

# Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention

Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/). En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar, se våra [kundtjänst och köpvillkor](#).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovspersonens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2023.

Artikelnummer: 23217

## Om publikationen

Denna rapport är en återredovisning av regeringsuppdraget att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi för området psykisk hälsa och suicidprevention som regeringen beslutade om 30 juni 2020 S2018/04669/FS(delvis), S2018/06126/FS(delvis) och S2020/06171/FS(delvis).

Den primära målgruppen för rapporten är regeringen men innehållet är även värdefullt för andra aktörer som är verksamma inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Rapporten är framtagen av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

# Förord

God psykisk hälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjligheter att nå sin fulla potential och för samhällets utveckling. Sedan mitten av 90-talet har flera stora satsningar genomförts för att förbättra den psykiska hälsan i Sverige, men det finns fortfarande stora utmaningar inom området. Det handlar bland annat om att fler människor upplever olika psykiska besvär, i synnerhet unga, och att stöd, vård och behandling för psykiatriska tillstånd brister. I takt med att samhället förändras ställs också nya krav på insatser för att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och suicid och ge vård och stöd till de som behöver. Därför behöver många samhällsaktörer agera tillsammans och arbeta långsiktigt.

För första gången har ett stort antal myndigheter, 26 stycken, haft i uppdrag att tillsammans ta fram ett underlag med förslag till en ny nationell strategi för området psykisk hälsa och suicidprevention. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har samordnat arbetet och detta är samtliga myndigheters slutredovisning av uppdraget.

Med strategiförslaget vill myndigheterna lyfta alla de möjligheter och tillgångar som finns i vårt samhälle för en god och jämlik psykisk hälsa i befolkningen. Med gemensamma ansträngningar vill vi se att alla människor, oavsett behov och förutsättningar, ska ha en plats i samhället, erbjudas nya chanser i livet och kunna se optimistiskt på framtiden. I ett sådant samhälle ska ingen heller behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv.

Många aktörer, och var och en av oss, har en viktig roll att fylla i arbetet och det finns ett stort engagemang och mycket kunskap som behöver tas tillvara. Därför ser vi strategin som en gemensam plattform för hela samhällets pågående och kommande arbete inom området. Under arbetet med uppdraget har vi träffat många som ser fram emot att börja arbeta praktiskt utifrån strategins innehåll. Det är hoppgivande att så många vill vara en del av lösningen för en bättre psykisk hälsa och minskat antal suicid.

Slutligen vill vi tacka alla som på olika sätt har bidragit i arbetet med underlaget som vi nu redovisar. Tillsammans kan vi göra skillnad.

September 2023

Karin Tegmark Wisell, generaldirektör, Folkhälsomyndigheten

Olivia Wigzell, generaldirektör, Socialstyrelsen

# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	8
Strategin ska ge vägledning åt många aktörer .....	8
Förslag på strategi .....	9
Indikatorer och uppföljning .....	11
Fortsatt samordnat arbete med strategins genomförande .....	11
Ordlista .....	13
Myndigheternas uppdrag .....	15
Om återredovisningen .....	16
DEL 1: Underlag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention .....	18
Inledning .....	18
En god psykisk hälsa är viktig för både individ och samhälle .....	18
Psykisk ohälsa handlar om besvär och tillstånd med olika allvarlighetsgrad .....	18
Psykisk hälsa och suicid är hela samhällets ansvar .....	19
Bakgrund .....	20
Den psykiska hälsans utveckling i Sverige .....	20
Tidigare statliga satsningar inom området psykisk hälsa och suicidprevention .....	23
Psykisk hälsa i en internationell kontext .....	26
Uppdragets genomförande .....	27
Samordning av myndigheter med uppdrag att bidra i arbetet .....	27
Perspektiv som varit vägledande i arbetet .....	28
Utvecklingsbehov identifierades genom olika underlag .....	29
Övriga underlag .....	32
Involvering av andra aktörer .....	33
Kommunikation om uppdraget .....	35
Förankringsprocess för strategiförslag .....	35
Beskrivning av strategiförslaget .....	37
Inriktning för strategin .....	37
Berörda aktörer .....	37
Strategins relation till andra styrdokument .....	37

Strategiförslagets struktur .....	38
Vision .....	39
Övergripande mål och delmål .....	39
Bakgrundsbeskrivning till delmål .....	41
Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället.....	41
Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet.....	42
Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa.....	45
Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare.....	47
Vård och omsorg som möter individens behov .....	49
Stärkt suicidpreventivt arbete .....	53
Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention.....	57
DEL 2: Myndigheternas förslag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention .....	60
Det handlar om livet – nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention .....	60
Strategins struktur.....	61
Vision .....	61
Övergripande mål.....	62
Delmål och insatsområden .....	62
1. Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället .....	62
2. Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet....	63
3. Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa.....	67
4 Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare.....	69
5 Vård och omsorg som möter individens behov.....	72
6 Stärkt suicidpreventivt arbete .....	80
7 Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention.....	83
Indikatorer för uppföljning .....	86
Indikatorer för övergripande mål .....	86
Indikatorer för delmål .....	87
Myndigheternas förslag till strategins genomförande.....	90
Fortsatt myndighetssamordning på nationell nivå .....	90
Upprätta ett rådgivande generaldirektörsråd med berörda myndigheter.....	90

Upprätta en samordningsfunktion som stödjer ett samordnat genomförande av strategin.....	90
Samordningsfunktionens arbete med andra aktörer för strategins genomförande .....	91
Arbetsprocess för genomförande av strategin .....	91
Fas 1: Planering .....	92
Fas 2: Genomförande .....	93
Fas 3: Uppföljning .....	93
Fas 4: Kommunikation av genomförande och resultat .....	95
Förutsättningar för fortsatt arbete.....	96
Referenser .....	98
Bilageförteckning.....	111
Bilaga 1: Organisationer och föreningar som inkom med egen analys av området psykisk hälsa och suicidprevention.....	112
Bilaga 2: Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention – Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar.....	114
Bilaga 3: Kommuner och regioners perspektiv på behov, utmaningar och prioriterade områden för psykisk hälsa och suicidprevention: Kartläggning och analys av relevanta publikationer.....	115
Bilaga 4: Analys av svenska styrdokument som berör området psykisk hälsa och suicidprevention .....	116
Bilaga 5: Internationell utblick: Andra länders och internationella organisationers strategier för psykisk hälsa och suicidprevention .....	117
Bilaga 6: Beskrivning av indikatorer.....	118

# Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har tillsammans med 24 andra myndigheter haft i uppdrag att ta fram underlag och ett förslag till:

- ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention med mål och prioriteringar för området samt indikatorer för uppföljning
- uppföljningssystem
- hur myndigheterna kan stödja genomförandet och uppföljningen av strategin.

Utifrån utgångspunkterna i regeringsuppdraget föreslår myndigheterna en tioårig strategi för området som integrerar arbete med att främja psykiskt välbefinnande, förebygga psykisk ohälsa och suicid, och förbättra livsvillkoren för personer som lever med olika psykiatriska tillstånd. För att möjliggöra detta föreslås ett brett och tvärasektoriellt arbete som adresserar både individuella och strukturella faktorer för psykisk hälsa.

Förslaget bygger på analyser och underlag som myndigheter, organisationer och föreningar har lämnat, breda dialoger med många aktörer verksamma inom området, till exempel representanter från kommuner och regioner samt vägledande principer för arbetet inom området som pekats ut i internationella styrdokument.

## Strategin ska ge vägledning åt många aktörer

I arbetet med att förbättra psykisk hälsa och förebygga suicid behöver hela samhället ingå. För att strategin ska göra skillnad behövs fortsatt engagemang och ansvarstagande från redan aktiva aktörer på området men också att ytterligare aktörer involveras i arbetet. Det kräver fortsatta insatser både i det offentliga och i det civila samhället, och på nationell, regional och lokal nivå. Förslaget till ny nationell strategi ska verka som en allmän plattform, med en gemensam riktning och gemensamma målsättningar som kan underlätta för aktörer att prioritera och planera insatser inom området. Detta kan bidra till ett mer systematiskt, samordnat och effektivt arbete och öka samverkan i arbetet med att främja den psykiska hälsan och förebygga psykisk ohälsa och suicid.



## Förslag på strategi

Myndigheterna föreslår att **visionen** för en ny strategi ska vara:

*”Ett samhälle som främjar en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen, och där ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara suicid”.*

Till visionen kopplas fyra **övergripande mål** som utgör strategins samlade 10-åriga målsättningar:

1. En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen
2. Färre liv förlorade i suicid
3. Minskad ojämlikhet i psykisk ohälsa
4. Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd

För att nå de övergripande målen föreslår myndigheterna att det operativa arbetet inom området bedrivs utifrån sju **delmål** som enskilt och tillsammans ska bidra till uppfyllande av de övergripande målen. Under respektive delmål pekas flera insatsområden ut inom vilka det är särskilt viktigt att prioritera, planera och genomföra insatser. Nedan presenteras de sju delmålen med respektive prioriterade insatsområden:

1. Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället
  - Stärka arbetet med att främja psykiskt välbefinnande
  - Genomföra insatser för att stärka allmänhetens kunskaper om psykisk hälsa
  - Öka kunskapen om globala samhällsförändringars påverkan på psykisk hälsa
2. Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet
  - Stärka arbetet för en trygg uppväxt för alla barn
  - Öka fokus på förskolan som hälsofrämjande arena
  - Säkerställa likvärdiga möjligheter till lärande, utveckling och hälsa för alla barn
  - Öka fokus på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan
  - Öka arbetet med en meningsfull fritid för barn och unga
  - Säkerställa en säker och hälsofrämjande digital uppväxtmiljö
  - Öka olika former av stödinsatser utifrån barns och ungas behov
  - Stärka tidiga och samordnade insatser utifrån barns och ungas behov
3. Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa
  - Stärka arbetet för en god arbetsmiljö som främjar psykisk hälsa

- Öka stödet till elever i vuxenutbildningen
- Öka deltagandet i arbetslivet
- Öka kunskapen om stöd vid sjukdom och funktionsnedsättning
- Stärka det professionella bemötandet i offentliga verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa

#### 4. Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare

- Minska stigmatisering och diskriminering av personer med psykisk ohälsa
- Utveckla insatser för grupper med ökad risk för psykisk ohälsa
- Öka samisk delaktighet och inkludering
- Investera i sociala aktiviteter och socialt stöd
- Utveckla närmiljöer som främjar delaktighet och inkludering

#### 5. Vård och omsorg som möter individens behov

- Stärka ledarskapet på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- Säkerställa grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och suicidalitet i alla delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten
- Öka patient- och brukarinflytande i vården och omsorgen
- Stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården liksom socialtjänsten
- Förbättra tillgängligheten till vård och omsorg och göra den mer jämlik
- Utveckla och öka uppföljning och utvärdering av insatser till patienter och brukare
- Stärka en effektiv samverkan som har individens behov i centrum
- Stärka och öka stödet till anhöriga eller andra närstående till personer med psykiatriska tillstånd
- Säkra en trygg och meningsfull heldygnsvård och tvångsvård som främjar återhämtning

#### 6. Stärkt suicidpreventivt arbete

- Minska sociala och ekonomiska riskfaktorer kopplade till suicid
- Säker vård och omsorg vid risk för suicid
- Samordna insatser vid akuta suicidala händelser
- Minska åtkomst till metoder och medel för suicid

- Minska stigmatisering och öka kunskaper om suicid och suicidalitet
- Stärk stödet till efterlevande efter suicid

#### 7. Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention

- Forskning för kunskapsutveckling i alla delmål
- Närmare koppling mellan forskning, policy och praktik
- Förbättra möjligheterna till uppföljning
- Utveckling av digitala verktyg för individer och samhällsaktörer
- Utöka det internationella samarbetet och kunskaps- och erfarenhetsutbytet

### Indikatorer och uppföljning

Till de övergripande målen och delmålen ges förslag på indikatorer. Dessa ska möjliggöra att följa både utvecklingen inom området och huruvida strategins genomförande sker i den riktning som pekas ut i de övergripande målen och delmålen. Indikatorerna ska kunna följas i ett uppföljningssystem som baseras på strategins målstruktur. Även uppföljning som baseras på andra datakällor föreslås, exempelvis uppföljning genom samråd och dialog. Uppföljningen utgör en viktig grund för prioriteringar och justeringar i arbetet med strategins genomförande och utgör således en integrerad del i arbetet med genomförande av strategin.

### Fortsatt samordnat arbete med strategins genomförande

Strategins genomförande förutsätter att konkreta initiativ och aktiviteter planeras och genomförs utifrån de insatsområden som pekas ut i strategiförslaget. Myndigheterna som ingått i uppdraget bör även i fortsättningen ha uppdrag att samordna sina arbeten inom området, inklusive att aktivt medverka i strategins genomförande och uppföljning. Som ett steg i att stödja strategins genomförande bör de samverkande myndigheterna ta fram en myndighetsgemensam handlingsplan med konkreta insatser som ska genomföras under strategiperioden och som ska uppdateras var tredje år. Även andra aktörer, framför allt regioner, kommuner och civilsamhällets organisationer, har en central roll i genomförandet och är viktiga att involvera i genomförandet av en ny nationell strategi för området.

Myndigheterna föreslår vidare att det inrättas ett **generaldirektörsråd**, i vilket generaldirektörer för alla 26 myndigheter ska ingå. Rådet ska behandla strategiskt viktiga frågor och bidra till att på myndighetsnivå skapa samsyn i frågor som rör psykisk hälsa och suicidprevention och verka för att alla föreslagna insatsområden beaktas i arbetet under strategiperioden. Myndigheterna föreslår också att det inrättas en **nationell samordningsfunktion** på myndighetsnivå med ansvar att samordna strategins genomförande och uppföljning på nationell nivå. Ett aktivt och samordnat arbete gör det möjligt att bygga upp en sektorsövergripande och

långsiktigt hållbar struktur för att främja en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen och förebygga suicid.

# Ordlista

**Psykisk hälsa** används i denna rapport som ett samlingsbegrepp för både psykiskt välbefinnande och olika former av psykisk ohälsa. Rent definitionsmässigt finns dock flera olika sätt att beskriva psykisk hälsa. Förslaget till strategi som presenteras i denna rapport utgår från WHO:s definition (se beskrivning i inledningen).

**Psykiskt välbefinnande** avser den positiva dimensionen av psykisk hälsa och kännetecknas av att kunna balansera positiva och negativa känslor, känna tillfredställelse och mening med livet, ha goda sociala relationer och engagemang samt utveckla och uppnå sin potential. Det handlar även om att kunna känna njutning, lust och glädje. Psykiskt välbefinnande är inte detsamma som frånvaro av psykisk ohälsa.

**Existentiell hälsa** är ett närbesläktat begrepp till både psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande och saknar en entydig definition. Forskare från olika discipliner beskriver begreppet utifrån olika perspektiv. Återkommande i flera av de i forskningslitteraturen föreslagna definitionerna är ett tillstånd som innebär en känsla av trygghet, tillhörighet och en upplevelse av meningsfullhet med livet.

**Psykisk ohälsa** är ett samlingsbegrepp som omfattar psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykisk ohälsa är en riskfaktor för suicid.

**Psykiska besvär** kan uttryckas som exempelvis nedstämdhet, oro eller sömnbesvär, eller som kroppsliga besvär såsom huvudvärk, magont eller yrsel. Besvären kan vara lätta eller svåra men uppfyller inte kriterierna för en psykiatrisk diagnos. De kan även pågå under kortare eller längre perioder och de flesta upplever besvär i någon form då och då.

**Psykiatriska tillstånd** är mer komplexa besvär som uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos, oavsett om diagnosen fastställts och registrerats av hälso- och sjukvården eller inte. För att en diagnos ska kunna ställas måste personen ha flera olika symtom som också ska ha funnits under en längre sammanhängande tid. Även funktionsförmågan ska vara nedsatt. Psykiatriska tillstånd delas in i psykiska sjukdomar och syndrom samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

**Psykiska sjukdomar och syndrom** är besvär som kan debutera när som helst under livet. Det kan handla exempelvis om depression, ångestsyndrom, utmattningssyndrom och skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika. Andra exempel är bipolär sjukdom och psykossjukdomar.

**Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF)** debuterar i barndomen och kvarstår oftast i vuxen ålder. Exempel på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är adhd, autismspektrumsvandrom och språkstörningar.

**Suicid**, det vill säga att ta sitt eget liv, är en avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden. Bakgrunden till suicid är komplex och ofta ligger flera samverkande faktorer bakom dödsfallet. Ofta beskrivs suicid som en konsekvens

av ett svårt lidande, som i sin tur kan orsakas av exempelvis ett psykiatriskt tillstånd, en fysisk sjukdom eller svåra livshändelser.

**Suicidalitet** kan ses som ett samlingsbegrepp för mer eller mindre intensiva och återkommande tankar om död, suicid och suicidförsök samt genomförda suicidala handlingar såsom suicidförsök och suicid.

# Myndigheternas uppdrag

Regeringens förra strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa gällde under perioden 2016–2020 (1). I juli 2021, när strategiperioden hade löpt ut, fick Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, i nära samverkan med 22 andra myndigheter, i uppdrag av regeringen att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Under 2021 och 2022 tillkom ytterligare två myndigheter till uppdraget. Samtliga myndigheter med uppdrag framgår av faktarutan nedan.

## Myndigheter med uppdrag att inkomma med underlag

Arbetsmiljöverket, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Jämställdhetsmyndigheten, Kriminalvården, Läke medelsverket, Migrationsverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak), Myndigheten för delaktighet (MFD), Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF), Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), Polismyndigheten, Rättsmedicinalverket, Sametinget, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens institutionsstyrelse (SiS), Statens medieråd, Statens skolverk, Trafikverket, Vetenskapsrådet och Vinnova.

Det befintliga nationella handlingsprogrammet för suicidprevention antogs av riksdagen 2008 och har inte uppdaterats eller utvärderats sedan dess. Av uppdraget att lämna underlag till den nya strategin framgår att områdena psykisk hälsa och suicidprevention ska integreras. Utöver detta var målsättningarna med regeringsuppdraget att:

- stärka den statliga styrningen
- skapa bättre förutsättningar för samordning och samverkan
- öka kvaliteten, effektiviteten och långsiktigheten i de insatser som genomförs av myndigheter, regioner, kommuner och andra berörda aktörer inom området psykisk hälsa och suicidprevention
- stärka patienters och brukares ställning
- bidra till goda förutsättningar för idéburna aktörer och en förbättrad samverkan mellan det offentliga och det civila samhället.

Regeringsuppdragets arbete bestod av tre delar. Den *första delen* innebar att samtliga medverkande myndigheter gjorde en individuell analys inom området psykisk hälsa och suicidprevention som de lämnade till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen senast den 1 september 2021. De individuella analyserna skulle utgå från myndigheternas verksamhetsområden och innehålla en analys av:

- nuläget inom området psykisk hälsa och suicidprevention

- de långsiktiga behoven inom det egna verksamhetsområdet
- en bedömning av resultatet av genomförda och pågående insatser och sätt att utveckla dem.

I den individuella analysen skulle myndigheterna, inom sina respektive verksamhetsområden, vidare:

- identifiera områden som bör prioriteras i en nationell strategi
- analysera målgrupper som berörs av uppdraget
- peka på eventuella utvecklingsbehov inom det egna verksamhetsområdet i frågor som berör psykisk hälsa och suicidprevention.

Den *andra delen* av uppdraget innebar att samtliga myndigheter gjorde en gemensam och samlad analys för området, med samordning av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

Den *tredje delen* gick ut på att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen utifrån den gemensamma och samlade analysen, skulle lämna ett samlat förslag till strategi med:

- mål och prioriteringar för området
- indikatorer för uppföljning
- förslag på kostnadseffektiva sätt att förvalta och administrera ett eventuellt uppföljningssystem
- förslag på hur myndigheterna kan stödja genomförandet och uppföljningen av den föreslagna strategin.

## Om återredovisningen

Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens redovisning består av en slutrapport i två delar och ett antal tillhörande bilagor. I del 1 ges en bakgrund till området psykisk hälsa och suicidprevention och den psykiska hälsans utveckling. Vi redogör också för hur regeringsuppdraget genomförts samt de underlag som har tagits fram under arbetets gång. I del 1 finns också beskrivningar av delmålen för att ge läsaren möjlighet att förstå bakgrunden till dem samt till val av insatsområden.

I del 2 presenteras förslaget till en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention med vision, övergripande mål, delmål, insatsområden och indikatorer för uppföljning. Vi ger även förslag på hur strategin kan genomföras, hur en framtida nationell samordning inom området kan se ut och hur en kommande strategi kan följas upp.

Eftersom del 2, själva förslaget till strategi, ska kunna stå för sig själv kan det förekomma viss upprepning av text i de båda delarna.

Slutrapporten som helhet utgör underlag för att utforma och besluta om en nationell strategi för området psykisk hälsa och suicidprevention, men kan också utgöra



underlag för vidareutveckling av regeringens satsningar inom området och en mer fokuserad styrning samt stöd och förbättringsarbete inom området på nationell, regional och lokal nivå.

# DEL 1: Underlag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention

## Inledning

Psykisk hälsa är ett ämne som berör och som de flesta av oss kan relatera till. Den psykiska hälsan är en del av människors allmänna hälsa och välbefinnande, och påverkas inte bara av det som sker i vardagen, utan även i världen i stort.

En god psykisk hälsa är viktig för både individ och samhälle

I denna rapport används WHO:s definition av psykisk hälsa: ”Ett tillstånd av psykiskt välbefinnande som gör det möjligt för människor att klara av vanliga påfrestningar, förverkliga sina egna möjligheter, lära sig saker, arbeta och bidra i samhället. Psykisk hälsa är en integrerad del av hälsa och välbefinnande och inte detsamma som frånvaro av psykisk sjukdom” (2).

Detta tillstånd av psykiskt välbefinnande ses därmed som en grundläggande förutsättning för människors möjligheter att nå sin fulla potential och för samhällets utveckling. Det gör det lättare för oss att relatera och samspela med andra, fungera väl i samhället och i olika vardagssituationer, hantera problem och utmaningar som uppstår i livet och utvecklas i olika avseenden. På samhällsnivå kan psykiskt välbefinnande också bidra till ökad produktivitet och ökat välbefinnande samt stärka tilliten och förtroendet mellan människor och till olika samhällsfunktioner. Även andra dimensioner bidrar till, och överlappar delvis med, psykiskt välbefinnande. Dit hör exempelvis existentiell hälsa och känsla av sammanhang (KASAM). I dessa perspektiv ligger fokus på människans strävan efter att känna mening med livet och önskan om att höra till i ett vidare sammanhang.

Psykisk ohälsa handlar om besvär och tillstånd med olika allvarlighetsgrad

De allra flesta känner sig oroliga eller nedstämda då och då. Många kan också under kortare eller längre perioder i livet få mer allvarliga besvär, och vissa lever med någon form av psykisk ohälsa hela livet. Psykisk ohälsa kan innefatta en rad besvär och tillstånd av olika allvarlighetsgrad såsom upplevd oro och ångest eller psykiatriska tillstånd, såsom depression eller schizofreni.

Psykiska besvär kan påverka funktionsförmågan i olika grad, beroende på typ och omfattning, medan psykiatriska tillstånd allvarligt kan begränsa en individs funktionsnivå. Det är också vanligt att samhället inte kan möta de behov och utmaningar som uppstår till följd av psykiatriska tillstånd, och att de leder till funktionshinder för de drabbade personerna. Det medför ytterligare negativa konsekvenser och kostnader för drabbade individer, deras anhöriga eller andra närstående och samhället. Psykiska sjukdomar och syndrom utgör den fjärde största gruppen av tillstånd och sjukdomar, sett till total sjukdomsburden i Sverige, och är därmed en angelägen folkhälsofråga (3).

Suicidhandlingar är oftast den yttersta konsekvensen av ett svårt lidande, som kan ha flera orsaker, antingen enskilt eller i kombination, exempelvis allvarlig sjukdom, trauman eller svåra livshändelser såsom förlust av närstående, arbete, försörjning eller bostad.

### Psykisk hälsa och suicid är hela samhällets ansvar

Den psykiska hälsan är inte konstant utan förändras under livsloppet. För att kunna påverka olika aspekter av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och suicid krävs ett brett och omfattande arbete på olika nivåer i samhället – från grundläggande välfärdstjänsters och trygghetssystem utformning, till samhällstjänsters och verksamheters anpassning till olika gruppers förutsättningar och behov. Utformningen av vård- och stödinsatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt andra aktörer inom olika sektorer, är avgörande för vilka funktionshinder och konsekvenser personer med svåra psykiska besvär och psykiatriska tillstånd upplever i vardagen och i livet som helhet. Samhällets vård- och stödinsatser är lika viktiga när det gäller att förebygga återfall i olika psykiatriska tillstånd och när det gäller att säkra delaktighet i samhället för de personer som lever med psykiatriska tillstånd.

## Bakgrund

Detta kapitel beskriver den psykiska hälsans utveckling och hur utvecklingen ser ut i olika grupper i befolkningen. Sedan följer en överblick av tidigare statliga satsningar inom området psykisk hälsa och suicidprevention, och lärdomar från dem som beaktats i utformningen av detta förslag till ny nationell strategi. Avslutningsvis görs en koppling till det internationella arbete som rör psykisk hälsa.

### Den psykiska hälsans utveckling i Sverige

Det finns en allmän bild av att psykisk ohälsa har blivit vanligare under de senaste decennierna, men det råder delade meningar om hur mycket, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas (4). Beskrivningar och tolkningar beror bland annat på vilka olika aspekter av psykisk hälsa som avses, vilken tidsperiod som studeras och hur olika uppgifter har tagits fram, exempelvis om de utgörs av självrapporterade uppgifter eller registerbaserade uppgifter från hälso- och sjukvården. I beskrivningen av hälsoläget utgår vi från principer för begreppsanvändning som ett antal myndigheter har utvecklat tillsammans med Sveriges kommuner och regioner (SKR) (5).

#### Generellt god hälsa i befolkningen

Upprepade undersökningar visar att den svenska befolkningens hälsa generellt sett är god och utvecklas positivt i många avseenden. Allt fler skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott, medellivslängden fortsätter att öka och skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män minskar (6).

I den nationella folkhälsoenkäten 2022 uppgav 86 procent av befolkningen att de har ett gott psykiskt välbefinnande. Andelen är ungefär lika stor bland kvinnor och män, samt högre bland de som är 65 år och äldre och lägre bland de som är mellan 16 och 29 år (7).

I enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor för 2022 framgår att 70 procent av de 11-åriga flickorna och 80 procent av pojkarna i samma ålder har ett högt eller mycket högt psykiskt välbefinnande. Andelarna minskar bland 13 och 15-åringar hos båda könen (8). Andelarna från de båda undersökningarna kan inte jämföras rakt av eftersom data kodas olika i dem.

#### Data tyder på ökade psykiska besvär

Samtidigt är det allt fler som uppger att de har återkommande psykiska besvär, till exempel känslor av oro och ångest, stress och sömnbesvär. År 2022 svarade 36 procent av befolkningen att de har lätta besvär av ångest, oro eller stress medan 8 procent angav svåra besvär. Andelen med psykiska besvär har ökat under de senaste decennierna, bland både vuxna och barn. Ett exempel är andelen personer 16–29 år som uppger svåra besvär med ångest, oro eller stress som ökade från 9

till 23 procent för tjejer och från 4 till 9 procent bland killar mellan 2006 och 2022 (7).

I undersökningen Skolbarns hälsovanor 2021/22 uppger ungefär varannan flicka och var femte pojke som är 13 eller 15 år att de har känt sig nere mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna, liksom nästan var tredje flicka och var tionde pojke som är 11 år (8). Psykiska besvär bland barn, ungdomar och unga vuxna tycks ha ökat under de senaste 20–30 åren, med en tydligare ökning under 1990-talet men framför allt under de senaste tio åren (4).

Bland äldre (65–84 år) uppger drygt 40 procent av kvinnorna och knappt 30 procent av männen 2022 att de har lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Andelarna har varierat över tid men är inte statistiskt säkerställda.

#### Ökad vårdkonsumtion på grund av psykiatriska tillstånd

Psykiska sjukdomar och syndrom, främst i form av diagnostiserade tillstånd såsom depression och ångestsyndrom, tillhör de stora folksjukdomarna och ligger bakom drygt 40 procent av alla sjukskrivningar (9). Relativt många är också sjuka under lång tid. Av de unga som nydiagnostiserades för depression och ångestsyndrom inom barn- och ungdomspsykiatri 2008 var 30 procent fortfarande i behov av psykiatrisk vård tio år senare, varav drygt hälften behandlades med läkemedel (10).

Mellan 2008 och 2022 ökade antalet patienter med psykiatriska diagnoser i specialiserad öppenvård och slutenvård med drygt 60 procent – från cirka 260 000 till 420 000 patienter totalt. Nästan halva ökningen förklaras av en stor ökning av antalet patienter med diagnostiserade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom adhd (11). Det är en betydligt högre andel flickor och kvinnor som har vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos, eller som har behandlats med psykofarmaka, jämfört med andelen pojkar och män. Unga pojkar avviker i viss mån, med särskilt stor andel beteendestörningar och emotionella störningar, och äldre (65 år eller äldre) kvinnor och män, med särskilt stor andel förstämningssyndrom och psykosliknande tillstånd (12).

Olika typer av depressionsdiagnoser har rapporterats hos 1–15 procent av äldre personer (13–15) och 4–17 procent har diagnostiserade ångestsjukdomar (14, 16–18). Förekomsten av registrerade psykiatriska tillstånd såsom depression och ångest tycks inte ha förändrats i någon större utsträckning bland äldre personer i Sverige under de senaste decennierna. Uttag av antidepressiva läkemedel är dock högst i äldre åldersgrupper och särskilt bland äldre kvinnor (19).

Ökad vårdkonsumtion behöver inte innebära ökad förekomst av psykiatriska tillstånd i befolkningen. En ökning i antal patienter i patientregistret kan också bero på minskad stigmatisering, som leder till att allt fler söker vård, att vården har blivit mer tillgänglig och att det tidigare fanns vårdbehov som inte var tillgodosedda. Dessutom har inrapporteringen till registret ökat när det gäller den specialiserade öppenvården.

Studier visar att det inte skett någon väsentlig förändring av den samlade förekomsten av psykiatriska tillstånd i befolkningen, vare sig bland vuxna eller bland barn och unga, och inte heller för enskilda psykiatriska tillstånd (4, 20, 21).

Färre inträffade suicid i de flesta åldersgrupperna

År 2022 uppgav 3 procent av befolkningen att de någon gång övervägt att ta sitt liv under det senaste året. Suicid, liksom all annan dödlighet, är vanligast i hög ålder och flest antal suicid inträffar bland män mellan 45 och 64 år. Suicidtalet (antal suicid per 100 000 invånare) är dock högst bland män som är 85 år eller äldre. Vård för självskada eller suicidförsök är vanligare bland kvinnor än män (22).

Under de senaste decennierna har antalet suicid i relation till befolkningens storlek totalt sett minskat, men i en långsammare takt än före 2000-talet. Samtidigt ökade suicid bland unga i åldern 20–29 år med i genomsnitt 1,8 procent per år, under perioden 2006–2020 (23). Dessutom har andelen flickor i åldrarna 10–17 år som vårdas för suicidförsök och andra självsador ökat under de senaste åren (24).

Det finns ojämlikheter i psykisk hälsa

Hälsoutvecklingen i befolkningen är överlag positiv, och vårdens och omsorgens resultat förbättras i många avseenden, men det finns skillnader i hälsa mellan olika grupper och utifrån socioekonomisk position och olika diskrimineringsgrunder. Detta gäller även psykisk hälsa (6).

Kunskapsläget visar att det finns socioekonomiska skillnader i psykiska besvär redan bland små barn, med mer psykosomatiska besvär bland barn som lever i hushåll med låg ekonomisk standard. Psykiska besvär i barndomen kan utvecklas till psykiatrisk sjuklighet, vilket riskerar att ge konsekvenser senare i livet som ytterligare kan förstärka socioekonomiska skillnader i hälsa (25).

Bland vuxna är psykiska besvär mer vanligt bland dem med kortast utbildning, mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna och ensamstående föräldrar. År 2011 stod den femtedel av befolkningen som har lägst inkomst för mer än 30 procent av alla suicid och självrappporterade fall av ångest, och för hälften av alla psykiatriska diagnoser (25).

Vid sidan av socioekonomiska skillnader finns ojämlikheter mellan olika specifika grupper när det gäller risken för att utveckla psykisk ohälsa, inklusive suicidalitet. Kunskapen om psykisk hälsa i olika grupper varierar dock. Nedan redovisas en översiktlig beskrivning av den psykiska hälsan hos ett urval av olika grupper.

Personer med *funktionsnedsättning* uppger i större utsträckning än andra att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande, är trötta, har sömnbesvär, känner stress och har ångslan, oro och ångest. Besvären är vanligare bland kvinnor än män (26). Även barn med funktionsnedsättning har oftare psykiska besvär (27). Psykiatriska tillstånd såsom depression, ångest- och stressyndrom är också vanligare bland personer med intellektuell funktionsnedsättning (28).

Vidare är ängslan, oro eller ångest vanligare bland *hbtqi-personer*, särskilt unga, jämfört med heterosexuella och cispersoner. Det är i synnerhet bisexuella kvinnor som upplever svåra besvär. Även suicidtankar och självrapporterade suicidförsök är mer vanligt förekommande bland hbtqi-personer, särskilt transpersoner och bisexuella kvinnor (29-31).

Bland *samer* är det en större andel än befolkningen i övrigt som uppger gott psykiskt välbefinnande, medan förekomsten av besvär av ängslan, oro eller ångest är ungefär densamma. Men en större andel *samer* uppger att de någon gång försökt att ta sitt liv eller allvarligt övervägt att göra det (32). För *sverigefinnar* ses ingen större skillnad mot befolkningen i övrigt när det gäller psykiskt välbefinnande och ängslan, oro och ångest. Däremot är suicidtankar och självrapporterade suicidförsök mer vanligt förekommande (33). Jämförbara uppgifter om psykisk hälsa bland *judar, romer och tornedalingar* saknas.

Det har uppskattats att en tredjedel av alla *asylsökande flyktingar* som kommer till Sverige lider av något psykiatriskt tillstånd (34). Bland annat är förekomsten av depression och ångest förhöjd inom denna grupp. Även posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är mer vanligt förekommande bland flyktingar, inklusive barn och unga. Nyanlända barn i Sverige i åldrarna 12–18 år från Afghanistan, Irak och Syrien uppger sämre psykiskt välbefinnande än barn från europeiska länder, däribland svenska barn (35). Kriget i Ukraina medför att många söker skydd i Sverige och dessa personer har ökad risk för psykisk ohälsa och stort behov av vård- och stödinsatser av olika slag.

Ojämligheter i psykisk hälsa gäller även gruppen med cirka 60 000 *internationellt adopterade* personer i Sverige. Som grupp är de överrepresenterade när det gäller psykiatriska tillstånd, med 3–4 gånger högre risk för behov av sluten psykiatrisk vård, suicidförsök och suicid (36).

Slutligen finns rapporter om hög förekomst av psykisk ohälsa bland barn som är *placerade utanför det egna hemmet* och bland personer som är *tvångsvårdade, inlåsta, frihetsberövade eller i förvar* (37-39). Det handlar dels om symtom på psykiatriska tillstånd eller trauma, dels om komplex problematik bland personer med psykiatriska tillstånd och samtida skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika och kriminalitet.

## Tidigare statliga satsningar inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Staten har under en längre tid genomfört omfattande satsningar på området psykisk hälsa och suicidprevention. Under 90-talet och början av 2000-talet var satsningarna inriktade på psykiatri, socialtjänst och rehabilitering. Det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention som antogs 2008 utgick från ett bredare samhällsperspektiv på insatserna som föreslogs och även befolkningsinriktade insatser ingick. I den senaste nationella strategin för området psykisk hälsa “Fem fokusområden fem år framåt” ingick både psykisk hälsa och ohälsa och fokus var på såväl hela befolkningen som på de med olika former av psykisk ohälsa.

En stor del av statens satsningar inom området har under senare tid bestått av stimulansmedel till regioner och kommuner. Därtill har olika regeringsuppdrag fördelats till myndigheter, liksom stöd till civilsamhällets insatser inom området.

Följande statliga satsningar har gjorts under perioden 1995–2023:

- Psykiatireformen (1995–1998)
- Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 1: 2001–2004)
- Nationell handlingsplan för utvecklingen inom hälso- och sjukvården (del 2: 2005–2007)
- Nationell psykiatrisamordning (2003–2006)
- Statens satsning på psykiatri och socialtjänst (2005–2006)
- Statens psykiatrisatsning (2007–2011)
- Rehabiliteringsgarantin (2008–2015)
- Nationellt handlingsprogram för suicidprevention (2008–pågående)
- Regeringens plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa (PRIO) (2012–2016)
- Nationell strategi för psykisk hälsa “Fem fokusområden fem år framåt” (2016–2020)
- Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (2016–2018)
- Riktade stimulansmedel till regioner och kommuner för arbetet med psykisk ohälsa har använts som styrmedel i de ovannämnda satsningarna, men har sedan 2016 riktats också till ett bredare arbete med psykisk hälsa och suicidprevention i form av överenskommelser mellan staten och SKR (2016–pågående)
- Olika myndighetsuppdrag har även genomförts i syfte att stärka och utveckla insatserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention
- Statsbidrag till ideell sektor inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Vissa av satsningarna har beskrivits, följts upp eller utvärderats av olika statliga myndigheter genom åren, bland annat Riksrevisionen 2009 (40), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2015 (41), Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa 2018 (42) och Socialstyrelsen (43).

När det gäller riktade stimulansmedel till regioner och kommuner har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten sedan 2020 i uppdrag att följa utvecklingen, utvärdera resultaten och stödja de insatser som kommuner och regioner genomför inom ramen för överenskommelsen 2020–2023 (44). Uppdraget ska slutredovisas den 30 september 2024.



## Rekommendationer för kommande strategier

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lämnade 2015 en analys av tidigare satsningar, och rekommenderade några vägledande principer för framtida arbete inom psykisk hälsa (41). Den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa gav i sitt slutbetänkande 2018 stöd för samma principer (42). Principerna var en viktig utgångspunkt i detta uppdrag om att ta fram underlag med förslag till en ny nationell strategi. De kan kort sammanfattas så här:

1. Involvera hela samhället i att förbättra den psykiska hälsan. En förutsättning är att staten upprättar strukturer för långsiktig samordning inom området, av såväl myndigheter som andra aktörer.
2. Rikta statens insatser mot sådant som bara staten kan göra eller som staten gör mer effektivt än andra. Det handlar om kunskapsstyrning, normering, forskning, högre utbildning och socialförsäkrings- och arbetsmarknadsfrågor samt att överbygga organisatoriska stuprör.
3. Fokusera på hur de samlade resurserna kan användas för att uppnå långsiktiga effekter, snarare än att göra en avgränsad statlig satsning.
4. Skapa en sammanhållen struktur med realistiska mål och insatser. Strukturen bör bygga på kända problemformuleringar.
5. Skapa ett lärande och evidensbaserat arbete. Öka fokus på analys, implementeringsstöd och uppföljning.
6. Öka fokus på delaktighet och inflytande för patienter, brukare och anhöriga.

Flera av principerna återkommer som framgångsfaktorer i en rapport från Statskontoret där de beskriver hur olika strategier och handlingsplaner används av regeringen (45). Statskontoret förtydligar att det är en fördel om det framgår hur berörda aktörer ska samverka, om det finns sådana förväntningar utifrån strategin. Samt att det kan finnas behov av en utsedd aktör som ansvarar för stöd och samordning i strategiarbetet. De konstaterar även att samordning är resurskrävande och inte bör vara ett självändamål eller uppfattas som en administrativ överbyggnad.

Vidare konstaterar Statskontoret att många myndigheter och andra aktörer ofta berörs av flera strategier inom olika politikområden och att det kan upplevas svårt och stressande att hantera dessa parallellt och förena med övrig verksamhet. Till sist lyfts även vikten av att strategier redan från början innehåller en tydlig anvisning om hur resultaten av dess olika åtgärder ska följas upp och återrapporteras systematiskt.

Riksrevisionen har genomfört en granskning av statens suicidpreventiva arbete och konstaterar att det inte varit tillräckligt effektivt (46). De föreslår att en ny nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention behöver involvera fler myndigheter och att den nationella uppföljningen behöver stärkas för att bidra till mer kunskap om det suicidpreventiva arbetet. De menar vidare att en sådan strategi

bör tas fram på ett sätt som gör att den blir styrande och relevant för arbetet. Detta kan uppnås genom att lägga större vikt vid följande delar:

- Inkludera och utveckla områden som har bäring på det suicidpreventiva arbetet, exempelvis missbruks- och beroendefrågor respektive stöd till anhöriga.
- Se till att områdena också omfattar insatser som går att följa upp med indikatorer för att få ett systematiskt lärande på området.
- Ta fram en vägledning för att prioritera insatser inom suicidprevention, baserat på den kunskap som finns

I arbetet med detta förslag har flertalet av ovan nämnda punkter varit vägledande.

## Psykisk hälsa i en internationell kontext

### Internationella initiativ

Psykisk hälsa är en internationell och global angelägenhet. Under de senaste åren har flera internationella organ, däribland WHO, FN, Unicef, EU och OECD uppmärksammat psykisk ohälsa som en av vår tids stora globala hälsoutmaningar, men även pekat på vikten av en god psykisk hälsa och välbefinnande som grund för samhällelig och ekonomisk utveckling. Suicidprevention lyfts också allt oftare i internationella policysammanhang som en angelägen folkhälsofråga.

Sedan 2013 har WHO en bred "Action plan for Mental Health" som särskilt understryker vikten av att länder tar fram nationellt styrande dokument på området (47, 48). Det budskapet förstärks också i två rapporter av WHO om det internationella arbetet för att minska suicid, "Preventing Suicide, a global imperative" (49) och "Live Life" (50).

OECD har länge arbetat med frågor om psykisk hälsa och välbefinnande och bland annat tagit fram ett "Better Life Index" för att samlat mäta välbefinnande. OECD publicerar även inom kort en rapport om erfarenheter av att med hjälp av policy arbeta tvärsektorielt med att främja psykisk hälsa.

EU-kommissionen har nyligen (juni 2023) lanserat sin nya strategi där man understryker vikten av ett brett angreppssätt och tvärsektorielt perspektiv för att förbättra psykisk hälsa (51). Unicef har i sin rapport "State of the World Children 2021" särskilt valt att uppmärksamma barns och ungas psykiska hälsa och välbefinnande (52). Det pågår också arbete med att integrera frågor om psykisk hälsa i andra globala handlingsplaner och strategier som godkänts av de internationella samfunden, däribland Agenda 2030.

### Sveriges internationella arbete

Sverige deltar i det internationella arbetet inom området psykisk hälsa och suicidprevention på olika sätt, bland annat genom arbetet med global hälsa. Det övergripande målet för Sveriges samlade arbete med global hälsa är att människor kan leva långa, friska och hälsosamma liv, vilket ligger i linje med Agenda 2030:s

mål tre om god hälsa och välbefinnande, det svenska hälsobiståndet och den svenska folkhälsopolitiken.

Flera olika aktörer har ansvaret för att genomföra Sveriges arbete för och inom global hälsa, vilket kräver samarbete och gemensamma insatser. Delar av genomförandet styrs av riksdag och regering, och myndigheter har en central roll i genomförandet. Dessutom ingår flera aktörer utanför hälsosektorn, till exempel inom utbildning, arbetsliv, livsmedel, infrastruktur, jämställdhet och miljö. Vidare pågår arbete som bygger på individers, företags, forskares och organisationers initiativ och engagemang. Denna mångfald av aktörer innebär ett behov av tydliga roller och resurser, men också ett aktivt samarbete både nationellt och globalt (53).

## Uppdragets genomförande

Detta kapitel beskriver olika delar i arbetet, vilka underlag som har tagits fram och vilka olika aktörer som har medverkat.

### Samordning av myndigheter med uppdrag att bidra i arbetet

Uppdraget har under hela processen innefattat ett brett samarbete med ett stort antal myndigheter. Detta var ett nytt arbetssätt för samtliga myndigheter, och det var första gången flera av dem samlades för att arbeta med området psykisk hälsa och suicidprevention. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har ansvarat för den övergripande samordningen och har med stöd av de övriga myndigheterna byggt upp en struktur för samarbete och gemensamma arbetsformer för alla deltagande myndigheter. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen bildade också en gemensam projektgrupp som har träffats regelbundet och arbetat tillsammans sedan uppdragets start. Projektgruppen har samordnat myndigheters och organisationers bidrag till arbetet samt utarbetat underlag, analyser och rapporter.

Under uppdragstiden har det genomförts regelbundna myndighetsgemensamma träffar. I början var träffarna digitala, på grund av covid-19-pandemin, men från och med 2022 kompletterades dessa digitala träffar med längre fysiska arbetsmöten. De utgjorde en viktig plattform för myndighetssamarbetet och har bidragit till ett gemensamt lärande och en ökad förståelse för varandras uppdrag och verksamhetsområden.

### Mindre arbetsgrupper bildades

Fem mindre arbetsgrupper bildades utifrån gemensamma eller liknande verksamhetsområden eller målgrupper. Syftet var att utbyta erfarenheter och inspireras av varandra, och initialt att hjälpa åt i arbetet med de individuella analyserna. Varje arbetsgrupp har självständigt planerat sitt arbete, liksom omfattningen och formerna för samarbetet.

### Arbetsprocess i flera steg

Förslaget till en ny strategi för psykisk hälsa och suicidprevention utvecklades stegvis i en gemensam arbetsprocess. Inför varje myndighetsgemensam träff tog Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen (projektgruppen) fram ett förslag på en del av strategiförslaget. Denna del vidareutvecklades och förankrades sedan under mötet med alla myndigheter. Projektgruppen vidareutvecklade underlaget ytterligare och myndigheterna fick ny möjlighet att lämna återkoppling. När projektgruppen utvecklat underlaget ett steg till fick andra aktörer möjlighet att ge återkoppling, som användes för fortsatt utveckling. Därefter startade arbetsprocessen om med en ny del av strategiförslaget. Processen kan beskrivas som både omfattande och adaptiv.

### Perspektiv som varit vägledande i arbetet

Arbetet har genomstrukturerats av ett barnrättsperspektiv, ungdomsperspektiv, funktionshinderperspektiv och jämställdhetsperspektiv (se faktarutor). Dessa perspektiv behöver fortsatt beaktas i arbetet utifrån den kommande strategin. Även andra perspektiv såsom ett hbtqi-perspektiv, ett äldreperspektiv och ett intersektionellt perspektiv behöver beaktas.

#### **Barnrättsperspektiv**

Ett barnrättsperspektiv innebär att ha barnkonventionen som utgångspunkt i arbetet med och i beslutsfattande som rör barn, det vill säga personer under 18 års ålder. FN:s konvention om barnets rättigheter är en internationell överenskommelse som ska garantera varje barn dess mänskliga rättigheter, och den 1 januari 2020 blev barnkonventionen svensk lag. Den bygger på fyra grundprinciper: alla barns lika värde, att barnets bästa ska vara vägledande i åtgärder som rör barn, barns rätt att överleva och utvecklas och barns rätt att uttrycka sin åsikt och delta i beslut som rör dem.

#### **Ungdomsperspektiv**

Ett ungdomsperspektiv innebär att beslut och insatser som berör ungdomar 13–25 år gamla ska utgå från ungas rättigheter så som de uttrycks i flera internationella och nationella konventioner, lagar och beslut. Detta rättighetsbaserade ungdomsperspektiv innebär vidare att ungdomar bör betraktas som individer med olika egenskaper, stödjas att bli självständiga och ha möjlighet att vara delaktiga och ha inflytande. Därför ska ungas livsvillkor, åsikter, rättigheter och perspektiv beaktas i alla frågor som rör dem. De ska ha möjlighet att göra sina röster hörda genom att tillfrågas under olika faser i en beslutsprocess, från början till slut.

### **Funktionshinderperspektiv**

Ett funktionshinderperspektiv innebär att man alltid utgår från att människor är olika och därför har olika förutsättningar och behov.

Funktionshinderperspektivet är fastlagt och definierat i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Konventionen utgör därför också grunden för den nationella funktionshinderspolitiken, med målet att uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund.

### **Jämställdhetsperspektiv**

Ett jämställdhetsperspektiv innebär att kvinnor och män ska ha samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter. En jämställd hälsa är ett jämställdhetspolitiskt delmål och innebär att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha likvärdiga förutsättningar för en god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor. En jämställd hälsa innebär också att fler ska kunna delta aktivt i samhället och omfattar fysisk och psykisk hälsa samt sexuell och reproduktiv hälsa. Samtidigt som en jämställd hälsa är ett mål i sig bidrar uppfyllelsen av målet till att övriga jämställdhetspolitiska delmål också uppfylls.

## Utvecklingsbehov identifierades genom olika underlag

Olika underlag har tagits fram under uppdragstiden, för att identifiera utvecklingsbehov som behöver beaktas i en ny nationell strategi. Underlagen och hur dessa har tagits fram beskrivs i de kommande avsnitten.

### Myndigheternas individuella analyser

I enlighet med regeringsuppdraget gjorde alla 26 medverkande myndigheter inledningsvis en egen analys av området psykisk hälsa och suicidprevention, utifrån sitt verksamhetsområde och sina målgrupper. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen utarbetade anvisningar för dessa analyser. Anvisningarna tydliggjorde inriktningen för det fortsatta arbetet samtidigt som de lämnade utrymme för enskilda myndigheters tolkningar.

Fem frågeområden ingick i anvisningarna till de individuella analyserna:

1. Myndighetens övergripande uppdrag och verksamhetens anknytning till psykisk hälsa och suicidprevention
2. Myndighetens verksamhet och målgrupper
3. Myndighetens tillgång till och hantering av data som berör psykisk hälsa och suicidprevention
4. Utvecklingsbehov och prioriterade områden inom det egna ansvarsområdet
5. Övrigt: bland annat erfarenheter av arbetet utifrån den tidigare nationella strategin och det befintliga handlingsprogrammet för suicidprevention.

Alla myndigheter lämnade sina individuella analyser till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, i enlighet med regeringsuppdraget. Analyserna finns samlade hos Folkhälsomyndigheten och utgör ett viktigt underlag till strategiförslaget.

#### Analys från organisationer och föreningar

I april 2021 gick en öppen inbjudan ut till organisationer och föreningar att inkomma med en analys av området utifrån sina verksamhetsområden, målgrupper och perspektiv. Syftet var att få in underlag från många olika organisationer och föreningar, för att belysa olika perspektiv och möjliggöra delaktighet för olika aktörer. Även för dessa analyser tog Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen fram särskilda anvisningar. Inbjudan riktades till sju typer av aktörer:

1. patient-, brukar- och anhörigorganisationer
2. den ideella sektorn
3. SKR
4. andra kunskapsorganisationer
5. professions- och branschorganisationer
6. arbetsgivarorganisationer och fackförbund
7. näringslivet.

Inbjudan skickades till över 400 mottagare som enligt de deltagande myndigheterna berörs av, samt har kunskap om och erfarenheter av, området psykisk hälsa och suicidprevention. Inbjudan spreds också brett via myndigheternas nyhetsbrev och sociala medier i syfte att informera om möjligheten att lämna in egna analyser av området. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen genomförde tre träffar för intresserade organisationer och föreningar, för att ge närmare information om regeringsuppdraget, syftet med inbjudan till organisationer och föreningar samt tillvägagångssättet för att lämna in en egen analys.

Totalt inkom 48 organisationer och föreningar med en egen analys, se bilaga 1. Dessa analyser utgör ett viktigt komplement till myndigheternas individuella analyser och ett viktigt underlag till strategiförslaget.

#### En gemensam analys av området

Utifrån myndigheternas, organisationernas och föreningarnas analyser sammanställde och utarbetade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen under våren 2022 en gemensam behovsanalys: *Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention. Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar* (bilaga 2) (54). Analysen är en sammanställning av utvecklingsbehov som återkommande lyfts fram i underlagen.

De identifierade utvecklingsbehoven grupperades i sex övergripande områden och i sex olika tvärgående teman (tabell 1). Behovsanalysen har utgjort ett viktigt underlag för strategins utformning.

Tabell 1. Övergripande områden och tvärgående teman i behovsanalysen.

<b>Övergripande områden</b>	<b>Tvärgående teman</b>
1. Barns och ungas uppväxtvillkor	A. Samverkan
2. Skola och utbildning	B. Forskning
3. Arbetsliv	C. Information och kunskap
4. Pension och åldrande	D. Inkludering och bemötande
5. Hälsa- och sjukvård	E. Närståendestöd

#### Kommuners och regioners perspektiv på utvecklingsbehov

Behovsanalysen, som baserades på myndigheters och organisationers analyser, kompletterades med en analys av kommuners och regioners perspektiv på utvecklingsbehov inom området. De verksamheter som kommuner och regioner ansvarar för bidrar i stor utsträckning till att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och ge stöd, vård och behandling till personer som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa. De ger också möjligheter för habilitering, rehabilitering och återhämtning. Verksamheternas erfarenheter och uppfattning om vad som bör prioriteras inom området är därför centrala.

För analysen samlade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen in regionala och kommunala strategier, handlingsplaner och andra styrdokument som rör psykisk hälsa och suicidprevention eller har ett bredare folkhälsoperspektiv. Analysen omfattade även en del publikationer från andra aktörer, såsom kartläggningar och utvärderingar. Utifrån dessa underlag sammanställdes de utvecklingsbehov och prioriteringar som regionerna och kommunerna lyft upp (55).

Tabell 2 sammanfattar prioriterade områden, de behov som behöver mötas och åtgärderna som föreslås för att möta dessa behov, utifrån sammanställningen av kommunernas och regionernas perspektiv (bilaga 3).

Tabell 2. Prioriterade utvecklingsområden för det fortsatta lokala och regionala arbetet inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Prioriterat område	Behov	Åtgärd
Förutsättningar på samhälls- och individnivå	Främja det psykiska välbefinnandet på befolkningsnivå.	Stärka kontextuella och individuella faktorer.
Kunskap om psykisk hälsa	Möjliggöra tidig upptäckt av psykisk ohälsa och öka hjälpsökande.	Rikta kunskapshöjande åtgärder till yrkesverksamma och till befolkningen.
Tillgång till hälso- och sjukvård	Minska lidande och behov av mer omfattande insatser.	Målgruppsanpassa och utveckla tillgängliga insatser på primärvårdsnivå.
Sammanhållen vård och omsorg	Stärka vårdprocessen för dem med störst behov av vård och omsorg.	Samarbeta över verksamhetsgränser och ta gemensamt ansvar.
Tvärsektoriell ledning och styrning	Ha förhållningssätt som utgår från en helhetssyn på psykisk hälsa.	Samla och samordna implementering, uppföljning och utvärdering på övergripande nivå.

## Övriga underlag

Förutom underlag som uttryckligen syftade till att identifiera utvecklingsbehov inom verksamheter, togs ytterligare underlag fram under uppdragstiden som också har använts i bedömningar och avvägningar i utformningen av strategiförslaget, liksom andra statliga utredningar och återrapporteringar av olika regeringsuppdrag som har bäring på området psykisk hälsa och suicidprevention.

### Förutsättningar för uppföljning och förslag på indikatorer

Under uppdragets andra år gick Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen igenom datakällor, pågående uppföljningar och indikatorer inom området, som del av arbetet med att föreslå indikatorer för ett uppföljningssystem. Som stöd i arbetet användes bland annat de delar från myndigheternas individuella analyser som lyfte utvecklingsbehov kring data och uppföljning. Även en mindre referensgrupp med representanter från ett antal av myndigheterna utsågs.

Ett stort antal indikatorer och andra mått som bedömdes vara relevanta för att följa upp strategin identifierades. Utifrån det gjordes ett första urval av indikatorer och nyckeltal som sattes samman till en ”bruttolista”. Från bruttolistan gjordes sedan ytterligare prioriteringar och urval för att få fram ett mindre antal indikatorer och mått. Förslag till indikatorer presenteras i del 2 av rapporten.

### Styrdokument inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Våren 2021 gjorde Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen en analys av svenska nationella styrdokument för att få en bild av vilka nationella strategier, handlingsplaner eller motsvarande som har regeringen som huvudsaklig avsändare och rör området psykisk hälsa eller suicidprevention. Analysen användes för att ta ställning till hur strategiförslaget bör förhålla sig till befintliga styrdokument.



Totalt 26 nationella styrdokument identifierades och analyserades. Därutöver identifierades åtta bredare dokument, såsom konventioner, vilka bedömdes ha bäring på området. Tillvägagångssättet för analysen liksom resultaten beskrivs i bilaga 4: *Analys av svenska styrdokument som berör området psykisk hälsa och suicidprevention* (56).

#### Internationell utblick

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen gjorde 2021 även en internationell utblick för att se hur olika aktörer i omvärlden arbetar med nationella strategier inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Inledningsvis genomfördes en kartläggning av de strategidokument som finns internationellt, på nationell och global nivå. Utifrån faktorer såsom geografisk närhet, decentralisering, goda exempel och nationell påverkan valdes strategidokument från nio länder: Australien (57), Danmark (58), England (59), Finland (60), Kanada (61), Nederländerna (62, 63), Norge (64), Nya Zeeland (65) och Skottland (66, 67), samt från två internationella organisationer: EU (68) och WHO (47). Efter det analyserades dokumentens struktur och fokus, processer, innehåll och resultat. Analyserna gav ett antal lärdomar för arbetet med en ny strategi.

Tillvägagångssättet och resultaten beskrivs i bilaga 5: *Internationell utblick: Andra länders och internationella organisationers strategier för psykisk hälsa och suicidprevention* (69).

Efter att den internationella utblicken togs fram har det publicerats nya strategier i exempelvis Danmark (70) och Skottland (71).

#### Involvering av andra aktörer

Andra grupper av aktörer har också involverats i arbetets olika delar:

- en strategisk samrådsgrupp
- myndigheter utanför uppdraget
- länsstyrelser
- organisationer och föreningar
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- representanter för kommuner och regioner.

Det som framkommit i dialog och arbete med dessa aktörer utgör också ett viktigt underlag för strategiförslaget. Nedan beskrivs dessa grupper av aktörer i korthet.

#### Strategisk samrådsgrupp

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har haft en strategisk samrådsgrupp knuten till uppdraget, för att centrala aktörer inom området skulle bidra med sina

erfarenheter och kunskaper samt säkerställa att viktiga perspektiv omhändertogs i arbetet. Genom gruppen fick också de samordnade myndigheterna möjlighet att löpande informera aktörerna om arbetet med uppdraget och inhämta synpunkter på framtagna underlag. Sex aktörer ingick i den strategiska samrådsgruppen (Tabell 3) och möten hölls 2–3 gånger per år under uppdragstiden.

Tabell 3. Deltagare i strategisk samverkansgrupp.

<b>Aktör</b>	<b>Representanter</b>
Agenda 2030-kansliet	Nationell samordnare Agenda 2030
Funktionsrätt Sverige	Organisationsföreträdare
MIND	Generalsekreterare
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)	Ordförande
Nationellt programområde för psykisk hälsa	Ordförande tillika regionrepresentant och Kommunrepresentant
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)	Hälso- och sjukvårdsrepresentant och Folkhälsorepresentant

#### Andra myndigheter utanför uppdraget

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har bjudit in och träffat ett antal myndigheter, som inte har regeringsuppdrag att bidra till arbetet men som berörs av området. De inbjudna myndigheterna var de som specifikt nämns i regeringsuppdraget: Arbetsförmedlingen, Barnombudsmannen, Brottsförebyggande rådet, Diskrimineringsombudsmannen och Myndigheten för tillgängliga medier. Även fler myndigheter som identifierades som viktiga av myndigheter med uppdrag bjöds in. Dessa myndigheter var Boverket, Delegationen mot segregation, E-hälsomyndigheten, Kulturrådet och Naturvårdsverket. Samtliga myndigheter informerades inledningsvis om regeringsuppdraget, bjöds in att bidra till arbetet och gav en sammanfattande bild av arbetet och sina erfarenheter inom området psykisk hälsa och suicidprevention. I slutfasen fick dessa myndigheter även lämna synpunkter på förslaget till en ny strategi.

#### Länsstyrelserna

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har också träffat alla 21 länsstyrelser vid två tillfällen, med samma syfte och upplägg som för myndigheter utan uppdrag att bidra till arbetet. Länsstyrelserna såg sin roll framför allt i implementeringen av den nya strategin på lokal och regional nivå.

#### Organisationer och föreningar

Ett stort antal organisationer och föreningar har också bjudits in, fått information och fått ge synpunkter på framtagna underlag, utöver möjligheten att lämna egna behovsanalyser.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

SKR har vid flera tillfällen fått möjlighet att inkomma med synpunkter på framtagna underlag och utkast till strategiförslaget, utöver deltagandet i den strategiska samrådsgruppen. SKR har tagit fram ett positionspapper om psykisk hälsa, samtidigt som arbetet med underlaget till ny nationell strategi pågått (72). Innehållet i positionspaperet och strategiförslaget diskuterades vid flera tillfällen.

Representanter för kommunerna och regionerna

Representanter för olika verksamheter inom kommuner och regioner samt länsövergripande arbete med psykisk hälsa och suicidprevention har också bjudits in till dialog. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har deltagit i möten med olika nätverk som myndigheterna och SKR administrerar och som samlar verksamheternas representanter. Till exempel sammankallar Folkhälsomyndigheten regelbundet ett nätverk av regionala (främst länsövergripande) samordnare för det suicidpreventiva arbetet i regioner och kommuner. Andra nätverk som ingått i dialogen är SKR:s folkhälsochefsnätverk, nätverket för kommunala folkhälsostrategier, SKR:s nätverk för ledning och styrning av psykiatri och nätverket med kontaktpersoner för överenskommelsen mellan staten och SKR inom området psykisk hälsa, samt region- och kommunrepresentanter inom nationella programområdet psykisk hälsa som ingår i regionernas kunskapsstyrningssystem.

Kommunikation om uppdraget

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen lade tidigt upp information om regeringsuppdraget på sina webbplatser. Det gjorde även många av de andra myndigheterna som ingick i uppdraget. På Folkhälsomyndighetens webbplats samlades fördjupad information om utvecklingen i uppdraget samt framtagna rapporter och underlag. Där publicerades även filmade intervjuer med sex myndighetsrepresentanter som berättar om sina erfarenheter av att ingå i uppdraget. De inspelade intervjuerna har spridits både i en redigerad kortfilm och som enskilda filmer.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har under uppdragsperioden också informerat om arbetet vid möten och konferenser som andra aktörer bjudit in till.

Förankringsprocess för strategiförslag

Under våren 2023 genomfördes ett arbete för att förankra olika delar av det kommande strategiförslaget. Dialogmöten genomfördes i olika steg med aktörer och nätverk. Dessa finns beskrivna i avsnittet ”Involvering av andra aktörer”, men även exempelvis professionsföreningar ingick i förankringsprocessen. Förankringen syftade till att balansera strategins innehåll utifrån olika perspektiv och målgruppers synlighet. En del dialogmöten hade fokus på ett visst innehåll, till exempel sätt att integrera det suicidpreventiva arbetet med det bredare området psykisk hälsa. Andra möten handlade om att få synpunkter på helheten i det förslag

som togs fram och att få olika aktörers syn på hur strategin skulle kunna användas i deras verksamheter.

Under förankringsprocessen hölls löpande dialog med de medverkande myndigheterna, som i sin tur hade i uppgift att förankra innehållet i strategiförslaget inom sina respektive myndigheter. Även Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen förankrade förslaget internt med arbetsgrupper, sakkunniga och chefer.

## Beskrivning av strategiförslaget

Arbetet med strategiförslaget har omfattat en rad avvägningar när det gäller strategins inriktning, vilka aktörer som berörs av den, relationen till andra styrdokument och dess övergripande struktur. Nedan beskrivs dessa avvägningar, liksom strategins vision, mål och delmål.

### Inriktning för strategin

Enligt regeringsuppdraget ska en kommande strategi utgå från det folkhälsopolitiska ramverket samt nationella mål och riktlinjer inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och inom övriga områden som har bäring på området psykisk hälsa och suicidprevention. Detta förutsätter ett brett och tvärsektoriellt angreppssätt och signalerar att det behövs ett helhetsgrepp om området samt att arbetet inom området behöver stärkas på alla plan.

Ett helhetsgrepp innebär en allmän prioritering av området psykisk hälsa och suicidprevention och att utgå från olika ansatser i arbetet: att skapa förutsättningar för god, jämställd och jämlik psykisk hälsa, att genomföra främjande och förebyggande arbete samt ge stöd och vård för personer med psykiatrisk problematik. En bred inriktning går i linje med WHO:s rekommendationer för arbetet inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

För att uppnå detta krävs långsiktighet och därför är bedömningen att en ny strategi bör vara en långsiktig satsning som sträcker sig över de kommande 10 åren.

### Berörda aktörer

Den breda inriktningen innebär att arbetet kommer att beröra hela samhället. Många aktörer kan och behöver bidra i arbetet med att stärka förutsättningarna för god psykisk hälsa i befolkningen, förebygga psykisk ohälsa och att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa och att förebygga suicid. Därför bör den nya strategin fungera som en nationell plattform med en gemensam vision och gemensamma mål för många av samhällets aktörer. Det stämmer väl överens med andra länders strategier som ofta riktar sig både direkt och indirekt till olika offentliga aktörer såsom myndigheter, regioner och kommuner (eller motsvarande) men också till den ideella sektorn eller allmänheten.

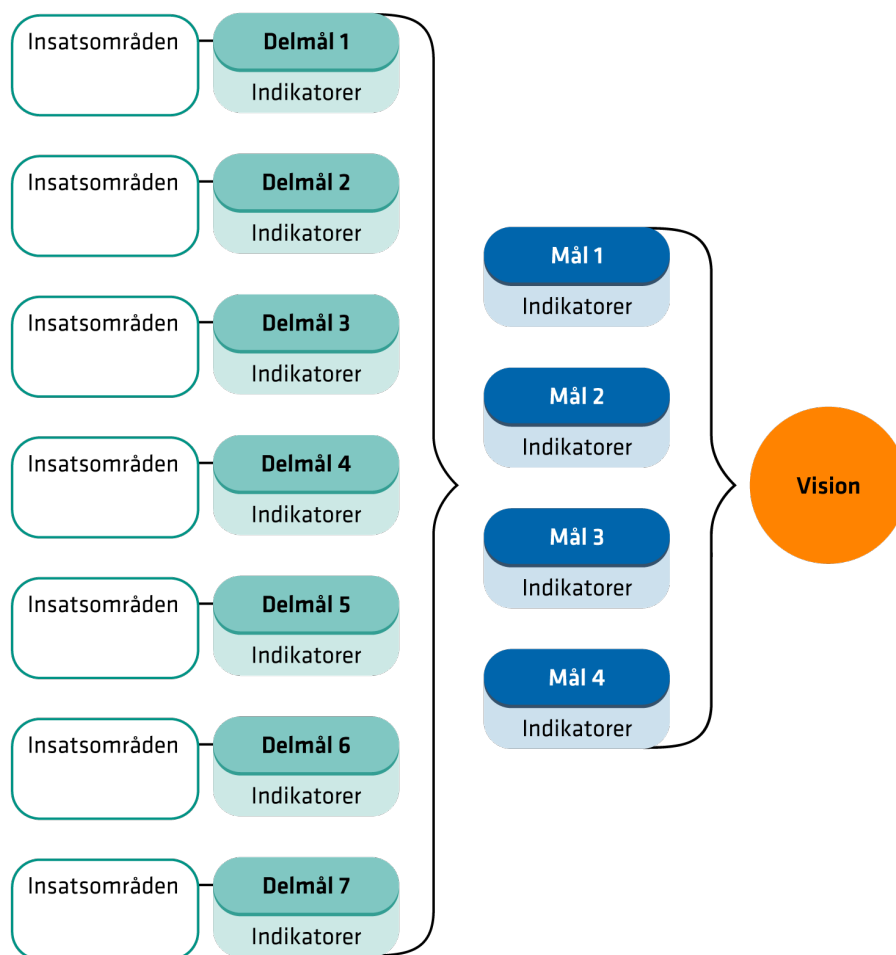
### Strategins relation till andra styrdokument

Eftersom psykisk hälsa är ett så brett område, finns det koppling till många andra områden där det finns strategier för hur arbetet ska bedrivas. Det är svårt att få en komplett överblick av hur olika strategier överlappar. I arbetet med strategiförslaget har vi försökt koppla an och hänvisa till andra strategier och se dem som kompletterande styrdokument som förstärker varandra. I det praktiska arbetet framåt är det viktigt att ta hänsyn till att det för många aktörer kan bli flera olika strategier och styrdokument att förhålla sig till samtidigt.

## Strategiförslagens struktur

Styrdokument bör ha en tydlig struktur med en logisk koppling mellan vision, övergripande mål, delmål, prioriteringar och eventuella aktiviteter, för att förklara hur förändringsprocessen ska gå till och för att underlätta uppföljning. Det kan dock vara svårt att isolera och följa upp effekterna av ett enskilt styrdokument. Detta strategiförslag innefattar ett ramverk med vision, övergripande mål och delmål. Inom delmålen föreslås ett antal insatsområden med prioriteringar. Delmålen med insatsområdena påverkar flera av de övergripande målen, både var för sig och tillsammans, enligt figur 1 nedan. Till de övergripande målen och till delmålen kopplas också indikatorer för att följa utvecklingen över tid. Ramverket ska underlätta förståelsen för strategins genomförande. När strategin är beslutad kan mer operativa handlingsplaner tas fram utifrån mandat och roller hos de aktörer som berörs.

Figur 1. Förslag på struktur för ny strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.



## Vision

Visionen för en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention föreslås vara:

*Ett samhälle som främjar en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen, och där ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara suicid.*

Myndigheterna har bedömt att det är särskilt viktigt att lyfta samhällets ansvar i strategins vision. Det går även i linje med hur det övergripande och nationella målet inom folkhälsopolitiken är formulerat: "Målet är att folkhälsopolitiken ska skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation."

I det tidigare nationella handlingsprogrammet för suicidprevention som beslutades av riksdagen 2008, läggs också stor vikt vid samhällets ansvar. I programmet uttryckte regeringen att "ingen ska behöva ta sitt liv". Visionen formulerades som att "ingen bör hamna i en sådan utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara suicid" (Prop. 2007/08:110). I arbetet med uppdraget har det bedömts vara viktigt att suicidpreventionsområdet ingår i visionen med i stort sett samma lydelse som tidigare eftersom denna formulering är etablerad bland aktörer inom området.

## Övergripande mål och delmål

Förslagen på övergripande mål och delmål, med tillhörande insatsområden, grundar sig på sammanställningarna av utvecklingsbehov och de många dialogerna med olika aktörer.

### Övergripande mål

De övergripande målen inkluderar de positiva dimensionerna av psykisk hälsa genom att belysa välbefinnandet, men de belyser också ohälsa och ojämlikheter. Eftersom strategin inkluderar suicidprevention finns också ett mål om att minska förekomsten av suicid. Dessutom finns ett mål som fångar vikten av bättre livsvillkor och minskade negativa konsekvenser för personer som lever med psykiatriska tillstånd. Målen följs upp med ett antal indikatorer, dessa presenteras i del 2 av rapporten.

Detta är de övergripande målen:

1. En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen.

Målet handlar både om att stärka det psykiska välbefinnandet och om att förebygga och minska olika former av psykisk ohälsa i befolkningen. Det är viktigt att följa utfallet av den psykiska hälsan i befolkningen för att se mönster och trender och bedöma hur vi närmar oss visionen om en god och jämlik psykisk hälsa i befolkningen.

2. Färre liv förlorade i suicid.

Suicid är en förlust av människoliv som kan leda till stort psykiskt lidande och försämrad hälsa hos de efterlevande. Det är också en förlust för samhället i stort.

Målet handlar om att åstadkomma en tydlig förflyttning mot den del av visionen som anger att *ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara suicid*. Det handlar om att minska suicidtalet i mycket snabbare takt jämfört med de senaste 20 åren.

### 3. Minskad ojämlikhet i psykisk hälsa.

Målet handlar om att minska de systematiska skillnaderna i psykisk hälsa som finns mellan grupper med olika social position, uttryckt i till exempel utbildningsnivå, inkomstnivå eller yrkeskategori, men också utifrån diskrimineringsgrunderna kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Arbete för en jämlik psykisk hälsa kräver både att olika typer av insatser genomförs, och att intensiteten eller utbudet av insatser anpassas utifrån olika behov.

### 4. Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd.

Målet handlar om att stärka det psykiska välbefinnandet, minska psykiskt lidande och förbättra nedsatt funktionsförmåga hos personer med psykiatriska tillstånd. Det handlar också om att förbättra den somatiska hälsan hos personer med psykiatriska tillstånd och minska risken för förtida död genom suicid eller andra orsaker. Vidare handlar det om att minska stigmatiseringen och diskrimineringen av personer med psykiatriska tillstånd och förbättra bemötandet av dem. Målet handlar även om att stärka samhällets förmåga att tillgodose behoven hos personer med psykiatriska tillstånd och göra det möjligt för dem att delta i samhället på ett aktivt och meningsfullt sätt.

### Delmål

Vidare föreslås sju delmål som, enskilt eller tillsammans, bidrar till uppfyllandet av de övergripande målen och signalerar en viljeinriktning för strategin. Delmålen är komplexa och inte alltid direkt mätbara, men de kan följas upp med indikatorer som kan peka mot aspekter som är nödvändiga för målens uppfyllande. Det krävs dock även annan uppföljning för att avgöra hur arbetet med strategin närmar sig målen, till exempel genom dialoger och samråd.

Detta är de sju delmålen:

1. Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället.
2. Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet.
3. Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa.
4. Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare.
5. Vård och omsorg som möter individens behov.
6. Stärkt suicidpreventivt arbete.
7. Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention.



För att delmålen ska uppfyllas behövs en rad insatser och aktiviteter. Under varje delmål i strategiförslaget presenteras därför ett antal insatsområden med prioriteringar inom vilka det är särskilt angeläget att agera.

## Bakgrundsbeskrivning till delmål

Nedan ges en beskrivning av delmålen med dess utpekade insatsområden i syfte att kunna ange källor och resonemang som understödjer de mer kortfattade texterna som utgör själva strategiförslaget som presenteras i del 2 i rapporten.

### Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället

Detta delmål genomsyrar övriga delmål och syftar till att öka fokus på att identifiera och stärka individens egna resurser och de faktorer i det omgivande samhället som stärker människors psykiska hälsa och psykiska välbefinnande. Det handlar om att rikta fokus på det som stärker människors hela livssituation och skapar mening och sammanhang, exempelvis ökat fokus på individens livsområden och vardagsarenor såsom bostad, skola, arbete och närmiljöer. Dessa arenor behöver utformas så att de främjar hälsan och stärker eller bibehåller människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande (73, 74). Ökat fokus på dessa arenor och på faktorer som främjar psykiskt välbefinnande öppnar upp för insatser inom många olika samhällssektorer. Investeringar i insatser som främjar det psykiska välbefinnandet kan också stärka hela samhällets utveckling, både socialt och ekonomiskt (2).

Ett högt psykiskt välbefinnande i befolkningen är ett viktigt mål då det är en resurs som ger motståndskraft och minskar risken för psykisk ohälsa och som kan motverka eller lindra negativa effekter av psykiatriska tillstånd (75). Genom att betrakta psykisk hälsa som resurs betonas kvaliteter och förmågor som enskilda individer förfogar över (74). Det handlar om olika tillgångar, såväl materiella, sociala och existentiella, men även om psykologiska strategier som kan läras ut och utvecklas. Exempel kan vara känslor av trygghet och tillhörighet i världen som gör det möjligt för människor att känna mening med livet samtidigt som det stödjer förmågan att hantera kriser och tillvarons yttersta frågor (76).

Folkhälsomyndighetens analyser visar att det finns ett intresse hos allmänheten att lära sig mer om psykisk hälsa, sätt att förbättra sin hälsa och sätt att uttrycka hur man mår och känner (77). Med kunskap om vad psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande är har individer bättre möjligheter att själv hitta strategier för att stärka hälsan och välbefinnandet. Samhällsaktörer kan tillhandahålla information och praktiska verktyg som individer själva kan tillägna sig för att stärka kunskapen, förståelsen och de färdigheter som behövs för att öka välbefinnandet och stärka motståndskraften mot psykisk ohälsa.

Vårt samhälle är föränderligt och övergripande samhällsförändringar och globala händelser ger förändrade förutsättningar för individens psykiska hälsa och välbefinnande och för hur insatser inom området ska utformas. Den digitala utvecklingen, demografiska förändringar, klimatförändringar och konflikter är

exempel på förändringar som enskilt och i kombination med varandra påverkar detta (2, 78). Det behövs ytterligare kunskap om hur dessa förändringar påverkar den psykiska hälsan och välbefinnandet.

#### Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om att psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället fokuserar på följande insatsområden:

1. Stärka arbetet med att främja psykiskt välbefinnande.
2. Genomföra insatser för att stärka allmänhetens kunskaper om psykisk hälsa.
3. Öka kunskapen om globala samhällsförändringars påverkan på psykisk hälsa.

#### Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet

En god psykisk hälsa byggs i stor utsträckning upp under barndomen och ungdomen (79, 80). Under denna period utvecklas förmågor såsom att uttrycka och reglera känslor, att forma trygga sociala relationer och att utforska och lära sig saker. Barn och unga som växer upp med goda levnadsförhållanden har bättre förutsättningar för att utveckla psykiskt välbefinnande och minskad risk för psykisk ohälsa och suicid senare i livet (81). Därför är det viktigt att investera i barn och unga och ge dem bästa möjliga förutsättningar att få en trygg uppväxt och utvecklas, lära och må bra genom hela livet.

#### Skydds- och riskfaktorer under uppväxten

Föräldrar som förmår att utöva ett gott föräldraskap är en viktig skyddsfaktor för barn (82). Det kan bland annat stärka barnens möjligheter att skapa goda relationer till andra senare i livet, vilket är viktigt för en god psykisk hälsa. Det är därför viktigt att föräldrar söker stöd när de behöver det och att stödet är lättillgängligt.

Riskfaktorer för psykisk ohälsa är bland annat att leva i ekonomisk utsatthet. Barn som gör det rapporterar oftare psykiska och psykosomatiska besvär. Andra riskfaktorer är att tidigt uppleva trauma, växa upp med konfliktfyllda föräldrarelationer eller utsättas för eller bevittna våld samt skadlig konsumtion av alkohol och narkotika eller psykisk ohälsa i hemmet (80).

#### Förskolan och skolan som hälsofrämjande arenor

Viktiga hälsofrämjande arenor för barn och unga är förskolan och skolan. Barns psykiska hälsa och välbefinnande kan påverkas positivt av en hälsofrämjande förskola av hög kvalitet där det finns utrymme att bygga gemenskap och skapa en positiv atmosfär för lärande. Förskolan har också möjlighet att tidigt uppmärksamma barn vars hemmiljö brister på något vis eller barn med ogynnsam utveckling, och kan i ett tidigt skede ge särskilt stöd eller hänvisa vidare till hjälp- och stödinstanser (83).

Fullgjord grundskola och gymnasieexamen är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för god psykisk hälsa och goda livsmöjligheter i framtiden. Omvänt är svaga skolprestationer och skolmisslyckande riskfaktorer för psykisk ohälsa och suicid (84-86). Skolan ska arbeta för en utbildning av god kvalitet och för att ge alla elever likvärdiga möjligheter att utvecklas och lära. Skolan ska ta hänsyn till elevers olika behov och sträva efter att uppväga skillnader i elevernas förutsättningar för att tillgodogöra sig utbildningen. Det ska också enligt skollagen vara lika kvalitet på utbildningen.

I dag finns en spridning i skolors genomsnittliga resultat, som delvis har samband med att skolorna är segregerade efter både socioekonomisk och utländsk bakgrund bland eleverna. Sådan segregation kan leda till att vissa skolor får svårt att kompensera för elevers olika behov och förutsättningar (87, 88).

Elever med olika typer av funktionsnedsättningar eller psykiatriska tillstånd och svårare psykiska besvär möter olika utmaningar för sitt lärande i skolan, och det ökar risken för att de inte ska möta utbildningens mål. Skolan kan då behöva sätta in olika typer av stöd och åtgärder (89-91).

En utbildning som utformas hälsofrämjande och i enlighet med demokratiska värderingar och mänskliga rättigheter främjar trygghet och hälsa för barn och elever. Hälsofrämjande arbete i skolan kan handla om goda och tillgängliga lärmiljöer, stödjande och tillitsfulla relationer till skolpersonal och skolkamrater och positiva känslor av inflytande och delaktighet i det egna lärandet. Elevhälsan spelar en viktig roll för skolans hälsofrämjande arbete på individ-, grupp- och skolenhetsnivå (92). Skolans huvudman ska skapa förutsättningar för ett kontinuerligt hälsofrämjande och förebyggande utvecklingsarbete samt säkerställa en jämlik tillgång till elevhälsan och att de olika kompetenser som krävs finns tillgängliga.

Tiden i skolan medför mycket positivt men kan även ha negativ effekt på elevers självbild, hälsa och välbefinnande, exempelvis genom mobbning, skolstress och prestationskrav. Psykosomatiska symtom är till exempel vanligare bland elever som känner sig stressade av skolarbetet, än bland andra. Andelen som känner sig stressade har också ökat sedan 1990-talets slut, liksom andelen med psykisk ohälsa (93).

#### Fritidsaktiviteter och internetanvändning

Fysisk aktivitet är bra för både den fysiska och den psykiska hälsan, eftersom det kan bidra till ökat välbefinnande och ge bättre sömn, koncentrationsförmåga och minne samt skydda mot ångest och depression (94). Barn och unga behöver få möjligheter att vara fysiskt aktiva och kreativa och att få utveckla sina sociala och kognitiva färdigheter. Trygga mötesplatser, och meningsfulla och samtidigt utmanande fritidsaktiviteter, bidrar till barns och ungas utveckling och ger möjlighet till social gemenskap med andra. Vissa barn saknar resurser av olika slag eller har särskilda behov, och kan därmed uteslutas från möjligheten att delta i

fritidsaktiviteter. Det påverkar förutsättningarna för att uppnå en god och jämlik hälsa för alla barn.

Barn och unga tillbringar en stor del av sin tid med digitala medier, såsom sociala medieplattformer och spel, och dessa är nu så integrerade i vardagen att de kan betraktas som digitala uppväxtmiljöer (95). Forskning tyder på att detta har både positiva och negativa hälsoeffekter. En negativ aspekt är att barn kan utsättas för innehåll som är skadligt genom att det exempelvis främjar osunda kroppsideal och självdestruktiva beteenden. Barn och unga med intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är särskilt sårbara och mer utsatta än andra barn. Ungas internetvanor påverkas dessutom av hur bra eller dåligt de mår. Till exempel tenderar unga personer med suicidtankar att söka mer efter skadlig information, såsom metoder för suicid, än efter sidor om hjälp och förebyggande insatser (96).

#### Tillgång till information och stöd

I en nyligen genomförd kartläggning och intervjustudie med ett omfattande antal ungdomar lyfts behovet av lågröskelverksamheter dit de kan vända sig för att ventilera sin oro, diskutera valmöjligheter och strategier för att hantera vardagliga utmaningar och få bekräftelse på att man duger som man är. Ungdomsmottagningar och studenthälsan är exempel på sådana verksamheter. Studien visar också att det behövs bättre och mer tillgänglig information om vart man kan vända sig med olika frågor och vid psykisk ohälsa (97).

Det är också viktigt att barn och unga som mår dåligt uppmärksammas tidigt för att de ska få det stöd och den vård de behöver innan mer allvarliga besvär utvecklas. Stödet behöver ha ett helhetsperspektiv vilket förutsätter samverkan och samordning mellan bland annat skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. På så sätt kan kompetenser användas mer effektivt och fler få det stöd som de behöver (98).

#### Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet fokuserar på följande insatsområden:

1. Stärka arbetet för en trygg uppväxt för alla barn.
2. Öka fokus på förskolan som hälsofrämjande arena.
3. Säkerställa likvärdiga möjligheter till lärande, utveckling och hälsa för alla barn.
4. Öka fokus på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan.
5. Öka arbetet med en meningsfull fritid för barn och unga.
6. Säkerställa en säker och hälsofrämjande digital uppväxtmiljö.
7. Öka olika former av stödinsatser utifrån barns och ungas behov.
8. Stärka tidiga och samordnade insatser utifrån barns och ungas behov.

## Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa

Att ha ett arbete är viktigt för den psykiska hälsan, på flera sätt (99). Majoriteten behöver arbeta för att få inkomster och en god levnadsstandard. Genom arbete blir man också delaktig i samhället och kan känna social gemenskap och tillhörighet. Men dåliga arbetsförhållanden, brister i arbetsmiljön eller arbetslöshet ökar risken för psykisk ohälsa (99, 100).

## Organisatorisk och social arbetsmiljö

Sambandet mellan den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och den psykiska hälsan har konstaterats inom forskningen (101, 102). Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön ska hanteras i det systematiska arbetsmiljöarbetet. En utvärdering av föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) visar att de mottagits på ett positivt sätt men att tillämpningen av dem kommit olika långt (103). För att fortsatt utveckla den organisatoriska och sociala arbetsmiljön behövs kunskap om olika arbetsmiljöfaktorer med påverkan på psykisk hälsa. Sammanställningar visar att det finns kunskapsluckor som rör arbetsmiljöfaktorer och olika grupper men också kunskapsluckor av metodologisk art (100).

Brister i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön är betydande i kvinnodominerade branscher såsom vård, omsorg, utbildning och sociala tjänster. Ett exempel är höga krav i kombination med liten egen kontroll. Det är också dubbelt så vanligt att kvinnor utsätts för hot och våld på sina arbetsplatser, jämfört med män (104, 105). Arbetsmiljöreglerna som rör kvinnodominerade branscher har blivit fler, men inom mansdominerade branscher är reglerna fortfarande fler och mer detaljerade (106). Det finns också ett behov av att öka kunskapen om vilken roll det obetalda hem- och omsorgsarbetet spelar för kvinnors högre sjukfrånvaro till följd av psykisk ohälsa (107).

## Behov bland elever i vuxenutbildningen

Kommuner och folkhögskolor erbjuder vuxenutbildning som möjliggör vidare etablering i arbetslivet. Flera statliga utredningar har uppmärksammat att elevgruppen inom komvux förändrats, och studier visar att eleverna behöver mer stöd än förr, bland annat till följd av ett ökat antal elever till sfi (svenska för invandrare) och en ökning av antalet elever med bland annat kort utbildning, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, andra psykiatriska tillstånd, läs- och skrivsvårigheter eller andra inlärningssvårigheter samt tidigare skolmisslyckanden. Huvudmän har inte skyldighet att tillhandahålla elevhälsa inom komvux men kan välja att erbjuda sådana insatser. En kartläggning visar på att kommunerna har svårt att möta komvuxelevers behov, framför allt behovet av specialpedagogiska och psykosociala insatser. Behoven tangerar flera olika offentliga aktörers ansvarsområden (108).

### Utsatthet på arbetsmarknaden

Den tydligaste vattendelaren på svensk arbetsmarknad går mellan de som har en fullgjord gymnasieutbildning och de som saknar en sådan. Grupper med utsatt ställning på arbetsmarknaden är vid sidan av de som saknar fullgjord gymnasieutbildning personer födda utanför Europa, personer med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och personer som är 55 år eller äldre (109). Bland unga som varken arbetar eller studerar finns en tydlig överrepresentation av ungdomar med låg utbildningsnivå, psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning men även utländsk bakgrund (110, 111). Dessa unga lever ofta med ekonomisk utsatthet och har särskilt svårt att etablera sig i arbetslivet. Fullgjord gymnasieutbildning är en viktig faktor för att öka andelen som arbetar eller studerar (111-113).

### Arbete och funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning är en heterogen grupp inom vilken personer med psykiatriska tillstånd som påverkar arbetsförmågan ingår. Vissa har permanent nedsatt arbetsförmåga, oavsett stödinsats, medan andra kan ha full arbetsförmåga om de får lämpliga stödinsatser. Stöd och insatser är även viktiga för personer med psykiatriska tillstånd som redan har arbete. På grund av en upplevd okunskap i samhället i stort och hos arbetsgivare och kollegor är det många som väljer att inte berätta om sin funktionsnedsättning för sin arbetsgivare och på sin arbetsplats. Detta trots att en förutsättning för att få stöd, anpassningar och stödinsatser är att arbetsgivaren får kännedom om funktionsnedsättningen (114).

### Sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa

Sjukfrånvaro till följd av nedsatt arbetsförmåga på grund av psykiatriska diagnoser har ökat över tid. Kvinnor står för en stor del av denna sjukfrånvaro. Framför allt är det sjukfrånvaro på grund av stress som ökar, bland annat utmattningssyndrom. Psykiatriska diagnoser är förknippade med längre sjukskrivningar än de flesta andra sjukdomar och sjukfallslängden har ökat (9). Sjukförsäkringen och processen för att gå från en ersättning till arbete ska fungera likvärdigt för alla individer oavsett diagnos och samtidigt vara utformad utifrån den enskildes behov. Kunskaps- och forskningsläget kring olika aspekter runt psykisk ohälsa är svagt, inte minst gällande aspekter som samordning som är centrala för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska fungera väl. Bristande kunskaper inom dessa områden kan innebära att individer med psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd inte får samma stöd och möjligheter som människor med andra typer av sjukdomar att kunna stanna kvar i arbete, återfå arbetsförmågan eller närma sig arbete om man har en utsatt position på arbetsmarknaden (115).

### Bemötande av personer med psykisk ohälsa

För personer som har psykiatriska tillstånd eller befinner sig i en psykiskt påfrestande situation är det viktigt att få ett professionellt bemötande i offentliga verksamheter. Anställda i dessa verksamheter behöver ha kunskaper och

kompetens om bemötande i syfte att anpassa arbetssätt och fysiska miljöer utifrån målgrupperns behov. Kunskaper och kompetens om olika former av psykisk ohälsa och bemötande är också en förutsättning för goda arbetsförhållanden.

#### Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa fokuserar på följande insatsområden:

1. Stärka arbetet för en god arbetsmiljö som främjar psykisk hälsa.
2. Öka stödet till elever i vuxenutbildningen.
3. Öka deltagandet i arbetslivet.
4. Öka kunskapen om stöd vid sjukdom och funktionsnedsättning.
5. Stärka det professionella bemötandet i offentliga verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa.

#### Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare

Att vara delaktig i samhället och leva sitt liv i gemenskap med andra människor är en förutsättning för psykisk hälsa och välbefinnande (116), och omvänt riskerar psykisk ohälsa att minska delaktigheten i samhällslivet (42).

#### Diskriminering och stigmatisering

Personer med psykiatriska tillstånd kan hindras från att vara fullt delaktiga i samhället på grund av de funktionsnedsättningar som tillstånden innebär samt stigmatisering och diskriminering. Forskning visar att det förekommer negativa attityder och diskriminerande beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom, vilket kan hänga ihop med bristfälliga kunskaper om psykisk ohälsa och suicid i befolkningen (117, 118).

Individer och grupper som upplever diskriminering har ökad risk för psykisk ohälsa (116). Att känna sig illa eller orättvist behandlad behöver inte handla om diskriminering i lagens mening, men om det händer upprepade gånger kan det sammantaget upplevas som diskriminering och utgöra hinder för inkludering och delaktighet i samhället. Även samhälleliga normer kan vara ett hinder för delaktighet och inkludering, exempelvis genom krav på hur kvinnor och män ska vara (119).

#### Socioekonomiska faktorer

Människors psykiska hälsa är ofta sämre ju lägre social position de har. Lägre social position medför oftare svårare livsvillkor. Särskilt utsatta grupper kan till exempel vara hbtqi-personer, personer med vissa funktionsnedsättningar, nationella minoriteter, asylsökande flyktingar och nyanlända migranter. Insatser för att förbättra den psykiska hälsan bör vara proportionella till de behov som finns i den aktuella gruppen (25, 73).

## Samer

Som urfolk har samerna en särskild ställning och särskilda rättigheter i Sverige. Samtidigt har det bland samerna under lång tid funnits en uttalad oro för ökad psykisk ohälsa och suicid, inte minst bland renskötande samer (120, 121). Flera faktorer tycks bidra, bland annat brist på inflytande över sin egen situation, upplevd diskriminering, bristande samisk kompetens inom hälso- och sjukvården och svårigheter att bevara och utveckla en stark och skyddande samisk identitet.

Under 2023 presenterades för första gången en rapport med en översiktlig beskrivning av hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland samer i Sverige. Rapporten bygger på data från enkätundersökningen Samisk hälsa på lika villkor som genomfördes våren 2021. Kartläggningen är ett första viktigt steg för att följa hälsosituationen bland samer i Sverige (32).

## Ensamhet

Sociala relationer och socialt stöd är viktigt för en god psykisk hälsa, och många som saknar detta upplever ofrivillig ensamhet. Ensamhet kan göra att man känner sig otrygg, övergiven och nedstämd samt leda till sämre fysisk hälsa – samtidigt som fysisk ohälsa i sig kan vara en riskfaktor för ensamhet, särskilt för äldre. År 2022 uppgav nästan var fjärde person i befolkningen 16 år och uppåt att de besväras av ensamhet och isolering. Vanligast var det bland unga vuxna (16–29 år) och personer 85 år och äldre (122). Bland personer med psykiatriska tillstånd är ensamhet och isolering vanligare än bland befolkningen i övrigt. Ett skäl är en svagare anknytning till arbetsmarknaden och brister i tillgänglighet (123). Även hbtqi-personer uppger lägre socialt deltagande och en mer stillasittande fritid än befolkningen i övrigt (29, 31).

## Civilsamhällets betydelse

I civilsamhällets organisationer och föreningar möts människor med olika bakgrund som delar gemensamma intressen, liknande erfarenheter eller utmaningar. Civilsamhället har en viktig roll i arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid, bland annat genom att erbjuda olika former av medmänskligt stöd, tillgodose behov av social samvaro och meningsfull vardag och främja delaktighet i samhället hos personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga eller andra närstående. Civilsamhället bidrar också till att utbilda och stärka människors fysiska och psykiska hälsa genom fysisk aktivitet. Patient- och brukarföreningarna stärker och kompletterar vården och omsorgen och det övriga offentliga samhällets insatser för ökad delaktighet och inkludering (124).

## Närmiljöer och trygghet

Hur våra närmiljöer utformas är en viktig förutsättning för människors psykiska hälsa och välbefinnande. Faktorer som påverkar den psykiska hälsan positivt är tillgång till grönområden, naturvärden, samhällsservice, kollektivtrafik och möjligheter till fysisk aktivitet i vardagen. Välplanerade gemensamma närmiljöer



kan vidare bidra till kommunikation och social samverkan människor emellan vilket i sin tur kan stärka delaktighet och inkludering. Det är därför viktigt att planering och byggande av närmiljöer beaktar krav på tillgänglighet (125).

Att det finns olika aktiviteter och närvaro av olika aktörer och grupper i närområdena kan skapa trygghet. Omvänt kan otrygga närmiljöer påverka hälsan, tilliten och den sociala sammanhållningen negativt i ett närområde (126, 127). Det är vanligare att kvinnor upplever otrygghet än män (6). Det är också vanligare att personer med funktionsnedsättning och hbtqi-personer uppges rädsla för att gå ut ensam jämfört med befolkningen i stort (26, 29, 31).

#### Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare fokuserar på följande insatsområden:

1. Minska stigmatisering och diskriminering av personer med psykisk ohälsa.
2. Utveckla insatser för grupper med ökad risk för psykisk ohälsa.
3. Öka samisk delaktighet och inkludering.
4. Investera i sociala aktiviteter och socialt stöd.
5. Utveckla närmiljöer som främjar delaktighet och inkludering.

#### Vård och omsorg som möter individens behov

God vård och omsorg kännetecknas av effektiva vård- och stödinsatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap, ges i rätt tid och på lika villkor, fördelas på jämlika villkor och utformas utifrån personernas individuella behov, förutsättningar, egna önskemål och integritet. För att säkerställa en samordnad insats från olika sektorer och verksamheter behöver de ges samordnat och utnyttja tillgängliga resurser för att uppnå uppsatta mål. Insatser behöver vara säkra för individen och garantera rättssäkerhet genom att personer görs delaktiga i planeringen och genomförandet av insatserna (128).

#### Ledarskapets betydelse för god vård och omsorg

Alla aspekter av god vård och omsorg påverkas av en rad organisatoriska förutsättningar som samspelar med varandra och påverkas dels av tillgängliga resurser men också bland annat av hur tillgängliga resurser är organiserade och hur effektivt de används, hur arbetsmiljöarbete och systematiskt förbättringsarbete i verksamheterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs och hur kompetensutveckling och kompetensförsörjning säkerställs. Ledarskapet på olika nivåer har en avgörande roll för att förbättringsarbete bedrivs och för att förutsättningar för att tillhandahålla god vård och omsorg stärks.

#### Tillgänglighet till vård och stöd vid psykisk ohälsa

Under flera decennier har antalet personer som fått vård för psykiatriska tillstånd ökat, framför allt barn och unga vuxna (98). Också kapaciteten att hantera psykiatriska tillstånd inom hälso- och sjukvården har ökat (12, 129) men långsammare än behoven av vård och behandling (130). Flera regioner rapporterar brist på specialister inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri (12) liksom långa väntetider för vård och behandling (10, 43, 131).

Hur lätt det är att få kontakt med relevant yrkeskategori och att insatserna erbjuds i rimlig tid är en viktig aspekt av tillgänglighet till vård och stöd vid psykisk ohälsa. Uppföljningar av väntetider visar att relativt många barn, unga och vuxna inte fick medicinsk bedömning eller behandling inom vårdgarantins tidsgränser (132-135). Många upplever att deras hälsotillstånd försämrats på grund av att de behövt vänta på att inleda en vårdkontakt (136). Dessutom finns ojämlikheter i vården med geografiska skillnader i väntetider och tillgång till olika specialiteter och behandlingar. Det förekommer också skillnader i insatser som olika grupper i befolkningen får (15, 28, 137-139).

Andra aspekter av tillgänglighet till vård och stöd avser att utbudet av insatser möter behoven, förtroende för personalen, tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens och information som patienter kan komma över, förstå och använda i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa (136). Alla dessa aspekter är viktiga att beakta i arbetet med att utveckla och stärka vården och omsorgen för personer med olika former av psykisk ohälsa.

#### Personalens kompetens

Att personal har rätt kompetens för att kunna ge rätt vård- och stödinsatser är en grundläggande förutsättning för god vård och omsorg. Samsjuklighet mellan psykiatriska tillstånd och somatiska sjukdomar (140-143) eller munhålets sjukdomar är vanligt (144-146), men många gånger förblir den oupptäckt eller upptäcks i ett senare skede i ett sjukdomsförlopp (147-149). Flera grupper med svåra psykiatriska tillstånd får därför inte tillgång till de vårdinsatser de behöver i tid, riskerar att få sämre somatisk vård och lever i genomsnitt kortare än personer utan psykiatrisk problematik (150-156). Personer med olika former av, identifierad eller oupptäckt psykisk ohälsa, kan ha kontakt med olika delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Grundläggande kunskap om psykisk hälsa och ohälsa hos personal inom vård- och stödsystemets olika delar är viktigt för att bland annat kunna upptäcka somatiska sjukdomar hos personer med psykiatriska tillstånd liksom att upptäcka och vid behov beakta psykiska funktionsnedsättningar vid behandling av somatiska sjukdomar. Det är en viktig förutsättning för att personer ska få vård- och stödinsatser som möter deras behov.

#### Inflytande för patienter, brukare och anhöriga eller andra närstående

Patienters och brukares möjligheter att påverka vården och omsorgen är viktigt på olika sätt. För att de som beslutar om eller utför vården och omsorgen ska kunna

skapa god kvalitet och effektivitet i de insatser som ges behövs kunskap om målgruppernas behov och erfarenheter. Dialog med och feedback från patienter, brukare och anhöriga eller andra närstående skapar bättre förutsättningar för verksamheter att planera och genomföra insatser som utgår från patientens eller brukarens faktiska behov, vilket är mer effektivt än att utgå från behov tolkade av andra. Detta gäller såväl insatser till enskilda personer som förbättringsarbete på verksamhetsnivå. Att medverka i planering och genomförande samt få makt över beslut och insatser som rör det egna livet ökar patienternas och brukarnas självförtroende, förändrar självbilden och kan även leda till att professionella får en annan syn på patienterna och brukarna (157).

Makt och ansvar att påverka beslut som rör den egna livssituationen är viktiga faktorer för möjligheten att återhämta sig från psykisk ohälsa (157).

För att bedriva förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som utgår från behov, upplevelser och erfarenheter från de som insatserna riktar sig till krävs att patienter, brukare och anhöriga eller andra närstående har inflytande på både policynivå och verksamhetsnivå, och att individen är delaktig i och kan påverka det stöd som ges. En rad olika metoder för brukarmedverkan prövas i nuläget runtom i landet och forskning pågår (42).

#### Uppföljning och utvärdering av insatser

Behandlingar och stödinsatser till enskilda patienter och brukare följs upp och utvärderas i för liten utsträckning, vilket ger bristande kunskap om hur effektiva de är (42). Bristande kunskap om eventuella behandlingar eller stödinsatser som inte är effektiva hindrar att patienter erbjuds andra insatser som kan vara mer effektiva, eller kan innebära patientsäkerhetsrisker. Om till exempel en läkemedelsbehandling för ett psykiatriskt tillstånd inte har effekt eller ger svåra biverkningar kan sjukdomstillståndet förvärras, med ökad risk för suicid eller suicidförsök.

Bristande kunskap om effektivitet i och resultat av de behandlingar och stödinsatser som ges till enskilda patienter eller brukare medför också bristande kunskap om vårdens eller omsorgens kvalitet på verksamhetsnivå och kan hindra ett ändamålsenligt förbättringsarbete.

#### Samverkan och samordning av vård- och stödinsatser

Vissa personer med psykiatriska tillstånd och en omfattande psykisk funktionsnedsättning har många gånger omfattande behov av vård- och stödinsatser från olika verksamheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt andra kommunala och statliga verksamheter. Vissa kan med hjälp av rätt insatser återhämta sig till stor del. För andra är de psykiatriska tillstånden kroniska och funktionsnedsättningarna bestående och resulterar i ett livslångt komplext behov av vård- och stödinsatser (158). Insatserna behöver då inriktas på att optimera personernas funktionsförmåga, att minska risken för att de skadar sig själva eller andra och att säkra deras inkludering och deltagande i samhället. Flera samtidiga

tillstånd, både psykiatriska och kroppsliga, är vanligt förekommande och bidrar, liksom exempelvis intellektuell funktionsnedsättning, beroendesjukdom eller skadligt substansbruk eller social utsatthet, ytterligare till komplexiteten i vård- och stödbehoven hos dessa personer (158). Komplexa vård- och stödsystem ställer krav på en välfungerande samverkan och samordning mellan olika delar av hälso- och sjukvården, socialtjänsten, i förekommande fall institutioner inom rättsväsendet samt civilsamhället.

En del personer med kognitiva svårigheter kan ha särskilt svårt att hantera samhällets vård- och stödsystem, som ställer höga krav på att fylla i olika blanketter, att förstå system, hantera stor mängd information och att själv söka hjälp hos rätt aktör. När samverkan och samordningen kring personer med behov, särskilt de med omfattande och komplexa behov, av vård- och stödinsatser från olika verksamheter, brister bidrar det ofta till att patienter och brukare får sämre vård och omsorg, en sämre upplevelse av samhällets stödinsatser eller att insatser helt uteblir (159).

Ett hinder för en effektiv samverkan, som kräver arbete över verksamhetsgränser, beskrivs vara att verksamheternas egna budgetmål många gånger står i konflikt med professionernas mål och etiska riktlinjer. Detta hindrar ett holistiskt arbetssätt och gör det svårare för patienter och brukare att få vård och omsorg utifrån sina behov, samtidigt som vårdens och omsorgens medarbetare får sämre arbetsmiljö och arbetsklimat (160).

#### Närståendes situation

Anhöriga och närstående till personer med psykiatriska tillstånd eller suicidalitet utför många gånger ett stort och krävande arbete som innefattar praktiska, organisatoriska och emotionella utmaningar, särskilt om välfärdens insatser inte fungerar som de ska eller inte är samordnade. De anhörigas eller andra närståendes ansvar kan också bli för tungt, upplevas som ofrivilligt och på sikt inverka negativt på livet (161, 162), den fysiska och psykiska hälsan, ekonomin och livskvaliteten (161, 163). Barn är i detta sammanhang en särskilt utsatt grupp. I en svensk studie från 2013 hade närmare åtta procent av alla barn en förälder som minst en gång innan barnet fyllt 18 år hade vårdats inlagd på sjukhus på grund av psykisk sjukdom eller substansberoende. Det var betydligt vanligare att föräldrarna haft psykisk ohälsa eller problem med alkohol eller narkotika som har varit mindre allvarlig och inte medfört sjukhusinläggning (164).

#### Psykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård

Under perioden 2017–2021 ökade antalet individer under 18 år som vårdats i barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård (165). Det finns skillnader mellan regionerna i vilken vård som erbjuds i den psykiatriska heldygnsvården och hur ofta man använder sig av psykiatrisk tvångsvård, vilken kvalitet den håller och hur vården upplevs av patienterna (166). Personer som tvångsvårdas för skadligt bruk eller beroende har ofta också stora psykiatriska vårdbehov som inte tillgodoses

inom ramen för den vård som ges i dag. Vårdkedjan mellan insatser som ges före, under och efter vårddagen brister ofta (167).

Heldygnsvård, särskilt när det sker med tvång, kan vara en svår upplevelse för patienten. Många känner sig otrygga på psykiatriska avdelningar, upplever att hot och våld är vanligt förekommande samt tycker att reglerna är oflexibla och att relationen mellan patient och personal fungerar dåligt (167). Sådana upplevelser kan hindra patientens återhämtning och öka människors misstro mot vården (168, 169). För personalen kan hot, våld och dåliga relationer mellan patienter och personal vara en allvarlig arbetsmiljöfråga som kan öka risken för långa sjukskrivningar och hög personalomsättning (170).

Kvinnor, och främst de under 25 år, utsätts oftare än män för de mest integritetskränkande tvångsåtgärderna såsom fastspänning och medicinering mot sin vilja, och kvinnor har en mer negativ upplevelse av sin vård än män (171). Beskrivningarna gäller även för barn och unga som vårdas med tvång på Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem (172). Det är även känt att det förekommer kränkningar, våld och övergrepp mot och mellan ungdomar på hem för vård och behandling (HVB) (173) – där barn och unga med funktionsnedsättningar är överrepresenterade (37).

#### Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om vård och omsorg som möter individens behov fokuserar på följande insatsområden:

1. Stärka ledarskapet på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
2. Säkerställa grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och suicidalitet i alla delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten.
3. Öka patient- och brukarinflytande i vården och omsorgen.
4. Stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården liksom socialtjänsten.
5. Förbättra tillgängligheten till vård och omsorg och göra den mer jämlik.
6. Utveckla och öka uppföljning och utvärdering av insatser till patienter och brukare.
7. Stärka en effektiv samverkan som har individens behov i centrum.
8. Stärka och öka stödet till anhöriga eller andra närstående till personer med psykiatriska tillstånd.
9. Säkra en trygg och meningsfull heldygnsvård och tvångsvård som främjar återhämtning.

#### Stärkt suicidpreventivt arbete

Suicid och suicidförsök är folkhälsoproblem som kräver uppmärksamhet och insatser av många aktörer och på alla samhällsnivåer. Varje år dör omkring 1 200

personer av suicid i Sverige. Ytterligare omkring 300 fall brukar registreras där det fanns misstanke om suicid men där avsikten inte kunnat styrkas. Runt 70 procent av de som dör i suicid är män. År 2022 fick drygt 6 600 personer i befolkningen (10 år och äldre) sjukhusvård till följd av ett suicidförsök eller annan avsiktlig självdestruktiv handling (174).

Suicidtalet i Sverige var som högst under 1970-talet och har sedan dess minskat, men minskningen har avtagit på senare år. Dessutom har suicidtalerna ökat bland unga vuxna det senaste decenniet, och det är en ökad andel flickor och unga kvinnor som vårdas för självskador, framför allt läkemedelsförgiftningar (24).

Som redan konstaterats har psykisk hälsa och suicid många gemensamma skydds- och riskfaktorer. Därför är hela strategin relevant för området suicidprevention. Under delmålet om stärkt suicidpreventivt arbete läggs fokus på insatser som mer specifikt är riktade mot att förebygga suicid.

#### Riskfaktorer och förebyggande arbete

En betydande andel av de som försökt ta sina liv har i olika studier konstaterats ha drabbats av depression, ångesttillstånd, schizofreni eller andra psykiatriska tillstånd. Bakom en suicidhandling behöver dock inte ett psykiatriskt tillstånd ligga till grund, utan andra kriser kan vara en utlösande faktor. Somatiska tillstånd som för med sig ett betydande lidande kan leda till suicidhandlingar, som till exempel diabetes, cancer och kronisk smärta. Svåra livshändelser såsom konflikter i familjen, trauman, förlust av arbete och ekonomiska svårigheter såsom överskuldsetting, ofrivillig ensamhet och bristande socialt nätverk samt nedsatt beslutsfattande, liksom ett stort antal riskbeteenden är exempel på icke-kliniska faktorer som kan bidra till att en person upplever sin situation som hopplös.

Som tidigare konstaterats finns också ojämlikheter mellan olika grupper i samhället när det kommer till förhöjd suicidrisk, där risken för suicid är högre i socialt mindre gynnande grupper, såsom de med sämre socioekonomisk status och lägre utbildningsnivå (175). Suicidpreventivt arbete innefattar därför att både skapa förutsättningar för goda livsvillkor och trygga miljöer, främja psykiskt välbefinnande och förebygga psykisk ohälsa, och att snabbt fånga upp personer i svåra livssituationer så att de får lämpligt stöd, samt arbeta för att stärka människors förmåga att hantera motgångar och svåra omständigheter i livet. Genomgående kräver det suicidförebyggande arbetet både engagemang och samverkan såväl inom olika verksamheters organisationer som mellan dem och med andra aktörer.

#### Insatser inom hälso- och sjukvård

I alla delar inom hälso- och sjukvården finns patienter med risk för suicid. En tredjedel av alla som tar sitt liv har en pågående kontakt med den psykiatriska vården, men betydligt fler har haft kontakt med övrig hälso- och sjukvård. Alla delar av vården och omsorgen behöver därför ha kunskap om suicidalitet,

suicidprevention och om hur individer med sårbarhet i form av riskfaktorer för suicid kan bemötas (176).

Likaså är det viktigt att individuellt utformade insatser sätts in så tidigt som möjligt vid tecken på psykisk ohälsa. Detta för att förebygga utveckling av, försämring eller återinsjuknande i ett psykiatriskt tillstånd eller annat som kan medföra risk för suicidalitet. Även om det inte går att förutsäga vem som kommer att genomföra suicid eller ett suicidförsök, finns det vissa riskgrupper som vården behöver ha särskild kunskap om för att kunna minska risken. De inkluderar individer som tidigare genomfört suicidförsök, individer med självskadebeteende, patienter som skrivits ut från psykiatrisk heldygnsvård med eller utan tvång, individer med skadligt bruk- och beroendeproblematik, individer med psykossjukdom eller bipolär sjukdom, individer med depression, efterlevande till individer som genomfört suicid, äldre män med svagt socialt nätverk, individer med svår somatisk sjukdom och hbtqi-personer (177).

#### Förhindra den suicidala processen

En person som överväger suicid är ofta ambivalent och intensiteten i måendet varierar över tid. För en del kan en suicidhandling vara överlagd och planerad medan för andra oplanerad och impulsiv. Forskning visar att en betydande andel allvarliga suicidförsök sker med kort tid mellan tanke, suicidplan och suicidförsök. Det uppskattas att vid cirka 50 procent av suicidförsöken har den akuta suicidkrisen varit så kort som 10–15 minuter. Andra studier visar även att en stor andel, upp till 90 procent av personerna som genomfört ett suicidförsök men överlevt, dör av andra orsaker än suicid senare i livet. Det visar att det är möjligt att avbryta eller fördröja den suicidala processen, antingen igenom minskad tillgång till metoder och medel för suicid, eller genom mänsklig kontakt under den akuta suicidala krisen (178). Insatser som skapar skyddande miljöer och begränsar tillgången till metoder och medel för att genomföra suicidala handlingar, innebär ökad möjlighet till att den akuta krisen går över och individen kan få stöd och hjälp (179). Eftersom en suicidal kris både är allvarlig och livshotande behöver personen tillgång till stöd och hjälp snabbt, genom medmänsklig kontakt eller ett professionellt omhändertagande. Insatser som ges av berörda samhällsaktörer (såsom larmcentral, polis, ambulanssjukvård, psykiatriska vårdresurser och kommunal räddningstjänst) måste vara samordnade.

Internationell forskning visar att det oftast är polisen som larmas ut vid akuta suicidala handlingar eller när en person hotar att ta sitt liv. En del personer kan dock uppleva det som stigmatiserande att bli mött av polisen i en sådan krissituation (180). Det finns begränsad forskning om hur professioner utöver polis och ambulanspersonal kan vara involverade i akuta suicidärenden, men på många håll i Sverige finns eller utvecklas mobila enheter för prehospitalet akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa (181).

## Stigmatisering

En stor utmaning i det suicidpreventiva arbetet är att suicid ofta omgärdas av tystnad och rädsla, vilket kan hindra både medmänskligt och professionellt stöd. Det förekommer också stigmatisering av personer med psykiatriska tillstånd och suicidalitet. Det kan förvärra tillståndet och öka risken för suicid. Samtidigt kan suicidalitet och suicid ligga till grund för stigmatiserande attityder, hos allmänheten och professionen och den drabbade kan dessutom själv börja tro på omgivningens fördomar, så kallad självstigmatisering (182). För att minska stigmatisering och tystnaden runt suicid behövs kunskapshöjande insatser riktade både till allmänheten och professionen om suicid och suicidalitet och insatserna behöver involvera personer med egen erfarenhet av suicidalitet. Hur olika medier skriver om suicid och suicidalitet kan också påverka allmänhetens kunskap och attityder till suicid och suicidalitet. En oaktam rapportering i media om en känd persons suicid, eller om det tillvägagångssätt som användes, kan leda till en ökning av suicid i befolkningen (183).

## Stöd till efterlevande

En förlust genom suicid kan vara särskilt komplex och traumatisk för de efterlevande, och sorgprocessen försvåras ofta ytterligare av det tabu som finns runt suicid. För de närstående kan förlusten leda till både sämre psykisk hälsa och högre suicidrisk. Efterlevande till personer som dött i suicid är därför en särskilt viktig grupp att uppmärksamma och att erbjuda stöd till denna grupp kan ses som en del i det suicidpreventiva arbetet. Många upplever att deras behov av vård och stöd inte alltid tillgodoses.

Utveckling av strukturerade arbetssätt för att stödja efterlevande pågår men det är ojämnt i landet och en stor del av stödet utgörs fortfarande av civilsamhällets frivilliga insatser. Det saknas också forskning om förebyggande insatser och effekter av insatser som är specifikt riktade till efterlevande efter suicid (184).

## Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om ett stärkt suicidpreventivt arbete fokuserar på följande insatsområden:

1. Minska sociala och ekonomiska riskfaktorer kopplade till suicid.
2. Säker vård och omsorg vid risk för suicid.
3. Samordna insatser vid akuta suicidala händelser.
4. Minska åtkomst till metoder och medel för suicid.
5. Minska stigmatisering och öka kunskaper om suicid och suicidalitet.
6. Stärk stödet till efterlevande efter suicid.



## Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Kunskapsutveckling kan ske på många olika sätt. Vi utvecklar kunskap genom forskning, användande av ny kunskap och nya tekniker och innovationer. Kunskapsutveckling sker också genom dialog och samverkan mellan olika aktörer och mellan olika länder. Ofta sker kunskapsutveckling integrerat genom att forskningsbaserad kunskap ligger till grund för ett arbete eller en verksamhet och förenas med de erfarenheter och kunskaper som redan finns i verksamheten. För alla delmål behövs en stärkt kunskapsutveckling.

### Behov av mer forskning

Forskningen har betydelse för tillgången till evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst men också för förståelsen av hur olika livsomständigheter påverkar människors liv och hälsa (42). Psykisk hälsa och suicid påverkas av många faktorer på olika nivåer, så forskningen behöver ha motsvarande bredd med både grundforskning, behovsmotiverad forskning och forskningsbaserad innovation. Det är också centralt att stimulera till tvärssektoriell, tvärvetenskaplig och praktikinära forskning med främjande och förebyggande ansats eller behandlande och rehabiliterande ansats (54). Forskning som grund för kunskapsutveckling behöver ha långsiktiga och stabila förutsättningar för planering och genomförande samtidigt som det behöver finns flexibilitet att hantera nya behov. Det nationella forskningsprogrammet om psykisk hälsa är ett tioårigt forskningsprogram som drivs av Forte. Forskningsprogrammet har en forskningsagenda som ska stärka förutsättningarna för att forskningen som finansieras med medel från programmet matchar kunskapsbehoven inom det aktuella fältet (185).

### Samspel mellan forskning, policy och praktik

Forskning kan bidra till utveckling av policy och praktik för att möta olika samhällsutmaningar. Hur forskningen utformas, bedrivs och kommuniceras har betydelse för om och hur den används utanför akademien. Det behövs därför ett ökat samspel mellan policy, praktik och forskning. Vidare behövs öppen tillgång till vetenskapliga publikationer för att resultaten ska användas av andra forskare men också av myndigheter och andra organisationer.

### Datakällor och uppföljning

För att kunna följa utvecklingen av psykisk hälsa och suicid i befolkningen är det viktigt med tillgängliga och tillförlitliga datakällor.

Barn och unga är prioriterade grupper i strategiförslaget, men möjligheten att på nationell nivå följa utvecklingen av deras psykiska hälsa är idag begränsad. Undersökningen Skolbarns hälsovanor är en av få nationellt regelbundna undersökningar som inkluderar barns psykiska hälsa. Den genomförs dock enbart vart fjärde år och gäller bara barn i tre åldrar (11, 13 och 15 år). Det är viktigt att kunna följa den självskattade hälsan bland barn i fler åldrar och med tätare

intervall. Det genomförs heller ingen undersökning bland elever i särskola eller anpassad skola. Deras fysiska och psykiska hälsa och deras levnadsvillkor går därför inte att mäta. Vidare behövs bättre data om unga vuxna och deras självskattade psykiska hälsa eftersom det är den grupp som i minst utsträckning besvarar enkäter.

Det behövs också bättre möjligheter att följa hälsan hos personer med olika funktionsnedsättningar, och att även synliggöra och använda de data som samlas in om dessa målgrupper. I de flesta undersökningar går det inte heller att följa personer med kognitiva nedsättningar, såsom intellektuell funktionsnedsättning och autism, eftersom de har svårt att besvara en standardiserad enkät och utgör för små grupper för att fångas i slumpmässiga urval. Den psykiska hälsan hos andra grupper är också svåra att följa i statistiken, till exempel nationella minoriteter, nyanlända och hbtqi-personer.

Merparten av all behandling för lätta och medelsvåra psykiatriska tillstånd sker i primärvården, men det finns inget sammanhållet register för primärvården som gör det möjligt att följa upp vården på nationell nivå. Det befintliga patientregistret omfattar dessutom endast besök hos läkare, men psykiatrisk vård kan även ges av bland annat psykolog, sjuksköterska, sjukgymnast eller kurator.

#### Utveckling av digitala verktyg

Digitala verktyg kan göra det lättare att bibehålla psykiskt välbefinnande och förebygga psykiska besvär, exempelvis genom att stötta i egenvård och med skyddsfaktorer såsom sömn, stresshantering och fysisk aktivitet. Många personer med psykisk ohälsa behöver insatser från olika aktörer, och digitala verktyg kan underlätta samordningen. Digitaliseringen har kommit olika långt inom olika delar av området psykisk hälsa och i olika delar av landet (186).

#### Internationellt samarbete

Psykisk ohälsa har återkommande lyfts som ett prioriterat område av flera internationella organ, däribland WHO, OECD, FN och EU, och länge pekats ut som en av de stora framtidsutmaningarna (42). Psykisk hälsa är således en global angelägenhet, och det behövs ett aktivt engagemang i policyutveckling och internationellt kunskaps- och erfarenhetsutbyte för att öka takten i utvecklingsarbetet. Till exempel är det viktigt med kunskapsspridning och innovation mellan statliga, regionala och lokala aktörer liksom civilsamhället i Sverige och deras motsvarigheter i andra länder (42). Eftersom många aktörer också har ansvar utifrån olika forskningsområden, sektorsansvar och politikområden finns behov av en större samverkan och tydligare rollfördelning i det internationella arbetet, något som den tidigare nationella samordnaren också lyft i SOU:2018:90 (42).

### Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention fokuserar på följande insatsområden:

1. Forskning för kunskapsutveckling i alla delmål.
2. Närmare koppling mellan forskning, policy och praktik.
3. Förbättra möjligheterna till uppföljning.
4. Utveckling av digitala verktyg för individer och samhällsaktörer.
5. Utöka det internationella samarbetet och kunskaps- och erfarenhetsutbytet.

## DEL 2: Myndigheternas förslag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention

### Det handlar om livet – nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention

Den psykiska hälsan har stor betydelse för oss alla. Den påverkar vårt välbefinnande och vår vardag, vår uppväxt, utbildning och arbete. Den som har en god psykisk hälsa kan lättare relatera till och samspela med andra, fungera väl i samhället och i olika vardagssituationer, hantera problem och utmaningar som uppstår i livet och utvecklas i olika avseenden. Den psykiska hälsan är inte konstant utan förändras under livsloppet vilket innebär att det går att påverka den psykiska hälsan hos människor genom hela livet.

Med strategiförslaget vill vi förena arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicidalitet med rätten till vård och stöd vid psykisk ohälsa. Bara om vi arbetar utifrån dessa perspektiv samtidigt kan vi uppnå en god och jämlik psykisk hälsa.

Syftet med denna nationella strategi för psykisk hälsa och suicidprevention är att stärka arbetet med att förbättra den psykiska hälsan i befolkningen, förebygga psykisk ohälsa och suicid och förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa. Strategin fokuserar både på nuvarande och kommande generationers psykiska hälsa och belyser nödvändigheten av att skapa socialt hållbara samhällsstrukturer.

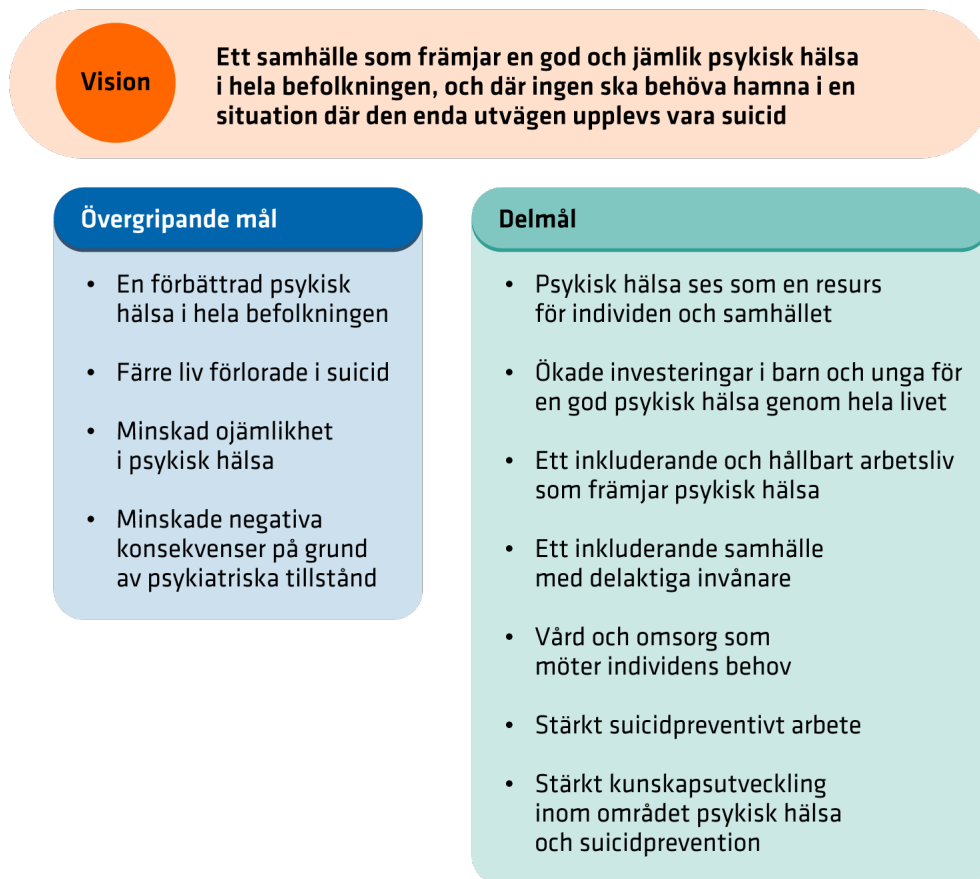
Strategin ska uppmärksamma området psykisk hälsa och suicidprevention och ge det en tydlig prioritet, och den utgör en plattform med gemensamma mål för alla samhällets aktörer att samlas kring. Genom en stärkt nationell samordning och uppföljning på området ska strategin också bidra till att öka kvaliteten, effektiviteten och långsiktigheten i arbetet på området.

Ett effektivt arbete utifrån strategins ambition kräver både politiska och verksamhetsnära beslut och satsningar på olika nivåer i samhället. Olika samhällsaktörer har olika möjligheter och mandat att arbeta utifrån strategins olika delar och förhoppningen är att så många som möjligt vill vara med och bidra i det viktiga arbetet framåt.

## Strategins struktur

Den nationella strategin ska löpa över 10 år med en vision och en målstruktur bestående av fyra övergripande mål och sju delmål, se figur 2. Inom varje delmål föreslår myndigheterna ett antal insatsområden med prioriteringar som arbetet under strategiperioden behöver vara inriktat på.

Figur 2: Strategins struktur



## Vision

Detta är visionen för den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention:

*Ett samhälle som främjar en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen, och där ingen ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara suicid*

Visionen tydliggör samhällets ansvar för att skapa förutsättningar för en god, jämställd och jämlik psykisk hälsa. Det innebär en strävan efter ett samhälle som värdesätter och skyddar en god psykisk hälsa och som främjar psykiskt välbefinnande i hela befolkningen. Det handlar om ett tillgängligt samhälle där alla kan vara delaktiga på jämlika och jämställda villkor och åtnjuta sina rättigheter. I ett sådant samhälle arbetar man också aktivt och effektivt för att förebygga psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, när så är möjligt, och säkerställer att de

som behöver vård och stöd får effektiva insatser i tid och utifrån sina behov. I ett sådant samhälle ska alla samhällsaktörer göra allt de kan för att kraftfullt minska förekomsten av suicid och suicidförsök.

## Övergripande mål

Strategin har fyra övergripande mål. De är långsiktiga och svarar mot visionens del att uppnå en god och jämlik psykisk hälsa.

1. En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen.
2. Färre liv förlorade i suicid.
3. Minskad ojämlikhet i psykisk hälsa.
4. Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd.

## Delmål och insatsområden

Strategin har sju delmål. De bidrar enskilt och tillsammans till att uppnå de övergripande målen och de förändringar som behövs för att åstadkomma detta.

1. Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället.
2. Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet.
3. Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa.
4. Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare.
5. Vård och omsorg som möter individens behov.
6. Stärkt suicidpreventivt arbete.
7. Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Inom varje delmål ryms ett antal insatsområden med prioriteringar som olika offentliga aktörer på nationell, regional och kommunal nivå samt aktörer från privat sektor och civilsamhället kan arbeta utifrån.

### 1. Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället

Hälsa kan ses som en ständigt pågående process och som en resurs för varje individ. Genom att betrakta psykisk hälsa som en resurs och stärka arbetet med att främja det psykiska välbefinnandet får befolkningen förutsättningar för att utvecklas och uppnå sin fulla potential. Det i sig är ett angeläget mål, som i sin tur också bidrar till en hållbar social utveckling för nuvarande och kommande generationer. För att uppnå delmål 1 föreslår vi tre insatsområden:

#### 1.1 Stärk arbetet med att främja psykiskt välbefinnande

Det behövs ett ökat fokus på det som stärker människors hela livssituation och skapar mening och sammanhang. Det kan vara insatser som riktar sig till individers livsområden och vardagsarenor såsom bostad, skola, arbete och närmiljöer men också insatser som syftar till att stärka individers egna förmågor och resurser. Det

psykiska välbefinnandet och faktorerna som påverkar det samspekar med varandra och därför är investeringar i befolkningens psykiska välbefinnande också en möjliggörare för god samhällsutveckling.

Fokus för detta område bör vara att:

- öka arbetet med att främja psykisk hälsa och stärka de faktorer som ökar välbefinnande och motståndskraft.
- öka kunskapen om existentiella frågor betydelse för den psykiska hälsan.

### 1.2 Genomför insatser för att stärka allmänhetens kunskaper om psykisk hälsa

Mer kunskap om vad psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande är och vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa är viktigt. Det kan också hjälpa till att skapa förståelse för hur psykisk ohälsa kan ta sig uttryck, hur man kan stödja någon som inte mår bra eller veta när och hur man söker stöd och hjälp om det behövs. Fokus för detta område bör vara att:

- tillgängliggöra och sprida information och kunskap om psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande till allmänheten; informationen bör vara kvalitetssäkrad, anpassad och tillgängliggjord utifrån olika gruppers behov och förutsättningar
- göra riktade insatser för att stärka barns och ungas resiliens, exempelvis sprida kunskap om sätt att hantera känslor och stärka tron på sig själv.

### 1.3 Öka kunskapen om globala samhällsförändringars påverkan på psykisk hälsa

Samhället och människors hälsa påverkas av samhällsekonomisk och teknisk utveckling, konflikter och klimatförändringar. Flera av dessa samhällsförändringar har samband och interagerar med varandra. Fokus för detta område bör vara att:

- Öka kunskapen om hur man kan skapa motståndskraft och upprätthålla psykisk hälsa och välbefinnande i ett föränderligt samhälle.

## 2. Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet

En god psykisk hälsa byggs i stor utsträckning upp under barndomen och ungdomen, och hälsan genom hela livet gynnas av goda hemförhållanden, trygga relationer hemma och i skolmiljön och en meningsfull fritid. Därför är det viktigt att investera i barn och unga och ge dem bästa möjliga förutsättningar att få en trygg uppväxt och utvecklas, lära och må bra i förskolan, i skolan och på fritiden. För barn som drabbas av psykisk ohälsa måste det också finnas tidiga och lättillgängliga stöd samt vård och behandling utifrån behov.

För att uppnå delmål 2 förslår vi åtta insatsområden:

## 2.1 Stärk arbetet för en trygg uppväxt för alla barn

Barn och unga som växer upp med goda levnadsförhållanden har bättre förutsättningar för psykiskt välbefinnande och minskad risk för psykisk ohälsa och suicid senare i livet. Fokus för detta område bör vara att:

- stärka insatser till föräldrar, till exempel genom att öka kunskapen om och tillgången till föräldrastöd.
- tidigt i barns liv identifiera och uppmärksamma de som lever i olika former av utsatthet, har upplevt trauma eller har utsatts för våld.
- ökat fokus och riktade insatser till barn med funktionsnedsättningar.
- säkerställa en jämlik tillgång till mödra- och barnhälsovård.
- utveckla socialtjänstens förebyggande arbete, i linje med förslaget i utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47).

## 2.2 Ökat fokus på förskolan som hälsofrämjande arena

En hälsofrämjande förskola av hög kvalitet innebär att det finns utrymme att bygga gemenskap och skapa en positiv atmosfär för lärande. Förskolan kan också vara särskilt viktig för barn vars hemmiljö brister på något vis eller för barn med ogynnsam utveckling. Fokus för detta område bör vara att:

- arbeta för hög kvalitet i förskolan.
- stärka förskolans hälsofrämjande arbete.
- stärka förskolans arbete med att tidigt uppmärksamma barn i behov av särskilt stöd.

## 2.3 Säkerställ likvärdiga möjligheter till lärande, utveckling och hälsa för alla barn

Fullgjord grundskola och gymnasieexamen är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för god psykisk hälsa och goda livsmöjligheter senare i livet. Skolan har ett kompensatoriskt uppdrag som innebär att alla elever ska få goda förutsättningar för att nå målen med utbildningen, oavsett utgångsposition. I en verksamhet där de kompensatoriska insatserna fungerar väl har alla barn och elever likvärdiga möjligheter att utvecklas och lära. Fokus för detta område bör vara att:

- göra insatser för minskad skolegregation, till exempel särskilda kompensatoriska insatser till förskolor och skolor i områden med socioekonomiska utmaningar och till barn och elever med särskilda utmaningar i sitt lärande, exempelvis på grund av funktionsnedsättning.
- tidigt upptäcka lärmiljöer som inte gynnar elevers lärande, utveckling och hälsa.
- stärka skolans möjligheter att möta barn och elever med psykiatriska tillstånd, såsom exempelvis neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.



#### 2.4 Stärk arbetet med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan

Skolan ska arbeta för en god lärmiljö som främjar lärande, utveckling och hälsa, för att eleverna ska stärka eller bibehålla sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande och få en så positiv skolsituation som möjligt. Det kan handla om arbete för att elever ska ha stödjande och tillitsfulla relationer till skolpersonal och skolkamrater och känna sig delaktiga i sitt lärande. Det kan också handla om arbete mot mobbning, kränkningar och diskriminering. Elevhälsan spelar en viktig roll för att i samverkan med lärare och övrig personal bedriva skolans hälsofrämjande arbete på individ-, grupp- och skolenhetsnivå. Fokus för detta område bör vara att:

- fortsätta att stärka skolans arbete mot kränkande behandling och diskriminering.
- stärka förutsättningarna för skolans närvarofrämjande arbete.
- stärka kunskapen om psykisk hälsa hos lärare och elevhälsans personal.
- stärka skolans förutsättningar för att arbeta med värdegrund och elevhälsa.
- säkerställa att eleverna har jämlik tillgång till elevhälsan och att den samlade kompetens som krävs finns tillgänglig.

#### 2.5 Öka arbetet med att skapa en meningsfull fritid för barn och unga

Barn och unga behöver få möjligheter att vara fysiskt aktiva och kreativa samt utveckla sina sociala och kognitiva färdigheter. Trygga mötesplatser och meningsfulla och samtidigt utmanande fritidsaktiviteter bidrar till barns och ungas utveckling och ger möjlighet till social gemenskap med andra. Fokus för detta område bör vara att:

- öka tillgången till lättillgängliga verksamheter för barn och unga inom bland annat kultur, idrott och friluftsliv.
- arbeta för att fritidsaktiviteter görs tillgängliga och når en bredd av barn och unga utifrån deras olika behov och förutsättningar, till exempel inkluderande aktiviteter för barn och unga med fysiska, psykiska eller intellektuella funktionsnedsättningar.
- rikta insatser till områden där barn och unga har sämre förutsättningar för att delta i fritidsaktiviteter.
- sprida kunskap om normer, identitet, psykisk hälsa och särskilt utsatta grupper till vuxna som leder fritidsaktiviteter.

#### 2.6 Säkerställ en säker och hälsofrämjande digital uppväxtmiljö

Barn och unga tillbringar en stor del av sin tid med digitala medier, såsom sociala medieplattformar och spel, och dessa är nu så integrerade i barns och ungas vardagliga liv att de kan betraktas som digitala uppväxtmiljöer. Via dessa medier kan barn finna information, kommunicera med andra och uttrycka sig på nya sätt, vilket kan bidra till kunskap, social gemenskap och demokratiskt deltagande. Men användningen kan också påverka den psykiska hälsan negativt genom sociala

jämförelser, kränkningar och annan utsatthet, och användningen kan leda till sämre levnadsvanor när det gäller sömn, mat och fysisk aktivitet. Fokus för detta område bör vara att:

- tillgodose barns och ungas behov av goda digitala miljöer, med ett särskilt fokus på att stärka dem som har störst risk för att fara illa i de digitala miljöerna.
- utveckla arbetet med att skydda barn och unga från skadligt och otillförlitligt material samt alla former av våld i den digitala miljön.
- öka kunskapen om kopplingen mellan digitala medier och barns och ungdomars psykiska hälsa.
- öka kunskapen om barns medieanvändning bland professioner som möter barn och unga med suicidtankar.

### 2.7 Öka olika former av stödinsatser utifrån barns och ungas behov

Barn och unga uttrycker behov av lättillgänglig information om var man kan få hjälp eller stöd i frågor som rör psykisk hälsa. Det är därför viktigt att det finns tillgängliga verksamheter med kompetens som kan möta barn och unga i olika åldrar och med olika förutsättningar. Fokus för detta område bör vara att:

- arbeta för bättre och mer tillgänglig information om vart man kan vända sig med olika typer av frågor om och vid olika typer av psykisk ohälsa.
- stärka verksamheter som erbjuder råd och stöd om exempelvis hälsa, relationer, existentiella frågor och barns och ungas rättigheter eller medmänskligt stöd.
- arbeta för att ungdomsmottagningar i högre grad ska nå grupper som idag inte söker sig till verksamheten.
- stärka studenthälsans arbete.
- skapa ett jämlikt utbud av fysiskt och digitalt stöd och arbeta för att nå grupper som av olika skäl inte söker stöd.

### 2.8 Stärk tidiga och samordnade insatser utifrån barns och ungas behov

Barn och unga som mår dåligt behöver uppmärksammas tidigt för att få det stöd och den vård som de behöver. Det minskar risken för att de senare behöver insatser inom specialiserad barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänst. Tidiga insatser handlar både om tidigt i ålder och tidigt i en ogynnsam utveckling. Ansvaret för tidiga och samordnade insatser finns hos olika verksamheter och huvudmän, bland annat skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Fokus för detta område bör vara att:

- inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan tidigt uppmärksamma och följa upp olika riskfaktorer eller tecken på psykisk ohälsa; detta behöver också beaktas i arbetet med ett nytt nationellt barnhälsoprogram.

- öka primärvårdens kompetens och metoder för att möta barn och unga som behöver vård på grund av psykisk ohälsa.
- stärka den specialiserade vårdens konsultativa roll för att bli mer tillgänglig för primärvården och skolan.
- den specialiserade vården, socialtjänsten, förskolan och skolan samordnar sitt arbete för barn och unga med stora och långvariga behov.

### 3. Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa

För att nå strategins övergripande mål behövs ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa. Inkluderande handlar om att fler individer och grupper med olika bakgrunder kan få anställning och vara del av arbetslivet. Hållbart handlar om en god och tillgänglig arbetsmiljö för alla och stöd till dem som återgår till arbete efter en sjukskrivning. En förutsättning för ett inkluderande och hållbart arbetsliv är att yrkesverksamma har verktyg för bra bemötande.

För att uppnå delmål 3 föreslår vi fem insatsområden:

#### 3.1 Stärk arbetet för en god arbetsmiljö som främjar psykisk hälsa

En god arbetsmiljö ger förutsättningar för människor att fungera, utvecklas och må bra på jobbet, och bidrar därmed till en god psykisk hälsa. Arbete för goda organisatoriska och sociala arbetsförhållanden handlar exempelvis om att förebygga riskfaktorer för psykisk ohälsa såsom långvarig stress, konflikter och mobbning, och om att främja friskfaktorer för psykisk hälsa såsom trygghet, balans mellan jobb och fritid och stöd från chef och kollegor. Fokus för detta område bör vara att:

- fortsatt stödja implementering och tillsyn av föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö.
- säkerställa kompetens och resurser för att upprätthålla en god arbetsmiljö, till exempel genom att arbetsgivare anlitar företagshälsovård eller annan expertis.
- ta fram och sprida kunskap om frisk- och riskfaktorer för psykisk hälsa för olika yrken och branscher samt kunskap om implementering – framför allt kunskap om hälsofrämjande arbetsplatser och sätt att förebygga kränkande särbehandling, mobbning och sexuella trakasserier.
- förbättra den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inom vård och omsorg, sociala tjänster och utbildning, med hög sjukfrånvaro för stressrelaterad psykisk ohälsa; arbetet behöver beakta frågor om kompetensförsörjning och villkoren för vidareutbildning.
- förbättra den organisatoriska och sociala arbetsmiljön med fokus på ökad jämställdhet och minskad könssegrering på arbetsmarknaden, exempelvis genom ökad kunskapsutveckling och normmedvetenhet.
- sträva efter samordningsvinster i arbetet utifrån *En god arbetsmiljö för framtiden – regeringens arbetsmiljöstrategi 2021–2025*.

### 3.2 Öka stödet till elever i vuxenutbildningen

Kommuner och folkhögskolor erbjuder vuxenutbildning som möjliggör vidare etablering i arbetslivet. Sådan utbildning är till exempel viktig för personer med olika former av psykisk ohälsa som saknar gymnasieutbildning och för personer som invandrat till Sverige och behöver genomgå eller komplettera med svensk utbildning. I båda grupper finns individer med behov av psykosocialt stöd. Fokus för detta område bör vara att:

- anlita olika professioner inom vuxenutbildningen såsom studie- och yrkesvägledare, specialpedagog och kurator, och sträva efter tvärprofessionell samverkan, för att fler elever ska nå utbildningens mål.
- stärka samverkan mellan offentliga aktörer om insatser som främjar psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa bland komvuxelever, eftersom ansvaret delas av flera myndigheter och vårdgivare.
- stärka samverkan mellan offentliga aktörer för att identifiera insatser som motiverar fler att delta i vuxenutbildningen, särskilt unga som inte slutfört sin gymnasieutbildning.

### 3.3 Öka deltagandet i arbetslivet

Fler individer och grupper med svag anknytning till arbetslivet behöver förutsättningar för att få en anställning, exempelvis personer med psykiatriska tillstånd som påverkar arbetsförmågan, och då i synnerhet unga. Det är också viktigt att beakta andra grupper som riskerar längre perioder av arbetslöshet såsom äldre och personer födda utanför Europa. Fokus för detta område bör vara att:

- ordna fler anpassade arbeten och inkluderande rekrytering för att personer med psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning som påverkar arbetsförmågan kan få anställning.
- stärka samverkan mellan arbetsgivare och myndigheter om insatser för personer som står långt från arbetsmarknaden, och om former för att sprida goda och kostnadseffektiva exempel.
- öka kunskapen bland chefer, arbetsledare, fackligt förtroendevalda och skyddsombud om olika former av psykisk ohälsa, för att de ska kunna stötta arbetstagare och ta vara på deras förmågor.
- öka medvetenheten om normer och föra öppna samtal om psykisk ohälsa i arbetslivet för att bidra till minskad stigmatisering, diskriminering och mobbning.
- öka kunskapen om långtidsarbetslöshet bland olika grupper såsom äldre och möjligheterna att få anställning.

En del personer har så nedsatt arbetsförmåga att de inte kan få en anställning inom ramen för de anställningsformer som finns på arbetsmarknaden. Det är viktigt att dessa personer får tillgång till andra former av meningsfull sysselsättning. Sådan sysselsättning adresseras i delmål 4 och 5.

### 3.4 Öka kunskapen om stöd vid sjukdom och funktionsnedsättning

För personer som blir sjukskrivna till följd av psykisk ohälsa är sjukförsäkringen ett viktigt bidrag till inkomst och för återhämtning. Sjukförsäkringen och processen för att gå från en ersättning till arbete ska fungera likvärdigt för alla, oavsett diagnos, och samtidigt vara utformad utifrån individens behov. Fokus för detta område bör vara att:

- öka kunskapen om samordning och insatser som är effektiva för arbetsåtergång för personer med olika former av psykisk ohälsa.
- utveckla dialogen mellan individ, arbetsgivare, myndigheter och hälso- och sjukvård för att bättre stödja och möta behoven hos personer med psykisk ohälsa – både individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och personer som riskerar sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa.
- öka kännedomen bland chefer, arbetsledare, fackligt förtroendevalda och skyddsombud om föreskrifterna om arbetsanpassning, i syfte att ge tidigt stöd till personer med psykisk ohälsa.

### 3.5 Stärk det professionella bemötandet i offentliga verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa

Anställda inom offentliga verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa behöver kunskap om olika former av psykisk ohälsa och hur de kan komma till uttryck, för att de ska kunna ge ett bra bemötande och även få trygga och goda arbetsförhållanden. Det gäller särskilt verksamheter som arbetar med myndighetsutövning, där frihetsberövade personer vistas, och verksamheter vars anställda har kontakt med personer som befinner sig i psykisk kris. Fokus för detta område bör vara att:

- ge offentligt anställda kunskap om psykisk ohälsa och verktyg för ett bra bemötande, som är anpassade utifrån arbetsuppgifterna, både i grundutbildning och genom återkommande kompetensutveckling på arbetsplatser utifrån identifierade behov.
- ge vissa yrkesgrupper särskild kunskap om den lagstiftning som anger skyldigheter om till exempel likabehandling och samverkan.
- använda kunskaper och erfarenheter för att kontinuerligt anpassa arbetssätt, lokaler och utrustning utifrån verksamhetens uppdrag och för att säkra ett gott bemötande.

## 4 Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare

För att nå strategins övergripande mål behöver förutsättningarna för ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare stärkas. Delaktighet handlar om att kunna påverka sitt vardagsliv och faktorer i samhället i stort. Inkludering handlar om att vara del av sociala gemenskaper och känna samhörighet med och tillit till andra människor. När samhällets utformning utgår från en alltför snäv norm utestängs grupper både fysiskt och socialt, vilket ökar risken för psykisk ohälsa och

ökar ohälsans negativa konsekvenser. För att uppnå delaktighet och inkludering krävs ett tillgängligt samhälle som kan möta människor med olika förutsättningar och funktionsförmåga.

För att uppnå delmål 4 föreslår vi fem insatsområden:

#### 4.1 Minska stigmatisering och diskriminering av personer med psykisk ohälsa

Det finns negativa föreställningar om personer med psykiatriska tillstånd eller suicidalitet hos allmänheten, men även inom exempelvis skolan, arbetsmarknaden, hälso- och sjukvården, rättsväsendet och medierna. Det kan göra att personerna stigmatiseras och diskrimineras, vilket i sin tur leder till att de är mindre delaktiga i samhället, får sämre livskvalitet och får svårare att återhämta sig från psykiatriska tillstånd. Därför behöver strategin omfatta arbete för att minska stigmatisering och diskriminering. Fokus för detta område bör vara att:

- mäta kunskaper, attityder och beteenden i befolkningen gentemot personer med psykisk ohälsa för att identifiera var okunskap och negativa föreställningar finns och hur de tar sig uttryck.
- göra kompletterande fördjupningsstudier av upplevd stigmatisering och diskriminering för att kunna höja kunskapsnivån och förändra negativa attityder och diskriminerande beteenden.
- se till att kunskapshöjande insatser är målgruppsanpassade samt helst integreras i ordinarie verksamheter och utförs vid upprepade tillfällen.
- utveckla insatser för att minska stigmatisering och diskriminering tillsammans med personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa.
- utveckla insatser som bygger på möten med personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller suicidalitet, eller med deras närstående.

#### 4.2 Utveckla insatser för grupper med ökad risk för psykisk ohälsa

Individer med erfarenhet av diskriminering eller upprepad kränkande behandling har en ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa, liksom personer med dåliga socioekonomiska förutsättningar. Fokus för detta område bör vara att:

- utforma insatser utifrån kunskap om grupp-specifika faktorer som främjar psykisk hälsa eller förebygger olika former av psykisk ohälsa.
- utforma insatser utifrån målgruppernas erfarenheter.
- utvärdera riktade och anpassade insatser för att identifiera goda exempel som kan spridas och användas.
- i större utsträckning synliggöra olika grupper i information och kommunikation om psykisk hälsa för att motverka hinder för delaktighet och inkludering.

#### 4.3 Öka samisk delaktighet och inkludering

Urfolket samernas psykiska hälsa påverkas av samma faktorer som andra människors, men präglas också av folkets unika historia, kultur och samhälle. Som ett urfolk har samerna rätt att delta i samhällsliga beslutsprocesser på alla nivåer, och till inflytande i frågor som särskilt berör dem. Det är därför viktigt att samer säkras möjlighet att ta ansvar för att stärka sin psykiska hälsa och förebygga suicid, men också att påverka det arbete som utförs i samhället i stort, och belysa frågor som är särskilt relevanta för dem. Fokus för detta område bör vara att:

- utgå från ett samiskt holistiskt synsätt på psykisk hälsa, där samisk kultur och språk ses som grundläggande resurser för att samer ska må bra och kunna leva goda liv.
- följa upp samers tillgång till vård- och stödinsatser och säkerställa att insatserna möter behoven; detta är särskilt viktigt eftersom kulturella och kontextuella aspekter påverkar hur vårdmötet upplevs och utfaller.
- se till att vårdpersonal har kompetens att möta behovet av anpassade vård- och stödinsatser, genom utbildning som bygger på kunskap om gruppens psykiska hälsa, faktorer som påverkar den och sätt att stärka hälsan.
- fortsatt regelbunden uppföljning av psykisk hälsa samt suicidalitet bland samer.

#### 4.4 Investera i sociala aktiviteter och socialt stöd

Att ha sociala relationer och uppleva socialt stöd är viktigt för en god psykisk hälsa. Brist på sådana relationer och sådant stöd är vanligare bland personer med psykiatriska tillstånd, och i synnerhet de med svåra tillstånd. Det är också vanligare bland unga och de allra äldsta, och bland olika minoriteter såsom personer med funktionsnedsättning och hbtqi-personer. Fokus för detta område bör vara att:

- uppmuntra och stödja individer och grupper att organisera sig och delta i aktiviteter inom skapande verksamheter, fysisk aktivitet och existentiella frågor, och öka medvetenheten om att sådana aktiviteter främjar psykisk hälsa och återhämtning från psykiatriska tillstånd.
- öka kompetens om och motivation till att använda digitala verktyg för grupper som saknar grundläggande digitala kunskaper.
- erbjuda verksamheter som ger meningsfull sysselsättning för personer med psykiatriska tillstånd, för att bryta isolering, tillgodose behov av social samvaro och meningsfull vardag och främja delaktighet i samhället.
- stödja verksamheter som tillhandahåller självhjälp, stödgrupper, telefon- och chattstöd, sociala mötesplatser och digitala former av medmänskligt och psykosocialt stöd, eftersom de kompletterar exempelvis hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter.
- fortsatt stödja civilsamhällets organisationer, både ekonomiskt och genom att upplåta lokaler för verksamhet.

- stärka samverkan mellan offentliga aktörer och civilsamhällets organisationer för att få ett gemensamt lärande om insatser från olika aktörer.

#### 4.5 Utveckla närområden som främjar delaktighet och inkludering

Människors närområden kan bidra till ökad delaktighet och inkludering. En god samhällsplanering är avgörande för att skapa tillgängliga närområden som främjar psykiskt välbefinnande. Fokus för detta område bör vara att:

- planera nya och befintliga närområden så att det finns en blandning av bostäder, arbetsplatser och servicefunktioner som gynnar gemenskap.
- ordna offentliga platser i närområden, såsom bibliotek, föreningslokaler och andra sociala träffpunkter, för att motverka ofrivillig ensamhet och social isolering.
- se till att närområden innehåller grönområden och platser som främjar fysisk aktivitet och lämnar utrymme för avkoppling och stillhet.
- beakta säkerheten och tryggheten för de som bor och vistas i närområden i planering, byggande och underhåll, och ta hänsyn till jämställdhet mellan kvinnor och män och flickor och pojkar samt utsatta grupper.
- utveckla närområden som bidrar till jämlika livsvillkor och en trygg boendesituation för olika grupper.

### 5 Vård och omsorg som möter individens behov

Hälso- och sjukvårdens verksamheter med sin förebyggande, utredande, behandlande, habiliterande och rehabiliterande uppdrag har en central roll i arbetet för att nå strategins alla övergripande mål. Likaså kommunala verksamheter, främst socialtjänst, socialpsykiatri och kommunal hälso- och sjukvård med sitt ansvar att främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet.

För att uppnå delmålet om vård och omsorg som möter individens behov behöver verksamheter inom hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten systematiskt stärkas och utveckla sitt arbete med psykisk hälsa och ohälsa, bland annat genom ökade resurser samt bättre och effektivare arbetssätt. Vi föreslår nio insatsområden:

#### 5.1 Stärk ledarskapet på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Ledarskapet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har en avgörande roll för att skapa långsiktiga och hållbara organisatoriska förutsättningar för och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i åtgärder och insatser till enskilda personer inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och stöd och service till vissa funktionshindrade (nedan kallat vård och omsorg). Fokus för detta område bör vara att:



- tydliggöra ledarskapets ansvar och betydelse för kvaliteten och det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheternas ledningssystem.
- stärka ledarskapet på alla nivåer för att säkerställa kompetensförsörjning, kompetensutveckling och god arbetsmiljö för personalen samt för att införa nya metoder och arbetsätt på ett säkert sätt och säkerställa att verksamheterna har och följer ändamålsenliga processer och rutiner.
- se till att ledningsfunktioner på alla nivåer utformar effektiva processer, aktiviteter och rutiner för samarbete mellan olika verksamheter som underlättar att verksamheterna tar ett gemensamt ansvar för att möta individens behov.
- se till att ledningsfunktioner på alla nivåer har kompetens om risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa, om behov hos personer med psykiatriska tillstånd, funktionsnedsättningar och komplexa vård- och stödbehov samt om suicidalitet.

## 5.2 Säkerställ grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och suicidalitet i alla delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten

Det är vanligt med samsjuklighet mellan psykiatriska tillstånd och somatiska sjukdomar eller munhålets sjukdomar, men för många patienter upptäcks det sent i ett sjukdomsförlopp eller inte alls. Därför är det viktigt att alla delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten har grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och suicidalitet. Fokus för detta område bör vara följande:

- Personal som möter patienter eller brukare behöver ha grundläggande kunskap om och höja sin kompetens för att
  - uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa eller varningssignaler om suicidalitet, och vid behov kunna hänvisa personen till rätt vård- och stödinstitans.
  - förstå att psykisk ohälsa kan komma till uttryck på olika sätt hos exempelvis barn och unga, äldre personer, kvinnor och män eller personer med intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.
  - anpassa behandling och omvårdnad efter eventuella funktionsnedsättningar som psykiatriska tillstånd medför.
  - bemöta personer med psykiatriska tillstånd eller särskild risk för att utveckla sådana på ett adekvat och respektfullt sätt.
- Verksamheter som möter personer med psykiatriska tillstånd behöver utveckla arbetsätt för att identifiera eventuell somatisk sjuklighet hos personer med psykiatriska tillstånd och säkerställa att dessa personer får adekvat behandling för sin somatiska sjuklighet. Verksamheterna behöver även arbeta hälsofrämjande och hindra uppkomsten av förebyggbara sjukdomar hos personer med psykiatriska tillstånd, så som exempelvis hjärt-kärlsjukdom, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar.

- Ökade kunskaper om psykisk ohälsa och samsjuklighet är särskilt aktuellt för icke-legitimerad personal inom äldreomsorg, inom LSS-verksamheter och på HVB-hem men även för personal inom bland annat Kriminalvården, Migrationsverket och SiS-institutioner.

### 5.3 Stärk patient- och brukarinflytande i vården och omsorgen

För att uppnå delmålet om vård och omsorg som möter individens behov behöver hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal ha ett personcentrerat förhållningssätt, integrera patienternas och brukarnas erfarenheter och förväntningar i vård- och omsorgsarbetet och se dessa som en betydelsefull tillgång i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Fokus för detta område bör vara att:

- planera, utforma och genomföra vård- och stödinsatser i samråd med patienterna och brukarna och eventuellt deras anhöriga eller andra närstående.
- beakta patienters, brukares, anhörigas och andra närståendes åsikter om kvalitet och patientsäkerhet i olika verksamheter vid verksamhetsutveckling inom kommun och region.
- involvera företrädare för patienter, brukare, anhöriga och andra närstående i dialoger med beslutsfattare där de kan bidra till ökad förståelse för patienternas och brukarnas behov samt vårdens och omsorgens resultat.
- utveckla former, metoder och strukturer för patient- och brukarinflytande och för patient- och brukarutvärdering av vård och omsorg, och integrera dem i verksamheternas systematiska förbättringsarbete.
- skapa goda förutsättningar för patienter, brukare, anhöriga och andra närstående att vara delaktiga i vården och omsorgen, och särskilt beakta personer som har svårt att få sina röster hörda såsom barn och unga, äldre, personer med svåra psykiatriska tillstånd och personer som lever i hemlöshet.

### 5.4 Stärk hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens hälsofrämjande och förebyggande arbete

Befolkningens psykiska och fysiska hälsa behöver stärkas, för att på sikt minska behovet av behandling för psykisk ohälsa och använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt. Därför behöver det hälsofrämjande arbetet genomsyra verksamheternas praktik, organisation och struktur. Fokus för detta område bör vara att:

- utveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt i hälso- och sjukvården och stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hela vårdkedjan.
- säkerställa att ett hälsofrämjande förhållningssätt präglar konkreta hälsofrämjande och förebyggande insatser, men också behandling, rehabilitering, uppföljning, råd och stöd, egenvård och stöd till befolkningsinriktade insatser.

- se till att hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande uppdrag tydligt framgår i avtal, handlingsplaner, rutiner och uppföljningar.
- säkerställa att medarbetare utvecklar kompetens och får förutsättningar att bedriva en hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
- se till att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riktas till alla individer, även de med svåra psykiatriska tillstånd eftersom ohälsosamma levnadsvanor kan innebära större hälsorisker för vissa personer med psykiatriska tillstånd än för andra grupper.

För att använda samhällets resurser mer effektivt är det viktigt att förebygga sociala problem, såsom fattigdom, hemlöshet och kriminalitet. Därför behöver socialtjänsten:

- stärka sitt förebyggande arbete i alla delar på samhälls-, grupp- och individnivå.
- integrera det förebyggande perspektivet i alla verksamheter.
- säkerställa en samordnad kunskapsutveckling samt spridning och implementering av kunskapsbaserade förebyggande metoder och arbetsätt i sina verksamheter.
- synliggöra det förebyggande arbetets innehåll, omfattning och utveckling över tid.

## 5.5 Förbättra tillgängligheten till vård och omsorg och gör den mer jämlik

God tillgänglighet är avgörande för en fungerande hälso- och sjukvård och omsorg. Det omfattar korta väntetider, tillgång till olika specialiteter och behandlingar oavsett var i landet man bor och tillgång till insatser och behandlingar som ges utifrån gruppspecifika behov eller individuella förutsättningar. Fokus för detta område bör vara följande:

- Det behöver bli enklare att få rätt insats av rätt aktör.
- Primärvården behöver bli bättre på att främja psykisk hälsa och förebygga och hantera psykisk ohälsa.
- Tillgängliga resurser inom specialpsykiatri behöver användas mer effektivt.
- Innovation behövs för att använda personalresurser mer effektivt.
- Jämlik vård och omsorg ökar tillgänglighet till vård- och stödinsatser.

### 5.5.1 Det behöver bli enklare att få rätt insats av rätt aktör

Enklare fysiska och digitala ingångar till hälso- och sjukvården för psykisk ohälsa samt via telefon behöver utvecklas för att tillhandahålla snabb bedömning och vid behov inleda en vårdkontakt direkt, utan remittering eller hänvisning till andra instanser. Sådana ingångar kan bidra till att vårdens och omsorgens resurser används mer effektivt och säkerställa att patienter och brukare får rätt insatser av rätt aktör i vårdkedjan.

- Sådana ingångar behöver
  - inkludera råd- och stödverksamheter som erbjuder professionella råd, vägledning och stöd till egenvård till dem som inte behöver ytterligare vård.
  - knyts till befintliga ingångar till hälso- och sjukvården via 1177 eller vård- och hälsocentraler, men kräver särskild kompetens inom psykisk ohälsa och suicidprevention.
  - ha möjlighet att vid behov koppla på akutpsykiatriska enheter såsom psykiatriska ambulanser.
- Det pågående arbetet med ”En väg in”-verksamheter för barn och unga behöver stärkas och utvecklas, och det behövs liknande verksamheter för vuxna.

#### 5.5.2 Primärvården behöver bli bättre på att främja psykisk hälsa och förebygga och hantera psykisk ohälsa

Specialistpsykiatrins resurser ska i första hand gå till patienter med störst behov, och därför behöver primärvården bli bättre på att arbeta hälsofrämjande samt upptäcka, diagnostisera och behandla lindriga och måttliga psykiatriska tillstånd, inklusive skadligt bruk och beroende. Omställningen till nära vård är en viktig del i detta arbete.

- Frågor om den psykiska hälsan behöver inkluderas vid olika hälsofrämjande och förebyggande kontakter, till exempel på ungdomsmottagningar, inom barn- och mödrahälsovården och inom elevhälsan.
- Primärvårdens ledning och styrning behöver säkerställa att det finns både grundläggande och särskild kompetens i form av exempelvis psykologer, sjuksköterskor och allmänläkare för att erbjuda tidiga insatser och omhänderta svåra och ihållande psykiska besvär samt lindriga och måttliga psykiatriska tillstånd.

#### 5.5.3 Tillgängliga resurser inom specialistpsykiatri behöver användas mer effektivt

Specialistpsykiatrins resurser behöver användas mer effektivt för att öka tillgängligheten till vård- och stödinsatser i olika delar av hälso- och sjukvården.

- Konsultationsstöd från specialistpsykiatri till primärvårdens verksamheter, liksom till elevhälsans medicinska insats behöver utvecklas och öka, för att patienter ska få adekvat psykiatrisk vård tidigt i sjukdomsförloppet inom primärvården.
- Konsultationsstöd från specialistpsykiatri till primärvårdens och somatiska specialistvårdens verksamheter behöver utvecklas och öka för att öka möjligheterna att ge god vård till patienter vars psykiska problematik påverkar somatisk utredning, vård och behandling, liksom till patienter med långvarig psykiatriskt tillstånd och samtidig kroppslig sjukdom.

- För patienter vars psykiatriska tillstånd inte är möjligt att bota behöver vård- och stödinsatser fokusera på att optimera deras funktionsförmåga, minska risken för att de ska skada sig själva eller andra och säkerställa att de kan vara delaktiga i samhället.

#### 5.5.4 Innovation behövs för att använda personalresurser mer effektivt

Innovativa arbetssätt kan frigöra personalresurser som i högre utsträckning behövs för patientnära arbete och därmed öka tillgängligheten till vård- och stödinsatser.

- Vård- och stödutbudet bör utökas (inte ersättas) med innovativa sätt att förmedla vård- och stödinsatser på, exempelvis gruppbehandlingar och självhjälpsprogram.
- Den digitala omställningen inom hälso- och sjukvården och omsorgen behöver påskyndas, stärkas och stödjas dels för att:
  - tillhandahålla digitala sätt att förmedla kvalitetssäkrade vård- och stödinsatser på, oavsett var i landet patienter och brukare befinner sig
  - effektivisera administrativa arbetsuppgifter för personalen.
- Samtidigt behöver kontaktvägarna och vårdutbudet ta hänsyn till grupper som inte kan ta del av en anpassad digital vård.

#### 5.5.5 Jämlik vård och omsorg ökar tillgänglighet till vård- och stödinsatser

För att vård- och stödinsatser ska nå och vara effektiva för olika grupper i samhället behöver personalens kompetens att bemöta, bedöma samt planera och genomföra vård- och stödinsatser utifrån olika gruppers specifika erfarenheter, behov och förutsättningar stärkas.

#### 5.6 Utveckla och öka uppföljningen och utvärderingen av insatser till patienter och brukare

Behandlingar och stödinsatser till enskilda patienter och klienter följs upp och utvärderas i för liten utsträckning, vilket medför såväl bristande kunskap om deras effektivitet som patientsäkerhetsrisker och sämre möjligheter att erbjuda rätt behandling. Ineffektiv läkemedelsbehandling kan exempelvis medföra en försämring av sjukdomstillståndet och öka risken för suicid eller suicidförsök.

Fokus för detta område bör vara att:

- systematiskt följa upp individuella vård- och stödinsatser för att se om de haft avsedd effekt, eller behöver justeras eller ersättas.
- systematiskt följa upp samverkan kring individen som del av uppföljningar och utvärderingar av behandlingar och stödinsatser till enskilda patienter och brukare.
- sammanställa resultat av individbaserade systematiska uppföljningar för att öka kunskapen och utveckla verksamheter.

- stärka och utveckla strukturer för en ändamålsenlig uppföljning inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter, med fokus på förbättring av patienters och brukares tillstånd.
- stärka och utveckla nationell samordning och stöd till kommuners och regioners arbete med individbaserade systematiska uppföljningar; exempelvis genom att
  - ta fram ändamålsenliga indikatorer och utfallsmått i samarbete med företrädare för patienter och brukare.
  - utveckla de nationella kvalitetsregistren inom specialistpsykiatri och primärvården.
- utveckla digitala plattformar där patienter och brukare kan skatta utfall av insatser och behandling samt utvärdera vården och omsorgen.
- stärka kompetensen och kapaciteten i alla led, från att systematiskt följa upp vård och omsorg för patienter och brukare, till att registrera och sammanställa data på ett ändamålsenligt sätt och senare utveckla verksamheterna baserat på dessa data.

#### 5.7 Stärk en effektiv samverkan som har individens behov i centrum

För att personer som behöver insatser från olika aktörer ska få den vård och omsorg de behöver behövs en effektiv samverkan mellan olika huvudmän, verksamheter och professioner. De behöver planera sina insatser utifrån individens samlade behov, snarare än utifrån enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. En välfungerande och effektiv samverkan kring enskilda personer bygger också förtroende för enskilda verksamheter och välfärdssamhället i stort. Fokus för detta område bör vara att:

- stärka samarbetet mellan olika verksamheter och professioner så att vård- och stödkedjorna blir mer sammanhållna, från upptäckt till uppföljning, och personer upplever att deras behov och tillstånd beaktas och handläggs personcentrerat och utifrån ett helhetsperspektiv.
- tydliggöra och formalisera strukturer för och organisering av samverkan mellan olika aktörer.
- intensifiera satsningar på multidisciplinära team där personal i vård och omsorg tillsammans, och med patienten eller brukaren samtalar om dennes behov och planerar insatser i en samordnad individuell plan (SIP).
- säkerställa att personer med psykiatriska tillstånd och behov av vård- och stödinsatser, som genom tvångslagar blir placerade i familjehem eller låsta miljöer, får den psykiatriska och somatiska vård de behöver, oavsett var i landet de befinner sig under placeringen. Detta kräver att en effektiv och välfungerande samverkan, rutiner och arbetssätt utvecklas mellan sjukvården och inrättningar så som SiS-hem, slutna psykiatrisk tvångsvård- eller rättspsykiatri, polisarrest, häkten, fängelser eller förvar.

- utveckla och öka arbetet med SIP så att relevanta vård- och stödgivare har rätt att initiera SIP-möten, att patientens eller brukarens behov står i centrum för och att patienten eller brukaren involveras i planeringen av vård och stödinsatser och att planeringen mynnar ut i ett åtagande från alla berörda vård- och stödgivare.
- säkerställa att personer med kroniska psykiatriska tillstånd får habiliterande insatser för bästa möjliga funktionsförmåga och deltagande i samhället, exempelvis att kunna ha en meningsfull sysselsättning, delta i sociala aktiviteter och ta del av kultur.
- se till att personliga ombud och vård- och stödsamordnare finns tillgängliga i hela landet, och minimera risken för att vård- och stödinsatser uteblir.
- öka kunskap om och användning av möjligheter att vid behov, inom ramen för befintlig lagstiftning, utbyta relevant information mellan olika berörda aktörer på ett ändamålsenligt sätt samt identifiera sammanhang där lagstiftningen kan hindra effektiv samverkan och vid behov se över offentlighets- och sekretesslagen.

#### 5.8 Stärk stödet till anhöriga eller andra närstående till personer med psykisk ohälsa

Många anhöriga eller andra närstående till personer med psykiatriska tillstånd eller suicidalitet utför ett stort och krävande arbete som innefattar praktiska, organisatoriska och emotionella utmaningar. Detta kan leda till stora påfrestningar och leda till sämre fysisk och psykisk hälsa, ekonomi och livskvalitet. Fokus för detta område bör vara att:

- stärka anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, i enighet med regeringens nationella anhörigstrategi, och säkerställa att de anhöriga eller andra närstående har tillgång till stöd som är utformat efter individuella behov.
- tydliggöra ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård för olika delar av anhörigstödet, i lagstiftning och i överenskommelser mellan regioner och kommuner.
- särskilt beakta barn som anhöriga.

#### 5.9 Säkra en trygg och meningsfull heldygnsvård och tvångsvård som främjar återhämtning

Vid tvångsvård har samhället ett extra stort ansvar för patienternas trygghet och det pågår flera nationella arbeten för att göra heldygnsvården mer likvärdig och jämlik över landet. Ändå förekommer regionala skillnader vad gäller förekomsten av psykiatrisk tvångsvård, vilken vård som erbjuds i heldygnsvården, kvaliteten i denna och hur den upplevs av patienterna. Fokus för detta område bör vara att:

- ta fram nationella rekommendationer om heldygnsvårdens innehåll

- förbättra patienternas vistelse på psykiatriska avdelningar (men även på SIS-institutioner samt HVB-hem) och skapa en trygg och meningsfull vård genom att utveckla
  - behandlingsinnehållet, för att patienterna ska uppleva att vården är ändamålsenlig och stärker deras egna resurser för återhämtning och ökad hälsa
  - den fysiska vårdmiljön, så att den känns trygg och upplevs främja återhämtning och bidra till att svåra situationer kan undvikas
  - den psykosociala vårdmiljön, så att patienterna får ett respektfullt och inkluderande bemötande som bidrar till att svåra situationer inte eskalerar
  - utbudet av meningsfulla aktiviteter och sociala sammanhang under vårdtiden
  - systematiskt och långsiktigt följa upp och förebygga tvångsåtgärder, bland annat genom att analysera situationer där tvångsåtgärder använts, lyssna på patienternas erfarenheter av tvångsåtgärder och arbeta aktivt med att minska hot och våld mot både personal och patienter.
- genomföra eventuella tvångsåtgärder så skonsamt och respektfullt som möjligt.

## 6 Stärkt suicidpreventivt arbete

Suicid och suicidförsök är folkhälsoproblem. Orsakerna bakom både fullbordade suicid och suicidförsök är ofta flera och komplexa. Det kan röra sig om psykisk ohälsa, men även andra faktorer såsom somatisk sjukdom och svåra livssituationer. Delmålet handlar därför inte bara om insatser för en säker vård och omsorg vid risk för suicid utan också om befolkningsinriktade insatser för goda livsvillkor och trygga, säkra miljöer. Det handlar även om att sätta in samordnade insatser för individer som befinner sig i en akut suicidal kris, att ge individer det stöd de behöver, att öka kunskaperna om suicid och suicidalitet, och därmed minska stigmatiseringen, och att ge stöd till dem som förlorat en närstående i suicid.

För att uppnå delmål 6 föreslår vi sex insatsområden.

### 6.1 Minska sociala och ekonomiska riskfaktorer kopplade till suicid

Centralt för det suicidpreventiva arbetet är att skapa förutsättningar för goda livsvillkor och stödjande miljöer, att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer, och deras negativa konsekvenser. Fokus för detta område bör vara att:

- minska förekomsten och minimera negativa konsekvenser av till exempel fattigdom, arbetslöshet, överskuldssättning, våld, ofrivillig ensamhet, beroendesjukdom och olika förluster.
- snabbt fånga upp personer med en svår livssituation och se till att de får ett bra bemötande och lämpligt stöd.



- öka individens förmåga att hantera livets motgångar och utmaningar, exempelvis genom att öka resiliensen redan i barndomen.
- integrera suicidpreventivt arbete med andra närliggande områden såsom arbetet med alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS) och patientsäkerhet.

## 6.2 Säker vård och omsorg vid risk för suicid

Individuellt utformade medicinska, psykologiska och psykosociala insatser behöver sättas in så tidigt som möjligt vid tecken på psykisk ohälsa, för att förebygga att personen utvecklar, försämrar eller återinsjuknar i ett psykiatriskt tillstånd eller annat som kan medföra risk för suicidalitet. Risken för suicid är påtagligt förhöjd efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård. Men även somatiska sjukdomar kan innebära ökad risk för suicid. Därför krävs insatser och kompetenser från olika delar av vården och omsorgen såsom prehospitäl vård (t.ex. vid omhändertagande av personer med psykisk ohälsa), primärvård, specialiserad psykiatri, somatiska specialiteter och kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänsten och LSS-verksamheter.

En funktionell vårdkedja minskar risken för att patienten ”faller mellan stolarna” eftersom det ofta är flera aktörer involverade i vård, behandling och stödinsatser. Detta gäller särskilt för individer i kris eller med komplexa psykiatriska tillstånd. Fokus för detta område bör vara att:

- öka lärandet inom ramen för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet; det är ett viktigt sätt att skapa förutsättningar för att minska suicidhandlingar och en grundläggande del i verksamhetsutvecklingen i vård och omsorg.
- kartlägga och minska risker och brister i vårdkedjan för att underlätta för säkra vårdövergångar, främja samarbete mellan aktörer och minska risken för suicid och suicidförsök.
- systematiskt följa upp suicidförsök eftersom tidigare försök är den enskilt starkaste riskfaktorn för suicid.
- utveckla, utvärdera och i hela landet införa vård- och behandlingsinsatser som är specifikt inriktade på att minska suicidalt beteende, exempelvis säkerhets- eller krisplaner som används allt mer men behöver spridas ytterligare.

## 6.3 Samordna insatser vid akuta suicidala händelser

I en akut suicidal kris kan en person hamna i ett nödläge där tankar på suicid snabbt övergår i handling. Krisen kan vara kortvarig och tillfällig, men trots det både allvarlig och livshotande. Därför behövs snabb tillgång till stöd och hjälp, liksom att omhändertagandet är samordnat mellan berörda aktörer. Fokus för detta område bör vara att:

- aktörer som involveras via 112-larm vid akuta suicidala händelser har kompetens och ett gemensamt arbetssätt; det gäller exempelvis larmcentral, polis, ambulanssjukvård, psykiatriska vårdresurser och kommunal räddningstjänst.

#### 6.4 Minska åtkomst till metoder och medel för suicid

Det går att minska suicid genom att göra det svårare att komma åt metoder och medel för att genomföra suicidala handlingar. Människor som överväger suicid är ofta ambivalenta och vid många allvarliga suicidförsök är det kort tid mellan tanke, plan och försök.

För att hindra impulsiva handlingar, till exempel under påverkan av alkohol eller narkotika, krävs insatser som skapar säkra miljöer och begränsar åtkomsten till metoder och medel för suicid. Den fysiska samhällsplaneringen och arbetet med säkerhetsåtgärder i transportsystemet bör alltid ta suicidprevention i beaktan. Det omfattar exempelvis att identifiera riskmiljöer och sätta in lämpliga åtgärder vid utsatta platser för suicid (så kallade hot-spots). Fokus för detta område bör vara att:

- minska åtkomst till metoder och medel för suicid i riskmiljöer inomhus (t.ex. låsta institutionsmiljöer som häkten och förvar), på sjukhus och utomhus, exempelvis genom intrångsskydd och fysiska barriärer vid vägar och järnvägar.
- minska åtkomsten till andra medel som används i suicidsyfte, exempelvis narkotika, läkemedel och vapen.
- utveckla och lyft fram stödjande och förebyggande innehåll i digitala miljöer, för att minska påverkan av suiciduppmuntrande kommunikation.

#### 6.5 Minska stigmatisering och öka kunskaper om suicid och suicidalitet

Okunskap om suicid och suicidalitet kan leda till negativa attityder och stigmatisering av individer som drabbas av psykisk ohälsa och suicidalitet. Förutom ett sämre bemötande inom t.ex. vården och omsorgen, kan det leda till självstigmatisering, som i sig kan medföra en ökad risk för suicid. Därtill omgärdas suicid ofta av tystnad som kan hindra både medmänskligt och professionellt stöd. Människonära yrkesgrupper behöver ha kunskap, helst redan i sin grundutbildning, om suicidprevention och om hur individer med sårbarhet i form av riskfaktorer för suicid kan bemötas. Fokus för detta område bör vara att:

- information om suicid och suicidalitet kommuniceras brett till allmänheten, för att medmänniskor ska ha bättre förutsättningar för att kunna stödja eller vägleda personer i kris.
- öka kunskapen och kompetensen om riskgrupper, tecken på suicidrisk och bemötande hos de som i sin yrkesutövning kan möta personer med suicidrisk, exempelvis personal inom vård, omsorg och skola samt larmoperatörer, poliser, ambulanspersonal och personal inom kommunal räddningstjänst.

- se till att framställning och rapportering av suicid i media sker på ett ansvarsfullt sätt, för att öka allmänhetens kunskaper och minska stigmatiseringen.
- ta vara på erfarenhet och kunskap hos patienter, brukare och anhöriga eller andra närstående, exempelvis genom ökat stöd till och samverkan med och mellan civilsamhällets organisationer.

#### 6.6 Stärk stödet till efterlevande efter suicid

En förlust genom suicid kan vara särskilt komplex och traumatisk, bland annat på grund av stigmatiseringen. Nära anhöriga eller andra närstående kan få sämre fysisk och psykisk hälsa, och suicidrisken ökar. Efterlevande till personer som avlidit i suicid är en särskilt sårbar grupp som behöver både praktiskt och emotionellt stöd. Fokus för detta område bör vara att:

- öka kunskapen om efterlevande efter suicid och deras behov av stöd, särskilt för yrkesverksamma som kommer i kontakt med efterlevande men även i samhället i stort.
- se till att stöd erbjuds mer systematiskt och mer jämlikt i landet, oavsett om det erbjuds av offentliga aktörer eller civilsamhällets aktörer och oavsett om stödet gäller i det akuta skedet eller långsiktigt.
- särskilt beakta barn som har förlorat en förälder i suicid; det är en utsatt grupp som enligt hälso- och sjukvårdslagen har rätt till både information och stöd.

### 7 Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Detta delmål beskriver gemensamma utvecklingsområden och en samlad riktning för kunskapsutveckling inom psykisk hälsa och suicidprevention, som kräver samverkan mellan forskningsutförare, forskningsfinansiärer och andra samhällsaktörer. Arbetet med att genomföra och följa upp den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention kan bidra med kunskap inom området.

För att uppnå delmål 7 förslår vi fem insatsområden:

#### 7.1 Forskning för kunskapsutveckling i alla delmål

Forskning och mer kunskap behövs inom strategins samtliga delmål och arbetet rör en rad forskningsområden såsom humaniora, samhällsvetenskap, medicin och hälsa och utbildningsvetenskap. Forskning som grund för kunskapsutveckling behöver ha långsiktiga och stabila förutsättningar, men också flexibilitet för att hantera uppkomna behov. Grundforskning, behovsmotiverad forskning och forskningsbaserad innovation behöver komplettera varandra. Fokus för detta område bör vara att:

- stimulera tvärsektoriell, tvärvetenskaplig och praktisknära forskning med en främjande och förebyggande ansats eller en behandlande och rehabiliterande

ansats samt stärka kunskaperna om komplexa förändringsprocesser i samverkan mellan olika samhällsaktörer.

- skapa samverkan mellan strategiarbetet och Fortes arbete med det tioåriga nationella forskningsprogrammet om psykisk hälsa.
- följa upp och utvärdera forskningsprogrammet om psykisk hälsa för att framtida insatser och investeringar ska komma samhället till nytta.
- komplettera det nationella forskningsprogrammet med särskilda satsningar som exempelvis forskarskolor, kombinationstjänster eller excellenscenter.

## 7.2 Närmare koppling mellan forskning, policy och praktik

Forskning kan bidra till policyer och praktik för att möta olika samhällsutmaningar. Sättet att utforma, bedriva och kommunicera forskningen har betydelse för om och hur kunskaper används utanför akademien. Det finns olika strukturer som syftar till att verksamheter inom området psykisk hälsa och suicidprevention ska utformas utifrån bästa tillgängliga kunskap, exempelvis Rådet för styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, liksom många myndigheters omfattande kunskapsuppdrag. Med dessa strukturer som grund kan strategiarbetet främja ett ökat samspel mellan policy, praktik och forskning. Fokus för detta område bör vara att:

- stärka förutsättningar och incitament för att forskning ska integreras i praktiska verksamheter samt ge professioner och beslutsfattare bättre förutsättningar för att uppmärksamma, tolka och implementera forskningsresultat.
- tillgängliggöra, sprida och kommunicera forskningsresultat för att de ska komma till användning i policyutveckling.
- tillgängliggör vetenskaplig information och utveckla gemensamma plattformar för kommunikation om forskning, så att forskningen mer effektivt kan nå ut i samhället.
- skapa en närmare koppling mellan forskning, policy och praktik genom ökad dialog och nya samarbetsformer mellan myndigheter med uppdrag inom forskning, analys eller sammanställning och spridning av kunskap; syftet är att stärka myndigheternas kunskapsproduktion och minska risken för att de ger otydliga eller direkt motsägelsefulla budskap om olika frågor.
- stärka implementeringsstödet så att kunskapen om effektiva metoder och arbetssätt används i större utsträckning; till exempel visar uppföljningar låg följsamhet till nationella riktlinjer för vård och behandling vid olika psykiatriska tillstånd.

## 7.3 Förbättra möjligheterna till uppföljning

För att kunna följa utvecklingen av psykisk hälsa och suicid i befolkningen behövs pålitliga och heltäckande datakällor. Arbetet med den nationella strategin kan vara

en plattform för att skapa nya datakällor och utveckla befintliga. Fokus för detta område bör vara att:

- följa upp barns och ungas hälsa, inklusive den psykiska hälsan, på ett mer sammanhållet sätt, till exempel inom ramen för ett nytt nationellt barnhälsoprogram.
- utveckla uppföljningen av den psykiska hälsan så att den omfattar olika målgrupper och är representativ för befolkningen i Sverige.
- följa och stödja utvecklingen av ett nationellt sammanhållet register för primärvårdens insatser.

#### 7.4 Utveckla digitala verktyg för individer och samhällsaktörer

Utvecklingen av digitala verktyg går snabbt inom många olika samhällsområden, vilket får betydelse för individers psykiska hälsa och för verksamheter inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Fokus för detta område bör vara att:

- utveckla och använda digitala verktyg som hälsofrämjande och förebyggande insatser; de kan exempelvis användas för spridning av information eller ge stöd och vägledning som bidrar till att individen får ökad kontroll i vardagen.
- dra nytta av ny digital teknik för att arbeta mer effektivt, till exempel när det gäller att samverka om en patient eller brukare, nå befintliga eller nya målgrupper eller öka tillgängligheten till samhällstjänster och information oberoende av geografisk plats eller tidpunkt.

#### 7.5 Utöka det internationella samarbetet och kunskaps- och erfarenhetsutbytet

Ett väl utvecklat internationellt samarbete behövs både för att Sverige ska kunna vara en aktiv och pådrivande aktör i policyutveckling och för att bidra till kunskapsutveckling, erfarenhetsutbyte, innovation och forskning. Den nya strategin kan utgöra en plattform för utökat internationellt samarbete, exempelvis genom policyutveckling och kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom samtliga av strategins områden. Fokus för detta område bör vara att:

- utveckla ett mer strategiskt och samordnat internationellt arbete där nationella, regionala och lokala aktörer och civilsamhället har viktiga roller utifrån sina ansvarsområden.
- fortsätta och stärka deltagandet i olika internationella initiativ inom området.
- tillvarata internationella lärdomar och kunskap inom området för att stärka kunskapsutvecklingen i Sverige.

## Indikatorer för uppföljning

I förslaget ingår att systematiskt följa upp de övergripande målen och delmålen i strategin. Faktarutorna nedan presenterar de indikatorer och andra mått som i ett första steg föreslås ingå i ett uppföljningssystem. Vissa av indikatorerna och måtten är utvecklingsindikatorer eller utvecklingsmått som kräver ytterligare utredning för att tas fram, utvecklas ytterligare i något avseende, eller för att klargöra om de kan inkluderas i uppföljningssystemet. Vi föreslår även uppföljning med andra datainsamlingsmetoder och mer kvalitativ uppföljning av strategins genomförande, vilket beskrivs närmare i kapitlet om förslag till strategins genomförande. För mer detaljerad information om varje indikator se bilaga 6 - *Beskrivning av indikatorer*.

### Indikatorer för övergripande mål

Följande indikatorer eller andra mått föreslås för de fyra övergripande målen.

#### **1. En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen**

Psykiskt välbefinnande i befolkningen

Livstillfredsställelse i befolkningen

Förekomst av allvarlig psykisk påfrestning i befolkningen

Förekomst av psykiatriska tillstånd i befolkningen

#### **2. Färre liv förlorade i suicid**

Suicid i befolkningen

#### **3. Minskad ojämlikhet i psykisk hälsa**

Indikatorerna för samtliga mål presenteras där så är möjligt utifrån kön, ålder, utbildning och socioekonomi och eventuell annan indelningsgrund.

#### **4. Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd**

Sjukdomsburda i psykiska sjukdomar

Dödlighet bland personer som vårdats för psykiatriska tillstånd, jämfört med dödligheten i befolkningen

Indikatorer och andra mått behöver utvecklas för att följa negativa konsekvenser för personer med psykiatriska tillstånd

## Indikatorer för delmål

Följande indikatorer eller andra mått föreslås för de sju delmålen.

### **1. Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och för samhället**

Område där indikatorer behöver utvecklas

### **2. Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet**

Barn i hushåll med låg inkomststandard

Kommuner med aktuell rutin för att förhindra avhysning av barnfamiljer med hyresskuld

Riskbruk av alkohol under graviditet

Barn som utsätts för våld

Deltagande i föräldrastöd

Elever med gymnasiebehörighet

Barn med funktionsnedsättning som påverkar deras närvaro och deltagande i skolan

Barn som är trygga i skolan

Barn som blivit mobbade i skolan

Barn som känner sig stressade av skolarbetet

Fysisk aktivitet hos barn

Tillgång till idrottsplatser i närområdet (näridrottsplatser)

Barns utsatthet på nätet

Tillgänglighet till första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa

Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri

### **3. Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa**

Långtidsarbetslöshet i befolkningen

Balans mellan krav och kontroll i arbetet

Sjukskrivningar i psykiatriska tillstånd

Unga som varken arbetar eller studerar

Arbetslöshet hos personer med funktionsnedsättning

Möjlighet till vuxenutbildning

Kommuner som erbjuder arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen

#### **4. Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare**

Tillit till andra människor

Utsatthet för diskriminering och kränkande behandling

Socialt deltagande

Ensamhet och isolering

Avstått från att gå ut ensam

Tillgängliga grönområden

Kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning

Kommuner som erbjuder öppen verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning

Kommuner som erbjuder personligt ombud

#### **5. Vård och omsorg som möter individens behov**

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatri

Undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen bland personer som vårdats inom psykiatri

Patientupplevd tillgänglighet i barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri

Patientupplevd delaktighet och inflytande i barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri

Patientupplevd kontinuitet och koordinering i barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri

Patientupplevd respekt och bemötande i barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri

Upplevd tillgänglighet till behövd hälso- och sjukvård

Upplevt självbestämmande och inflytande – brukare inom LSS och SoL

Upplevt tillgodosett hjälpbehov, brukare inom LSS och SoL

Upplevt inflytande, personer med hemtjänst eller på äldreboende

Upplevt bemötande, personer med hemtjänst eller på äldreboende

Kommuner som genomför individbaserad systematisk uppföljning inom olika delar av socialtjänsten

Kommuner som erbjuder Case Management inom olika delar av socialtjänsten

Kommuner som erbjuder minst ett stödprogram för närstående till personer med missbruks- och beroendeproblematik



Kommuner som bedriver uppsökande verksamhet riktad till personer som riskerar att förlora sitt boende

Kommuner som har aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld

Kommuner där brukarorganisation har påverkat överenskommelse om samarbete med region om personer med psykisk funktionsnedsättning

Kommuner där enskildas uppfattning används till att utveckla verksamheten inom olika delar av socialtjänsten

Enheter med rutiner för delaktighet vid vårdplanering inom hemtjänst som utför hemsjukvård eller som utför insatser på servicehus och verksamheter inom särskilt boende

Enheter med rutiner för samverkan vid vårdplanering inom hemtjänst som utför hemsjukvård eller som utför insatser på servicehus och verksamheter inom särskilt boende

Personer med SIP, på vårdcentral

Personer med SIP som följts upp, på vårdcentral

Kommuner med övergripande kompetensutvecklingsplan för vård- och omsorgspersonal

Genomförda första besök inom 90 dagar i allmänpsykiatrisk vård

Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom olika tidsintervall

Psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från slutna psykiatrisk vård

Återbesök eller annan kontakt i primärvården efter nydiagnostiserad depression och ångest

Återbesök i primärvården 6-12 månader efter insättning av antidepressiv behandling

## **6. Stärkt suicidpreventivt arbete**

Vårdade för suicidförsök

Suicidriskbedömning efter självdestruktiv handling

Kommuner med en samordnare för arbete med suicidprevention

Suicidal utifrån olika medel och metoder

Suicid i transportsystemet

## **7. Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention**

Område där indikatorer behöver utvecklas

# Myndigheternas förslag till strategins genomförande

För att nå de övergripande målen och ta steg mot visionen för den föreslagna strategin behöver myndigheter, tillsammans med andra nationella, regionala och lokala aktörer, kraftsamla för att bidra till utveckling inom strategins delmål och insatsområden.

Nedan presenteras förslag på hur arbetet för att stärka den nationella samordningen på området kan se ut samt hur myndigheterna kan stödja genomförandet och uppföljningen av strategin. Slutligen redogörs för vilka förutsättningar som skulle behöva uppfyllas för att dessa förslag ska bli verklighet.

## Fortsatt myndighetssamordning på nationell nivå

Nära samverkan mellan myndigheter med ansvar inom olika sektorer möjliggör ett helhetsperspektiv och ökar förutsättningarna för gemensamma eller samordnade insatser i genomförandet av strategin. En väl fungerande samordning av myndigheternas arbete inom området minskar risken för otydlighet, ineffektivitet och dubbelarbete. Därför bör den myndighetssamverkan som har byggts upp under uppdragstiden fortsätta. Den behöver dock formaliseras i mer långsiktiga och hållbara strukturer och med hänsyn till befintlig och pågående samordning inom närliggande områden.

Vi föreslår att det upprättas ett generaldirektörsråd med berörda myndigheter representerade samt en samordningsfunktion som stödjer myndighetssamverkan och ett samordnat genomförande av en kommande nationell strategi inom området.

### Upprätta ett rådgivande generaldirektörsråd med berörda myndigheter

Vi föreslår att ett generaldirektörsråd med representanter från alla samverkande myndigheters generaldirektörer inrättas. Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens generaldirektörer föreslås dela på ordförandeskapet i rådet, genom att vara rådets ordförande respektive vice ordförande. Ett generaldirektörsråd skapar förutsättningar för fördjupad statlig samverkan och samordning av arbetet inom området och kan bidra till samsyn i frågor som rör psykisk hälsa och suicidprevention på myndigheters högsta ledningsnivå.

Generaldirektörsrådet ska verka för att alla insatsområden i strategiförslaget beaktas i arbetet. Det ska även ge inspel till övergripande strategiska vägval under strategins genomförande och säkra resurser för sådant arbete.

### Upprätta en samordningsfunktion som stödjer ett samordnat genomförande av strategin

För att få till stånd ett samordnat genomförande av den kommande nationella strategin föreslår vi att det inrättas en nationell samordningsfunktion som förvaltas

och drivs av Folkhälsomyndigheten. Uppbyggnad och drift av samordningsfunktionen ska ske i nära samverkan med Socialstyrelsen. Samordningsfunktionen ska ansvara för att utveckla och tillhandahålla en plattform för samverkan och samarbete mellan alla myndigheter som bidrar i arbetet.

Myndigheterna samverkar utifrån sina ordinarie uppdrag och ansvar, samt utifrån uppgifter som identifieras i det löpande arbetet inom strategin. Samordningen kan handla om gemensam kunskaps- och metodutveckling, fördjupande analyser, stöd i implementering av insatser, informations spridning, utvärdering, uppföljning och stöd till utvecklingsarbete på lokal och regional nivå.

En första uppgift för funktionens arbete är att samordna arbetet med att ta fram en myndighetsgemensam handlingsplan med aktiviteter för genomförandet av strategin de kommande tre åren samt planera för inrättandet av det föreslagna uppföljningssystemet med dess indikatorer. Funktionen ska även förse generaldirektörsrådet med information och material inför sammanträden och bereda frågor till och från generaldirektörsrådet.

Ytterligare uppgifter för funktionen kan innefatta att bedriva omvärldsbevakning, samordna gemensam myndighetskommunikation, och utveckla samordningen och former för det internationella arbetet.

### Samordningsfunktionens arbete med andra aktörer för strategins genomförande

En stor del av ansvaret för de insatsområden som pekas ut i strategiförslaget finns hos regioner, kommuner och den ideella sektorn. Därför är strategins genomförande beroende av samarbete mellan statliga aktörer och med aktörer inom regioner, kommuner och civilsamhället. Samordningsfunktionen bör ansvara för att involvera och tillsammans med dessa aktörer utveckla ändamålsenliga former för samarbete. På några platser i landet finns länsövergripande funktioner inom området psykisk hälsa och suicidprevention, som ansvarar för samordning och samverkan inom ett län, över organisations- och huvudmannagränser. Sådana funktioner skulle på sikt även kunna underlätta samordningen i strategins genomförande mellan den nationella och lokala/regionala nivån.

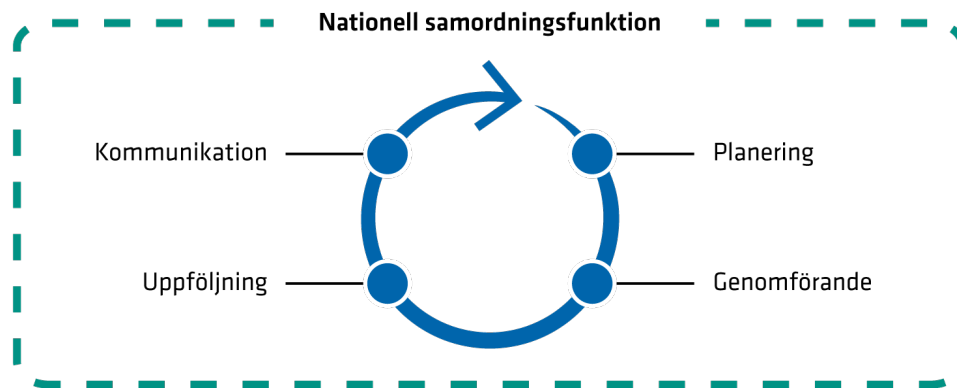
Samordningsfunktionen bör också ansvara för att hitta former för att involvera olika målgrupper i befolkningen i arbetet med strategins genomförande, såsom exempelvis äldre, personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller nationella minoriteter. De kan bidra med olika erfarenheter och kunskap om vad som behöver förbättras inom olika verksamheter med koppling till psykisk hälsa. Även representanter för forskarsamhället och näringslivet är viktiga att involvera i arbetet.

### Arbetsprocess för genomförande av strategin

Vi föreslår att myndigheternas del i genomförandet av strategin drivs av samordningsfunktionen, i en process som består av fyra faser och illustreras i figur

3: 1) planering, 2) genomförande, 3) uppföljning och 4) kommunikation av strategins genomförande och uppföljningens resultat. Faserna hänger ihop i en kontinuerlig process som utförs i treårscykler. Nedan beskrivs varje fas samt hur myndigheter och andra aktörer kan bidra.

Figur 3: Arbetsprocess för strategins genomförande



### Fas 1: Planering

Den första fasen i arbetsprocessen innebär att myndigheterna ska planera genomförande av strategins olika delar och inom ramen för det ta fram en gemensam handlingsplan för de första tre åren som bör innehålla:

- utpekade prioriterade aktiviteter.
- när aktiviteterna ska genomföras och slutföras.
- vilka aktörer som behöver involveras i att planera och genomföra aktiviteterna.
- hur aktiviteterna ska följas upp.

**Samordningsfunktionen** planerar och håller samman arbetet med att ta fram den myndighetsgemensamma handlingsplanen.

**De samverkande myndigheterna** medverkar i arbetet med att ta fram handlingsplanen. Inför det bör varje myndighet ta fram ett underlag med förslag på aktiviteter som de avser att genomföra under de kommande tre åren, på egen hand eller tillsammans med andra aktörer.

**Flera andra aktörer** behöver bjudas in och ha en aktiv roll i planeringen och prioriteringen av myndigheternas aktiviteter, exempelvis representanter för SKR, kommuner, regioner (inklusive länsövergripande samordning) och civilsamhällets organisationer. Kommuner, regioner och civilsamhällets aktörer bör dessutom få förutsättningar för och uppmuntras att, likt myndigheterna, ta fram egna planer eller andra styrdokument där de identifierar och planerar aktiviteter som kan bidra till strategins genomförande. Professions-, patient-, anhörig-, närstående-, brukar- och invånarperspektiv är viktiga att inkludera i planeringen av arbetet och framtagandet av handlingsplaner.

## Fas 2: Genomförande

Den andra fasen i arbetsprocessen går ut på att myndigheterna genomför de aktiviteter som specificeras i handlingsplanen. Andra aktörer från exempelvis regioner, kommuner eller civilsamhällets organisationer genomför också sina aktiviteter, om de har planerat för sådana. Genomförandefasen kommer att pågå kontinuerligt under strategiperioden men följas upp vart tredje år.

**Samordningsfunktionen** främjar utbyte av information, kunskap och erfarenheter mellan aktörer samt identifierar möjligheter till samordning och samarbete. Detta kan exempelvis göras via regelbundna dialoger och avstämningar med enskilda myndigheter eller genom träffar där myndigheter och andra aktörer kan mötas och fördjupa samverkan.

**De samverkande myndigheterna** arbetar med sina planerade aktiviteter, och deltar aktivt i myndighetssamverkan och de gemensamma träffar som samordningsfunktionen ordnar.

**Övriga aktörer** såsom kommuner och regioner bör få förutsättningar för och uppmuntras att genomföra sina egna aktiviteter. Aktörer från civilsamhälle och näringsliv bör också uppmuntras att delta i strategins genomförande. Det kan de göra genom att bedriva egen verksamhet för att främja psykisk hälsa och välbefinnande, förebygga psykisk ohälsa och ge stöd till personer med psykiatriska tillstånd. De kan också göra det genom att vara delaktiga när statliga, regionala och kommunala aktörer genomför sina aktiviteter. Också i strategins genomförande är professions-, patient-, brukar-, anhörig-, närstående-, och invånarperspektiv viktiga.

## Fas 3: Uppföljning

Strategin möjliggör en nationellt samlad uppföljning utifrån gemensamma mål och prioriteringar. Uppföljningen ska ge en bild av hur genomförandet av strategin fortlöper på nationell, regional och lokal nivå samt följa utvecklingen inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Med en kontinuerlig uppföljning kan man upptäcka om planerade eller pågående åtgärder och insatser behöver justeras eller nya läggs till under arbetets gång.

Uppföljningen syftar således till att belysa och synliggöra hur arbetet med strategin fortlöper och hur utvecklingen på området ser ut, samt att med utgångspunkt i gjorda iakttagelser ge input till den fortsatta planeringen och genomförandet av strategin.

Strategin behöver följas på flera sätt, bland annat med de indikatorer som föreslagits och som ska göras tillgängliga i ett webbaserat uppföljningssystem hos Folkhälsomyndigheten. Indikatorerna i systemet ska presenteras på lokal och regional nivå där det är möjligt. Det ska också framgå vilka av dem som är internationellt jämförbara. Flera av indikatorerna kommer att redovisas utifrån kön, ålder och utbildning.

Annan uppföljning innefattar bland annat att följa upp den föreslagna myndighetsgemensamma handlingsplanen. Det kan göras med olika datainsamlingsmetoder, såsom intervju- och enkätstudier eller samråd och dialoger, både mellan myndigheter och med aktörer såsom SKR, kommuner och regioner och organisationer i det civila samhället.

Uppföljningens resultat redovisas i återkommande lägesrapporter till regeringen, med en samlad analys utifrån de övergripande målen och delmålen i strategin. Lägesrapporterna tas fram vart tredje år, för att stämma med löptiden för den myndighetsgemensamma handlingsplanen.

Rapporterna ska bland annat innehålla en sammanfattning av utvecklingen utifrån indikatorerna. Det går dock inte att alltid redovisa alla, eftersom indikatorerna uppdateras med olika regelbundenhet och vid olika tidpunkter. I lägesrapporterna ges också en sammanfattande analys av strategins genomförande, resultat och utveckling på nationell, regional och lokal nivå.

Även fördjupade uppföljningar och analyser kommer att behöva göras utifrån olika områden och teman, till exempel analysera den psykiska hälsan hos olika grupper, belysa insatser för vissa målgrupper eller närmare analysera strategins genomförande och resultat inom en viss samhällssektor.

Förutom regelbunden uppföljning kan det även finnas behov av att utvärdera genomförandet av strategin, till exempel efter halva strategiperioden eller efter strategiperiodens slut.

**Samordningsfunktionen** ansvarar för att ta fram de föreslagna lägesrapporterna och för att utifrån dessa ha kontinuerliga dialoger med regeringen och andra aktörer. Dessa dialoger kan utgöra ett underlag för att prioritera åtgärder för nästkommande treårsperiod och för att utforma kommande satsningar inom området.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för att upprätta, driva och förvalta uppföljningssystemet. Arbetet kommer att kräva nära samarbete och samverkan med Socialstyrelsen och andra myndigheter vars data berörs.

De tekniska lösningar och processer som krävs för att upprätta uppföljningssystemet behöver utredas och utvecklas närmare. Närmare utredningar behöver också göras avseende de tekniska möjligheterna att införa de föreslagna indikatorerna i uppföljningssystemet. Förutsättningarna för detta kan se olika ut beroende på vilken aktör det är som ansvarar för data för respektive indikator. Därför blir en första uppgift för samordningsfunktionen att ta fram en plan för upprättandet av uppföljningssystemet. I det ingår i enlighet med ovan att kartlägga vilka ytterligare utredningar som behöver göras för att klargöra i vilken omfattning och hur föreslagna indikatorer ska kunna integreras i systemet. Inledningsvis kommer antalet indikatorer och mått i uppföljningssystemet vara begränsat men förhoppningen är att det kan öka med tiden.

Samordningsfunktionen ska också inledningsvis bjuda in andra aktörer, såsom kommuner, regioner och aktörer i civila samhället, för dialog om hur de kan och vill medverka i att följa upp strategiarbetet. Funktionen har också till uppgift att stötta kommunernas och regionernas medverkan i uppföljningsarbetet.

**De samverkande myndigheterna** ska vart tredje år lämna underlag till lägesrapporterna, där de beskriver sitt arbete och resultatet av det. Underlagen kan exempelvis omfatta tematiska analyser eller andra publikationer om psykisk hälsa och suicidprevention som har tagits fram av någon av de samverkande myndigheterna. Utöver dessa rapporter genomförs löpande uppföljning genom kontinuerlig dialog och samverkan mellan myndigheterna och samordningsfunktionen.

De samverkande myndigheterna kommer också att delta i samverkan och samarbete i utvecklingsarbetet kring indikatorerna, både befintliga och sådana som eventuellt ska tas fram.

**Övriga aktörer** behöver få förutsättningar för och uppmuntras att på olika sätt delta i uppföljningen, samt ges möjlighet att vara med och ta fram uppföljningens utformning och formerna för dess genomförande.

Redovisning av eventuella stimulansmedel kan ingå i den regelbundna uppföljningen av strategins genomförande och resultat. Formerna för det bör i så fall bestämmas i nära samarbete med berörda parter. Utformningen bör beakta erfarenheter från det uppdrag som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen haft sedan 2020 om att följa utvecklingen och utvärdera resultaten av de insatser som regioner och kommuner har genomfört inom ramen för statens och SKR:s överenskommelser på området psykisk hälsa och suicidprevention.

#### Fas 4: Kommunikation av genomförande och resultat

Den fjärde och sista fasen i arbetsprocessen handlar om att synliggöra och kommunicera strategins genomförande och resultatet av uppföljningen, exempelvis genom att anordna konferenser för att sprida resultat och goda exempel. På sådana spridningskonferenser kan olika aktörer från det offentliga och det civila samhället, på nationell, regional och kommunal nivå, mötas, utbyta erfarenheter och diskutera gemensamma frågor och utmaningar. Det går också att ha löpande kommunikation, till exempel om aktörer samverkat och genomfört gemensamma insatser som har relevans för strategins genomförande. Det kan också handla om att presentera resultat från fördjupade analyser eller andra publikationer som släpps under genomförandefasen.

**Samordningsfunktionen** ansvarar för att anordna de återkommande spridningskonferenserna samt dela eventuella andra kunskapsunderlag och publikationer brett. Lägesrapporter och resultat från konferenser och löpande dialoger kan också utgöra underlag till generaldirektörsrådet.

**De samverkande myndigheterna** kommunicerar uppföljningens resultat i sina egna kommunikationskanaler och deltar aktivt i resultatspridningskonferenser.

**Övriga aktörer** behöver stimuleras och motiveras till att aktivt delta i resultatspridningskonferenser och bidra med egna erfarenheter och lärande exempel.

## Förutsättningar för fortsatt arbete

För att strategin ska kunna genomföras och följas upp på ett samordnat sätt föreslås att:

### 1. Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att:

- upprätta, driva och förvalta en samordningsfunktion för att stödja ett samordnat genomförande av en kommande nationell strategi.
- inom ramen för samordningsfunktionen ansvara för övergripande nationell samordning av de myndigheter och andra aktörer och verksamheter som berörs av strategin.
- upprätta, förvalta och administrera ett uppföljningssystem till den kommande nationella strategin.
- ta initiativ till och utforma insatser inom ramen för uppdraget, utifrån de prioriteringar som myndigheten bedömer som angelägna för att uppnå strategins mål.
- samverka med Socialstyrelsen i uppdragets olika delar.

### 2. Socialstyrelsen får i uppdrag att:

- inom ramen för samordningsfunktionen ansvara för nationell samordning av de myndigheter och andra aktörer och verksamheter inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst som berörs av strategin.
- medverka i arbetet med att upprätta, driva och förvalta ett uppföljningssystem för den kommande nationella strategin.
- ta initiativ till och utforma insatser inom ramen för uppdraget, utifrån de prioriteringar som myndigheten bedömer som angelägna för att uppnå strategins mål.
- samverka med Folkhälsomyndigheten i uppdragets olika delar.

### 3. De 24 nu samverkande myndigheterna får i uppdrag att:

- fortsatt ingå i en myndighetssamordning inom området och medverka i att planera, genomföra och följa upp strategins genomförande.
- ta initiativ till och utforma insatser inom ramen för uppdraget, utifrån de prioriteringar som myndigheten bedömer som angelägna för att uppnå strategins mål.



Uppdragen bör framgå i myndigheternas regleringsbrev eller i särskilda regleringsuppdrag. Detta är särskilt viktigt eftersom flera myndigheter saknar uttalade uppdrag inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Vid behov kan även separata och mer specifika uppdrag tilldelas myndigheter under strategiperioden.

Ytterligare myndigheter kan på sikt behöva ingå i myndighetssamordningen, utifrån sina verksamhetsområden och uppgifter enligt lagar, förordningar, föreskrifter, instruktioner, regleringsbrev och regeringsbeslut.

4. Regeringen skapar förutsättningar för och stimulerar kommunernas, regionernas och civilsamhällets aktörer att medverka i strategins genomförande.

Eftersom mycket av utvecklingsarbetet som behöver göras inom strategins insatsområden är knutet till kommunala och regionala verksamheter och civilsamhällets organisationer är det viktigt att de ges förutsättningar att medverka i det kontinuerliga arbetet kring strategins genomförande och uppföljning.

Samtliga förutsättningar (1–4) kan uppfyllas genom tilldelning av uppdrag och medföljande finansiering till de aktörer som ansvarar för uppdragen.

# Referenser

1. Regeringen. Fem fokusområden fem år framåt. Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020. 2015. Hämtad från: <https://docplayer.se/41324737-Fem-fokusomraden-fem-ar-framat.html>.
2. World Health Organization. World mental health report. Transforming mental health for all. 2022. Hämtad från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Compare (rangordning av sjukdomsorsaker som orsakat störst sjukdomsburda i Sverige 2019). [citerad 2 augusti 2023]. Hämtad från: <http://ihmeuw.org/64so>.
4. Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd. Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Begrepp, mätmetoder och förekomst. 2021. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/begrepp-matmetoder/>.
5. Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner. Begrepp inom området psykisk hälsa. 2020. Hämtad från: [https://skr.se/download/18.1c90461a17cda637a4363ded/1636721711698/PM\\_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf](https://skr.se/download/18.1c90461a17cda637a4363ded/1636721711698/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf).
6. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/folkhalsan-i-sverige-arsrapport-2023/>.
7. Folkhälsomyndigheten. Statistik om psykisk hälsa i Sverige. 2023 [uppdaterad 16 november 2022; citerad 28 augusti 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>.
8. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/2022. Nationella resultat. 2023. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-2021-2022-nationella-resultat/>.
9. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år. 2020. Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/download/18.7fc616c01814e179a9f329/1656660446139/sjukfrnvaro-i-psykiatriska-diagnoser-socialforsakringsrapport-2020-8.pdf>.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019: Vård vid depression och ångest. 2019. [citerad 17 juni 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>.
11. Socialstyrelsen. Patientregistret. [citerad 29 augusti 2023]. Hämtad från: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_par/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx).
12. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård - Lägesrapport 2023. 2023. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-3-8446.pdf>.
13. Folkhälsomyndigheten. Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer. 2019. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>.
14. Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd. Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre. 2017. Hämtad från: <https://forte.se/app/uploads/2017/03/fik-nr-8-web.pdf>.
15. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre - uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser. 2018. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2018-9-12.pdf>.

16. Börjesson-Hanson A, Waern M, Ostling S, Gustafson D, Skoog I. One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2011;19(3):284-91.
17. Canuto A, Weber K, Baertschi M, Andreas S, Volkert J, Dehoust MC, et al. Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(2):174-85.
18. Nilsson J, Östling S, Waern M, Karlsson B, Sigström R, Guo X. The 1-month prevalence of generalized anxiety disorder according to DSM-IV, DSM-V, and ICD-10 among nondemented 75-year-olds in Gothenburg, Sweden. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2012;20(11):963-72.
19. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022. 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7750.pdf>.
20. Agardh E, Flodin P, Dalman C, Danielsson A, Allebeck P. Psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador och deras bidrag till sjukdomsburden. Utveckling över tid i Stockholms län. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:9. Hämtad från: <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/rapport-2021.9-psykiska-sjukdomar-beroendetillstand-och-sjalvskador-och-deras-bidrag-till-sjukdomsburden--ef.pdf>.
21. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):506-16. DOI:10.1002/da.22230.
22. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid (suicidprevention.se). 2021 [uppdaterad 10 juni 2021; citerad 17 juni 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>.
23. Folkhälsomyndigheten. Ökning av suicid bland unga vuxna 20–29 år. Fördjupad analys. 2022. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/oe/okning-av-suicid-bland-unga-vuxna-20-29-ar/>.
24. Socialstyrelsen. Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021. 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8154.pdf>.
25. Folkhälsomyndigheten. Ojämligheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning. 2019. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/o/ojamlikheter-i-psykisk-halsa.-kunskapssammanstallning/>.
26. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016. 2016. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/95a8676a082340de81c9747a88bbdbab/slutraport-funktionshindersuppdraget-2011-2016.pdf>.
27. Wallin A. Psykisk hälsa hos barn och elever med funktionsnedsättning. En kunskapssammanställning. Specialpedagogiska skolmyndigheten; 2021. Hämtad från: <https://webbutiken.spsm.se/psykisk-halsa-hos-barn-och-elever-med-funktionsnedsattning/>.
28. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2020. 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6686.pdf>.
29. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor 2014. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/u/utvecklingen-av-halsan-och-halsans-bestamningsfaktorer-bland-homo-och-bisexuella-personer-resultat-fran-nationella-folkhalsoenkaten-halsa-pa-lika-villkor/>.

30. Folkhälsomyndigheten. Unga transpersoners erfarenheter av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada. 2022. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/u/unga-transpersoners-erfarenheter-av-psykisk-ohalsa-suicidalitet-och-sjalvskada/>.
31. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningfaktorer för transpersoner – en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. 2015. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/halsan-och-halsans-bestamningsfaktorer-for-transpersoner--en-rapport-om-halsolaget-bland-transpersoner-i-sverige/>.
32. Folkhälsomyndigheten. Hur mår samer i Sverige? Resultat från en enkätundersökning om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland samer 2023. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/hur-mar-samer-i-sverige-resultat-fran-en-enkatundersokning-om-halsa-livsvillkor-och-levnadsvanor-bland-samer/>.
33. Folkhälsomyndigheten. Hur mår personer med finländskt ursprung? Delarbete inom Folkhälsomyndighetens uppdrag om Sveriges nationella minoriteter. 2019. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/hur-mar-personer-med-finlandskt-ursprung/>.
34. Röda korsets högskola. Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. 2016. Hämtad från: <https://rkh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1060355&dswid=7167>.
35. Folkhälsomyndigheten. Hur mår nyanlända barn i Sverige? Resultat från en kartläggning av hälsa, livskvalitet och levnadsförhållanden bland barn från Afghanistan, Irak och Syrien. 2019. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/hur-mar-nyanlanda-barn--i-sverige/>.
36. Hjern A, Vinnerljung B. Hälsa och sociala livsvillkor hos internationellt adopterade i vuxen ålder. Karolinska institutet och Stockholms universitet på uppdrag av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd; 2022. Hämtad från: [https://mfof.se/download/18\\_e9eaab18120d9a7fa1e7c8/1655102386146/Forskningsrapport%20-%20H%C3%A4lsa%20och%20sociala%20livsvillkor%20hos%20internationellt%20adopterade\\_220608.pdf](https://mfof.se/download/18_e9eaab18120d9a7fa1e7c8/1655102386146/Forskningsrapport%20-%20H%C3%A4lsa%20och%20sociala%20livsvillkor%20hos%20internationellt%20adopterade_220608.pdf).
37. Socialstyrelsen. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-12.pdf>.
38. Kriminalvården. Kort om psykisk ohälsa hos kriminalvårdsklienter. 2022. Hämtad från: <https://www.kriminalvarden.se/om-kriminalvarden/publikationer/analys-och-statistik/kort-om-psykisk-ohalsa-hos-kriminalvardsklienter/>.
39. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2022 – placerade barns utbildning och hälsa. 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-12-8299.pdf>.
40. Riksrevisionen. Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet (2009:10). 2009. Hämtad från: <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2009/psykiatri-och-effektiviteten-i-det-statliga-stodet.html>.
41. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995 (Rapport 2015:10). 2015. Hämtad från: [https://www.vardanalys.se/?var\\_document=rapport-2015-10-psykisk-halsa-ett-gemensamt-ansvar](https://www.vardanalys.se/?var_document=rapport-2015-10-psykisk-halsa-ett-gemensamt-ansvar).
42. Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk hälsa (SOU 2018:90). 2018. Hämtad från:

<https://www.regeringen.se/rattsliqa-dokument/statens-offentliga-utredningar/2019/01/sou-201890/>.

43. Socialstyrelsen. Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Slutrapport. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-5-17.pdf>.
44. Socialdepartementet. Uppdrag att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020-2023. 2020. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2020/03/uppdrag-att-folja-utvardera-och-stodja-genomforandet-av-statens-insatser-inom-omradet-psykisk-halsa-2020-2023/>.
45. Statskontoret. Kunskapssammanställning om nationella strategier. 2023. Hämtad från: <https://www.statskontoret.se/publicerat/publikationer/publikationer-2023/kunskapssammanstallning-om-nationella-strategier/>.
46. Riksrevisionen. Statens suicidpreventiva arbete. Samverkan med verkan? (RiR 2021:26). 2021. Hämtad från: <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2021/statens-suicidpreventiva-arbete---samverkan-med-verkan.html>.
47. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013. Hämtad från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.
48. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. 2021. Hämtad från: <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>.
49. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. 2014. Hämtad från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
50. World Health Organization. Live Life. An implementation guide for suicide prevention in countries. 2021. Hämtad från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.
51. European Commission. A comprehensive approach to mental health. 2023. Hämtad från: [https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en).
52. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children 2021: On My Mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health. 2021. Hämtad från: <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>.
53. Regeringskansliet. Sveriges arbete med global hälsa – för genomförandet av Agenda 2030. 2018. Hämtad från: <https://regeringen.se/informationsmaterial/2018/10/sveriges-arbete-med-global-halsa--for-genomforandet-av-agenda-2030>.
54. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention. Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar 2022. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa/suicidprevention/utvecklingsbehov-psykisk-halsa-suicidprevention-22164.pdf>.
55. Socialstyrelsen. Kommuner och regioners perspektiv på behov, utmaningar och prioriterade områden för psykisk hälsa och suicidprevention: Kartläggning och analys av relevanta publikationer. [Registrerade handlingar. Socialstyrelsen]. 2022. 4461/2022-22.
56. Lumell Associates. Analys av svenska styrdokument som berör området psykisk hälsa och suicidprevention - Underlag till arbetet inför framtagandet av en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. 2021. Hämtad från: <https://lumell.se/wp-content/uploads/2021/10/Analys-av-svenska-styrdokument-som-beror-omradet-psykisk-halsa-och-suicidprevention.pdf>.
57. Commonwealth of Australia. The fifth national mental health and suicide prevention plan. 2017. Hämtad från: <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/Monitoring-and-Reporting/Fifth-Plan>.
58. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. 2014. Hämtad från: <https://sum.dk/Media/1/7/Nationale-Maal.pdf>.

59. HM Government. No health without mental health - A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. 2011. Hämtad från: <https://www.gov.uk/government/publications/no-health-without-mental-health-a-cross-government-outcomes-strategy>.
60. Social- och hälsovårdsministeriet. Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020-2030. 2020. Hämtad från: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162054>.
61. Mental Health Commission of Canada. Changing directions changing lives - The Mental Health Strategy for Canada. 2012. Hämtad från: [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy\\_Strategy\\_ENG.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf).
62. Rijksoverheid. Landelijke agenda suïcidepreventie 2018-2021. 2018. Hämtad från: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/08/31/landelijke-agenda-suicidepreventie-2018-2021-stand-van-zaken-juli-2020>.
63. Rijksoverheid. Meerjarenprogramma Depressiepreventie Versie 2017. Hämtad från: <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2017Z02527&did=2017D05196>.
64. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). 2017. Hämtad från: <https://www.nhri.no/mestre-hele-livet-regjeringens-strategi-god-psykisk-helse-2017-2022-2017/>.
65. New Zealand Government Ministry of Health. Every Life Matters - He Tapu te Oranga o ia tangata - Suicide Prevention Strategy 2019–2029 and Suicide Prevention Action Plan 2019–2024 for Aotearoa New Zealand. 2019. Hämtad från: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide-prevention-strategy-2019-2029-and-plan-2019-2024-v2.pdf>.
66. Scottish Government. Mental Health Strategy: 2017-2027. 2017. Hämtad från: <https://www.gov.scot/publications/mental-health-strategy-2017-2027/>.
67. Scottish Government. Scotland's Suicide Prevention Action Plan - Every Life Matters. 2018. Hämtad från: <https://www.gov.scot/publications/scotlands-suicide-prevention-action-plan-life-matters/>.
68. Purebl G, Petrea I, Shields L, Tóth MD, Székely A, Kurimay T, et al. Joint Action on Mental Health and Well-being - Depression, Suicide prevention and E-health. 2015.
69. Lumell Associates. Internationell utblick: Andra länders och internationella organisationers strategier för psykisk hälsa och suicidprevention - Underlag till arbetet inför framtagandet av en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. 2021. Hämtad från: <https://lumell.se/wp-content/uploads/2021/10/Internationell-utblick-Andra-landers-och-internationella-organisationers-strategier-for-psykisk-halsa-och-suicidprevention.pdf>.
70. Danish Health Authority. Strengthening mental health care. Recommendations for a 10-year action plan in Denmark. Short version.; 2022. Hämtad från: [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/KORT\\_10AARS\\_PSYK-PLAN\\_100122\\_EN\\_11-maj.ashx?sc\\_lang=da&hash=3FC48B92B08DB0218158A975402CD0DB](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/KORT_10AARS_PSYK-PLAN_100122_EN_11-maj.ashx?sc_lang=da&hash=3FC48B92B08DB0218158A975402CD0DB).
71. Scottish Government. Mental health and wellbeing strategy. 2023. Hämtad från: <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/qovscot/publications/strategy-plan/2023/06/mental-health-wellbeing-strategy/documents/mental-health-wellbeing-strategy/mental-health-wellbeing-strategy/qovscot%3Adocument/mental-health-wellbeing-strategy.pdf>.
72. Sveriges Kommuner och Regioner. Positionspapper för psykisk hälsa. 2023. Hämtad från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/positionspapperforpsykiskhalsa.73285.html>.
73. Folkhälsomyndigheten. Vad är folkhälsa, jämlik hälsa och folkhälsoarbete? 2023 [uppdaterad 22 oktober 2022; citerad 9 augusti 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/folkhalsa-och-jamlik-halsa/>.

74. The 1st International Conference on Health Promotion, redaktör The Ottawa Charter for Health Promotion 1986; Ottawa.
75. Agteren J, Iasiello M. Advancing our understanding of mental wellbeing and mental health: The call to embrace complexity over simplification. *Australian Psychologist*. 2020;55(4):307-16.
76. Lloyd C. Moments of meaning – Towards an assessment of protective and risk factors for existential vulnerability among young women with mental ill-health concerns: A mixed methods project in clinical psychology of religion and existential health [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2018 [https://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?aq2=%5B%5B%5D%5D&c=8&af=%5B%5D&searchType=LIST\\_COMING&sortOrder2=title\\_sort\\_asc&query=&language=sv&pid=diva2%3A1163769&aq=%5B%5B%5D%5D&sf=all&aqe=%5B%5D&sortOrder=author\\_sort\\_asc&onlyFullText=false&noOfRows=50&dsid=-8504](https://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?aq2=%5B%5B%5D%5D&c=8&af=%5B%5D&searchType=LIST_COMING&sortOrder2=title_sort_asc&query=&language=sv&pid=diva2%3A1163769&aq=%5B%5B%5D%5D&sf=all&aqe=%5B%5D&sortOrder=author_sort_asc&onlyFullText=false&noOfRows=50&dsid=-8504).
77. Folkhälsomyndigheten. Allmänhetens behov av kunskap om psykisk hälsa och suicid. 2022 [uppdaterad 18 maj 2022; citerad 29 augusti 2023]. Hämtad från: <https://dinpsyiskahalsa.se/artiklar/allmanhetens-behov-av-kunskap-om-psykisk-halsa-och-suicid/>.
78. World Health Organization. Mental health and Climate Change: Policy Brief. 2022. Hämtad från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125>.
79. Folkhälsomyndigheten. Utsatthet i barndomen ökar risken för psykiatriska tillstånd i vuxen ålder. 2022. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/u/utsatthet-i-barndomen-okar-risken-for-psykiatriska-tillstand-i-vuxen-alder/>.
80. Folkhälsomyndigheten. Samband mellan utsatthet i barndomen och senare vård för psykiatriska tillstånd - Resultat från en registerbaserad kohortstudie i Sverige, version 2. 2023. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/samband-mellan-utsatthet-i-barndomen-och-senare-varld-for-psykiatriska-tillstand-resultat-fran-en-registerbaserad-kohortstudie-i-sverige/>.
81. Folkhälsomyndigheten. Faktorer som påverkar den psykiska hälsan hos barn och unga. 2022 [uppdaterad 2022-09-02; citerad 2023-05-30]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-paverkar-var-psykiska-halsa/faktorer-som-paverkar-den-psykiska-halsan-hos-barn-och-unga/>.
82. Regeringskansliet. En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd 2018. Hämtad från: [https://www.mfof.se/download/18.1af131d916e45020f6b3a437/1574348799172/En%20nationell%20strategi%20f%C3%B6r%20ett%20st%C3%A4rkt%20f%C3%B6r%20A4ldraskapsst%C3%B6d%20WEBB%20\(1\).pdf](https://www.mfof.se/download/18.1af131d916e45020f6b3a437/1574348799172/En%20nationell%20strategi%20f%C3%B6r%20ett%20st%C3%A4rkt%20f%C3%B6r%20A4ldraskapsst%C3%B6d%20WEBB%20(1).pdf).
83. Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd. Forskning i korthet. Förskolans roll för att främja psykisk hälsa. 2023. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/fk-forskolan/>.
84. Almquist YB. School performance as a precursor of adult health: exploring associations to disease-specific hospital care and their possible explanations. *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(1):81-91.
85. Björkenstam C, Weitoft GR, Hjern A, Nordström P, Hallqvist J, Ljung R. School grades, parental education and suicide—a national register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(11):993-8.
86. Sörberg Wallin A, Zeebari Z, Lager A, Gunnell D, Allebeck P, Falkstedt D. Suicide attempt predicted by academic performance and childhood IQ: a cohort study of 26 000 children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018;137(4):277-86.
87. Utredningen om en mer likvärdig skola. En mer likvärdig skola. Minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldelning (SOU 2020:28). 2020. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliqa-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202028/>.



88. Skolverket. Skolverkets bedömning av läget i skolväsendet 2023. 2023. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/getFile?file=11810>.
89. Bortes C. Growing up with poor health and managing school: Studies on ill health and young people's educational achievements [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2022 <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?language=sv&pid=diva2%3A1634373&dsid=950>.
90. Socialstyrelsen. Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd. Kartläggning och analys 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-21.pdf>.
91. Stark I. Autism: educational outcomes and self-harm in adolescents and young adults. Solna: Karolinska institutet; 2022 <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/48308>.
92. Skolverket. Hälsa för lärande. Lärande för hälsa.; 2019. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationsserier/forskning-for-skolan/2019/halsa-for-larande---larande-for-halsa>.
93. Folkhälsomyndigheten. Därför ökar psykisk ohälsa bland unga. 2022 [uppdaterad 2022-03-03; citerad 2023-05-30]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/>.
94. Folkhälsomyndigheten. Skolbarn som är fysiskt aktiva rapporterar bättre psykisk hälsa. 2021. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/skolbarn-som-ar-fysiskt-aktiva-rapporterar-battre-psykisk-halsa-/>.
95. Statens medieråd. Digitala medier och psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. En forskningsöversikt. 2021. Hämtad från: <https://www.statensmedierad.se/rapporter-och-analyser/material-rapporter-och-analyser/digitala-medier-och-psykisk-ohalsa-hos-barn-och-ungdomar-en-forskningsoversikt>.
96. Westerlund M, Nilsson H. Suicidkommunikation på digitala plattformar: En forskningsöversikt. Statens medieråd; 2021. Hämtad från: [https://www.statensmedierad.se/download/18.2f03f08a17dc2503a3635f/1639664753631/SM\\_Suicidkommunikation\\_En\\_Forskningsoversikt\\_v2\\_RGB\(2\).pdf](https://www.statensmedierad.se/download/18.2f03f08a17dc2503a3635f/1639664753631/SM_Suicidkommunikation_En_Forskningsoversikt_v2_RGB(2).pdf).
97. Folkhälsomyndigheten, Mynigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Att inte bara överleva, utan att faktiskt också leva. En kartläggning om ungas psykiska hälsa. 2023. Hämtad från: <https://www.mucf.se/publikationer/att-inte-bara-overleva-utan-att-faktiskt-ocksa-leva>.
98. Socialstyrelsen. Psykisk hälsa och suicidprevention. 2023 [uppdaterad 2023-03-16; citerad 2023-05-30]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/>.
99. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsopolitikens målområden – Målområde 3: Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö. 2023. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/96d4a0d586f7415c8203d76c8409ac22/folkhalsopolitikens-malomraden-malomrade-3-arbete-arbetsforhallanden-arbetsmiljo.pdf>.
100. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Arbetsmiljö och psykisk hälsa (Kunskapssammanställning 2021:4). 2021. Hämtad från: [https://mynak.se/wp-content/uploads/2021/12/Arbetsmiljo\\_och\\_psykisk\\_halsa\\_digital.pdf](https://mynak.se/wp-content/uploads/2021/12/Arbetsmiljo_och_psykisk_halsa_digital.pdf).
101. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Psykosocial arbetsmiljö – hälsa och välbefinnande. 2020. Hämtad från: <https://mynak.se/publikationer/psykosocial-arbetsmiljo-halsa-och-valbefinnande/>.
102. Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. 2020. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/psykisk-ohalsa-arbetsliv-och-sjukfranvaro/>.
103. Arbetsmiljöverket. Utvärdering av Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4). 2022. Hämtad från: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/utvardering-foreskrifter-om-organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-delrapport-1-2022-12-14.pdf>.



104. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljön 2019. 2020. Hämtad från: <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbetsmiljostatistik-officiell-arbetskadestatistik/arbetsmiljon-2019/>.
105. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljön 2021. 2022. Hämtad från: <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbetsmiljostatistik-officiell-arbetskadestatistik/arbetsmiljon-2021/>.
106. Jämställdhetsmyndigheten. Analys av den könssegregerade arbetsmarknaden - förutsättningar för en bredare rekryteringsbas till välfärden. 2023. Hämtad från: <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/publikationer/sa-ska-fler-valja-jobb-i-valfarden-forslag-for-att-motverka-konsbundna-studie-och-yrkesval-2023-11/>.
107. Jämställdhetsmyndigheten. Psykisk ohälsa och andra aspekter av hälsa - uppföljning av det jämställdhetspolitiska delmålet om en jämställd hälsa. 2021. Hämtad från: <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/publikationer/psykisk-ohalsa-och-andra-aspekter-av-halsa-2021-2/>.
108. Skolverket. Elevhälsa och stöd till elever inom komvux - en kartläggning. 2023. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationsserier/regeringsuppdrag/2023/elevhalsa-och-stod-till-elever-inom-komvux?id=11345>.
109. Arbetsförmedlingen. Perspektiv på arbetslösheten i olika grupper. 2017. Hämtad från: <https://arbetsformedlingen.se/statistik/analyser-och-prognoser/analys-och-utvardering/perspektiv-pa-arbetslosheten-i-olika-grupper>.
110. Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd. Unga som varken arbetar eller studerar – en kartläggning och kunskapsöversikt. 2020. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/unga-som-varken-arbetar-eller-studerar-en-kartlaggning-och-kunskapsoversikt/>.
111. Arbetsförmedlingen. Unga med funktionsnedsättning på Arbetsförmedlingen - Hur går det för dem?; 2020. Hämtad från: <https://arbetsformedlingen.se/statistik/analyserochprognoser/analysochutvardering/ungamedfunktionsnedsattningpaarbetsformedlingen.4.3563c7d6172c13113cb10b8.html>.
112. Myndigheten för ungdoms och civilsamhällesfrågor. Fokus 22: Ett liv som andras - om ungas ekonomiska utsatthet. 2023. Hämtad från: <https://www.muaf.se/publikationer/fokus-22-ett-liv-som-andras>.
113. Inspektionen för socialförsäkringen. Avslag på ansökan om aktivitetsersättning - En analys av hur det går för unga som får avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. 2021. Hämtad från: <https://isf.se/publikationer/rapporter/2021/2021-03-18-avslag-pa-ansokan-om-aktivitetsersattning>.
114. Attention. Attentions arbetsmarknadsrapport 2022. 2022. Hämtad från: [https://arbetsplatsenfokus.se/uploads/2023/03/a4\\_arbetsmarknadsrapport2022.pdf](https://arbetsplatsenfokus.se/uploads/2023/03/a4_arbetsmarknadsrapport2022.pdf).
115. Försäkringskassan. Kartläggning och individuell analys avseende uppdrag att inkomma med underlag inför en nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Svar på regeringsuppdrag. 2021. Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/download/18.146767b11814e063bfb617/1660718992352/kartlaggning-och-individuell-analys-avseende-uppdrag-att-inkomma-med-underlag-infor-en-nationell-strategi-inom-området-psykisk-halsa-och-suicidprevention-svar-pa-regeringsuppdrag-dnr-2020-001858.pdf>.
116. Folkhälsomyndigheten. Vårt samhälle och nära omgivning. 2023 [uppdaterad 2 september 2022; citerad 9 augusti 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-paverkar-var-psykiska-halsa/samhalle-nara-omgivning-och-individ/>.
117. Socialstyrelsen. Allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar samt attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom - Befolkningsundersökning 2017. 2018. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-5-11.pdf>.

118. Folkhälsomyndigheten. Synen på psykisk ohälsa och suicid – En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder. 2022. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/synen-pa-psykisk-ohalsa-och-suicid-/?pub=105538>.
119. Jämställdhetsmyndigheten. Könrelaterade normers betydelse för psykisk hälsa hos kvinnor och män - en analys av resultat från Jämställdhetsundersökningen 2022. 2022. Hämtad från: <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/publikationer/konsrelaterade-normers-betydelse-for-psykisk-halsa-hos-kvinnor-och-man-2023-2/>.
120. Omma L. Ung same i Sverige: livsvillkor, självvärdering och hälsa [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet 2013 <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A585920&dswid=195>.
121. Kaiser N, Salander Renberg E. Suicidal expressions among the Swedish reindeer-herding Sami population. *Suicidology online*. [Internet] 2012; (3):102-13. Hämtad från: <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?language=sv&pid=diva2%3A655731&dswid=-3915>.
122. Folkhälsomyndigheten. Ensamhet och isolering vanligast bland unga och de äldsta. 2022 [citerad 9 augusti 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/december/ensamhet-och-isolering-vanligast-bland-unga-och-de-aldsta/>.
123. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Diskriminering i samband med psykisk ohälsa – en kunskapsöversikt. 2017. Hämtad från: <https://nspn.se/wp-content/uploads/2018/12/Kunskapssammanstallning-om-diskriminering-pga-psykisk-ohalsa-full-version.pdf>.
124. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. 2021. Hämtad från: [https://www.regeringen.se/contentassets/9d0e520a47e547a2904608427f3aca7c/sou-2021\\_6--god-och-nara-vard---ratt-stod-till-psykisk-halsa.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/9d0e520a47e547a2904608427f3aca7c/sou-2021_6--god-och-nara-vard---ratt-stod-till-psykisk-halsa.pdf).
125. Folkhälsomyndigheten. Vår livsmiljöns betydelse för en god och jämlik hälsa. 2021. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/v/var-livsmiljos-betydelse-for-en-god-och-jamlik-halsa/?pub=93308>.
126. Boverket. Brottsförebyggande och trygghetsskapande perspektiv och åtgärder i samhällsbyggnadsprocessen. 2019. Hämtad från: <https://www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/publikationer/2019/brottsforebyggande-och-trygghetsskapande-perspektiv/>.
127. Folkhälsomyndigheten. Kartläggning av hälsa i miljö kvalitetsmålen – En samverkansåtgärd under Miljömålsrådet. 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/k/kartlaggning-av-halsa-i-miljokvalitetsmalen-/>.
128. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-8-6877.pdf>.
129. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal [Internet]. 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/>.
130. Sveriges Kommuner och Regioner. Psykiatri i siffror - Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2022. 2023. Hämtad från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/psykiatrisiffrorkartlaggningavbarnoch-ungdomspsykiatri2022.71319.html>.
131. Socialstyrelsen. Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatri. 2021. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7429.pdf>.
132. Socialstyrelsen. Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom - Huvudrapport med förbättringsområden. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>.

133. Sveriges Kommuner och Regioner. Väntetider i vården - Första linjen barn och unga med psykisk ohälsa. 2023 [citerad 2023-05-29]. Hämtad från:  
<https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/forstalinjenbarnochungamedpsykiskohalsa.54348.html>.
134. Sveriges Kommuner och Regioner. Väntetider i vården - Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). 2023 [citerad 2023-05-29]. Hämtad från:  
<https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/barnochungdomspsykiatribup.54393.html>.
135. Sveriges Kommuner och Regioner. Vården i siffror. 2023 [citerad 2023-05-29]. Hämtad från:  
<https://vardenisiffror.se/>.
136. Socialstyrelsen. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården - Februari 2018. 2018. Hämtad från:  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-16.pdf>.
137. Socialstyrelsen. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. 2013. Hämtad från:  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-6-22.pdf>.
138. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap. 2016. Hämtad från:  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-2-23.pdf>.
139. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674-97. DOI:10.1037/0033-2909.129.5.674.
140. Torgerson J, Risö L-L. Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom. *Läkartidningen*; 2018.
141. Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni S-B, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry.* 2010;32(3):240-5. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.01.013>.
142. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KRR, et al. Mood Disorders in the Medically Ill: Scientific Review and Recommendations. *Biological Psychiatry.* 2005;58(3):175-89. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.001>.
143. Taloyan M, Alinaghizadeh H, Wettermark B, Hasselström J, Bertilson BC. Physical-mental multimorbidity in a large primary health care population in Stockholm County, Sweden. *Asian Journal of Psychiatry.* 2023;79:103354. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103354>.
144. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Poor Oral Health and Severe Mental Illness. *Psychosomatic Medicine.* 2015;77(1):83-92. DOI:10.1097/psy.000000000000135.
145. Choi J, Price J, Ryder S, Siskind D, Solmi M, Kisely S. Prevalence of dental disorders among people with mental illness: An umbrella review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022;56(8):949-63. DOI:10.1177/00048674211042239.
146. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders - a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;200:119-32. DOI:10.1016/j.jad.2016.04.040.
147. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv.* 1996;47(12):1356-63. DOI:10.1176/ps.47.12.1356.
148. Kendrick T. Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. *Br J Psychiatry.* 1996;169(6):733-9. DOI:10.1192/bjp.169.6.733.
149. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. Can be improved if primary care and mental health professionals pay attention to it. 2001;322(7284):443-4. DOI:10.1136/bmj.322.7284.443.

150. Socialstyrelsen. Psykiatrisk vård - ett steg på vägen. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. 2010. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2010-6-6.pdf>.
151. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - diabetes. 2011.
152. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - cancer. 2011.
153. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - akut hjärtinfarkt. 2011.
154. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - stroke. 2011.
155. Socialstyrelsen. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - förlossning. 2011.
156. Socialstyrelsen. Arbetssätt för jämlik vård. Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6636.pdf>.
157. Socialstyrelsen. Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. 2013. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf>.
158. Socialstyrelsen. Personcentrering vid komplex psykiatrisk problematik - Delredovisning av regeringsuppdraget att vidta insatser för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik. [Registrerade handlingar. Socialstyrelsen]. 2023. 19203/2022-61.
159. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Från medel till mål - Att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. 2017. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-2017-9-Fr%C3%A5n-medel-till-m%C3%A5l.pdf>.
160. Nationell psykiatrisamordning. Ambition och ansvar - Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100). 2006. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2006/11/sou-2006100/>.
161. Gough R. Anhörigstöd-ett helt annat sätt att tänka: Fokus Kalmar län; 2011.
162. Erlingsson CL, Magnusson L, Hanson E. Family caregivers' health in connection with providing care. Qualitative health research. 2012;22(5):640-55.
163. Socialstyrelsen. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära - Underlag till en nationell strategi. 2021. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7464.pdf>.
164. Hjern A, Manhica HA. Barn som anhöriga till patienter i vården–hur många är de. Nka Linnéuniversitetet Chess, Barn som anhöriga. 2013;1. [https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/rapporter/nka\\_rapport\\_barn\\_som\\_anhoriga\\_2013-1.pdf](https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/rapporter/nka_rapport_barn_som_anhoriga_2013-1.pdf).
165. Socialstyrelsen. Barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-9-8101.pdf>.
166. Socialstyrelsen. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Kartläggning och utvecklingsförslag. 2023. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-8-8681.pdf>.
167. Samsjuklighetsutredningen. Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5). Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/01/sou-20235/>.

168. Pelto-Piri V, Wallsten T, Hylén U, Nikban I, Kjellin L. Feeling safe or unsafe in psychiatric inpatient care, a hospital-based qualitative interview study with inpatients in Sweden. *International journal of mental health systems*. 2019;13(1):1-10.
169. Pelto-Piri V, Stranberg A. Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering:– det proaktiva programmet Safewards. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2022;29(1):113-25.
170. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational and environmental medicine*. 2003;60(4):271-8.
171. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Patienters och anhörigas erfarenheter av psykiatrins tvångsvård och tvångsåtgärder. En undersökning baserad på enkäter, intervjuer och fokusgrupper. 2022. Hämtad från: <https://nsph.se/butik/rapport/patienters-och-anhorigas-erfarenheter-av-psykiatrins-tvangsvard-och-tvangsatgarder/>.
172. Inspektionen för vård och omsorg. Tillsyn av SIS särskilda ungdomshem 2021-2022 2023. Hämtad från: <https://www.ivo.se/aktuellt/publikationer/rapporter/tillsyn-av-sis-sarskilda-ungdomshem-2021-2022/>.
173. Socialstyrelsen. Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete - Kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2019-5-14.pdf>.
174. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid. 2022 [uppdaterad 2023-06-19; citerad 2023-08-09]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/statistik-om-suicid/>.
175. Folkhälsomyndigheten. Suicidförebyggande arbete. 2022 [uppdaterad 2022-09-05; citerad 2023-05-30]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/suicidforebyggande-insatser/>.
176. Socialstyrelsen. Förebygga suicid. 2022 [uppdaterad 2022-09-15; citerad 2023-05-30]. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/varriskador/suicid/>.
177. Lumell Associates. Gapanalys – Kunskapsstöd för suicidprevention och stöd till efterlevande inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. 2020.
178. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59. DOI:10.1016/s2215-0366(16)30030-x.
179. Sveriges Kommuner och Regioner. Förebygga suicid i fysisk miljö. 2019. Hämtad från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/forebyggasuicidifysiskmiljo.64891.html>.
180. Folkhälsomyndigheten. Suicidpreventivt arbete i Jönköpings län - Exempel på samverkan mellan olika professioner med räddningstjänsten som samordnare 2021. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c61e46d8923d40e680124effc654f68b/suicidpreventivt-arbete-jonkopings-lan.pdf>.
181. Socialstyrelsen. Prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-2-8337-bilaga15-prehospital-akutsjukv-psykiatri.pdf>.
182. Folkhälsomyndigheten. Kopplingen mellan stigma och suicid. [uppdaterad 23-02-21; citerad 23-08-09]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/kopplingen-mellan-stigma-suicid/>.
183. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2020;368.

184. Folkhälsomyndigheten. Efterlevande efter suicid. [uppdaterad 22-07-06; citerad 23-08-09]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/efterlevande-efter-suicid/>.
185. Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd. Strategisk forskningsagenda för det nationella forskningsprogrammet om psykisk hälsa. 2023. Hämtad från: <https://forte.se/app/uploads/2023/07/forte-strategisk-agenda-psykisk-halsa-2023.pdf>.
186. E-hälsomyndigheten. Digitalt stöd för psykisk hälsa. Möjligheter och hinder. 2021. Hämtad från: [https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3\\_om-oss/rapporter/fokusrapport---digitalt-stod-for-psykisk-halsa.pdf](https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/fokusrapport---digitalt-stod-for-psykisk-halsa.pdf).

# Bilageförteckning

Bilaga 1: Organisationer och föreningar som inkom med egen analys av området psykisk hälsa och suicidprevention

Bilaga 2: Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention – Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar

Bilaga 3: Kommuner och regioners perspektiv på behov, utmaningar och prioriterade områden för psykisk hälsa och suicidprevention: Kartläggning och analys av relevanta publikationer

Bilaga 4: Analys av svenska styrdokument som berör området psykisk hälsa och suicidprevention

Bilaga 5: Internationell utblick: Andra länders och internationella organisationers strategier för psykisk hälsa och suicidprevention

Bilaga 6: Beskrivning av indikatorer

## Bilaga 1: Organisationer och föreningar som inkom med egen analys av området psykisk hälsa och suicidprevention

- 1825-Terapicenter för unga vuxna
- Adoptionscentrum
- AEF Adopterade etiopierna och eritreanerna förening
- Anhörigas Riksförbund
- Apotek Hjärtat (Apoteksföreningen)
- Autism- och Aspergerförbundet
- Beteendeterapeutiska föreningen
- Bris
- Byggnads
- Detransinfo.se
- Endometriosisföreningen Sverige
- Equmeniakyrkan
- Fontänhuset Malmö
- Forum SKILL
- Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar
- Föreningen SHEDO
- GENDER IDENTITY CHALLENGE- SKANDINAVIA
- KFUM Central
- Lärarnas Riksförbund
- Maskrosbarn
- Mind
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)
- Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
- Njurförbundet
- Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor
- RFSL
- Riksförbundet Attention
- Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
- Riksförbundet SIMON
- Riksförbundet för SuicidPrevention och EfterlevandeStöd (Spes)
- Riksföreningen för skolsköterskor
- Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige



- Röda Korset
- Sane – Förbundet autoimmuna encefaliter med psykiatrisk presentation
- SOS Alarm Sverige AB
- Suicide Zero
- Suicidprevention i väst (SPIV)
- Svensk förening för Beroendemedicin
- Svenska IPT-föreningen (Interpersonell Psykoterapi)
- Svenska OCD-förbundet
- Sveriges Dövas Riksförbund
- Sveriges Dövas Ungdomsförbund
- Sveriges förenade studentkårer (SFS)
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- Sveriges Stadsmissioner
- Unizon
- WONSA
- Vägen ut! kooperativens Intresseförening

## Bilaga 2: Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention – Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar

Sammanställningen finns på Folkhälsomyndighetens webbplats

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa/suicidprevention/utvecklingsbehov-psykisk-halsa-suicidprevention-22164.pdf>

### Bilaga 3: Kommuner och regioners perspektiv på behov, utmaningar och prioriterade områden för psykisk hälsa och suicidprevention: Kartläggning och analys av relevanta publikationer

Om du önskar ta del av bilagan kan du skicka e-post till [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se). Uppge att du önskar ta del av kartläggningen med ärendenummer 4461/2022-22.

## Bilaga 4: Analys av svenska styrdokument som berör området psykisk hälsa och suicidprevention

Rapporten finns på Lumell Associates webbplats

[https://lumell.se/styrning\\_psykisk\\_halsa\\_och\\_suicidprevention/](https://lumell.se/styrning_psykisk_halsa_och_suicidprevention/)

## Bilaga 5: Internationell utblick: Andra länders och internationella organisationers strategier för psykisk hälsa och suicidprevention

Rapporten finns på Lumell Associates webbplats

[https://lumell.se/internationell\\_utblick\\_psykiskhalsa\\_och\\_suicidprevention/](https://lumell.se/internationell_utblick_psykiskhalsa_och_suicidprevention/)

## Bilaga 6: Beskrivning av indikatorer

Om du önskar ta del av bilagan kan du skicka e-post till [info@folkhalsomyndigheten.se](mailto:info@folkhalsomyndigheten.se). Uppge att du önskar ta del av bilaga 6 i slutrapporten med ärendenummer 04106-2020.

Denna rapport är en återredovisning av regeringsuppdraget att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi för området psykisk hälsa och suicidprevention.

Den primära målgruppen för rapporten är regeringen men innehållet är även värdefullt för andra aktörer som är verksamma inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Rapporten är framtagen av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

---

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. Östersund Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)