



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Suicidprevention

En innehållsanalys av kommunala handlingsplaner

HUVUDOMRÅDE: *Socialt arbete*

FÖRFATTARE: *Mikaela Lönnberg & Emmy Valtersson*

EXAMINATOR: *Staffan Bengtsson*

JÖNKÖPING 2019 Januari

Förord

Gemensamt vill vi tacka vår handledare, Nina Veetnisha Gunnarsson, för alla dina tankar, idéer och stöttning som har hjälpt oss att genomföra denna studie.

Jag, Mikaela Lönnberg, vill personligen tacka min fantastiska uppsatspartner Emmy Valtersson. Det hade blivit betydligt svårare utan dig. Jag vill även tacka min familj, och framför allt mamma, som stöttat mig och lyssnat på en massa prat om suicidprevention i 10 veckors tid. Tack!

Jag, Emmy Valtersson, vill personligen tacka min uppsatspartner Mikaela Lönnberg för att du varit lugnet själv under dessa veckor. Utan dig hade denna uppsats blivit svår att genomföra! Jag vill även tacka alla er andra som har uppmuntrat och stöttat mig under denna process – ni vet vilka ni är!

Abstract

Title: Suicide prevention – A content analysis of municipal action plans

Authors: Mikaela Lönnberg & Emmy Valtersson

Supervisor: Nina Veetnisha Gunnarsson

Examinator: Staffan Bengtsson

Suicide is one of the main leading causes of death among youth between the ages of 15 and 24 years old and is according to statistics the only age group in which the number of deaths through suicide has not reduced during the last decade. Sweden, like several other countries, have developed national suicide prevention programs to prevent and reduce the number of suicides and some municipalities in Sweden have also developed action plans for suicide prevention. This study is an analysis of municipal action plans for suicide prevention, which social services are a part of. The action plans have been collected from both larger and smaller municipalities in different parts of Sweden. The themes that this study focuses on are “*Suicide is not a self-chosen death*” in which we will analyse how the municipalities write about suicide as a phenomenon and how language and vocabulary have an effect on this. “*Suicide among youth increases the most*” is a theme which focuses on our target group and whether or not the municipalities present these as risk or target groups, and this theme will also address the use of pronouns in the action plans. The last theme, *The character of the suicide preventive strategies*, will focus on how collaboration between the different organisations involved in the suicide prevention in practice and also the character of the suicide preventive strategies. The results of this study indicate that the action plans are general in their descriptions of the suicide prevention work, which could lead to difficulties due to the fact that the action plans do not describe the work more clearly. This will also be discussed in relation to intersectionality and its impact on suicide preventive work. The study will also analyse how language and vocabulary in the action plans could affect the current discourse of suicide through the approach of discourse practice.

Key words: suicide, suicide prevention, youth, social services, action plan, content analysis, discursive practice, intersectionality

Sammanfattning

Titel: Suicidprevention – En innehållsanalys av kommunala handlingsplaner

Författare: Mikaela Lönnberg & Emmy Valtersson

Handledare: Nina Veetnisha Gunnarsson

Examinator: Staffan Bengtsson

Suicid är en av de vanligaste dödsorsakerna bland barn och unga mellan 15 till 24 år och är enligt statistik den enda åldersgrupp där antalet dödsfall till följd av suicid inte har minskat under det senaste årtiondet. Sverige, som flera andra länder, har utarbetat nationella riktlinjer för att förebygga och minska antalet suicid och har även i vissa kommuner tagit fram handlingsplaner för suicidprevention. Denna studie är en analys av kommunala handlingsplaner för suicidprevention, där socialtjänsten är en aktör, som inhämtats från stora och små kommuner i olika delar av Sverige. De teman som studien lyfter är ”*Ett självmord är inte en självvald död*” där vi kommer att analysera hur kommunerna skriver om suicid som fenomen och hur språk och begreppsbruk påverkar detta. “*Ungas suicid ökar mest*” är det tema som kommer att belysa vår valda målgrupp och huruvida kommunerna presenterar dessa som risk eller målgrupper i sina handlingsplaner, samt att temat även kommer att behandla användning av pronomen i handlingsplanerna. Det sista temat, *De suicidpreventiva insatsernas karaktär*, kommer att presentera hur samverkan mellan kommunerna ser ut i praktiken samt vilken karaktär som de suicidpreventiva insatserna har. Resultatet visar på att de kommunala handlingsplanerna är generella i sina beskrivningar av det suicidpreventiva arbetet, både gällande risk och målgrupper och insatsernas karaktär, vilket kan leda till att arbetet försvåras eftersom handlingsplanerna inte beskriver arbetet mer ingående. Detta kommer även att diskuteras utifrån begreppet intersektionalitet och dess påverkan på det suicidpreventiva arbetet. Språk och begreppsbruket i handlingsplanerna som påverkar den rådande diskursen om suicid kommer att analyseras utifrån den diskursiva praktiken.

Nyckelord: suicid, suicidprevention, barn och unga, socialtjänsten, handlingsplan, innehållsanalys, diskursiv praktik, intersektionalitet

Innehållsförteckning

Förord	i
Abstract	ii
Sammanfattning	iii
Innehållsförteckning	iv
Inledning	1
<i>Syfte och frågeställningar</i>	2
<i>Begreppsdefinition</i>	2
Bakgrund	3
<i>Nationellt program för suicidprevention</i>	3
<i>Myter, tabun och föreställningar om suicid</i>	7
Tidigare forskning	8
<i>Risikfaktorer för suicid bland barn och unga</i>	8
<i>Hjälpökande bland barn och unga för suicidalitet</i>	9
<i>Bristande kunskap hos socialarbetare att möta suicidala personer</i>	11
Teori	12
<i>Intersektionalitet</i>	12
<i>Diskursiv praktik och intertextualisering</i>	13
Metod	14
<i>Studiedesign</i>	14
<i>Urval och insamling av data</i>	14
<i>Analysmetod</i>	17
<i>Studiens tillförlitlighet</i>	20
<i>Etiska överväganden</i>	20
Resultat och analys	21
<i>”Ett självmord är inte en självald död”</i>	23
<i>”Ungas suicid ökar mest”</i>	28
<i>Oklara suicidpreventiva insatser</i>	37
<i>Sammanfattning av resultatet</i>	44
Diskussion	45
<i>Resultatdiskussion</i>	45
<i>Fokus på generella riskgrupper istället för specifika målgrupper</i>	45
<i>Ospecifika handlingsplaner för flera verksamheter leder till ett generellt arbete</i>	48

Handlingsplanernas språk- och begreppsbruks påverkan på suicid som fenomen.....	50
<i>Vidare forskning</i>	52
<i>Metoddiskussion</i>	52
Referenslista	54
Bilagor	59

Inledning

Suicidalitet är ett omfattande och komplext samhällsproblem, både avseende det psykiska lidande detta innebär för den suicidala individen själv, för anhöriga och närstående, samt de samhällsekonomiska kostnaderna detta medför (Gvion & Apter, 2012; Nyberg, 2013; Socialstyrelsen, 2006a). Enligt statistik har antalet dödsfall till följd av suicid minskat under det senaste årtiondet i alla åldersgrupper förutom bland personer mellan 15 och 24 år (Folkhälsomyndigheten, 2018a), något som lyfts genomgående i både nationell och internationell forskning. Denna studie har fokus på gruppen barn och unga utifrån att denna åldersgrupp statistisk inte har minskat i jämförelse med andra åldersgrupper. Folkhälsomyndigheten (2017) framför att det suicidpreventiva arbetet är komplext och omfattande, och att det finns behov av att arbeta fram suicidpreventiva strategier inom olika verksamhetsområden, bland annat inom socialtjänsten. Socionomer är en yrkesgrupp som i stor utsträckning kommer i kontakt med suicidala personer och personer som löper risk att utveckla ett suicidalt beteende (Feldman & Freedenthal, 2006; Maple, Pearce, Sanford & Cerel, 2017; Osteen, Jacobsen & Sharpe, 2014). Trots detta saknar personal inom socialtjänsten och dess samarbetspartner enligt forskning i stor utsträckning kunskap om hur de ska observera signaler och riskfaktorer för suicidalitet samt hur de ska bemöta dessa individer (Socialstyrelsen, 2006a).

För att minska antalet suicid har Sverige, som flera andra länder, utarbetat nationella riktlinjer och inom vissa kommuner har även handlingsplaner för eller som omfattar suicidprevention tagits fram. Handlingsplanerna som dokument utgör en del av det suicidpreventiva arbetet och vi har i denna studie valt att fokusera på dessa och denna del av suicidprevention. Vi har valt att ställa forskningsfrågor som både berör innehållet i handlingsplanerna men även hur språk och begreppsbruk ser ut. Studien har genomförts med en kvalitativ innehållsanalys, men har även en kvantitativ del som visar på förekomsten av exempelvis mål/riskgrupper och de nationella riktlinjerna i handlingsplanerna, även om detta inte är huvudsyftet med studien. Innehållet och språket i handlingsplanerna kommer sedan att analyseras utifrån begreppet *intersektionalitet* och *den diskursiva praktiken*.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att studera det preventiva arbetet för att minska suicid i åldersgruppen 15–24 år i Sverige med en specifik utgångspunkt i socialtjänsten, detta för att se hur handlingsplaner i olika kommuner är utformade och hur kommunerna arbetar efter de nationella riktlinjerna. Förhoppningen med studien är att ge en översiktlig bild av det preventiva arbetet med suicid i Sverige och lyfta eventuella områden som är i behov av vidare forskning.

Följande frågeställningar har formulerats för att besvara studiens syfte:

1. Omfattar handlingsplanerna information om specifika mål/riskgrupper?
2. Hur är de kommunala suicidpreventiva insatserna utformade?
3. Hur ser språk och begreppsbruk ut gällande suicid i handlingsplanerna?

Begreppsdefinition

Nedan listas begreppsdefinitioner i syfte att underlätta fortsatt läsning samt för att tydliggöra hur vissa begrepp kommer användas och bland annat varför ett visst begrepp valts att användas istället för ett annat.

Suicid och självmord

Suicid och självmord är synonymer och begrepp för en avsiktlig självdestruktiv handling som är dödlig (Självmord, u.å.). Suicid kommer från den engelska översättningen 'suicide' och är ett nyare begrepp, men både suicid och självmord används. Anledningen till att suicid började användas beror bland annat utifrån att anhöriga uttryckt ett missnöje utifrån begreppet självmord då det innehåller ordet 'mord' och föredrar istället suicid (Socialstyrelsen, 2006b). I denna studie kommer därför suicid att användas.

Suicidförsök och självmordsförsök

Suicidförsök som begrepp beskriver ett livshotande beteende med eller utan avsikten att handlingen ska leda till död (Beskow, 2000a; Socialstyrelsen, 2006a).

Suicidal och självmordsbenägen

Suicidalitet är ett sammanfattande begrepp som beskriver avsikter, planer, eventuella beslut och impulser att genomföra ett fullbordat suicid (Socialstyrelsen, 2006a). Det beskriver suicidala tankar, försök och fullbordat suicid (Beskow, Palm Beskow & Ehnvall, 2013).

Den suicidala processen och självmordsprocessen

Den suicidala processen omfattar utvecklingen från de första tankarna på suicid till suicidförsök eller fullbordat suicid. Begreppet beskriver utvecklingen som sker över tid och att suicid och suicidförsök alltid har en historia (Beskow, Palm Beskow & Ehnvall, 2013; Socialstyrelsen, 2006a).

Målgrupp

En målgrupp är en grupp av människor som man riktar sig till med en specifik åtgärd (Målgrupp, u.å.).

Riskgrupp

En riskgrupp är en grupp av människor som på grund av vissa aspekter, riskfaktorer, är särskilt utsatta och kan ha en ökad risk för att exempelvis drabbas av en viss sjukdom (Riskgrupp, u.å.). I denna studie används alltså riskgrupp för att beskriva en grupp människor som enligt forskning är särskilt utsatta och har en ökad risk för suicidalitet.

Bakgrund

Nationellt program för suicidprevention

Det suicidpreventiva arbetet utgår bland annat ifrån en nollvision för suicid som presenterades 2008, vilket innebär att regeringen har som mål att ingen person ska behöva känna att suicid är det enda alternativet för att stoppa sitt lidande (Nyberg, 2013; Socialdepartementet, 2008). Uppdraget att samordna det nationella suicidpreventiva arbetet fick Folkhälsomyndigheten 2015 av regeringen, ett uppdrag som bland annat innefattar ett ansvar för att det suicidpreventiva arbetet genomförs utifrån välgrundad

kunskap som utgör ett stöd som är tillgängligt, behovsanpassat samt ändamålsenligt (Folkhälsomyndigheten, 2017; Folkhälsomyndigheten, 2018a). För att minska antalet suicid fanns det behov av att arbeta fram suicidpreventiva strategier och att dessa strategier arbetas med inom flera olika verksamhetsområden (Folkhälsomyndigheten, 2017; Socialstyrelsen, 2006a). Det suicidpreventiva arbetet är komplext och omfattande, och för att kunna bedriva en effektiv suicidprevention är bland annat en förutsättning att flera olika verksamhetsområden i samhället samarbetar samt att samarbetet sker lokalt, regionalt och nationellt (Folkhälsomyndigheten, 2017; Socialstyrelsen, 2006a).

Ytterligare en viktig aspekt som framförs för att kunna bedriva ett effektivt suicidpreventivt arbete är att strategierna eller åtgärderna utgår från både ett individ- och ett befolkningsperspektiv. Individperspektivet är framförallt relevant i bedrivandet av suicidprevention inom hälso- och sjukvården medan strategier utifrån befolkningsperspektiv används inom flera olika relevanta verksamhetsområden. Suicidpreventivt arbete utifrån ett befolkningsperspektiv innebär att arbetet omfattas av flera verksamhetsområden och syftar till att öka kunskap och medvetenhet om suicid samt tabun gällande suicid (Folkhälsomyndigheten, 2016). Det innebär även att målgruppen utgörs av hela befolkningen och inte uteslutande riskgrupper för suicid (Socialstyrelsen, 2006b).

År 2008 överlämnade Regeringen propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* till Riksdagen som beslutade om att ta fram ett nationellt suicidpreventivt arbete bestående av bland annat nio åtgärds punkter eller riktlinjer. Visionen med arbetet är som tidigare nämnt framför allt att ingen person ska behöva hamn i en situation då suicid upplevs som den enda utvägen (Folkhälsomyndigheten, 2016; Socialdepartementet, 2008). De nio nationella åtgärds punkterna för suicidprevention är följande:

1. Främja goda livschanser för mindre gynnade grupper.

Risken för suicid är högre i vissa grupper, och det är därför viktigt att arbeta just med dessa för att förhindra suicid. En riskfaktor är låg inkomst och att vara utanför arbetsmarknaden. Exempel på hur dessa livsvillkor kan främjas är genom arbetsmarknadsprogram men även genom att skolor ska erbjuda förutsättningar för alla

barn och unga att lyckas, samt att skolor ska arbeta med förebyggande insatser för att förhindra att barn och unga drabbas av psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2016).

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

Hög alkoholkonsumtion har ett samband med ett högt suicidtal, och forskning visar på att hög alkoholkonsumtion på individnivå ökar risken för suicid. Exempel på insatser för att minska alkoholkonsumtionen på den nationella nivån är Sveriges regler och lagar kring försäljning av alkohol, vilket omfattar prissättning, försäljningsförbud men omfattar även öppettider på försäljningsställen och åldersgränser. Utöver att ha insatser som riktar sig till försäljningen av alkohol behövs insatser som riktar sig till att förändra normer kring alkoholkonsumtion i olika åldersgrupper (Folkhälsomyndigheten, 2016).

3. Minska tillgängligheten till medel och metoder för suicid.

Minskning av tillgängligheten till medel och metoder för suicid innebär framtagning av lagstiftning och restriktioner som försvårar åtkomsten av suicidmedel. Försvårad åtkomst av suicidmedel har en positiv effekt genom att begränsa tillgången till "höggradigt dödliga metoder" blir sannolikheten för att personer som gör suicidförsök använder medel som är mindre dödliga och risken för att suicidförsöket fullbordas minskas (Folkhälsomyndigheten, 2016).

4. Se suicid som psykologiska misstag.

Att "se suicid som psykologiska misstag" innebär att fokus ska flyttas från individen till miljön för att minska skam och stigmatisering kring suicidalitet. Suicid ska ses som en fysisk olycka som har orsakats av psykiska påfrestningar som har blivit för stora att bemästra. Insatser sker gentemot både individen men även miljön. De individuella insatserna omfattar att stärka människors förmåga att hantera negativa känslor och lösa problem, medan insatserna på den fysiska miljön exempelvis innebär att se till att broar har höga skyddsräcken (Folkhälsomyndigheten, 2016).

5. Förbättra de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna.

Majoriteten av alla suicid föregås av psykisk ohälsa, och flertalet av de personer som gör ett fullföljt suicid har haft kontakt med vården, även om detta inte har tagits upp i samtal med någon i personalen. Viktiga insatser för att förbättra detta är samtalsstöd och medicinerings inom psykiatri och primärvården. Inom elevhälsan omfattar arbetet att samtala med elever och öka deras kunskap kring psykisk ohälsa och ge dem verktyg i hur de kan hantera negativa situationer på bästa sätt (Folkhälsomyndigheten, 2016).

6. Sprid kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid.

De professioner som kommer i kontakt med suicidala personer måste ha aktuell kunskap kring suicid och preventiva insatser för att ha medel till att kunna agera på rätt sätt. Även att det fortfarande saknas en del forskning kring suicidpreventiva insatser är det av yttersta vikt att den kunskap som finns används samtidigt som professionella uppdateras när ny forskning görs. Ansvaret att kunskap om suicid sprids ligger på myndigheter, lärosäten och forsknings och utvecklingsenheter. Förutom dessa kan kunskap även spridas genom utbildningar och nätverksträffar, samt att öka kunskap hos befolkningen och försöka häva tabun som fortfarande finns kring suicid (Folkhälsomyndigheten, 2016)

7. Höj kompetensen hos nyckelpersoner.

För en effektiv suicidprevention finns det behov av kunskap inom flera olika yrkesområden och yrkesgrupper, socialtjänsten bland annat. Det finns även ett behov utbildningsinsatser för att höja kompetensen kring suicid. Personer som i sin yrkesroll kan komma i kontakt med personer med suicidtankar eller beteenden bör ha möjlighet till utbildning för att öka kunskapen om suicid, som exempelvis att öka kunskapen kring kunskap och identifiering av suicidrisk samt att kunna avgöra hur situationen i kontakt med den suicidnära bör hanteras (Folkhälsomyndigheten, 2016).

8. Göra händelseanalyser efter suicid.

En händelseanalys efter suicid genomförs för att få bättre förståelse och kunskap som sedan kan bidra till utvecklingen av suicidpreventiva insatser. En händelseanalys genomförs vanligtvis då personen som fullbordat ett suicidförsök inom fyra veckor före dödsfallet kommit i kontakt med vården, detta utifrån att personal har en obligatorisk anmälningsplikt i enlighet med lex Maria. Folkhälsomyndigheten framför dock att många

personer som fullbordat ett suicidförsök inte kommit i kontakt med vården och att dessa suicid alltså blir outredda, vilket innebär att mycket kunskap går mistes om och det finns i sin tur ett behov av genomförandet av händelseanalyser inom flera verksamhetsområden som exempelvis socialtjänst, äldreomsorg eller skola. Händelseanalysen framförs även utgöra ett viktigt stöd för efterlevande (Folkhälsomyndigheten, 2016).

9. Stöd frivilligorganisationer.

Stödjande av frivilligorganisationer är en viktig aspekt av det suicidpreventiva arbetet bland annat utifrån att frivilligorganisationerna ofta kan ha en form av kompletterande roll i relation till de insatser som erbjuds av staten, landstinget och kommunen. De kan exempelvis ha en kompletterande roll gällande utbildning, information och olika former av stödjande arbete (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Dessa nio åtgärds punkter som de nationella riktlinjerna omfattar syftar alltså till att förebygga och minska suicid genom att vända sig direkt till utsatta grupper, personal som kommer i kontakt med suicidala personer, men även att stödja frivilligorganisationer. Detta arbete sker genom flera olika aktörer på olika nivåer i samhället, lokalt, regionalt och nationellt för att kunna genomföra olika typer av insatser inom det suicidpreventiva arbetet.

Myter, tabun och föreställningar om suicid

Att minska myter och tabun kring suicid är en aspekt som ingår i de nationella riktlinjerna gällande att sprida kunskap om suicid (Folkhälsomyndigheten, 2016). Kunskap om myter, tabun och föreställningar kring suicid utgör enligt Socialstyrelsen (2006a) en viktig aspekt och förutsättning för det suicidpreventiva arbetet. Suicid som fenomen är enligt Socialstyrelsen (2006a) ett väldigt tabubelagt ämne och det är därför viktigt att lyfta denna tabu eftersom den kan skapa psykologiska eller sociala "spärrar", vilket kan skapa hinder för adekvat handlande i situationen.

En utbredd föreställning om suicidalitet är att det inte går att hindra en person från att ta sitt liv om personen har bestämt sig, vilket inte stämmer då suicid oftast kan förebyggas

(Socialstyrelsen, 2006a). Ytterligare en vanlig myt enligt Socialstyrelsen (2006a) är att det är farligt att prata om suicid och att prata om suicid kan väcka suicidala tankar hos en person. Detta är enligt Socialstyrelsen (2006a) en allmänt spridd myt trots att det finns forskning som visar på att det inte är skadligt att prata om suicid, men att detta är ett ämne och ett bemötande som måste göras ansvarsfullt, sakligt och med medkänsla. Kunskap om myter, tabun och föreställningar kring suicid är särskilt viktigt hos professionella eftersom bland annat negativa attityder oftast har en grund i okunskap och professionellas attityder till suicidalitet kan påverka hur individen med suicidalt beteende blir bemött samt hur individen upplever sig bli bemött. Att öka kunskapen hos professionella bidrar till att minska den negativa attityden och bemöta suicidala personer på ett adekvat sätt samt med medkänsla (Socialstyrelsen, 2006a).

Tidigare forskning

Riskfaktorer för suicid bland barn och unga

Beautrais (2000) har genomfört en jämförelse av flera studier gällande riskfaktorer för suicid hos ungdomar och har hittat flera återkommande faktorer. Riskfaktorer för suicid bland ungdomar enligt studier är exempelvis att växa upp i ett socioekonomiskt utsatt område, skilda föräldrar, föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk av alkohol och droger (Ayyash-Abdo, 2002; Beautrais, 2000; Björkenstam, Kosidou & Björkenstam, 2017). Rojas och Stenberg (2010) har studerat riskfaktorer för suicid bland män födda 1953 i Stockholm och i studien framgick att de som begick suicid vid 17–30 års ålder i stor utsträckning hade känt sig socialt isolerade, levt i fattigdom under barndomsåren, samt upplevt en bristande integration i skolan. En viktig aspekt gällande riskfaktorer för suicid är att forskning inom området visar på att suicid inte enbart har en orsak, utan är mångfaktoriellt och är alltså en process som påverkas av flera faktorer (Ayyash-Abdo, 2002; Björkenstam, Kosidou & Björkenstam, 2017; Fortune, Stewart, Yadav & Hawton, 2007; Gvion & Apter, 2012; Socialstyrelsen, 2006a). Kunskap och förståelse gällande de bakomliggande faktorerna för suicid eller riskfaktorer är viktigt av flera anledningar och enligt Hooven, Snedker och Thompson (2012) är det bland annat väsentligt vid arbetet och utformningen av suicidpreventiva program. Björkenstam, Kosidou och Björkenstam (2017) skriver även om vikten av att så tidigt som möjligt ta fram effektiva strategier för att minska antalet suicid hos ungdomar som växer upp under förhållanden som bidrar till ökad risk för suicid så tidigt som möjligt.

En aspekt gällande riskfaktorer för suicid som framförs vara viktigt inom forskning är att suicid inte enbart har en bakomliggande orsak utan är mångfaktoriell och är alltså en process som påverkas av flera faktorer (Ayyash-Abdo, 2002; Beautrais, 2000; Björkenstam, Kosidou & Björkenstam, 2017; Fortune, Stewart, Yadav & Hawton, 2007; Gvion & Apter, 2012). I Beautrais (2000) studie framgår att suicidalt beteende och suicid bland unga ofta är till följd av svåra livserfarenheter i kombination med flera riskfaktorer som bidrar till ökad risk för suicid. I en svensk studie av Björkenstam, Kosidou och Björkenstam (2017) framförs motgångar under barndomen särskilt som en riskfaktor och framför allt vid en kombination av flera svårigheter. Studien undersöker samspelet mellan flera riskfaktorer eller svårigheter och i vilken utsträckning närvaron av flera riskfaktorer bidrar till en ökad risk för suicid bland unga. Resultatet av studien visade bland annat på att barn med erfarenhet av minst en riskfaktor, risksituation eller svårighet hade större sannolikhet för svårigheter i skolan, psykisk ohälsa, att ha föräldrar med låg utbildning och inkomst, och att föräldrarna inte är födda i Sverige. Resultatet visade även på hur suicid inte har en bakomliggande orsak utan att det är ett samspel mellan flera faktorer bland annat utifrån att av de unga som hade föräldrar med kriminellt beteende (23 145 unga) hade 64% av dessa även erfarenhet av föräldrar med missbruksproblematik. Av de unga som kom från familjer som får offentligt stöd, hade 57% av dessa även erfarenhet av skilda föräldrar. Björkenstam, Kosidou och Björkenstam (2017) drar utifrån studiens resultat slutsatsen att utsatthet för svårigheter eller riskfaktorer under barndomen innebär en ökad risk för suicid bland unga och unga vuxna samt att risken för suicid ökar med antalet riskfaktorer. Det framgår även i studien att resultatet bland annat visar på vikten av att arbeta fram preventivt arbete som tar hänsyn till den mångfaktoriella aspekten av suicid utifrån att preventivt arbete med fokus på enbart en riskfaktor enligt Björkenstam, Kosidou och Björkenstam (2017) osannolikt har signifikant effekt.

Hjälpsökande bland barn och unga för suicidalitet

En återkommande aspekt i forskning gällande barn och ungas självskadebeteende och suicidalitet är vikten av att barnet eller ungdomen ska kunna få stöd och hjälp så tidigt som möjligt för att minska risken för suicid (Michaelmore & Hindley, 2012). Ytterligare en viktig aspekt gällande suicidprevention att ta hänsyn till gällande barn och unga är att det är en målgrupp som sällan söker professionellt stöd för sitt suicidala beteende

(Luoma, Martin & Pearson, 2002; Michaelmore & Hindley, 2012; Cheung & Dewa, 2007; Klimes-Dougan, Klingbeil & Meller, 2013; Pisani, Schmeelk-Cone, Gunzler, Petrova, Goldston, Xin & Wyman, 2012).

Michaelmore och Hindley (2012) har utifrån flera epidemiologiska studier undersökt barn och ungas tendens att söka hjälp vid självskadebeteende och suicidala tankar. De framför att majoriteten av barn och unga inte söker hjälp vid självskadebeteende och suicidala tankar utan att om de väljer att prata med någon om detta pratar de oftast med en person i samma ålder eller någon i sitt sociala nätverk (Michaelmore och Hindley, 2012). Att en ungdom söker hjälp hos en person i samma ålder innebär dock inte nödvändigtvis att den suicidala personen får den hjälp denne är i behov av, och enligt en studie av Klimes-Dougan, Klingbeil och Meller (2013) visar författarna att suicidaliteten hålls hemligt 75% av gångerna och innebär alltså att personen som anförtros med detta inte heller vänder sig till någon annan. Antalet unga som söker professionell hjälp är alltså få, men det är ännu färre som väljer att ta emot hjälp och behandling för suicidalitet (Michaelmore och Hindley, 2012). Studiens resultat visade bland annat på att kvinnor söker hjälp i större utsträckning än män, vilket även stämmer bland unga, och unga vuxna. Fortune, Stewart, Yadav och Hawton (2007) framför att i det suicidpreventiva arbetet är unga män den grupp som är svårast att komma i kontakt med. Ytterligare en skillnad mellan kvinnor och män gällande hjälpsökande är formen av hjälp, och vad för slags hjälp de söker sig till. Enligt Michaelmore och Hindley (2012) söker kvinnor i större utsträckning hjälp från sitt sociala nätverk medan män söker hjälp hos akuta instanser. De grupper som enligt Michaelmore och Hindley (2012) oftast söker hjälp för suicidalitet är flickor som missbrukar alkohol respektive pojkar som missbrukar droger och som samtidigt även har en historia av suicid i familjen.

Cheung och Dewa (2007) har genomfört en studie gällande hjälpsökande barn unga och unga vuxna med svår depression och suicidalitet, och de framför bland annat att en viktig del av det suicidpreventiva arbetet är att förstå ungdomars hjälpsökande samt skillnader mellan hur kvinnor och män nyttjar vårdtjänster. En aspekt som även lyfts av Klimes-Dougan, Klingbeil och Meller (2013) som menar att för att kunna arbeta fram ett effektivt suicidpreventivt arbete som bidrar till minskat antal suicid måste bland annat hjälpsökandet öka. De lyfter även fram aspekten att hjälpsökande handlar om att söka

någon form av hjälp, informell eller formell, och kräver en viss självmedvetenhet, en vilja att söka hjälp samt att samhället består av normer som uppmuntrar hjälpsökande (Klimes-Dougan, Klingbeil & Meller, 2013). Anledningar till varför ungdomar inte söker hjälp beror enligt Klimes-Dougan, Klingbeil och Meller (2013) på stigma, sociala normer, ekonomiska faktorer och att suicidalitet är ett känsligt och personligt ämne, samt att det finns en rädsla för att familj och vänner får vetskap om problematiken.

Ayyash-Abdo (2002) menar att suicid inte är en spontan handling, utan att ett suicid eller suicidförsök alltid föregås av verbala och/eller icke-verbala tecken. Därför anser Ayyash-Abdo (2002) att det är viktigt att utbilda personal inom framför allt skolväsendet så att personalen kan ingripa innan ett suicidförsök sker. Portzky och Van Heeringen (2006) har genomfört en studie på ett skolbaserat suicidpreventivt program där deltagarna var mellan 14-18 år. Skolbaserade suicidpreventiva program anses förebygga suicid genom att öka kunskap och förståelse för ett suicidalt beteende, så att ungdomar kan känna igen symptom hos sig själv och andra, men även att uppmuntra ungdomar att söka hjälp (Portzky & Van Heeringen, 2006; Michaelmore & Hindley, 2012). Resultatet av Portzky och Van Heeringens (2006) studie visade på att många ungdomar tror på myter om suicid, som att det är farligt att fråga en person om hen har suicidtankar, eftersom ämnet då kan trigga en suicidal person till att ta sitt liv, och att en person som pratar om suicid inte gör detta för att få hjälp, utan för att få uppmärksamhet. Utvärderingen efter programmet visade på en ökad kunskap om suicid och varningstecken hos ungdomarna.

Bristande kunskap hos socialarbetare att möte suicidala personer

Socialarbetare är en profession som har hög sannolikhet att komma i kontakt med människor som löper risk att utveckla ett suicidalt beteende (Feldman & Freedenthal, 2006; Maple, Pearce, Sanford & Cerel, 2017; Osteen, Jacobsen & Sharpe, 2014), då socialarbetare arbetar inom olika områden och kommer i kontakt med klienter med olika former av psykosocial problematik. Bland annat möter socialarbetare klienter med missbruk, arbetslöshet, äktenskapsproblematik samt psykisk ohälsa vilka utgör riskfaktorer för suicid (Feldman & Freedenthal, 2006). Eftersom socialarbetare en yrkesgrupp med stor sannolikhet att komma i kontakt med suicidala personer är det viktigt att yrkesgruppen har kunskap om suicid för att kunna bemöta dessa människor på bästa sätt (Feldman & Freedenthal, 2006; Maple, Pearce, Sanford & Cerel, 2017; Osteen,

Jacobsen & Sharpe, 2014). Som tidigare nämnt saknar socialarbetare i Sverige kunskap om suicid, och Osteen, Jacobson och Sharpe (2014) har genomfört en enkätundersökning i USA gällande socialarbetares erfarenhet och utbildning inom suicidprevention. Undersökningen visade på att socialarbetare i stor utsträckning upplever att de saknar tillräckligt med kunskap och utbildning för att kunna bemöta personer med suicidalt beteende. Det framgår även att professionella inom socialt arbete ofta missat tecken och riskfaktorer för suicid vilket beror på den bristande kunskapen, som sedan leder till att även erfarna socialarbetare känner ångest och oro med att arbeta och bemöta klienter med suicidalt beteende och tankar (Osteen, Jacobsen & Sharpe, 2014). Den bristande kunskapen som råder hos professionella inom socialt arbete leder även till en osäkerhet för att bli skuldbelagd för klientens suicidala beteende och även en oro för att bära ansvaret om klienten skulle genomföra ett fullbordat suicid (Osteen, Jacobsen & Sharpe, 2014; Beskow, 2000c).

Teori

Intersektionalitet

Intersektionalitet kommer från det engelska begreppet 'intersection' och är ett analytiskt perspektiv med ambitionen att visa på hur olika kategorier och maktförhållanden påverkar varandra (Mattsson, 2015). Centrala kategorier inom det intersektionella perspektivet är bland annat kön, sexualitet, klass och etnicitet och dessa kan inte förstås utan att se till de olika kategoriernas interagerande. Dessa kategorier och dess samverkan är en relevant aspekt inom det suicidpreventiva arbetet bland annat utifrån att suicidalitet är komplext och en mångfaktoriell process (Ayyash-Abdo, 2002; Björkenstam, Kosidou & Björkenstam, 2017; Fortune, Stewart, Yadav & Hawton, 2007; Gvion & Apter, 2012; Socialstyrelsen, 2006a). Mattsson (2015) menar att den teoretiska grunden för intersektionalitet är det konstruktivistiska perspektivet. Detta perspektiv innebär förenklat att verkligheten utformas efter våra egna föreställningar och hur vi tolkar verkligheten utifrån dessa. Vi kommer därför att uppleva det som vi förväntar oss ska ske, och kommer att förklara verklighetens och olika fenomen utifrån våra egna föreställningar. Makt, kunskap och exempelvis politik skapas genom detta när vi samtalar med andra och tolkar våra uppfattningar om verkligheten tillsammans. Vi utvecklar då gemensamma föreställningar om olika fenomen, exempelvis suicid, och denna gemensamt rådande uppfattning kommer då att styra vår föreställning där vi bemöter

dessa individer. Mattsson (2015) skriver dock att denna gemensamma förståelse för ett fenomen förändras över tid, eftersom det inte finns någon kunskap som är isolerad från våra tolkningar och maktrelationer i samhället. Det sociala arbetet påverkas till stor del av bakomliggande faktorer, som socialpolitik, arbetsmetoder och rutiner, och att dessa är av stor betydelse i det sociala arbetets kontext. Mattsson (2015) menar att hur dessa texter är formulerade och hur de tolkas påverkar vilka konsekvenser som de får. Med detta omfattas exempelvis om dessa texter är eller inte är könsneutrala eller inte. En text som inte är könsneutral riskerar att utesluta vissa grupper av människor, medan en könsneutral text istället kan bli problematisk på sådant sätt att den inte stämmer överens med verkligheten. En text kan behandla alla lika, medan samhället inte gör detta, och genom denna neutralisering åsidosätts utsatta grupper.

Diskursiv praktik och intertextualisering

En viktig del av hur vi tolkar det vi upplever enligt Michel Foucault är språket eller diskurser (Mattsson, 2015). Diskursen kan förändras över tid samt variera beroende på kontext men avser den ”sanningsregim” gällande ett fenomen idag. Den rådande diskursen påverkar även enligt Foucault hur vi tolkar och förstår världen vilket sedan även påverkar vårt handlande, tänkande samt hur vi uttrycker oss kring ett fenomen (Mattsson, 2015). Den kritiska diskursanalysen (Winther Jørgensen & Phillips, 2000) menar att diskurser bidrar till att förändra och skapa den sociala världen. Denna förändring förklaras av Faircloughs diskursiva praktik och begreppet intertextualitet. Intertextualitet bygger på tidigare texter och att vi därför aldrig börjar om från början vid skrivandet av en ny text, medan den diskursiva praktiken betonar hur nya texter skapas och konsumeras. Intertextualitet, alltså hur texter påverkas av andra texter, innefattar även att dessa nya texter bidrar till en stabilitet inom en viss diskurs eller en instabilitet genom att exempelvis sammanställa diskurser från flera texter och därmed skapa något nytt (Björkvall, 2018; Winther Jørgensen & Phillips, 2000). En form av intertextualitet kallas för *manifest intertextualitet* då det är uppenbart att en text bygger på en annan text, exempelvis genom att direkt hänvisa till den andra texten (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Intertextualitet betyder alltså kortfattat att texter påverkar och påverkas av varandra, och tillsammans skapar ett flöde av information (Björkvall, 2018) men ytterligare en viktig del i den diskursiva praktiken är *interdiskursivitet*, vilket är en form av

intertextualitet som förklarar vilka ordval och diskurser som tar stor plats och är dominerande i texter (Winther Jørgensen & Phillips, 2000).

Metod

Studiedesign

Detta examensarbete har en kvalitativ studiedesign och är baserad på tio handlingsplaner från tolv olika kommuner. Dokumenten har analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys och diskursanalys, med en kompletterande kvantitativ analys för att få en överskådlig blick av resultatet.

Urval och insamling av data

Studien utgår från kommunala handlingsplaner för suicidprevention i Sverige men författarna hade initialt en uppfattning om att urvalet skulle bestå av fler riktlinjer än handlingsplaner vilket vid insamling av dokumenten visade sig inte stämma. Majoriteten av kommunerna hade istället handlingsplaner men saknar riktlinjer vilket diskuteras vidare längre ner. Urvalet av kommuner påbörjades utefter beslut om att utgå från Sveriges tre landsdelar, Norrland, Svealand och Götaland och att inhämta dokument från kommuner utifrån dessa tre landsdelar. Studiens urval består av fyra kommuner från varje landsdel och alltså tolv kommuner totalt. Vid början av urvalsprocessen beslutades att två stora och två små kommuner från varje landsdel skulle komma med i urvalet. Avsikten med att utgå ifrån Sveriges tre landsdelar samt att både stora och små kommuner kom med i urvalet var bland annat för att analysera om det finns eventuella skillnader gällande handlingsplaner för suicidprevention i de olika kommunerna i Sverige utifrån storlek samt utifrån vilken landsdel kommunen tillhör. Beslutet att begära ut handlingsplaner från stora och små kommuner utgår från reflektioner över att större kommuner möjligtvis har andra förutsättningar, i form av andra samt fler resurser som exempelvis personal och ekonomi, än mindre kommuner att ta fram handlingsplaner.

Som tidigare nämnt består studiens urval av två stora och två små kommuner från varje landsdel. Urvalet av stora och små kommuner utgår ifrån att "stora kommuner" har 50 000 invånare eller fler, och "små kommuner" mindre än 50 000 invånare. Denna uppdelning gjordes utifrån Sveriges Kommuner och Landsting (2017) uppdelningar av

stora och små kommuner utifrån antal invånare. Anledningen till beslutet att utgå ifrån denna uppdelningen var att det gav möjligheten att ha med kommuner båda kategoriseras som “stora” eller “små” kommuner men som har skillnader i antal invånare inom kategorin.

Urvalet av kommuner påbörjades genom att göra sökningar på kommuner i de olika landsdelarna på Google och att söka efter riktlinjer och handlingsplaner på kommunernas hemsidor. Endast en av kommunerna, Karlstad, hade både riktlinjer och handlingsplan tillgängliga på kommunens hemsida. Resterande kommuner som kontaktades hade antingen inga dokument eller enbart riktlinjer eller handlingsplan tillgängliga på kommunens hemsida. 22 kommuner kontaktades, däribland de tolv kommuner som kom med i urvalet, huvudsakligen per telefon men även via mail för att fråga om de hade ytterligare dokument gällande suicidprevention än de tillgängliga på kommunens hemsida. De kommuner som uppgett att de har riktlinjer och/eller handlingsplaner har skickat dessa över mail. Totalt omfattar studien tio handlingsplaner. Några av de kontaktade kommunerna återkom inte med svar gällande om de har ytterligare dokument att lämna ut och på grund av tidsbegränsning i uppsatsskrivandet hade dessa kommuner inte möjlighet att komma med i urvalet. Ytterligare en aspekt som kan ha påverkat urvalsprocessen är risken att personal inom kommunerna kan ha framfört till oss att de inte har riktlinjer eller handlingsplaner trots att kommunerna egentligen har detta. Exempelvis, i kontakt med en kommun där kommunens riktlinjer för suicidprevention fanns på kommunens hemsida uppgav personalen att kommunen inte hade några riktlinjer. Detta innebär att det finns en risk att vårt urval har påverkats av att personal inte känner till vilka dokument som kommunerna har.

Under datainsamlingen fann vi att handlingsplaner för suicidprevention finns under olika namn i olika kommuner. Utöver “handlingsplan” har vissa kommuner döpt sina dokument till “strategi” eller “strategisk plan”, men även begreppet “delprogram” användes. En del av kommunerna hade inte egna handlingsplaner utan har istället länsgemensamma eller regionala handlingsplaner för psykisk hälsa där suicidprevention omfattas. En del kommuner har regionala handlingsplaner för suicidprevention. Alla de tio dokument denna studie utgår från har vi tolkat vara handlingsplaner för suicidprevention utifrån innehållet i dokumenten. Handlingsplanerna till skillnad från

riktlinjerna omfattar mer ingående hur exempelvis de nationella riktlinjerna ska genomföras samt uppnås. Under urvalsprocessen fann vi som tidigare nämnt att de flesta kommuner saknade riktlinjer och av de 12 kommuner som kontaktades hade enbart 2 kommuner både riktlinjer och handlingsplaner. Örnsköldsvik är en av de två kommunerna som har både riktlinjer och handlingsplaner. Det dokument som ingår i studiens urval är dock Örnsköldsvik (2016) riktlinjer för suicidprevention utifrån att detta dokument innehållsmässigt bedöms vara en handlingsplan och deras handlingsplan vara riktlinjer. Utifrån att majoriteten av det dokument som samlats in består av handlingsplaner valde vi att utgå från dessa i studien. I tabell 1 och 2 nedan framgår de 12 kommuner som ingår i studiens urval samt de 10 dokumenten som utgåtts från i denna studie.

Tabell 1. *Redovisning av urval*

Landsdel	Kommun	Antal invånare*	Stor / Liten	Riktlinjer	Handlingsplaner
Norrland	Umeå	125 080	Stor	-	-
	Örnsköldsvik	56 139	Stor	x	x
	Boden	28 181	Liten	-	x
	Åre	11 268	Liten	-	x
Svealand	Eskilstuna	104 709	Stor	-	x
	Karlstad	90 120	Stor	x	x
	Ljusnarsberg	4 942	Liten	-	-
	Sala	22 631	Liten	-	x
Götaland	Göteborg	564 039	Stor	-	x
	Jönköping	137 481	Stor	-	x
	Sotenäs	9 073	Liten	-	x
	Gullspång	5 280	Liten	-	x

x = dokument finns. - = dokument finns ej.

*statistik från Statistiska centralbyrån (u.å.)

Tabell 2. *Redovisning av handlingsplaner som ingår i studien*

Kommun	Publicerings år	Handlingsplan
Umeå	-	-
Örnsköldsvik	2016	Riktlinjer för suicidprevention Örnsköldsviks kommun 2016-2019
Boden	2016	Länsgemensam analys och handlingsplan för psykisk hälsa i Norrbotten 2016-2018
Åre	2016	Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och region Jämtland Härjedalen område psykisk hälsa 2016-2020
Eskilstuna	2016	Handlingsplan för olycksförebyggande arbete enligt lag (2003:778) om skydd mot olyckor
Karlstad	2017	Regional handlingsplan för suicidprevention och minskad psykisk ohälsa 2017-2019
Ljusnarsberg	-	-
Sala	2018	Suicidprevention
Göteborg	u.å.	Strategisk plan för suicidprevention Göteborg
Jönköping	2017	Delprogram suicidprevention
Sotenäs	2017	Strategi för det suicidpreventiva arbete i Sotenäs kommun
Gullspång	2016	Strategisk plan suicid Gullspångs kommun 2016

Analysmetod

Kvantitativ och kvalitativ innehållsanalys är en passande metod för att få fram både en övergripande statistik bild av datamaterial och en kvalitativ jämförelse och tolkning av data materialets likheter och skillnader (Björkvall, 2018). En kvalitativ innehållsanalys innebär även att söka efter bakomliggande teman som förekommer i dokumenten (Bryman, 2011). Till skillnad mot en innehållsanalys behandlar kritisk diskursanalys språket som en resurs för att utöva makt. Bryman (2011) beskriver en diskurs som genom texter sprider sig till mottagare och skapar den sociala verkligheten. På grund av detta har vi valt att göra en kritisk diskursanalys på bland annat kommunernas användning av pronomen.

Eftersom den största svårigheten med kvalitativa undersökningar av dokument är att det ger ett stort datamaterial att behandla (Bryman, 2011) påbörjades analysen först genom att vi läste igenom vårt insamlade datamaterial och sedan skapade *tabell 1* (se sida 16), där vi redovisar kommunerna och vilka dokument respektive kommun har. Därefter utifrån att ha läst och diskuterat handlingsplanerna arbetade vi fram vårt analyschema (se bilaga 1) utifrån observerade gemensamma, återkommande samt skiljande aspekter av handlingsplanerna. Efter detta läste vi åter igenom vårt datamaterial utifrån vårt analyschema för att få en uppfattning om sådant som var frekvent förekommande i dokumenten.

Efter denna kvantitativa del påbörjade vi den manuella kvalitativa kodningen av texten genom att utifrån våra övergripande teman läsa igenom vårt datamaterial för att kategorisera och eventuellt hitta nya teman (Boréus & Kohl, 2018). De övergripande teman arbetades fram utifrån de olika fenomen som vi observerade i handlingsplanerna, vilka inledningsvis var relativt enkla, de övergripande teman var exempelvis inledningsvis relativt enkla och arbetades fram utifrån olika meningsbärande och upprepande språkbruk och stycken i handlingsplanerna, som exempelvis användningen av pronomen i handlingsplanerna. Genom att återgående läsa igenom datamaterialet utarbetades dessa teman samt dess kategorier, detta i enlighet med Boréus och Kohl (2018) beskrivning av tematisering ovan. Samtidigt som vi tematiserar och kategoriserar vårt insamlade datamaterial har vi även jämfört de olika kommunernas dokument mot varandra för att på sådant sätt hitta skillnader och likheter. I enlighet med Boréus och Kohl (2018) som beskriver att innehållsanalysens är lämplig vid jämförelse av flera textmängder, som att jämföra hur olika aktörer uttrycker sig. Löpande med vår kvalitativa innehållsanalys gjorde vi en analys av förekomsten av vår valda målgrupp barn och unga samt undergrupper till denna målgrupp som presenteras i *tabell 5* (se sida 29). De kategorier som redovisas i *tabell 5*, har inkluderats utifrån att de bedömts vara av relevans för studiens specifika intresse för målgruppen barn och unga. Tabellen skapades för att få en överblick av grupperna och i vilken omfattning barn och unga och dess undergrupper benämns i handlingsplanerna, samt på vilket sätt de beskrivs. Vi valde att göra detta på grund utav den intersektionella aspekten då en ungdom kan tillhöra flera av dessa kategorier, som därmed kan innebära att det finns behov av annorlunda tillvägagångssätt i det suicidpreventiva arbetet. I en innehållsanalys kan innehållet i texten jämföras med hur detta fenomen förekommer i verkligheten (Boréus & Kohl, 2018). Med hjälp av *tabell*

5 har vi även kunnat se i vilken utsträckning dessa målgrupper förekommer i dokumenten och relatera till statistik om suicidförekomst hos dessa grupper i Sverige. Den kritiska diskursanalysen påbörjades då vi läste om HBTQ-personer i handlingsplanerna och uppfattade att den fanns stora skillnader i hur handlingsplanerna vände sig till dessa personer. I enlighet med Bergström och Ekström (2018) uppfattade vi att språket inte är ett neutralt instrument för kommunikation, och i relation till att en del av den psykiska ohälsan hos HBTQ-personer utgår från en känsla av exkludering inleddes en kritisk diskursanalys. Vi påbörjade denna del av analysen genom att se vilka pronomen som kommunerna använde, samt om de var konsekventa och använde sig av samma pronomen genom hela dokumentet. Vi analyserade även de specifika avsnitt i dokumenten som behandlade HBTQ-personer för att analysera hur kommunerna beskrev dessa personer i relation till andra grupper. Genom diskursanalysen kunde vi även se hur de kommunala handlingsplanerna använde sig av information från andra källor och hur detta påverkade språket i handlingsplanerna. Den *manifesta intertextualiteten*, som tidigare nämnt innebär att det är tydligt att en text är baserad på en annan text (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Vi har valt att benämna detta som en direkt hänvisning, en indirekt samt ingen hänvisning, dvs i den slutnämnda refererar kommunerna antingen inte helt tydligt till en annan källa, eller att de inte refererar alls. Vi valde att skapa en tabell för att se förekomsten av de nationella riktlinjerna i handlingsplanerna (*tabell 3*) och i relation till denna manifesta intertextualitet (Winther Jørgensen & Phillips, 2000).

Slutligen, insamlandet av datamaterialet och analysen skedde löpande och flera gånger, samt att vi var öppna för att hitta nya kategorier och teman som inte ingick i analysens schemat (se bilaga 1). Analysen av datamaterialet påbörjades utan någon specifik metodologisk ingång för att inledningsvis läsa datamaterialet utifrån ett induktivt förhållningssätt, vilket enligt Bryman (2012) är typiskt för kvalitativ forskning. Vi har alltså inte från start haft en teori att bevisa genom vår studie utan har istället, efter att vi börjat läsa vårt datamaterial, påbörjat vår analys utifrån de teoretiska perspektiv vi bedömt vara av relevans för vår studie.

Studiens tillförlitlighet

Enligt Bryman (2011) är trovärdighet en motsvarighet på intern validitet och eftersom studien är genomförd på offentliga dokument har dokumenten inte påverkats av privatpersoners egna åsikter och värderingar. Handlingsplanerna är främst riktade till professionella och utgör en del av dessa offentliga verksamheter för att bland annat försäkra att arbetet är av kvalitet. Samtidigt är dokumenten allmänna vilket betyder att transparensen i dokumenten bidrar till tillförlitligheten då alla har möjlighet att ta del av dessa. Vårt urval har påverkats av att ett antal kommuner har valts bort på grund av att de uppgav att de inte har några dokument för suicidprevention. Vi är även medvetna om att vi omöjligt kan uppnå en fullständig objektivitet i vår studie, vilket omfattar all samhällslig forskning eftersom även om vi försöker att se på vårt material objektivt är vi människor med åsikter och värderingar. Vi har dock varit medvetna om detta för att inte påverkas av detta vid vår analys. Vi har eftersträvat att göra studien så pålitlig som möjligt genom att tydligt redogöra vårt tillvägagångssätt i urvalsprocessen och i vår analysprocess för att läsaren ska kunna granska uppsatsen.

Etiska överväganden

Detta examensarbete är en studie genomförd på sekundärdata i form av offentliga dokument, kommunala handlingsplaner, och finns alltså tillgängliga för allmänheten på kommunernas hemsidor eller kan begäras ut av kommunerna. En etisk egengranskning har genomförts i samråd med handledare och har lämnat in till kursansvarig, och i denna egengranskning har några etiska problem inte identifierats. Utifrån att studiens empiriska datamaterial består offentliga dokument och inte omfattar att studera människor eller behandlar uppgifter som kan anses känsliga för en individ är de forskningsetiska principerna gällande informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet inte aktuella (Bryman, 2011). Att det empiriska materialet består av offentliga dokument i form av kommunala dokument finns det inga etiska skäl för anonymitet. Detta utifrån att dokumenten är allmänna och finns publicerade på kommunernas hemsida eller kan begäras ut. I studien kommer det alltså framgå vilka kommuner som ingår i urvalet samt vilka citat som kommer från kommunerna.

En god forskningsetik innebär bland annat enligt Vetenskapsrådet (2017) att forskaren ansvarar för att bedriva forskning av god kvalitet samt gentemot de som även indirekt som direkt kan komma att påverkas av forskningen samt av dess resultat. Även om studien inte behandlar känsliga personuppgifter omfattar suicidprevention ett arbete med utsatta människor, och omges ofta av skam och tabu i samhället. All forskning som riskerar att peka ut vissa grupper, inklusive denna studie, riskerar därför att peka ut vissa grupper av människor som extra utsatta för suicid och suicidförsök. Risken finns att stämpla nämnda mål- och riskgrupper som avvikande, vilket har tagits hänsyn till under studiens gång exempelvis genom att vi betonar att tillhöra en riskgrupp innebär en förhöjd risk att utveckla ett suicidalt beteende, inte nödvändigtvis att personen kommer att utveckla ett suicidalt beteende.

Resultat och analys

I resultatet nedan presenteras en analys av hur kommunerna skriver om suicid, och begreppsanvändningen av suicid och självmord samt begreppens innebörd i sammanhanget. Förekomsten av mål och riskgrupper i handlingsplanerna presenteras också. Vidare görs en innehållsanalys och en diskursanalys av hur kommunerna skriver om dessa grupper, främst om personer som inte identifierar sig med tvåkönsnormen. I resultatet presenteras även en analys av de suicidpreventiva insatserna och den samverkan som förekommer och syftar att jämföra och undersöka huruvida kommunerna är generella eller specifika i sina beskrivningar. Nedan syns även tabell 3 och 4. I tabell 3 redovisas alla kommunernas handlingsplaner i förhållande till de nationella riktlinjerna samt hur och om kommunerna refererar till dessa. Tabellen ger en överblick för i vilken utsträckning den manifesta intertextualiteten kan observeras i handlingsplanerna.

Tabell 3. Förekomst av nationella riktlinjer i de kommunala handlingsplanerna

Kommuner	Nationella riktlinjer	Direkt hänvisning (Hög intertextualitet*)	Indirekt hänvisning (Medel intertextualitet**)	Ingen hänvisning (Låg intertextualitet***)	Har inga dokument
Umeå	-				x
Örnsköldsvik	1-9	X			

Boden	-				
Åre	-				
Eskilstuna	2, 3, 6-8			x	
Karlstad	1-9	X			
Ljusnarsberg	-				x
Sala	1-8			x	
Göteborg	1-4, 6-9		x		
Jönköping	1-9	x			
Sotenäs	1-9	x			
Gullspång	1-9	x			

*Direkt hänvisning: de nationella riktlinjerna skrivs ut i punktform

och det framgår att det är de nationella riktlinjerna

**Indirekt hänvisning: framgår att kommunen utgått från de nationella riktlinjerna i framtaget av handlingsplanen och det framgår indirekt i dokumentet

***Ingen hänvisning: nämner inte de nationella riktlinjerna men det framgår ändå att kommunen utgått från de nationella riktlinjerna i framtaget av handlingsplanen

Nedan syns *tabell 4* där vi presenterar våra teman och dess variationer.

Tabell 4. *Teman*

Huvudtema	Variationer av temat
”Ett självmord är inte en självvald död”	Suicid som fenomen Myter och tabun i suicidprevention
“Ungas suicid ökar mest”	Mål och riskgrupper Vem är den suicidala personen?

<i>Oklara suicidpreventiva insatser</i>	Generella och specifika suicidpreventiva insatser Samverkan i teori
---	--

”Ett självmord är inte en självvald död”

Under detta tema kommer vi att analysera kommunernas användning av begreppen ”suicid” och ”självmord” och olika innebörd av begreppen. Förekomsten av skam, tabu och myter kommer även att analyseras under detta tema utifrån att detta tillsammans med begreppsanvändning i handlingsplanerna kan påverka diskursen kring suicid vilket i sin tur kan påverka den suicidala personen.

I handlingsplanerna är det få kommuner som förklarar vad begreppen ‘suicid’ och ‘suicidförsök’ innebär. Eftersom handlingsplanerna huvudsakligen är riktade till professionella som arbetar inom kommunen kan detta ses som att personalen redan är insatta i vad begreppen innebär, och att dessa begrepp är en del av deras fackspråk. Flera av kommunerna skriver om suicid i relation till dess orsaker och framför bland annat att det är en handling som utgör en konsekvens av psykisk ohälsa (Göteborg, u.å., s. 9; Boden, 2016, s. 9; Gullspång, 2016, s. 3). I Gullspångs (2016) handlingsplan framgår dock en kortfattad beskrivning av vad suicidtankar och suicidalt beteende innebär. De menar att suicidalitet är komplext samt att den suicidala processen innefattar suicidal tankar, planer att genomföra ett suicidförsök samt att genomföra ett fullbordat suicid. I Gullspångs kommun uttrycks detta på följande sätt;

“Suicidtankar och suicidalt beteende kan definieras som en komplex process som kan omfatta allt från tankar om att ta sitt liv, att planera detta och att ta sitt liv.”

(Gullspång, 2016, s. 4)

Denna beskrivning av suicidtankar och suicidalt beteende är generell och fokuserar på den suicidala processen och vad detta kan innefatta. En aspekt av suicidalitet som inte omfattas i detta citat eller flertalet av handlingsplanerna är individen som upplever eller

går igenom den suicidala processen. Formuleringen om att “att planera” och “att ta sitt liv” kan tolkas som en handling som genomförs med intentionen eller avsikten att genomföra ett fullbordat suicid. Örnsköldsvik utmärker sig dock från de andra kommunerna gällande detta genom att i sin handlingsplan framföra en vidare och annorlunda tolkning av vad ett suicid innebär: “*ett självmord är inte en självvald död*” (2016, s. 2). Skillnaden mot Gullspångs (2016) beskrivning av suicidalt beteende är att Örnsköldsvik (2016) framför att ett fullbordat suicid inte nödvändigtvis inbegriper en intention eller avsikt att dö.

Örnsköldsviks (2016) citat kan även betraktas på sådant sätt att majoriteten av personer som gör ett suicidförsök eller fullbordat suicid lider av psykisk ohälsa och därför kan betraktas som psykologiska misstag eller olycksfall (Folkhälsomyndigheten, 2017). Detta styrks även i Örnsköldsviks (2016) handlingsplan, och informationen är motsägelsefull när de även menar att suicidförsök och ett fullbordat suicid alltid innebär en intention att dö.

“Vi har alla olika biologisk sårbarhet som avgör hur vi reagerar på livets påfrestningar och det är också olika hur mycket påfrestningar vi utsätts för. De flesta som dör genom självmord är deprimerade. Depression är en behandlingsbar sjukdom som vem som helst kan drabbas av. Endast cirka 15 procent av dem som har en depression får diagnos och behandling.” (Örnsköldsvik, 2016, s. 2)

Denna aspekt av suicid som Örnsköldsvik (2016) är ensamma om att ta upp, att de flesta som dör i suicid lider av en depression, och att depression är en sjukdom som kan behandlas. Detta citat kan därför kopplas till att tankesättet att eftersom en depression kan behandlas ska suicid ses som psykologiska olycksfall eftersom personen som tagit sitt liv inte har fått den behandling som krävs för att behandla depressionen, och därmed förhindra ett suicid. Detta tankesätt, att se suicid som en olycka och inte en självvald död eller handling, kan tolkas som en viktig del i det suicidpreventiva arbetet utifrån att den bygger på ett tankesätt att det inte finns någon skam och skuld i suicidalitet. Många känner dock skam och skuld över sitt suicidala beteende (Socialstyrelsen, 2006a), och att professionella då arbetar utifrån att ett suicidalt beteende inte är självvalt kan förstås som

en viktig del i det suicidpreventiva arbetet genom att detta kan få individer att våga prata om sin suicidalitet. I relation till att inte skuldbelägga suicidalitet finns även aspekten på det språk och de begrepp som används för att diskutera och skriva om fenomen, som exempelvis suicid, kan påverka fenomenet i sig (Mattsson, 2015).

Användandet av "suicid" eller "själv mord" är ett språkbruk som kan påverka hur fenomenet uppfattas, även att begreppen är synonyma med varandra. "Själv mord" har en mer negativ klang, och för tankarna till något förbjudet eller olagligt på grund utav sitt ändelse, då "mord" är ett negativt laddat ord som kan bidra till att se suicidalt beteende som något skamfyllt. Begreppet "suicid" är i relation till "själv mord" mer neutralt och mindre laddat att använda. Trots detta är Jönköping (2017) den enda kommun som inte använder begreppet "själv mord" i sitt dokument, utan använder "suicid" genomgående. Ett flertal av kommunerna använder både "suicid" och "själv mord" i dokumenten och det framgår dessutom i dessa handlingsplaner inte någon information gällande varför kommunerna valt att använda sig av båda begreppen. I Karlstads handlingsplan framförs att *"Det råder delade uppfattningar om hurvida man bör använda begreppen suicid eller självmord"* (2017, s. 6), men ingen ytterligare information om varför Karlstad väljer att använda både begreppen. Gullspång (2016), Örnsköldsvik (2016) och Göteborg (u.å.) har i sin handlingsplan framfört information om den delade uppfattningen gällande 'suicid' och 'själv mord' och alla tre har lyft fram att de väljer att använda sig av begreppet 'suicid'. Kommunerna ger olika förklaringar till varför de valt att använda 'suicid' istället för 'själv mord' i sina handlingsplaner, nedan följer de tre kommunernas resonemang.

"Då ordet självmord kan föra tankarna till mord och kriminella handlingar förespråkar en del att "själv mord" ersätts av "suicid" efter engelskans "suicide". I takt med att Sverige blivit en del av det internationella forskningsambüllet där engelska utgör det dominerande språket har det tidigare svenska begreppen delvis mönstrats ut, men språkbruket är fortfarande inte enhetligt. I denna text kommer vi att använda beteckningen suicid."

(Gullspång, 2016, s. 4)

“Den lokala Samverkansgruppen för suicidprevention som utgjort arbetsgrupp för framtagande av detta delprogram har valt att i den fortsatta presentationen använda sig av begreppet suicid.” (Örnsköldsvik, 2016, s. 4)

“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.” (Göteborg, u.å., s. 9)

Genomgående i alla tre kommuners dokument är dock att trots att de betonar att de valt att använda ‘suicid’ i dokumenten så används ändå båda begreppen. Vid en genomgång av dessa handlingsplaner är dock användandet av ”självord” framför ”suicid” framträdande i inledning, bakgrund statistiskt, samt i samband när kommunerna presenterar de nationella riktlinjerna. Ordet ”självord” är alltså framträdande när kommunerna presenterar information som tycks ha hämtats från andra informationskällor som exempelvis Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen. Anledningen till att begreppet “självord” återkommande används under dessa delar om dokumenten kan förstås utifrån att många kommuner har inspirerats av tidigare nämnda källor, då formuleringar kring dessa stycken i dokumenten är väldigt lika varandra. Innehållet eller innebörden i texten blir dock inte annorlunda än om begreppet “suicid” hade använts istället, men i de kommuner där de i sina dokument är tydliga med att de kommer att använda begreppet “suicid” blir det sedan motsägelsefullt när detta sedermera följs efter av en inledning och statistik där de använder begreppet självmord. Förekomsten av begreppet “självord” under samma avsnitt i majoriteten av handlingsplanerna gör det tydligt att denna information inte är kommunens egen, utan är hämtad från en annan källa där begreppet “självord” används, vilket är ett tydligt exempel på indirekt intertextualitet. Handlingsplanerna är i dessa specifika områden uppenbarligen påverkade av tidigare texter även om de inte hänvisar till dessa direkt (Winther Jörgensen & Phillips, 2000).

Vid genomgången av alla handlingsplaner och deras användning av båda begreppen blir det tydligt att det inte finns någon enighet i vilket begrepp som ska användas, vilket framkommer i Karlstads handlingsplan: *“Det råder delade uppfattningar om huruvida man bör använda begreppen suicid eller självmord”* (2017, s. 6). Denna delade uppfattning tydliggörs

bland annat utifrån att mer än hälften av kommunerna inte framför något resonemang gällande varför de väljer att använda båda begreppen trots att det finns olika uppfattningar om vilket begrepp som anses vara mer korrekt. De kommuner som har valt att använda båda begreppen utan att resonera kring detta kan ses som att de undviker att ta ställning i vilket begreppet som de ska använda.

Som tidigare nämnt omges suicid av tabu och skam, men trots detta är det endast fyra kommuner som lyfter detta som en del i det suicidpreventiva arbetet. Dock finns det stor skillnad även gällande hur stor vikt dessa kommuner lägger på detta fenomen, då Gullspång (2016) och Örnsköldsvik (2016) mer konstaterar att suicid omges av skam och tabu: *“Suicidalitet har sedan lång tid tillbaka varit starkt förknippat med både skam och tabu.”* (Örnsköldsvik, 2016, s. 7). Till skillnad mot Gullspång (2016) och Örnsköldsvik (2016) lyfter Göteborg (u.å.) och Sotenäs (2017) istället fram myter och tabun som en del i det suicidpreventiva arbetet. Sotenäs (2017) lyfter i sin handlingsplan flera myter som omfattar suicid och förklarar vad dessa myter kan ha för påverkan på det suicidpreventiva arbetet.

“Faran med myter och vanföreställningar är att de bindrar oss från att handla på ett riktigt sätt. Kring självmord är myterna och vanföreställningarna dessutom många.”
(Sotenäs, 2017, s. 9)

Citatet ovan lyfter fram en intressant aspekt som Sotenäs (2017) och Göteborg (u.å.) är ensamma om att uppmärksamma i sina handlingsplaner. Utifrån citatet kan tolkningen göras att kunskap om tabun och myter kring suicid är en viktig aspekt i det suicidpreventiva arbetet, eftersom de kan *“hindra oss från att handla på ett riktigt sätt”* (Sotenäs, 2017). Sotenäs (2017) påpekar även i relation till detta att *“En vanlig reaktion är rädsla och en impuls att ignorera situationen och hoppas på att den går över av sig själv”* (Sotenäs, s. 7). I relation till detta skriver Göteborg om vikten att kunskap om suicid och myter för att förhindra suicid *“Den avtagande tabueringen är absolut nödvändig men den måste också ersättas av den kunskap som finns inom området”* (u.å., s. 7). Göteborgs (u.å.) kommun lyfter denna aspekt genom att betona att det ligger hos hela kommunen att arbeta för att uppnå målet att minska myter och myternas makt, detta för att man ska kunna *“samtala om suicidalitet*

som om vilket annat folkhälsoproblem som helst, t.ex. sjukdomar och olyckor.” (Göteborg, u.å., s. 17). Dessa två citat från Göteborg (u.å.) kan alltså förstås på sådant sätt att kunskap om suicid är viktigt för att kunna bryta tabu och skam som omger suicid, både så att professionella kan arbeta och samtala med sina klienter om detta på ett mindre stigmatiserande sätt, men också att allmänheten måste få kännedom om denna kunskap för att bidra till den minskade mytbildningen.

Sammanfattningsvis kan kommunerna anses vara medvetna om skillnaden som de synonyma begreppen “Suicid” och “självord” utgör, vilket syns i hur begreppsanvändningen påverkar uppfattningen av fenomenet i sig, då flertalet av kommunerna ändå använder begreppet “suicid” i större utsträckning än begreppet “självord”. Anmärkningsvärt i relation till detta är även att begreppet “självord” är vanligast förekommande då handlingsplaner indirekt hänvisar till statistik från Folkhälsomyndigheten och i resterande delar används det mer neutrala begreppet “suicid”. Detta kan alltså förstås på sådant sätt att kommunerna är medvetna om att “suicid” är mindre laddat och därför använder sig av detta begrepp i de delar där kommunerna inte har hämtat information eller inspiration från en annan källa. Användningen av “suicid” visar även på att många kommuner är medvetna om det tabu som omger suicid, trots att det endast är fyra kommuner som tar upp detta specifikt.

“Ungas suicid ökar mest”

Under detta tema kommer barn och unga och dess olika undergrupper att presenteras samt en analys av hur kommunerna skriver om dessa olika grupper (se tabell 5). Tabellen arbetades fram för att ge en överblick av gruppen barn och unga samt för att utgöra ett stöd för bristen av intersektionalitet i handlingsplanerna. Temat omfattar även en analys av språk och begreppsbruk speciellt gällande HBTQ-personer och kommunernas användning av pronomen i handlingsplanerna. Nedan i *tabell 5* framgår i vilken utsträckning gruppen barn och unga samt dess underkategorier förekommer i handlingsplanerna.

Tabell 5. Redovisning av de vanligaste förekommande målgrupper och hög-/riskgrupper i handlingsplanerna

Målgrupp:	Barn och unga	Barn och unga (huvudkategori)			
		HBQT-personer	Utlandsfödda	Yngre kvinnor	Yngre män
Nämns i antal kommuner:	8 av 10	4 av 10	5 av 10	5 av 10	4 av 10

Barn och unga presenteras som en riskgrupp eller målgrupp för suicid i alla kommunala handlingsplaner med undantag av Karlstads (2017). Gruppen nämns som en riskgrupp i fem av handlingsplanerna och som en målgrupp i fyra. Gullspång (2016) lyfter att ungdomar är en viktig grupp att arbeta suicidpreventivt med motiveringen att antal suicid ökar i denna åldersgrupp, *“Ungas suicid ökar mest”* (s. 5) och fortsätter sitt resonemang med att *“Suicid ökar i alla åldersgrupper, utom för 45-64 åringar där det sker en minskning från en redan hög nivå. Men det är bland ungdomarna som ökningen är störst.”* (s. 5). Detta ger en förklaring till varför flertalet av kommunerna valt att fokusera på barn och unga i sina handlingsplaner trots att antal fullbordade suicid är högre i andra åldersgrupper. Hälften av kommunerna som lyfter barn och unga som en riskgrupp eller målgrupp gör detta på ett sådant sätt att gruppen framstår som om den vore homogen. Kommunerna lyfter alltså inte de variationer som finns inom gruppen “barn och unga”, som exempelvis att gruppen omfattar individer av olika kön, klass, sexualitet och etnicitet (Mattsson, 2015), vilket syns i Sala kommuns handlingsplan där de uttrycker sig på följande sätt:

“Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa har särskilt stor effekt innan ohälsan har debuterat. Barn och unga är därför en viktig grupp för det förebyggande arbetet.” (Sala, 2018, s. 3)

I detta citat betonas ytterligare ett resonemang till varför de har valt att lyfta barn och unga som en målgrupp framför andra grupper, och hänvisar till att det är viktigt att arbeta med barn och unga suicidpreventivt utifrån att de fokuserar på att arbeta preventivt mot psykisk ohälsa för att förhindra eller minska suicid. Resonemanget att arbeta med “barn och unga” för att i ett så tidigt skede som möjligt motverka psykisk

ohälsa hos alla som omfattas i gruppen kan vara en anledning varför barn och unga är en av de vanligaste förekommande grupperna i handlingsplanerna, men Sala (2018) är ensamma om att lyfta just detta som en anledning.

Göteborgs (u.å.) kommun är vidare ensamma om att lyfta barnkonventionen och dess betydelse för det suicidpreventiva arbetet med barn och unga. I handlingsplanen lyfts bland annat fram att barn *“har med hänsyn till sin ålder rätt att bilda, uttrycka och få beaktade sina åsikter”* (Göteborg, u.å., s. 12) samt att *“barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet”* (Göteborg, u.å., s. 12). Detta går att återkoppla till insatser som Göteborg (u.å.) implementerar i sitt suicidpreventiva program genom att samtala med barn och ungdomar på skolor om detta ämne och höra deras åsikter. I sin handlingsplan har Göteborg (u.å.) dessutom tydligt formulerat ett mål som innebär att principerna i barnkonventionen ska följa det suicidpreventiva arbetet. Göteborgs (u.å.) stad har dessutom i tydlig koppling till detta ett konkret mål att:

“Principerna i barnkonventionen samt de av Göteborgs kommun antagna konkreta folkhälsomålen ska förverkligas fullt ut vad gäller barn- och unga.” (Göteborg, u.å., s. 11)

En anledning till varför barn och unga som grupp och variationer inom gruppen inte beskrivs mer än att de nämns som risk eller målgrupp kan bland annat bero på att gruppen är en övergripande grupp med flera undergrupper. Genom att skriva om barn och unga omfattas då flera individer av handlingsplanerna. I Gullspångs (2016) handlingsplan framgår att barn och unga är en riskgrupp men det framgår dessutom att intersektionalitet är en viktig aspekt som påverkar arbetet med denna grupp.

“Suicidpreventiva åtgärder behöver anpassas efter faktorer som kön, grupp och kulturell bakgrund. Som exempel kan nämnas mäns och kvinnors suicidalitet. I Sverige begår ungefär dubbelt så många män suicid än kvinnor. Kvinnor är däremot i majoritet bland dem som vårdas för suicidförsök.” (Gullspång, 2016, s. 8)

Genom detta citat presenterar Gullspång (2016) exempelvis att aspekter som *“kön, grupp och kulturell bakgrund”* är viktigt att ta hänsyn till i det suicidpreventiva arbetet. Dock är det oklart vad Gullspång (2016) menar med *“grupp”* som faktor, då de inte förklarar tydligare vad de menar med detta.

Gullspång (2016) lyfter även specifikt könsaspekten som kan påverka både det suicidala beteendet och till följd av detta även det suicidpreventiva arbetet. Unga män och kvinnor nämns i större utsträckning som riskgrupper snarare än målgrupper i handlingsplanerna. I tabell 5 (se sida 28) framkommer det att yngre kvinnor nämns som riskgrupp en gång mer än yngre män. Som framgår i citatet ovan från Gullspång (2016) kan män och kvinnors suicidalitet se olika ut och kan därför tolkas vara i behov av olika suicidpreventiva insatser, vilket även framgår i Eskilstunas (2016) handlingsplan.

“Suicidförsök är ungefär tio gånger vanligare än fullbordade suicid och försök är dubbelt så vanligt bland kvinnor än bland män. Däremot är fullbordade suicid dubbelt så vanligt bland män.” (Eskilstuna, s. 22)

Detta citat visar alltså på en förståelse att kön är en betydelsefull aspekt att ta hänsyn till i det suicidpreventiva arbetet, vilket även styrks av andra kommuner. I Sala (2018) kommuns handlingsplan framgår bland annat att *“Självmod är den vanligaste dödsorsaken bland unga män...”* (2018, s. 1) och Örnsköldsvik skriver i sin handlingsplan att *“Det går 2,7 manliga suicid på varje kvinnlig”* (2016, s. 1). Trots denna enighet i att män och unga män är den grupp där fullbordade suicid är vanligt förekommande tycks gruppen negligeras vid framtagandet av handlingsplanerna och det suicidpreventiva arbetet. Detta trots att unga män är den grupp bland barn och unga där suicid är den vanligaste förekommande dödsorsaken, vilket framgår av alla handlingsplaner som specifikt nämner yngre män som en riskgrupp. Örnsköldsvik (2016) utvecklar män och kvinnors suicidalitet genom att nämna metoder och hjälpsökande i relation till de två könen som omfattas av tvåkönsnormen och deras olika suicidala beteende:

“Män använder effektivare metoder vid sina suicidförsök och söker hjälp för psykiska problem i mindre utsträckning än kvinnor.” (Örnsköldsvik, 2016, s. 9)

Detta citat belyser tydligt att Örnköldsvik (2016) är medvetna och har tagit del av tidigare forsknings som visar på att män sällan söker hjälp för psykisk ohälsa, men ändå saknas vidare information om hur denna grupp ska nås för att kunna arbeta suicidpreventivt. I citatet nedan menar Örnköldsvik (2016) att unga pojkar dessutom visar på psykisk ohälsa på andra sätt än unga flickor.

“Enkelt uttryckt så ser man vissa mönster hos unga flickor när de uttrycker psykisk ohälsa och helt andra mönster hos unga pojkar i motsvarande situation. De unga flickornas ohälsa fångas som regel upp i kliniska situationer medan de unga pojkarna visar sin psykiska ohälsa på helt andra sätt.” (Örnköldsvik, 2016, s. 14).

Även att det är tydligt att Örnköldsvik (2016) är medvetna om att pojkar och flickor har olika suicidala beteenden framgår det inte exakt vad detta innebär. Det konstateras alltså att unga män sällan söker hjälp, men i förhållande till detta saknas kunskap i handlingsplanerna om hur denna riskgrupp ska kunna nås. Det samma gäller för unga kvinnor, som i handlingsplanen nämns som den grupp där suicidförsök är vanligast, men preventiva insatser riktade till minskning av just suicidförsök saknas, då det preventiva arbetet har stor fokus på att förhindra suicid, och till stor del glömmer bort att en del av arbetet borde omfatta att förhindra suicidförsök. Genom detta kan vi se att unga män och kvinnor inte framställs som målgrupper för det suicidpreventiva arbetet, men grupperna lyfts ändå som riskgrupper i ungefär hälften av de kommunala handlingsplanerna. Kommunerna har alltså anammat kunskap om att dessa grupper är i riskzon för olika typer av suicidalt beteende men går inte vidare med att tillgodose detta och möta upp grupperna utifrån deras förutsättningar.

Utlandsfödda ungdomar som nämns i relation till det suicidpreventiva arbetet i handlingsplanerna nämns i störst utsträckning som ensamkommande, endast Örnköldsvik (2016) och Göteborg (u.å.) använder begreppet “utlandsfödd” som en riskgrupp och det framgår inte mer specifikt vilka personer detta avser. Åre (2016) och Sala (2018) tar båda upp att gruppen ensamkommande är en extra utsatt grupp på grund av flera faktorer vilket kan ses som en början mot en intersektionellt förhållningssätt,

men trots att kommunerna talar om flera faktorer är avsaknaden av intersektionalitet tydligt då kommunerna inte talar om dessa faktorer i relation till varandra som en ökad risk för suicid, utan snarare konstaterar att ensamkommande ungdomar löper risk för andra riskfaktorer, vilket framgår i citatet nedan:

“Många asylsökande, särskilt då ensamkommande barn och unga, har erfarenheter av traumatiska händelser och en otrygghet som kommer av att vara på flykt, ensam med en ovisshet och oro för framtiden. Riskfaktorer för psykisk ohälsa, social problematik och narkotikabruk för denna grupp är fler samtidigt som skyddsfaktorerna är färre än för unga generellt.” (Sala, 2018, s. 6)

Trots att Sala (2018) och Åre (2016) är de kommuner som tar upp ensamkommande som en extra utsatt grupp på grund av flera faktorer nämns ensamkommande enbart som en riskgrupp utan några specifika insatser riktade till denna grupp. Hälften av studiens handlingsplaner nämner alltså utlandsfödda som en riskgrupp för suicid, men endast en kommun, Karlstad (2017), tar upp en specifik insats för riskgruppen. Dock är Karlstads insatser som är riktade till *“Ensamkommande ungdomar som inte får stanna i Sverige”* (2017, s. 6) otydliga utifrån att insatsen innebär att personal som arbetar med gruppen ska få utbildning och kunskap gällande riskgruppens livsvillkor. Även för denna riskgrupp är det alltså tydligt att kommunerna i stor omfattning saknar kunskap för att göra identifierade riskgrupper till målgrupper för det kommunala suicidpreventiva arbetet.

HBTQ-personer är tillsammans med unga män den riskgrupp som nämns minst i de kommunala handlingsplanerna. Göteborg är den kommun som behandlar HBTQ-personer i störst utsträckning, men även i Göteborgs (u.å.) handlingsplan behandlas gruppen som en riskgrupp snarare än en målgrupp. De fyra kommuner som lyfter HBTQ-personer som en riskgrupp är dock alla eniga om att riskgruppen behöver större utrymme och kunskap kring riskgruppens suicidala beteende behöver utvecklas, vilket bland annat framkommer i Örnsköldsviks (2016) handlingsplan där detta tas upp.

“Beträffande hbtq-personer finns skäl att under de kommande åren bygga upp en större lokal kunskap kring deras livsvillkor, psykiska hälsa, suicidtankar och suicidförsök.”
(Örnsköldsvik, 2016, s. 10)

Citatet ovan lyfter alltså att det behövs mer kunskap gällande HBTQ-personer och deras suicidala beteende, men i stor utsträckning saknas tydliggörande om hur denna kunskapssökning ska påbörjas eller vem som ansvara för att den genomförs. Dock sticker Örnsköldsvik ut från de andra kommunerna genom att skriva att *“Ungdomsstyrelsen är i det avseendet en kunskapskälla”* (2016, s. 19) och hänvisar till att kommunen kan vända sig dit för en början på detta arbete.

Även Åre (2016) har tagit med mer kunskap som en aspekt i sin handlingsplan, även om HBTQ-personer inte lyfts som en riskgrupp skriver de att i framtagandet av nästa handlingsplan: *“Beakta särskilt HBTQ, samer etc.”* I relation till HBTQ-personer som en riskgrupp för suicid är det även intressant att se hur kommunerna har utformat sina handlingsplaner för att alla som läser handlingsplanen ska känna sig inkluderade, då Göteborg (u.å.) menar att inte bli ifrågasatt på grund utav sin sexuella läggning eller könsidentitet är viktigt för ett psykiskt välmående.

“...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.” (Göteborg, u.å., s. 14).

Citatet ovan belyser alltså betydelsen av att bli accepterad bland annat i relation till psykiskt välmående. Detta kan även tolkas på sådant sätt att ordval i officiella dokument är viktigt för att alla människors ska känna sig inkluderade, men även att personal inom verksamheter som arbetar utifrån dessa dokument ska besitta kunskap om hur de ska bemöta personer som avviker från tvåkönsnormen och eller den hetrosexuellanormen. Som tidigare nämnt är det endast fyra kommuner som lyfter HBTQ-personer som en riskgrupp för suicid, och resterande handlingsplaner nämner inte HBTQ-personer alls, med undantag av Sotenäs (2017) och Åre (2016) kommun. Åre (2016) nämner som tidigare att HBTQ-personer ska beaktas i framtagandet av nästa handlingsplan och

Sotenäs (2017) har i slutet av sin handlingsplan en länk till en organisation som personer med *“...funderingar om bi- och homosexualitet kan vända sig”* (s. 10) till. Vilket är intressant på sådant sätt att Åre (2016) och Sotenäs (2017) tidigare i sin handlingsplan inte lyfter HBTQ-personer som en riskgrupp, men tycks alltså vara medvetna om att HBTQ-personer utgör en riskgrupp utifrån att de i Sotenäs (2017) handlingsplan hänvisas till en annan organisation och att Åre (2016) nämner att gruppen ska beaktas i framtiden.

Vikten av ordval i officiella dokument är för att alla människors ska känna sig inkluderade och som tidigare nämnt kan detta kopplas till användningen av pronomen i handlingsplanerna. Vad gäller användning av pronomen i handlingsplan använder hälften av kommunerna, “individen” eller “personen”. Göteborg (u.å.), Boden (2016) och Sala (2018) använder sig av “hen”, “individen” eller “personen”, förutom vid ett tillfälle då Göteborg skriver *“...stödja en person i en så svår situation att hon ser suicid som en möjlig utväg.”* (u.å., s. 20) och använder “hon” på ett sådant sätt som människan refereras till som “hon”.

Sotenäs (2017) och Örnsköldsvik (2016) till skillnad från föregående nämnda kommuner har använt “han” eller “hon” i sina handlingsplaner. Örnsköldsvik (2016) använder även “individen” eller “personen” och Sotenäs (2017) använder vid ett tillfälle i handlingsplanen “hen”. Användning av “personen”, “individen” eller “hen” innebär bland annat att ingen utesluts ur handlingsplanerna. Genom användning av neutrala pronomen omfattas alla individer i det suicidpreventiva arbetet utifrån att suicid förekommer inom alla grupper i samhället. De kommuner som istället använder “han/honom” eller “hon/henne” exkluderar då alla individer som inte identifierar sig med tvåkönsnormen eller de binära könsidentiteterna.

Åre (2016) är en av de kommuner som använder “individen” löpande i sin handlingsplan. Användandet av “Individen” framför andra pronomen kan ses som en intention att handlingsplanen ska vara inkluderande för alla som läser den. I relation till detta står det i Åres (2016) handlingsplan bland annat att: *”Kvinnor och övriga könsidentiteter verkar må sämre när det kommer till psykisk ohälsa, jämfört med män”* (s. 10) samt att *“Män söker hjälp/stöd i mindre utsträckning än de två andra könsidentiteterna”* (s. 11). Dessa formuleringar framhåller

att det finns andra könsidentiteter än de som omfattas av tvåkönsnormen, men den formulering eller det språkbruk som används för att ge uttryck för detta kan dock tolkas vara problematisk utifrån användandet av *“övriga könsidentiteter”*. Av det som framgår i citaten ovan ingår alla som inte identifierar sig med tvåkönsnormen i *“övriga könsidentiteter”*. Trots att Åre (2016) i sin handlingsplan genom formuleringar och språkbruk tycks ha intentionen att handlingsplanen ska vara inkluderande bidrar valet att använda formuleringen *“övriga könsidentiteter”* till att indikera att dessa personer är avvikande och placerar personer som inte identifierar sig med tvåkönsnormen som *“övriga”*. Ytterligare en tolkning som kan göras utifrån Åre (2016) kommuns språkbruk gällande könsidentiteter kopplat till utdraget *“Män söker hjälp/stöd i mindre utsträckning än de två andra könsidentiteterna”* (s. 11), vilket kan tolkas som att Åre (2016) anser att det finns tre könsidentiteter att identifiera sig som, man, kvinna eller övrigt. Detta citat kan alltså ses som ett försök att inkludera personer som inte identifierar sig med tvåkönsnormen, men genom att indikera att dessa personer alla omfattas av samma könsidentitet inkluderas dessa personer ändå inte då de klumpas ihop till en *“övrig könsidentitet”*. Trots att innebörden blir fel i försöker Åre (2016) att inkludera personer som avviker från tvåkönsnormen, vilket går att jämföra med Göteborg som skriver att: *“Suicidalitet ser olika ut i olika åldrar och hos de två könen”* (u.å., s. 16) och genom detta citat inte tar hänsyn till några individer som inte identifierar sig med tvåkönsnormen.

Sammanfattningsvis saknas mer ingående kunskap om alla riskgrupper som nämns i tabell 5 (se sida 28), vilket även belyses av Karlstad (2017) som har en insats riktad till alla identifierade riskgrupper som handlar om att utveckla kunskapen kring dessa:

“Genom tjänstedesign får vi mer kunskap om riskgrupper och deras perspektiv. Ett av syftena är att skapa förståelse för vilka insatser personerna behöver.” (Karlstad, 2017, s. 9)

I relation till detta är den generella riskgruppen barn och unga den som behandlas mest av kommunerna, och därmed nämns som en målgrupp med specifika insatser flest gånger. Många kommuner är dock medvetna om olika riskgrupper, även om de ännu inte har omvandlat riskgrupperna till målgrupper för det kommunala suicidpreventiva arbetet.

Språkbruket i handlingsplanerna är även något som behöver ses över, specifikt i relation till hur kommunerna inkluderar eller exkluderar HBTQ-personer i sina handlingsplaner. Citatet ovan belyser även att kunskap om riskgrupper är viktigt för att förstå vilka insatser som behövs till dessa grupper, vilket behandlas i nästkommande tema.

Oklara suicidpreventiva insatser

Det finns både skillnader och likheter gällande de suicidpreventiva insatser, aktiviteter eller strategier som nämns i de kommunala handlingsplanerna utifrån olika aspekter. Under detta tema kommer de kommunala suicidpreventiva insatsernas karaktär att redovisas och analyseras. Insatserna kommer även att analyseras utifrån koppling till kommunernas mål med insatsen, hur målet ska uppnås och huruvida det framgår vem eller vilken verksamhet som är ansvariga. En analys av kommunernas samverkan med olika aktörer inom kommunen kommer att presenteras utifrån att det framförs i handlingsplanerna utgöra en viktig insats och aspekt av det suicidpreventiva arbetet, och om det tydligt framgår hur denna samverkan ska ske mellan aktörerna.

Det finns både skillnader och likheter gällande de suicidpreventiva insatser, aktiviteter eller strategier som nämns i de kommunala handlingsplanerna utifrån olika aspekter. Under detta tema kommer de kommunala suicidpreventiva insatsernas karaktär att redovisas och analyseras. Insatserna kommer även att analyseras utifrån koppling till kommunernas mål med insatsen, hur målet ska uppnås och huruvida det framgår vem eller vilken verksamhet som är ansvariga. En analys av kommunernas samverkan med olika aktörer inom kommunen kommer att presenteras, och om det tydligt framgår hur denna samverkan ska ske mellan aktörerna.

Gällande suicidpreventiva insatser har mer än hälften av de kommunala handlingsplanerna huvudsakligen generella insatser för det suicidpreventiva arbetet. Dessa generella insatser har en tydlig koppling till vad forskning visar som viktigt för effektivt suicidpreventivt arbete. Trots detta saknar flera av handlingsplanerna tydliggörande gällande hur målen och insatserna ska uppnås, samt vem eller vilka verksamheter som ansvarar för att dessa ska genomföras, vilket framgår i citaten nedan:

“1. Ökad kunskap om suicidprevention i våra verksamheter.

Personal inom kommunens verksamhet som kommer i kontakt med barn, ungdomar och vuxna måste ha kunskaper och färdigheter i att identifiera självmordsproblematik t ex genom att känna igen tecken på ökad suicidrisk samt veta vilka åtgärder som behövs.”
(Sotenäs, 2017, s. 3)

“Strategi 2

Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid.”
(Gullspång, 2016, s. 12)

“2.3 Sprid kunskap om evidensbaserade metoder för att förebygga suicid

I den kommunala verksamheten är det förebyggande arbetet en viktig del och kräver god kunskap. Kunskapen kan omfatta risk- och skyddsfaktorer för att förebygga suicid, förebyggande strategier och arbetsätt samt uppföljning av utvecklingen och åtgärderna. För ett förebyggande arbete bör sådana verktyg och arbetsätt som stöds av forskningen inventeras, inhämtas och användas.” (Sala, 2018, s. 4)

Sotenäs har som framgår i citatet ovan en strategi där det framgår att kommunen vill uppnå *“Ökad kunskap om suicidprevention i våra verksamheter”* (2017, s. 3). I den information som sedan följer denna strategi framgår att personal inom kommunen *“måste ha kunskaper och färdigheter”* för att bland annat kunna identifiera riskfaktorer för suicid. Det som saknas i relation till detta är att det inte framgår hur kommunen ska öka kunskapen hos sina anställda, eller om det är en person eller verksamhet som har ansvar för detta.

Avsaknaden av tydlighet gällande hur målen ska uppnås eller om någon har särskilt ansvar för genomförandet kan även utläsas i Gullspångs (2016) handlingsplan. Gullspång (2016) har i sin handlingsplan listat de kommunala strategierna som baseras på de nationella riktlinjerna. Varje listad strategi följs i Gullspångs (2016) handlingsplan av *“bakgrund”* där kommunen beskriver varför strategin är viktig. Under vissa strategiers bakgrund framgår exempel på hur kommunen planerar att genomföra strategin i

praktiken, men i en utav Gullspångs (2016) strategier, citatet ovan, framgår det inte hur alkoholkonsumtionen ska minskas. Under denna strategi framgår enbart bakgrund och information och fakta utifrån tidigare forskning om hur hög alkoholkonsumtion kan utgöra risk för suicid, men inget mer specifikt om hur insatsen ska genomföras. Örnsköldsviks (2016) handlingsplan för suicidprevention skiljer sig från övriga på sådant sätt att deras handlingsplan innefattar en tabell där det framgår mål, insatsnivå, aktivitetsmål, ansvar, tidsplan samt uppföljning. I handlingsplanen lyfts det suicidpreventiva arbetet på olika nivåer samt exempel på insatser utifrån de olika nivåerna. I Örnsköldsviks (2016) tabell framgår dock enbart insatsnivå, inte vilken specifik insats som ska implementeras, vilket skapar otydlighet i vilken insats de syftar till, eller om detta omfattar flera insatser på samma nivå. Exempel på detta är att Örnsköldsvik (2016) vill utveckla likabehandlingsarbetet för barn och unga och att detta ska ske genom hälsofrämjande- och primärprevention. Det som saknas är alltså vilka insatser som denna hälsofrämjande- och primärprevention innebär i likabehandlingsarbetet med ungdomar. I flera av de handlingsplaner som nämner insatser är det alltså vanligt att insatserna, aktiviteterna eller strategierna är väldigt generella och framförallt inte konkreta i hur de planeras genomföras i praktiken.

De kommuner som nämner insatser, aktiviteter eller strategier av mer specifik karaktär i sina handlingsplaner skiljer sig från de kommuner vars handlingsplaner omfattar mer generella insatser genom att de är mer konkreta. Det framgår bland annat specifika insatser eller aktiviteter samt vem eller vilken verksamhet som är ansvarig för genomförandet. Åre är en av kommunerna som har en handlingsplan som innefattar mer specifika insatser, som exempelvis att "*Identifiera och implementera metoder i syfte att förebygga suicid.*" (2016, s. 20). Det framgår bland annat att en arbetsgrupp ska utses för att göra inventering av befintliga evidensbaserade metoder i Sverige för att uppnå detta målet. I jämförelse med utdraget från Sala kommuns handlingsplan gällande "*Sprid kunskap om evidensbaserade metoder för att förebygga suicid*" (2018, s. 4) framgår bland annat att evidensbaserade verktyg och arbetssätt bör inventeras, inhämtas samt användas. Skillnaden mellan mer specifika och mindre konkreta insatser blir tydlig i denna jämförelse utifrån att Åre specificerar hur detta ska genomföras samt vem som särskilt ansvarar för genomförandet. Salas (2018) generella insats om spridande av kunskap går även att jämföra med Göteborg som även de lyfter en insats av denna karaktär, men gör detta genom att bryta ner arbetet i flera insatser där en insats för att sprida kunskap lyder:

“Utbildningarna ska vara utformade efter behoven hos de olika verksamheterna och deras klienter” (u.å., s. 19). Detta citat belyser alltså att Göteborg (u.å.) inte bara är medveten om kompetenshöjning som en insats, utan att kunskapen till viss del måste vara anpassad utifrån olika verksamheter.

I relation till specifika insatser riktade till studiens målgrupp, barn och unga, återfinns både generella och specifika insatser. Exempel på detta är Sotenäs (2017) som hänvisar till att personal som arbetar med barn och unga är i behov av utbildning framför allt för att kunna identifiera suicidalt beteende.

“Personal inom kommunens verksamheter som kommer i kontakt med barn, ungdomar och vuxna måste ha kunskaper och färdigheter i att identifiera självmordsproblematik.”
(Sotenäs, 2017, s. 3)

Denna insats generella karaktär tydliggörs om den ställs mot en liknande insats från Göteborgs (u.å.) handlingsplan där det framgår att verksamheter som arbetar och kommer i kontakt med barn och unga ska ha handlingsprogram för att kunna identifiera suicidalt beteende men även för att personal ska ha kunskap om hur de ska gå tillväga då tecken på suicidalt beteende observerats.

“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.” (Göteborg, u.å., s. 12)

Utbildning av nyckelpersoner inom relevanta verksamheter är en form av insats, aktivitet eller strategi som nämns i flera av handlingsplanerna, men huruvida insatsen karaktär är mer generell eller specifik/konkret ser som framgår ovan olika ut. I Eskilstunas (2016) handlingsplan framgår exempelvis enbart att kommunen ska *“Utbilda personal i*

verksamheter som möter suicidala personer.” (2016, s. 23). Både Sotenäs (2017) kommun och Göteborg (u.å.) blir här i jämförelse med Eskilstuna (2016) mer specifika i att de bland annat specifikt nämner barn och unga. I Göteborgs (u.å.) handlingsplan specificeras insatsen ytterligare genom att det framgår att personal inte enbart ska ha kunskap om suicidalt beteende utan även veta hur de ska agera och gå tillväga då tecken på suicidalt beteende observerats.

I samband till olika insatser som kommunerna presenterar berörs bland annat samverkan i handlingsplanerna och endast Eskilstunas (2016) kommun saknar samverkan som en del av det suicidpreventiva arbetet. Dock återkommer generella beskrivningar av samverkan, där kommunerna inte går in specifikt på hur denna samverkan ska ske, vilket lyfts i citaten nedan.

“Nätverk och ökad samverkan mellan kommun och vårdinrättningar i syfte att förhindra suicid och hantera suicid bör utvecklas.” (Sotenäs, s. 3)

“Det suicidpreventiva arbetet omfattar dock fler aktörer såsom skola, socialtjänst och samhällsbyggnad. Samarbete i det förebyggande arbetet är viktigt då dagens system ofta är svårt att orientera sig i, även för professionen, så att personen får stöd och hjälp samt tillgång till rätt insatser i rätt tid.” (Sala, 2018, s. 3)

Dessa två citat exemplifierar att flera kommuner är eniga om att samverkan mellan olika aktörer är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet. Men även i detta sammanhang saknas vidare information om hur denna samverkan ska ske, och precis som med kommunernas olika insatser saknas även vem som ansvarar för att samverkan mellan olika kommunala aktörer ska fungera. Gullspång (2016) listar dock i sin handlingsplan vilka aktörer som berörs och ska samverka med varandra i det suicidpreventiva arbetet, vilket framkommer i citatet nedan.

“Barn- och ungdomspsykiatri, Vuxenpsykiatri, Sjukvården, Räddningstjänsten, Ambulansen, Polisen, Amnehärads församling, Hova församling, Frikyrkorna, Frivilliggrupp med erfarenhet av suicid i sin närmiljö” (Gullspång, 2016, s. 10)

Noterbart är att varken socialtjänst eller skolan nämns som berörda aktörer i detta avsnitt. Gullspång (2016) nämner dock tidigare i handlingsplanen att socialtjänsten utgör en stor del i det suicidpreventiva arbetet. Trots detta nämns socialtjänsten inte som en av de verksamheter som behöver samverka kring det suicidpreventiva arbetet.

Fokus på samverkan skrivs oftast i relation mellan kommun och sjukvård, utan att handlingsplaner bryter ned till vilka specifika aktörer inom kommun och sjukvård som detta innebär. Exempel på detta ges av Sotenäs (2017) som skriver att: *“Nätverk och ökad samverkan mellan kommun och vårdinrättningar i syfte att förbinda suicid och hantera suicid bör upparbetas.”*(s. 3) I detta citat nämns alltså kommun och sjukvård, samt att Sotenäs (2017) pekar på den bristande samverkan som finns och att denna behöver förbättras för att förhindra suicid. Men som i andra sammanhang i handlingsplaner saknar Sotenäs (2017) information om hur denna bristande samverkan ska förbättras och vem som har ansvar för att detta faktiskt ska ske. Ett undantag som finns från de generella beskrivningar om samverkan är Karlstad (2017) som specifikt betonar samordnad individuell plan (SIP) som en viktig del i samverkan gällande personer som flyttas mellan olika typer av vård.

“...identifiera brister när suicidnära personer flyttas mellan olika typer av vård. Syftet är att behärska vikten av samordnad individuell plan (SIP).” (Karlstad, 2017, s. 9)

Detta citat är ett konkret exempel på att samverkan, vilket är ett övergripande ord, endast kan ske genom faktiska åtgärder. Men att endast ange SIP-möten som en åtgärd för samverkan kan innebära att det finns en risk att individer som inte är i behov av SIP-möten, alltså de som inte har flera kontakter, faller bort ur tanken om samverkan inom det suicidpreventiva arbetet. För att samverkan ska fungera behövs inte endast tydliga riktlinjer om hur detta ska ske konkret, utan även kunskap om andra verksamheters

ansvarsområden och eventuell specialisering, vilket framkommer i citatet nedan där Örnsköldsvik menar att detta är grunden för ett framgångsrikt samarbete.

“...det finns ett generellt behov av att medarbetarna hos de olika samhällsaktörerna på orten får kännedom om dels den egna verksamhetens alla delar och vad detta medför för möjligheter i ett individperspektiv, dels också får grundläggande insikt om övriga lokala samhällsaktörers verksamheter, allt i syfte att på ett framgångsrikt sätt kunna hjälpa individer med sammansatta behov. Detta ska vara en naturlig del i verksamheterna för att organisatoriskt optimera samverkan men främst för ett framgångsrikt vardagssamarbete kring individer med sammansatta behov.” (Örnsköldsvik, 2016, s. 21)

Detta citat om samverkan är dessutom inte endast riktat till kommunala aktörer, även om handlingsplanen är kommunal. Örnsköldsvik (2016) menar istället att arbetet berör alla samhällsaktörer, och att kunskap om andra aktörer ska göra samverkan och samarbete lättare, och kallar detta för “vardagssamarbete” vilket indikerar att Örnsköldsvik (2016) vill att samverkan ska ske på ett naturligt sätt mellan samhällsaktörerna. Även Göteborg (u.å.) är inne på ett liknande spår eftersom de inte bara hänvisar till en professionell samverkan utan även ett informellt samarbete. *“Det praktiska arbetet med att utveckla suicidprevention kräver ett nära informellt samarbete mellan många olika aktörer”* (s. 25).

Innebörden i detta citat, men även i Örnsköldsviks citat ovan, kan ses på sådant sätt att aktörerna som berörs av suicidprevention inte bara behöver ett formellt dokument som punktar upp hur samverkan ska gå till, utan att aktörerna behöver en naturlig, nära kontakt med varandra för att uppnå bästa resultat.

Sammantaget har majoriteten av kommunerna generella formuleringar gällande både insatser och samverkan i det suicidpreventiva arbetet. Ett fåtal kommuner sticker ut med några mer konkreta exempel på både insatser och samverkan, men även i dessa lägen saknas mycket information. Att mer specifik information om olika insatser saknas hör i viss del ihop med föregående tema som berör olika riskgrupper. Få av kommunerna gör dessa riskgrupper till målgrupper, och därför är det även svårt för kommunerna att utforma specifika insatser, när de inte har några målgrupper att utforma insatserna efter.

Sammanfattning av resultatet

Sammanfattningsvis visar studien resultat bland annat att få kommuner förklarar begreppet suicid i sina handlingsplaner samt att språk och begreppsbruket gällande suicid är av generell karaktär. Definitionen av suicid fokuserar huvudsakligen på den suicidala processen och inte på individen som går igenom den suicidala processen. Vad gäller användningen av 'självmod' och 'suicid' framgår i studiens resultat att kommunerna är medvetna om att det inte finns någon enighet gällande vilket begrepp som bör användas samt att trots att begreppen ofta används synonymt anses 'självmod' vara mer laddat. Trots denna medvetenhet är det tydligt att det finns en oenighet gällande vilket begrepp som bör användas mellan kommunerna men även inom kommunernas egna handlingsplaner. Något som kan observeras i resultat utifrån att flera kommuner exempelvis framför att de i väljer att använda 'suicid' men använder sedan även 'självmod' i handlingsplanen. Vad gäller språk och begreppsbruk i handlingsplanerna visar resultat på att kommunerna förhållning till pronomen varierar.

Studien resultat visar även på att mer än hälften av kommunerna handlingsplaner har huvudsakligen generella suicidpreventiva insatser samt saknar tydlighet gällande målet med insatser och ansvarsfördelningen gällande specifika insatser. Samverkan är exempelvis en återkommande insats i handlingsplanerna som nämns utgöra en viktig del av det suicidpreventiva arbetet. Det framgår dock inte hur samverkan ska genomföras i praktiken. Vad gäller de suicidpreventiva insatsernas generella karaktär framgår i resultat att detta kan ha en grund i att kommunerna främst fokuserar på riskgrupper för suicid snarare än att tala om målgrupper och specifika insatser anpassade till dessa. Studiens resultat visar på att kommunerna har tagit del av litteratur och forskning i framtagandet av handlingsplanerna men det framgår inte tydligt hur kommunerna planerar förhålla sig till denna information. Yngre män är exempelvis en riskgrupp som lyfts i handlingsplanerna och det framgår bland annat att denna riskgrupp sällan söker hjälp för psykisk ohälsa, men det framgår inte hur kommunerna ska arbeta suicidpreventivt med hänsyn till denna kunskap. I relation till detta visar studiens resultat även på en avsaknad av intersektionalitet i handlingsplanerna. Flera kommuner lyfter exempelvis barn och unga som mål och/eller riskgrupp samt framför skillnader mellan män och kvinnor och många gånger framstår dessa som om det vore homogena grupper utifrån att variationer inom gruppen inte lyfts.

Diskussion

Syftet med denna studie var att studera det suicidpreventiva arbetet i Sverige, med speciellt fokus på barn och unga mellan 15 och 24 år och specifik med utgångspunkt i socialtjänstens handlingsplaner. Utifrån studiens resultat har följande tre rubriker tagits fram för vidare diskussion *Fokus på generella riskgrupper istället för specifika målgrupper, Ospecifika handlingsplaner för flera verksamheter leder till ett generellt arbete samt Handlingsplanernas språk- och begreppsbruks påverkan på suicid som fenomen*. Förhoppningen med studien var bland annat att ge en översiktlig bild av det suicidpreventiva arbetet samt att lyfta eventuella områden som är i behov av vidare forskning, vilket framförs nedan under *Vidare forskning*.

Resultatdiskussion

Fokus på generella riskgrupper istället för specifika målgrupper

Något som lyfts i både de nationella riktlinjer samt de kommunala handlingsplanerna är att ett individ- och befolkningsperspektiv är viktigt för att bedriva ett effektivt suicidpreventivt arbete (Folkhälsomyndigheten, 2016). Individperspektivet är framför allt relevant inom hälso- och sjukvården medan en stor del av det befolkningsinriktade suicidpreventiva arbetet bedrivs på lokal nivå (Beskow, 2000b), vilket bland annat innefattar att socialtjänsten ska arbeta för att öka kunskap och medvetenhet om suicid. Ett befolkningsinriktat suicidpreventivt arbete innebär bland annat att arbetet innefattar flera verksamheter samt att målgruppen utgörs av hela befolkningen och inte uteslutande riskgrupper för suicid (Socialstyrelsen, 2006b). Att arbeta suicidpreventivt utifrån ett befolkningsperspektiv innebär alltså involvering av flera olika kommunala verksamheter samt att insatserna inte uteslutande riktas till specifika riskgrupper. Detta innebär bland annat att handlingsplanerna inte kan vara för specifika utan behöver vara generella. Vid analysen av handlingsplanerna, som framgår i resultatet, framgick att majoriteten av handlingsplanerna är generella men ytterligare något som observerats är att flera är för generella och skulle behöva omfatta mer specifik information. Trots att socialtjänsten ska arbeta främst med ett befolkningsperspektiv (Beskow, 2000b), och att kunskap om suicid är viktigt för denna yrkesgrupp, visar vårt resultat att handlingsplanerna är generella vad gäller riskgrupper samt suicidpreventiva insatser. De är framförallt inte konkreta i hur

insatserna eller aktiviteterna ska omsättas i praktiken vilket skulle kunna skapa svårigheter för att bemöta individer på ett adekvat sätt. Att grupperna som kommunerna riktar sig till främst är riskgrupper framför målgrupper kan leda till att arbetet med dessa grupper försvåras, eftersom det i störst utsträckning endast konstateras att dessa grupper löper större risk för att utveckla ett suicidalt beteende, men inte mer ingående om hur yrkesverksamma ska bemöta dessa grupper och individer utifrån deras förutsättningar, och genom detta göra om nämnda riskgrupper till målgrupper för kommunernas suicidpreventiva arbete. Dock skriver många kommuner att en del av detta behov ska mötas med utbildning av personal, även att vi inte kan veta exakt vad denna utbildning omfattar.

När handlingsplanerna är för generella skulle det kunna utgöra en risk för att riskgrupperna inte behandlas mer ingående vilket kan leda till att den intersektionella aspekten som är viktig gällande suicidpreventivt arbete är att flera faktorer som kön, sexualitet, klass och etnicitet som måste förstås i relation till varandra missas (Mattsson, 2015). Ett exempel på detta är att kommunerna pekar ut flickor som extra utsatta för suicidförsök och pojkar för fullbordat suicid, men tar inte upp att det är flera faktorer som påverkar detta än just kön och ålder, då tidigare forskning för suicid visar att suicid inte enbart har en orsak, utan är mångfaktoriellt och är alltså en process som påverkas av flera biologiska, sociala, psykologiska samt existentiella faktorer (Ayyash-Abdo, 2002; Björkenstam, Kosidou & Björkenstam, 2017; Socialstyrelsen, 2006a). Ytterligare en aspekt av intersektionalitetens påverkan på det suicidpreventiva arbetet är som Björkenstam, Kosidou & Björkenstam (2017) lyfter i sin studie att barn med minst en riskfaktor, eller risksituation, löper risk för att utveckla ett suicidalt beteende, men att förekomsten av flera av dessa ökar risken. Några av de riskfaktorer som Björkenstam, Kosidou & Björkenstam (2017) tar upp är bland annat, svårigheter i skolan, psykisk ohälsa, att ha föräldrar med låg utbildning och inkomst, och att föräldrarna inte är födda i Sverige. Dessa riskfaktorer kan även kopplas till Mattsons (2015) beskrivning av intersektionalitet, eftersom utöver dessa riskfaktorer finns det andra faktorer som påverkar en individ, exempelvis kön, som måste beaktas i relation till dessa riskfaktorer. Det är alltså av central vikt att de professionella är medvetna om att tillhöra en högriskgrupp inte nödvändigtvis innebär att personen kommer att utveckla ett suicidalt beteende, men att risken ökar vid förekomsten av riskfaktorer, vilket inte behandlas om

socialtjänsten endast arbetar utifrån ett befolkningsperspektiv i det suicidpreventiva arbetet.

I relation till kunskapsbristen i handlingsplanerna om olika riskgrupper, och att dessa inte görs om till målgrupper kan vara en orsak till att insatserna har samma generella karaktär som de olika riskgrupperna. Först när olika riskgrupper behandlas mer ingående kan de göras om till målgrupper och kommunerna utveckla specifika insatser till just dessa grupper. Ett exempel på detta förhållande är att kommunerna konstaterar att riskgruppen unga män sällan söker hjälp, men har inte utvecklat insatser i sin handlingsplan för hur de ska nå ut till denna grupp för att kunna arbetat suicidpreventivt. En konsekvens kan då bli att många ungdomar, särskilt killar, inte får den hjälp som de är i behov av, eftersom kommunerna inte har en uppsökande verksamhet riktad till dessa som del i det suicidpreventiva arbetet. Samtidigt som de kommunala handlingsplanerna inte riktar sitt arbete till specifika målgrupper saknar de även den intersektionella aspekten utifrån att de inte beaktar att flera kategorier i samspel kan vara avgörande för huruvida en individ har en ökad risk att utveckla ett suicidalt beteende eller inte. Att växa upp i socioekonomisk utsatthet utgör en risk faktor för suicid bland barn och unga (Ayyash-Abdo, 2002; Beautrais, 2000; Björkenstam, Kosidou & Björkenstam, 2017), men huruvida en individ utvecklar suicidalt beteende eller inte är som tidigare nämnt komplext och påverkas av flera aspekter. Intersektionalitet utgör bland annat en viktig aspekt utifrån att risken för suicidalt beteende hos två individer som båda bedöms växa upp i socioekonomisk utsatthet påverkas även av kategorierna kön, sexualitet, klass och etnicitet och sambandet mellan dessa kategorier.

Trots att socialtjänsten främst ska arbeta med befolkningsperspektiv innefattar även detta ett arbete med riskgrupper (Folkhälsomyndigheten, 2016) vilket försvåras när handlingsplanerna är för generella, både i beskrivandet i riskgrupperna och i insatserna som ska användas för att arbeta med dessa grupper. Viktigt är även att ha i åtanke att även om fokus ska vara på hela befolkningen är det individer som socialarbetaren kommer att möta, inte hela befolkningen, och därför är det viktigt att handlingsplanerna inte är för generella i sina beskrivningar. Vi anser även att det inte bara är riskgrupper som behöver tas upp i handlingsplanerna, utan även olika riskfaktorer samt ett

intersektionellt förhållningssätt utifrån att vem som helst kan drabbas av suicid, inte endast de individer som tillhör en riskgrupp.

Ospecifika handlingsplaner för flera verksamheter leder till ett generellt arbete

Socialtjänsten är en av de verksamheter vars arbetstagare, exempelvis socialsekreterare, har hög sannolikhet att komma i kontakt med människor som omfattas av olika riskfaktorer och/eller tillhör riskgrupper för suicid (Feldman & Freedenthal, 2006; Maple, Pearce, Sanford & Cerel, 2017; Osteen, Jacobsen & Sharpe, 2014). Socialtjänsten nämns i flera av handlingsplanerna som en verksamhet som utgör en del av det suicidpreventiva arbetet. Ingen av handlingsplanerna som ingår i denna studie är dock riktade specifikt till socialtjänsten utan handlingsplanerna är generellt riktade till alla verksamheter inom vård och omsorg inom kommunen samt i vissa fall sjukvården inom landstinget. Trots att handlingsplanerna inte är riktade specifikt till socialtjänsten är handlingsplanerna fortfarande relevanta för det suicidpreventiva arbetet inom socialtjänsten eftersom majoriteten av handlingsplanerna innefattar övergripande information om suicid och suicidprevention.

I tidigare forskning framgår att det finns en kunskapsbrist inom socialtjänsten gällande suicidprevention och att socialarbetare upplever att de saknar tillräckligt med kunskap om suicidalitet, och att urskilja tecken och riskfaktorer för suicidalt beteende (Osteen, Jacobsen & Sharpe 2014; Socialstyrelsen, 2006a). Flera av handlingsplanerna som ingår i studien är som tidigare nämnt inte specifika för socialtjänsten och frågan är hur hjälpsamma dessa handlingsplaner är i praktiken för exempelvis en socialarbetare på ett socialkontor där suicidalitet exempelvis inte är en del av det vardagliga arbetet. Vid insamling av datamaterial till studien kom vi exempelvis i kontakt med flera socialsekreterare från olika kommuner som framförde att de inte var medvetna om huruvida de hade dokument för suicidprevention i kommunen de arbetar inom, och vid ett tillfälle var det en socialsekreterare som sa att de inte hade dokument samtidigt som en handlingsplan inhämtats från kommunens hemsida. Detta skulle även kunna visa på att genom att ta del av de kommunala handlingsplanerna kan vi bland annat utläsa mål, insatser och planer för det suicidpreventiva arbetet. Hur mycket av dessa mål, insatser och planer som genomförs och uppnås i praktiken är dock inte något som vi kan utläsa i

handlingsplanerna utan är ett område som skulle kunna undersökas genom en annan form av studiedesign och syfte.

Vid analys av handlingsplanerna tycks framtagandet av handlingsplanerna samt dess fokus möjligtvis ha påverkats av vilken verksamhet som varit drivande i framtagandet av handlingsplanen. I flera av handlingsplanerna finns information om agerande inom räddningstjänst samt hälso- och sjukvården, och utifrån att handlingsplanerna är kommunala och ska kunna användas inom alla relevanta verksamheter skulle man kunna argumentera för att handlingsplanerna bör innefatta mer vägledning för alla berörda verksamheter. Att det finns handlingsplaner som tycks vara mer riktade eller fokuserade på vissa verksamheter kan dock påverkats av andra aspekter. Göteborg (u.å.) skriver exempelvis i sin handlingsplan om vikten av att utbilda personal inom räddningstjänst och sjukvård först då dessa tar emot personer i det mest akuta suicidala läget, men även personal inom socialtjänsten skulle kunna hamna i en situation där en person befinner sig i ett akut suicidalt skede, även om socialtjänsten även kommer att möta personer som inte befinner sig i ett akut suicidalt skede. Som framgår i de nationella riktlinjerna samt i de kommunala handlingsplanerna innebär det suicidpreventiva arbetet inte enbart om det akuta skedet, utan även ett tidigare förebyggande arbete vilket bland annat omfattar att nyckelpersoner, som socialsekreterare, har en viktig roll i att möjligtvis kunna observera och fånga upp suicidala personer så att de kan få hjälp och stöd (Folkhälsomyndigheten, 2016). För att socialarbetare ska kunna fånga upp dessa individer är utbildning en viktig del av det suicidpreventiva arbetet då många socialarbetare känner sig oförberedda för att arbeta med suicidala personer (Osteen, Jacobsen & Sharpe 2014). Majoriteten av kommuner har utbildning av personal inom vård och omsorg som en suicidpreventiv insats, men utöver utbildning av personal finns det ytterligare en aspekt som påverkar arbetet med suicidala personer.

På grund av handlingsplanernas generella karaktär kan det vara svårt för socialtjänsten att implementera dessa i sin verksamhet och arbeta effektivt med suicidprevention utan att ha ytterligare handlingsplaner som är specifikt framtagna för hela socialtjänsten, men även för de olika avdelningarna, då det suicidpreventiva arbetet möjligtvis ser olika ut beroende på vilket område en klient kommer i kontakt med. Ytterligare en aspekt som försvårar socialtjänstens arbete är att handlingsplanerna fokuserar mer på akuta insatser.

En anledning till detta skulle kunna vara att forskning och kommunerna fokuserar mer på det akuta arbetet med suicidprevention för att förhindra suicid i det mest akuta skeendet. Socialtjänsten och andra verksamheter som huvudsakligen inte kommer i kontakt med personer i ett akut suicidalt läge tycks inte ha prioriterats i relation till de akuta verksamheterna. Denna prioritering är begriplig i och med att det i det akuta skeendet handlar om att rädda ett liv “här och nu”, medan de mindre akuta verksamheterna ansvarar för att förebygga att de akuta verksamheterna behöver ingripa. Vid utveckling av de suicidpreventiva insatserna finns behov av att lägga resurser på att utveckla de icke-akuta verksamheterna för att förebygga suicid.

Handlingsplanernas språk- och begreppsbruks påverkan på suicid som fenomen

Suicid är som fenomen förknippat med en del skam och tabu (Socialstyrelsen, 2006a), vilket bland annat innebär att språkbruket kring suicid spelar en stor roll i hur människor uppfattar suicidalitet. Våra gemensamma föreställningar om ett fenomen som suicid skapas bland annat genom vårt språkbruk och hur vi samtalar, men kan även förändras med tiden utifrån att dessa gemensamma föreställningar inte är isolerade från nya kontexter och tolkningar av verkligheten (Mattsson, 2015). Användandet av det nyare begreppet suicid mot det tidigare begreppet självmord, vilket till viss del fortfarande används, är ett exempel på hur det och hur diskursen om ett fenomen kan förändras över tid. Begreppet 'självmord' är förknippat med tabu och skam utifrån att suicid förr ansågs vara en brottslig handling och att begreppet består av orden 'själv' och 'mord' (Socialstyrelsen, 2006b). Självmord och suicid är synonymmer som beskriver en självdestruktiv handling som är dödlig och som framgår i resultatet används båda begreppen idag men det finns delade uppfattningar huruvida framförallt 'suicid' bör användas istället för 'självmord'. Begreppet suicid, som framgår i handlingsplanerna, kan argumenteras vara ett mindre laddat begrepp i jämförelse med begreppet “självmord”. Att 'suicid' kommit att bli ett mer vanligt begrepp att använda visar bland annat på begreppens påverkan på fenomenet och gör det möjligt för nya tolkningar samt möjligheten till en utvecklad föreställning om suicid som inte är förknippad med bland annat skam.

Något som kan observeras i handlingsplanerna och som framgår i resultatet är att handlingsplanerna är påverkade av tidigare texter då handlingsplanerna inte är

konsekventa i sitt språkbruk. Genom att kommunerna främst använder "suicid" framför "själv mord" bidrar de till att skapa något nytt och påbörja en förändring av den rådande diskursen (Björkvall 2018; Winther Jørgensen & Phillips, 2000). I motsats till att kommunerna genom att använda begreppet "suicid" ser vi att kommunerna är påverkade av den rådande diskursen och tidigare texter genom att kommunerna ändå använder begreppet "själv mord" på liknande ställen, vilket framgår i resultatet. Detta är ett exempel på intertextualitet i handlingsplanerna, där kommunerna omedvetet eller medvetet i dessa delar bidrar till att reproducera detta språkbruk och diskurs (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Trots att båda begreppen används ser vi alltså att användandet av "suicid" framför "själv mord" kan bidra till att skapa en ny diskurs som i sin tur kan bidra till en minskad stigmatisering av suicid som fenomen.

Kommunernas användning av pronomen i handlingsplanerna blir centralt eftersom detta kan påverka huruvida alla som läser dessa, professionella och klienter, känner sig inkluderade i det suicidpreventiva arbetet. Analysen av handlingsplanerna visar på att hälften av kommunerna använder sig av individen eller personen i sitt benämning av den suicidala personen framför han/hon eller hen vilket även förekommer i resultatet. De kommunala handlingsplanernas utformning samt språk- och begreppsbruk, exempelvis användning av pronomen, påverkar hur handlingsplanen kommer att tolkas av individen som läser den (Mattsson, 2015). De handlingsplaner som använder han/hon, och även hen till viss del, utesluter människor som inte identifierar sig med tvåkönsnormen eller med "hen". Därför är det av betydelse att använda individen eller personen för att inkludera alla i texten, men även för att bidra till att ombilda den rådande diskursen och stigmatisering som omger individer som inte identifierar sig med tvåkönsnormen. Mattsson (2015) skriver att våra föreställningar förändras när vi tillsammans skapar nya, och en viktig del i detta är då att officiella dokument inte behandlar personer som avvikande, medvetet eller omedvetet. Dock är det fortfarande viktigt att särskilt beakta HBTQ-personer i handlingsplanerna eftersom detta är en grupp som löper stor risk för suicid. En text som inte alls behandlar könsaspekten för suicid, blir enligt Mattsson (2015) och det konstruktivistiska perspektivet istället problematisk genom att detta inte stämmer överens med verkligheten, då könsaspekten är en stor riskfaktor för suicid. Detta kan vi förstå utifrån att olika könsidentiteter löper olika risk för olika typer av suicidalt beteende.

Det suicidpreventiva arbetet, och därmed handlingsplanerna och andra officiella dokument som berör suicidprevention måste därför ta upp könsaspekten, men på ett sådant sätt att de inte stämplar en grupp som avvikande eftersom detta kan bidra till att reproducera diskursen om denna grupp som avvikande. Dock är det inte endast användning av pronomen som spelar roll i hur alla människor känner sig inkluderade i handlingsplanerna, utan även hur kommunerna skriver om personer som inte identifierar sig med tvåkönsnormen. Ett exempel på detta är då att officiella dokument kan använda sig av individen och personen istället för han/hon eller hen.

Vidare forskning

Vidare forskning som kan ta avstamp i vårt resultat skulle kunna undersöka hur det suicidpreventiva arbetet ser ut i praktiken på socialkontoren, men även hur samverkan fungerar mellan socialtjänst och andra aktörer när detta behövs. Vidare forskning skulle även kunna göras på socialsekreterares upplevelser av hur handlingsplaner och andra officiella dokument hjälper dem att utföra detta arbete, och om de upplever att de har tillräckligt med information att tillgå i dokumenten för att kunna utföra sitt arbete.

Metoddiskussion

Enligt Bryman (2012) kan kvalitativa och kvantitativa analyser genomföras tillsammans i samma studie. Vi har i denna studie genomfört en kvantitativ analys av de nationella riktlinjerna och förekomsten av olika riskgrupper i handlingsplanerna. Den kvantitativa delen gällande de nationella riktlinjerna genomfördes genom att vi sammanställde förekomsten av de nationella riktlinjerna i varje handlingsplan, samt på vilket sätt de förekom, alltså den *manifesta intertextualiteten* (Winther Jørgensen & Phillips, 2000), om handlingsplanerna direkt hänvisar till ett annat dokument när de skriver om de nationella riktlinjerna. Vi ansåg att hur de nationella riktlinjerna presenterades i handlingsplanerna var av relevans då en del av studien är en språklig diskursanalys. Även förekomsten av de olika riskgrupperna genomfördes på sådant sätt att vi gick igenom vilka av handlingsplanerna som nämnde olika risk och målgrupper för att sammanfatta och redovisa detta i en tabell, eftersom om vi inte hade haft en övergripande kvantitativ analys hade det varit svårare att påvisa i vilken utsträckning som grupperna förekom.

Bryman (2012) och Boréus och Kohl (2018) skriver att ett problem med innehållsanalys och kodning, eller teman, är att dessa rycks ur sitt sammanhang eftersom en innehållsanalys strävar efter enkla bedömningsprocesser. Boréus och Kohl (2018) påtalar även att tolkning vid en innehållsanalys kan påverka validiteten eftersom vi själva tolkar innebörden av en mening, och att vi påverkas av våra egna föreställningar och åsikter när vi gör denna tolkning. Vi har varit medvetna vid analysen av datamaterialet att våra åsikter samt tidigare kunskap kan påverka hur vi tolkar delar av handlingsplanerna. Vi har därför eftersträvat att förklara och underbygga våra tolkningar av citaten för att i så lång utsträckning som möjligt förhindra att validiteten påverkas negativt. Eftersom en innehållsanalys bryter ned texten i olika teman som vi vill undersöka finns risken att texten inte får tala som en helhet, och att analys-schemat styr uppmärksamheten till just dessa delar, finns risken att andra intressanta aspekter i texten missas (Boréus & Kohl, 2018). Vi har dock försökt att minska denna risk genom att läsa igenom vårt material innan vi utarbetade ett analys-schema och började analysera texten utefter detta, men även för att vi ville se om det fanns andra intressanta aspekter i handlingsplanerna än de som vi på förhand visste att vi ville undersöka.

Genom att diskursanalysen får denna studie ytterligare en dimension som vi anser är viktig i det suicidpreventiva arbetet, eftersom hur professionella pratar om suicid och ser på de olika riskgrupperna är av stor vikt i hur klienterna blir behandlade, då Bryman (2012) menar att språket är en maktresurs. Bryman (2012, s. 485) skriver även att ett problem med diskursanalys kan vara att forskaren kommer "*nära spekulationer som inte är direkt synbara i de sekvenser som analyseras*". Vi har försökt att kringgå detta under denna studie genom att tydligt styrka vår analys och tolkning med citat för att andra ska kunna se hur vi har tolkat resultatet och kunna avgöra om våra tolkningar är relevanta.

Referenslista

- Ayyash-Abdo, H. (2002). Adolescent suicide: An ecological approach. *Psychology in the Schools*, 39(4), 459–475.
- Beautrais, A. (2000). Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide among Young People. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420–436.
- Bergström, B., & Ekström, L. (2018). Tre diskursanalytiska inriktningar. I K. Boréus & G. Bergström (Red.), *Textens mening och makt: Metodbok i samlingsvetenskaplig text- och diskursanalys* (s. 253-301). Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Beskow, J. (2000a). Definitioner och modeller. I J. Beskow (Red.), *Självord och självmordsprevention: Om livsavgörande ögonblick* (s. 27–46). Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Beskow, J. (2000b). Folkhälsa och suicidprevention. I J. Beskow (Red.), *Självord och självmordsprevention: Om livsavgörande ögonblick* (s. 102–127). Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Beskow, J. (2000c). Samtal med självmordsnära människor. I J. Beskow (Red.), *Självord och självmordsprevention: Om livsavgörande ögonblick* (s. 150–200). Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Beskow, J., Palm Beskow, A., & Ehnvall, A. (2013). *Suicidalitet som problemlösning, olycksbändelse och trauma*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Björkenstam, C., Kosidou, K., & Björkenstam, E. (2017). Childhood adversity and risk of suicide: Cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ*, 357, J1334.

Björkvall, A. (2018). Tre diskursanalytiska inriktningar. I K. Boréus & G. Bergström (Red.), *Textens mening och makt: Metodbok i samlingsvetenskaplig text- och diskursanalys* (s. 355-399). Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Boréus, K., & Kohl, S. (2018). Tre diskursanalytiska inriktningar. I K. Boréus & G. Bergström (Red.), *Textens mening och makt: Metodbok i samlingsvetenskaplig text- och diskursanalys* (s. 49-89). Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Cheung, A., & Dewa, C. (2007). Mental Health Service Use among Adolescents and Young Adults with Major Depressive Disorder and Suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 228-232.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention*. Hämtad 9 november, från

https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/2e7ade7571da420687ce28243ab4fa00/nationellt_handlingsprogram_suicidprevention_16001_webb.pdf

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Suicidprevention 2017 – En lägesrapport om det nationella arbetet med att förebygga självmord*. Hämtad 12 oktober, 2018, från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/37a5754a72374e69ae35cd84ee279f42/suicidprevention-2017-lagesrapport-nationella-arbetet-forebygga-sjalvmord-03538-2017-webb.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2018a). *Nationell samordning*. Hämtad 15 oktober, 2018, från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/nationell-samordning/>

Folkhälsomyndigheten. (2018b). *Utveckling över tid*. Hämtad 15 oktober, 2018, från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/utvecklingen-over-ti/>

Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V., & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders, 100*(1-3), 199-210.

Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews, 34*(2), 1-20.

Hooven, C., Snedker, K. A., & Thompson, E. A. (2012). Suicide Risk at Young Adulthood: Continuities and Discontinuities from Adolescence. *Youth & Society, 44*(4), 524-547.

Klimes-Dougan, B., Klingbeil, D., & Meller, S. (2013). The Impact of Universal Suicide-Prevention Programs on the Help-Seeking Attitudes and Behaviors of Youths. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 34*(2), 82-97.

Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*, 909–916.

Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(5), 507-524.

Målgrupp. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 18 januari 2019 från

<https://www.ne.se/>

Nyberg, U. (2013). *Konsten att rädda liv: Om att förebygga självmord*. Stockholm, Sverige: Natur & Kultur.

Osteen, P., Jacobson, J., & Sharpe, T. (2014). Suicide Prevention in Social Work Education: How Prepared Are Social Work Students? *Journal of Social Work Education*, 50(2), 349-364.

Pisani, A. R., Schmeelk-Cone, K., Gunzler, D., Petrova, M., Goldston, D. B., Tu, X., & Wyman, P. A. (2012). Associations between Suicidal High School Students' Help-Seeking and Their Attitudes and Perceptions of Social Environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(10), 1312–1324.

Riskgrupp. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 18 januari 2019 från <https://www.ne.se/>

Rojas, Y., & Stenberg, S-Å. (2010). Early life circumstances and male suicide – A 30-year follow-up of a Stockholm cohort born in 1953. *Social Science & Medicine*, 70(3), 420–427.

Själv mord. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 18 januari 2019 från <https://www.ne.se/>

Socialdepartementet. (2008). *En förnyad folkhälsopolitik*. Prop 2007/08:110. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2006a). *Förslag till nationellt program för suicidprevention - strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/ elevhälsan*. Hämtad 12 oktober, 2018, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9448/2006-107-23_rev2_200610723_bilaga1.pdf

Socialstyrelsen. (2006b). *Förslag till nationellt program för suicidprevention - befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag*. Hämtad 15 november, 2018, från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9448/2006-107-23_rev3_200610723_bilaga2.pdf

Statistiska Centralbyrån (SCB). (u.å.). *Kommuner i siffror*. Hämtad 18 december 2018, från

<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/kommuner-i-siffror/>

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2017). *Kommungruppsindelning 2017*. Hämtad 18 december 2018, från

<https://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting/kommungruppsindelning,2051.html>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys: som teori och metod*. Lund, Sverige: Studentlitteratur AB

Bilagor

Bilaga 1 Analysschema

<p>Bakgrund</p> <p>Nationella strategier/åtgärder</p> <p>Begreppslista</p> <p>Fakta/info suicid</p> <p>Fakta/info suicidprevention</p> <p>Stödmaterial/Referenser</p> <p>Syfte/mål</p> <p>Statistik Nationell</p> <p>Statistik Regional/Lokal</p> <p>Riskgrupper</p> <p>Riskfaktorer</p>
<p>Målgrupper</p> <p>Barn och unga</p> <p>Unga vuxna</p> <p>Kön</p> <p>Asylsökande</p> <p>Ensamkommande barn</p> <p>HBTQ</p>
<p>Strategier</p> <p>Nationella</p> <p>Lokala</p>
<p>Verksamhetsområden</p> <p>Ansvariga verksamheter</p>

Ansvarig/representant inom verksamheter

Samverkan

Socialnämnden

Socialtjänsten

Dokument

Riktlinjer

Rutiner

Handlingsplan

Uppföljning

Reviderad