhöriga som drabbas av suicid. Även andra närstående som till exempel nära vänner, skol- och arbetskamrater påverkas och kan behöva stöd och hjälp. Enligt Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandestöd (SPES) *behöver den som sörjer en annan människa, som lyssnar, som är orädd, som vågar ställa frågor, som ser den och dennes lidande. Det handlar inte om att ta på sig en uppgift att lösa dennes problem, att trösta eller försöka ta bort lidandet. Det handlar om att du eller ni genom att finnas där och lyssna, i tystnad och närvaro, vara ett ovärderligt stöd.* ([Att stötta sörjande | Riksförbundet för SuicidPrevention och EfterlevandeStöd \(spes.se\)](#))

### **Skydds- och riskfaktorer för suicidhandlingar individnivå**

Skydds- och riskfaktorer för suicid kan åskådliggöras på olika sätt. Nedan följer en förteckning som satts samman av Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP), 2019.

#### **Skyddsfaktorer**

- Personlighetsdrag: utåtriktad, varm/vänlig, ängslig, optimistisk.
- Hög problemlösningsförmåga.
- Högt självförtroende och hög självkänsla.
- Tillgång till natur (till exempel träd, parker med mera.).
- Hög copingförmåga (hur personen kan hantera stressfyllda och känslomässigt krävande situationer).
- Meningsfullt liv/känsla av sammanhang (till exempel att ha personliga relationer, partner, vara förälder, ha en karriär, känna egenmakt med mera.)
- Starka moraliska eller religiösa invändningar mot suicid.
- Tryggt anknytningsmönster till viktiga personer (vårdnadshavare/partner).
- Aktivt föräldraskap (skyddsfaktor för barnet).
- God skol-/arbetsmiljö.

#### **Riskfaktorer kliniska (vårdrelaterade) faktorer**

- Tidigare suicidförsök.
- Beroendesjukdom.
- Somatisk sjukdom.

- Psykiatrisk sjukdom.
- Samsjuklighet (av alla slag).
- Funktionshinder (till exempel autism).
- Hinder för vårdsökande (till exempel på grund av stigma, distans och oförmåga).
- Dålig följsamhet till vård/behandling.
- Ärftlighet för suicid.

### **Riskfaktorer icke-kliniska faktorer**

- Hög ålder.
- Manligt kön.
- Hbtqi.
- Ursprung från vissa minoritetsgrupper.
- Ursprung från länder som har höga suicidtal (Ungern, Ryssland, baltiska länder med flera).
- Anhörig eller närstående till person som har fullbordat suicid, gjort suicidförsök eller exponering för suicid på annat sätt.
- Personlighetsdrag: introversion, hopplöshet, impulsivitet, aggression, ängslighet (denna är både skydds- och riskfaktor, beroende på vilket kön som har det och vilka andra drag det är kombinerat med).
- Dålig problemlösningsförmåga.
- Förlust (jobb/dödsfall/brutna relationer/pengar), sorg, ofrivillig ensamhet, abort och sorg.
- Socioekonomisk status (fattigdom/låg utbildningsnivå/arbetslöshet).
- Social isolering/ensamhet.
- Erfarenhet av krig/väpnad konflikt/katastrof.
- Migration/asylprocess (stressorer i samband med acklimatisering men också erfarenhet av krig/vapen konflikt/katastrof).
- Diskriminering/kränkande särbehandling/trauma/våld/sexuella övergrepp/våld i nära relationer.
- Dålig sömn (subklinisk nivå).
- Intoxikationsinriktad alkoholkonsumtion (som till exempel vid nyårsfirande).
- Existentiell ångest.

## Bilaga 3

### Statistik Kiruna kommun

Suicid Kiruna kommun, länet och riket: Antal fall/100 000 invånare. I Kiruna kommun finns högre andel kvinnor än i länet och riket som begått suicid mellan åren 2016–2020. I gruppen män finns också ett högre tal samt att Kiruna kommuns totala siffror är höga.

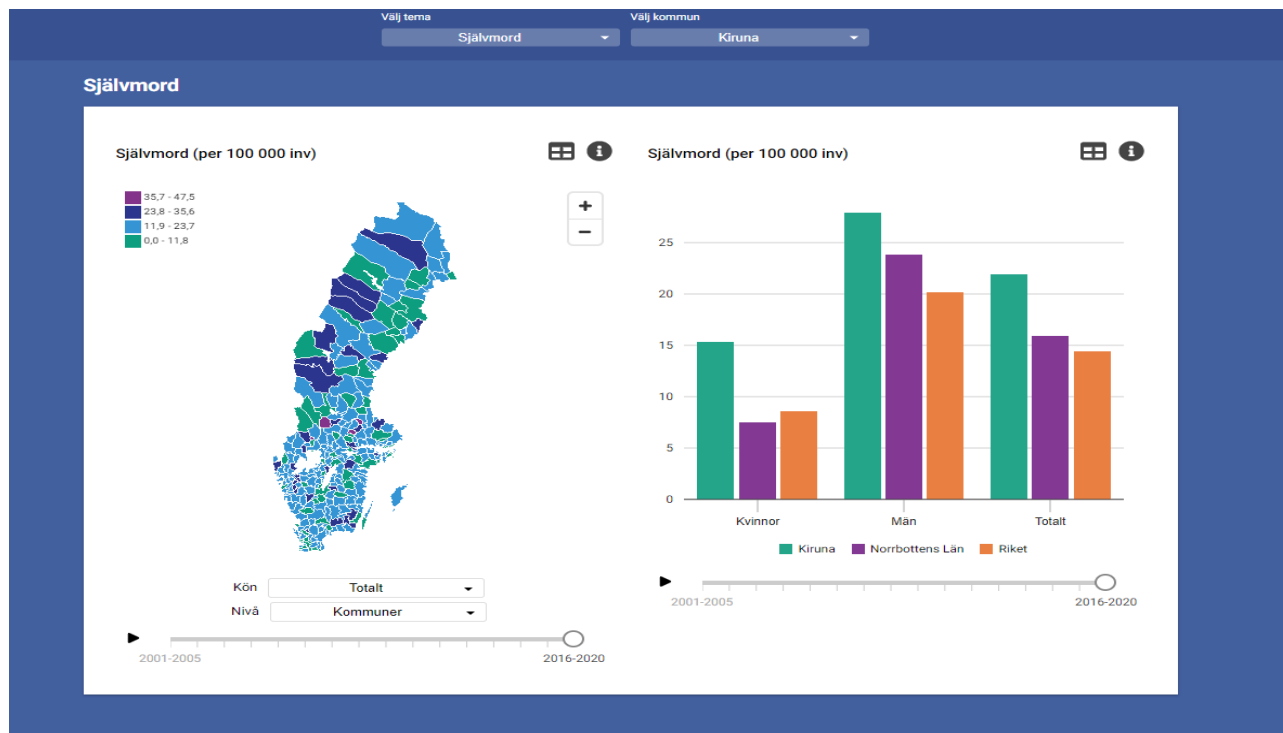


Bild från Folkhälsomyndigheten; kommunfaktablad Kiruna.

### Suicid efter kön, region och år. Antal per 100 000 inv.

Säkra självmord Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen via Folkhälsomyndigheten.

OBS! Beakta att små förändringar i antalet fall ger stora utslag i kommuner med få invånare när man använder ett mått som är relaterat till befolkningsstorleken.

Åldersgrupp	15 – år och äldre								
	Kvinnor			Män			Totalt		
År	2014– 2018	2015– 2019	2016– 2020	2014– 2018	2015– 2019	2016– 2020	2014– 2018	2015– 2019	2016– 2020
00 Riket	8,6	8,7	8,6	20,4	20,5	20,2	14,5	14,6	14,4
25 Norrbottens län	8,5	7,7	7,5	24,6	24,4	23,8	16,7	16,2	15,9
2584 Kiruna	10,8	15,2	15,3	23,8	25,8	27,9	17,6	20,7	21,9

Åldersgrupp	25 – år och äldre								
	Kvinnor			Män			Totalt		
År	2014–2018	2015–2019	2016–2020	2014–2018	2015–2019	2016–2020	2014–2018	2015–2019	2016–2020
00 Riket	8,9	8,9	8,8	21,7	21,8	21,3	15,2	15,3	15,0
25 Norrbottens län	8,0	6,8	6,8	23,8	24,5	23,6	15,9	15,8	15,3
2584 Kiruna	12,5	17,5	17,5	25,6	30,2	30,3	19,3	24,1	24,1

**Psykisk hälsa (självrapporterat) efter region, kön och år. Andel (procent).  
Suicidtankar**

Andel	Kvinnor			Män			Totalt		
	2015–2018	2017–2019	2018–2020	2015–2018	2017–2019	2018–2020	2015–2018	2017–2019	2018–2020
00 Riket	4	4	4	3	3	3	4	3	3
25 Norrbottens län	3	2	2	2	3	3	3	3	2

Källa: Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor (HLV). Data på kommunnivå finns inte i databas.

**Ängslan, oro eller ångest (självrapporterat) efter kommun, region, riket och utifrån kön. Andel (procent).** I Kiruna kommun uppger fler kvinnor och män att de har ängslan, oro eller ångest i jämförelse med länet och riket enligt svar i enkäten Hälsa på lika villkor.

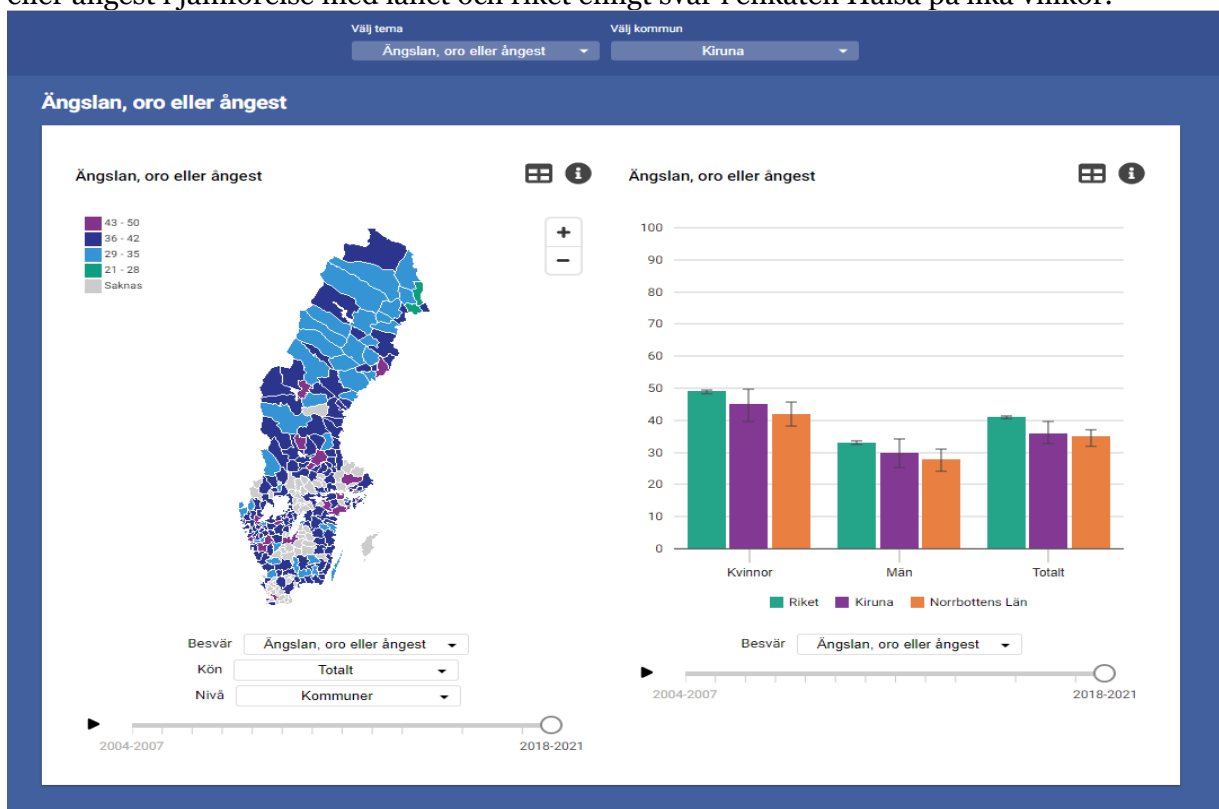


Bild från Folkhälsomyndigheten; kommunfaktblad Kiruna.

**Psyiskt välbefinnande (självrapporterat) efter kommun, region och kön. Andel (procent).** Gott psykiskt välbefinnande finns hos ca 80% av män och kvinnor i Kiruna kommun, enligt svar i enkäten Hälsa på lika villkor.

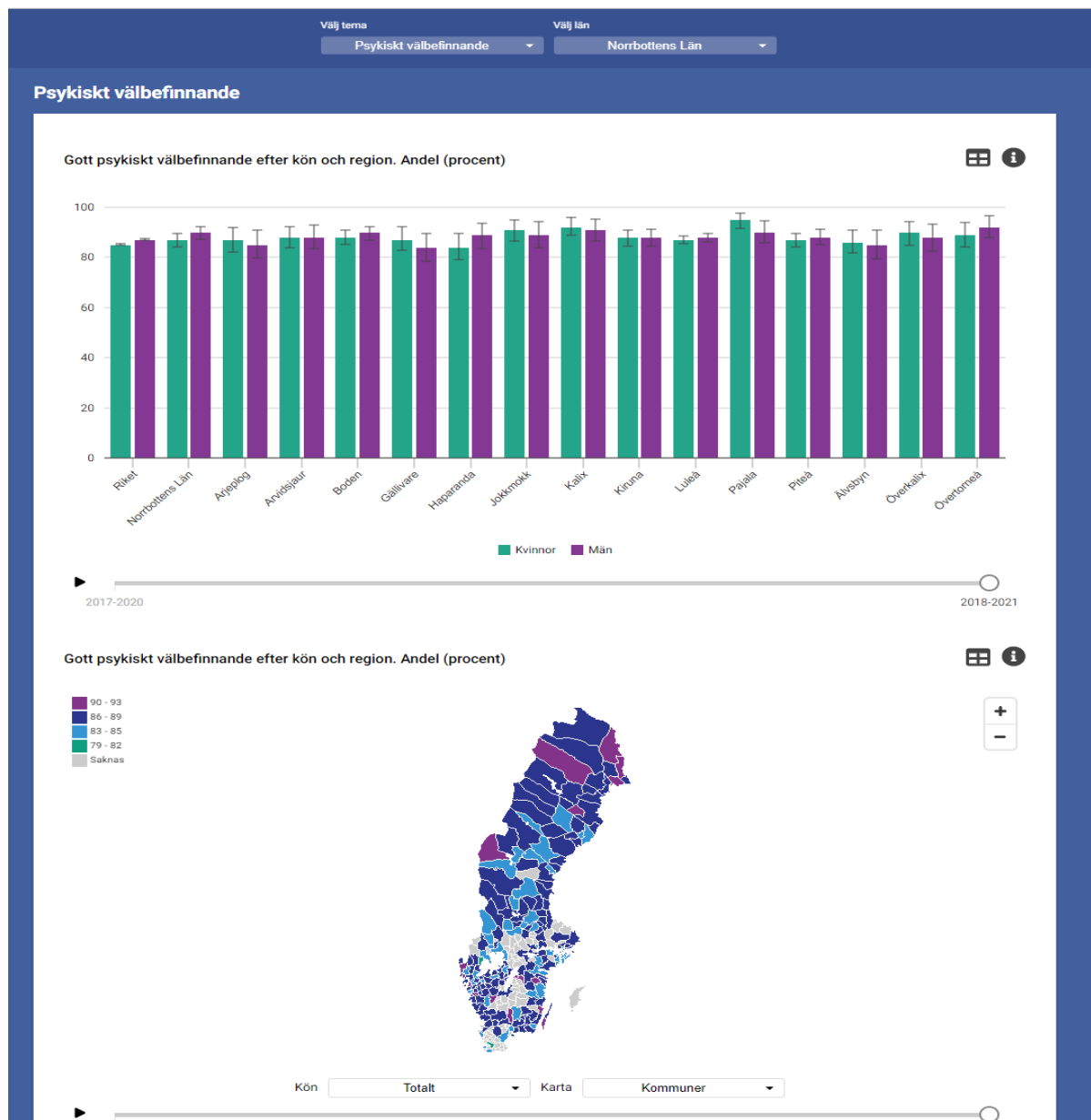


Bild från Folkhälsomyndigheten; kommunfaktablad Kiruna.

## Bilaga 4

### Nationellt och regionalt handlingsprogram för suicidprevention

#### Nio strategier i det nationella handlingsprogrammet

I det nationella arbetet finns nio strategier framtagna som grund för arbetet. Programmets vision är att ingen människa ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att suicid ses som den enda utvägen. ([Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention – Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#))

Programmet lyfter fram behovet av samverkan mellan regering och riksdag, myndigheter, kommuner och regioner, universitetet och högskolor, frivilligorganisationer och anhöriga.

De identifierade nio strategierna i det nationella handlingsprogrammet som är framtagna som grund för arbetet är:

Främja goda livschanser för mindre gynnade grupper.

- Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för självmord.
- Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord.
- Se suicid som psykologiska olycksfall.
- Förbättra medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.
- Sprida kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord.
- Kompetenshöjning hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik.
- Gör händelseanalyser efter suicid.
- Stöd till frivilligorganisationer.

#### Länsgemensam handlingsplan suicidprevention Norrbotten 2022–2030, Norrbottens kommuner och Region Norrbotten

Norrbottens kommunförbund, länets kommuner, och Region Norrbotten ansvar tillsammans för handlingsplanen för suicidprevention. Här finns handlingsplanen i sin helhet: [Psykisk hälsa - Norrbottens Kommuner \(www.norrbottenskommuner.se/social-vaelfaerd/psykisk-haelsa/\)](#)

Handlingsplanens syfte är att parterna Norrbottens kommuner och Region Norrbotten ska genom gemensamma verkningssilla och effektiva suicidpreventiva insatser minska antalet suicid och suicidförsök i Norrbottens län. Insatser ska ske på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Det finns sju länsgemensamma aktiviteter och indikatorer:

1. Aktivitet: långsiktigt suicidpreventivt arbete. Indikatorer: uppdaterad länsgemensam handlingsplan, hur många lokala handlingsplaner som finns i länet.
2. Aktivitet: höjd kunskapsnivå. Indikatorer: antal verksamheter som genomfört evidensbaserade utbildningar inom ämnet suicidprevention med antal deltagare, antal utbildade instruktörer, antal lokala handlingsplaner som inkluderar spridning av den lokala kunskapen till hela Norrbottens län.
3. Aktivitet: stärka vårdkedjan. Indikatorer: antal genomförda och utvärderade individuella flödesanalyser.

4. Aktivitet: lära av händelseanalyser. Indikatorer innefattar att utarbeta riktlinjer och stöd för gemensamma händelseanalyser för kommun och Region Norrbotten, antal utförda händelseanalyser efter fullbordat suicid, tillvara ta kunskap om suicidpreventiva faktorer, samverka med berörda verksamheter och myndigheter för gemensamt lärande och förebyggande arbete.
5. Aktivitet: stöd till efterlevande och närstående. Indikatorer innefattar att utreda förutsättningar för läns-gemensamma riktlinjer för efterlevande stöd vid suicid i samverkan med berörda myndigheter och andra verksamheter, antal utförda samordnade individuella planer (SIP) i befolkningen, antal uppföljda samordnade individuella planer (SIP) i befolkningen.
6. Aktivitet: satsa på barn och unga med riktade information och utbildningsinsatser ur ett förebyggande syfte. Indikatorer: antal lokala planer som beaktar förebyggande insatser för barn och unga, antal genomförda informations- och utbildningsinsatser för berörda verksamheter.
7. Aktivitet: digitalisering och suicidprevention, följa utveckla och sprida kunskap i området suicidprevention genom digitala verktyg. Indikator innefattar antal lokala planer som innehåller digitala verktyg inom området suicidprevention.