



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Ersta Sköndal Bräcke högskola
Institutionen för socialvetenskap
Socionomprogrammet 210 hp

Livsviktigt arbete

En enkätstudie om suicidprevention inom socialtjänsten

Elin Stensiö och Lars-Erik Kohrs
Socialt arbete och kunskapsutveckling
SOC 6, VT-18
Examensarbete
Handledare: Anders Kassman
Examinator: Johan Hvenmark

Vital encounters

A survey about suicide prevention in the social services

Abstract

The purpose of this study was to map out social workers' preparedness and the occurrence of encounters with suicidal clients within the social services, through a survey. Nearly 1100 people in Sweden dies because of suicide every year and suicide is classified as a public health problem. According to research social workers often encounter suicidal clients, but how these encounters are handled have not been studied in any greater degree. The study's selection was defined to Stockholm and three other counties. The units within the social services that were chosen for further examination were income support and adult/addiction. Research revolving suicide indicate that socioeconomic vulnerability, addiction and mental illness are risk factors connected to suicide, hence the choice of these units. The collected data material was processed by means of SPSS, through which univariate and bivariate analyses have been executed. The results were interpreted by means of earlier scientific findings, as well as theories concerning suicide prevention. One of the main findings that could be extracted from this study was that many social workers encounter suicidal clients. Most of the social workers have met one or several suicidal clients during the past year. The results also implies that the participants believe that they have preparedness to some extent in encounters with these clients. One fifth of the participants state that they have passed training in suicide prevention and the results show that training of such has a positive impact on their experience of preparedness.

Key words: suicide, suicidal behavior, suicide prevention, social services, income support, adult, addiction, SPSS, survey

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att genom en enkät kartlägga socialsekreterares upplevelse av beredskap och förekomst av möten med självmordsnära klienter inom socialtjänsten. I Sverige dör cirka 1100 människor årligen genom suicid och det klassas idag som ett folkhälsoproblem. Enligt forskning, kommer socialsekreterare inom socialtjänsten ofta i kontakt med suicidala klienter men hur dessa möten hanteras har inte studerats i någon större utsträckning. Studiens urval har avgränsats till Stockholm samt tre andra län och enheterna försörjningsstöd och vuxen/beroende valdes ut för närmare granskning. Forskning pekar på olika riskfaktorer för självmord, som exempelvis psykisk ohälsa, socioekonomisk utsatthet eller missbruk, därav valet av dessa enheter. Empirin bearbetades med hjälp av programmet SPSS, genom vilket bi- och univariata analyser utfördes. Resultatet analyserades sedan med hjälp av tidigare forskning, samt med teori om suicidprevention. Ett av studiens huvudresultat var att många socialsekreterare stöter på självmordsnära klienter. En majoritet av dessa socialsekreterare har träffat en eller flera självmordsnära klienter det senaste året. Vidare visade resultatet att de medverkande i viss utsträckning upplever sig beredda i möten med dessa klienter. En femtedel av de medverkande uppgav att de genomgått utbildning i suicidprevention och resultatet visade att sådan utbildning har positiv påverkan på deras upplevelse av beredskap.

Nyckelord: självmord, suicid, suicidprevention, socialtjänsten, försörjningsstöd, vuxen, beroende, SPSS, enkät, psykiskt olycksfall.

Förord

Vi vill tacka alla de socialsekreterare som villigt ställt upp och deltagit i enkäten. Hade inte alla ni tagit er tid så hade denna studie inte funnits. Vi vill också rikta en tacksam hälsning till vår handledare som gett oss många kloka råd och synpunkter som under uppsatsarbetets gång. Dessa råd har varit värdefulla och visat vägen i kniviga beslut gällande uppsatsen. Ett tack riktas även till vårt största fan, Mrs Stonesea, för outtömlig pepp! Slutligen vill vi även tacka våra katter och respektive för visat tålamod och förståelse.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	7
1.1 Inledning	7
1.2 Problemområde	7
1.3 Syfte	8
1.4 Frågeställning	8
1.5 Centrala begrepp	8
Suicid, självmord och självmordsnära	8
Suicidprevention.....	9
Socialtjänsten som organisation	9
Försörjningsstöd och bistånd för livsföringen i övrigt.....	9
1.6 Disposition	10
2. Kunskapsöversikt och tidigare forskning	12
2.1 Riskfaktorer kopplade till suicid	12
Riskfaktorer	12
Suicidförsök	12
Suicid och missbruk	13
Suicid, arbetslöshet och försörjningsstöd	14
2.2 Bemötande och åtgärder gällande suicid	14
Tabu, stigmatisering och attityder	14
Etik, lagar och riktlinjer.....	15
Riskbedömning vid suicid	16
Utbildning och arbetsrutiner om suicidprevention.....	16
Handlingsplaner för suicidprevention	17
Sammanfattning av kunskapsöversikt.....	17
3. Teoretisk utgångspunkt	18
Suicid enligt sårbarhetsmodellen	18
Suicid som psykiskt olycksfall	18
Suicidprevention som tredelad modell	19
Sammanfattning	20
4. Metod	22
4.1 Forskningsansats	22
4.2 Tvärsnittsdesign	22

4.3. Enkät	22
Enkätens utformning	23
Genomförande och pilotstudie	24
4.4 Urval och bortfall	25
Avgränsningar och genomförande	25
Urval/bortfall.....	26
4.5 Bearbetning av material	27
4.6 Reliabilitet och validitet	28
4.7 Etiska överväganden	29
5. Resultat och analys	32
5.1 Beskrivning av respondenterna	32
Klienter som löper hög risk för självmord	37
Sammanfattning av förekomst av självmordsproblematik	38
Arbetsplatsens rutiner och handläggning av självmordsnära klienter.....	38
Utbildning och kunskap om suicidprevention på arbetsplatsen.....	38
Sammanfattning av arbetsplatsens rutiner och utbildning.....	39
5.2 Sambandsanalys	39
5.2.1 Beredskap.....	39
Samband mellan ålder och kunskap.....	41
Samband mellan utbildning och kunskap/prevention	43
Samband mellan arbetsrutiner och utbildning	46
5.2.2 Beredskap i förhållande till enheterna försörjningsstöd och vuxen/beroende	47
Samband mellan enheterna och upplevelsen av beredskap	49
Sammanfattning sambandsanalyser	50
6. Slutsatser	52
7. Diskussion	54

Referenslista

Bilagor

Bilaga 1

Missivbrev

Bilaga 2

Enkät

1. Introduktion

1.1 Inledning

Varje år tar cirka 800 000 människor livet av sig världen över (Ringskog Vagnhammar & Wasserman, 2017). I Sverige dör cirka 1100 människor årligen genom suicid och det klassas idag som ett folkhälsoproblem. Antalet suicid i Sverige har minskat sedan 1980-talet, men statistik visar att siffran legat still de senaste tio åren (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Redan 2005 fattades ett riksdagsbeslut om att ett nationellt åtgärdsprogram gällande suicid skulle tas fram (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention [NASP], 2014). Uppdraget hamnade hos dåvarande Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. De fick i uppgift att lägga fram förslag på hur eventuell suicidprevention skulle kunna se ut inom olika verksamhetsområden, däribland socialtjänsten. Detta resulterade i ett åtgärdsprogram innehållandes nio olika punkter (Prop. 2007/08:110). Några av fokusområdena var att höja kompetensen hos nyckelpersoner, att se suicid som psykologiska misstag, främja goda livschanser för mindre gynnade grupper, minska tillgängligheten till medel och metoder för suicid samt att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och högriskgrupper för suicid (ibid).

Tio år senare, 2015, fattades även ett regeringsbeslut gällande utvecklingen av ett suicidpreventivt arbete på nationell nivå (S2015/3986/FS). Det till trots går implementeringen av åtgärdsprogrammen långsamt och verkar till synes inte nå ned på lokal nivå. Den senaste kartläggningen från 2015 visade att endast 11 procent av de 203 tillfrågade kommunerna hade en handlingsplan gällande suicidprevention (Folkhälsomyndigheten, 2016). Detta medan självmordsstatistiken fortsätter ligga på en relativt konstant nivå från år till år. Sedan 2008 finns det dessutom en så kallad nollvision (Prop. 2007/08:110), det vill säga en tanke om att ingen människa ska behöva ta sitt liv.

Socialtjänsten fyller en viktig roll i samhället som skyddsnet för utsatta grupper inom en rad olika områden. Exempel på områden är vuxen/beroende eller försörjningsstöd, områden där riskgrupper gällande suicid även ingår. Då aktuell forskning visar att självmordsprocessen hos suicidala personer kan brytas – och att endast ett samtal kan räcka (Beskow, 2000) – finns det en poäng i att socialtjänsten utvecklar och verkar för ökad kunskap och beredskap inom området. Tio år har gått sedan nollvisionen – ändå dör i snitt cirka tre personer om dagen genom suicid. Socialtjänsten har därmed en signifikant roll vad gäller att nå upp till nollvisionen och råda bot ett av vår tids största folkhälsoproblem.

1.2 Problemområde

Handläggare och socialsekreterare inom socialtjänsten kommer, enligt forskningen, ofta i kontakt med suicidala klienter. Således är det viktigt att de har kunskap och kompetens att kunna tyda dessa klienters signaler vid en riskbedömning. Forskning inom suicidologi har huvudsakligen fokuserat kring det psykiatriska fältet, därav har diagnoser, medicin, genetik och riskfaktorer fått mycket

utrymme. Hur yrkesroller utanför psykiatrin, som socialtjänsten, ska hantera suicidalitet har inte haft samma prioritet och har kanske därför heller inte studerats i lika hög utsträckning. Vi har valt att avgränsa oss till enheterna för försörjningsstöd och vuxen/missbruk inom socialtjänsten. Detta på grund av att självmordsproblematik har ett samband med dessa grupper, men utgör samtidigt inte det primära behovet som ska tillgodoses.

Med tanke på den avstannade självmordsstatistiken, att varken handlingsplaner eller arbetsrutiner verkar finnas hos kommunerna och att många av socialtjänstens klienter löper ökad risk till suicid, anser vi det betydelsefullt att undersöka socialarbetarnas upplevelse av beredskap i mötet med klienter som uttrycker tankar och hot om suicid.

1.3 Syfte

Syftet med studien är dels att kartlägga socialsekreterares upplevelse av förekomst av suicidala klienter, dels att kartlägga deras upplevda beredskap för sådana möten. Detta för att synliggöra socialsekreterares roll i suicidprevention och hur utbildning i ämnet kan ha betydelse.

Vår definition av beredskap är att vara förberedd på ett visst framtida scenario, i vårt fall möten med självmordsnära personer. Beredskap är en helhet bestående av kunskap och/eller erfarenhet som leder till kompetens att klara av situationen man står inför.

1.4 Frågeställning

- Hur vanligt förekommande är det att socialsekreterare, inom enheterna för försörjningsstöd och vuxen/beroende, erfar suicidala klienter i Stockholms län samt i länen med de högsta statistiska självmordstalen?
- Vilken upplevelse av beredskap har dessa socialsekreterare för att möta suicidala klienter?

1.5 Centrala begrepp

Suicid, självmord och självmordsnära

Självmord och suicid är synonymer och definieras som ”avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden” (Nationalencyklopedin [NE], 2018). Begreppet självmord härrör från en tid då det var olagligt att ta sitt liv och kan därför upplevas skuldbeläggande då det likställer fenomenet med en kriminell handling (Beskow, et al., 2005). Suicid, som är ett nyare begrepp, kan däremot upplevas som en alltför klinisk term (ibid). Båda begreppen används i denna studie beroende på vad och vilken kontext som ämnas beskrivas. Begreppet självmordsnära syftar på människor med tankar på att ta sitt liv.

Suicidprevention

Suicidprevention handlar om att på olika sätt förebygga självmord och självmordshandlingar. Målet är att på ett permanent sätt minska antalet självmord och självmordsförsök. Åtgärderna rör sig över en skala som i ena änden innebär samhällsbaserade preventionsmodeller och i andra änden individuella behandlingsinsatser. Det kan till exempel röra allt från skyddsräcken på broar, och utformning av läkemedelsförpackningar, till hur man bemöter människor med tankar på självmord (Folkhälsomyndigheten, u.å).

Socialtjänsten som organisation

Socialtjänsten som organisation är uppbyggd i avdelningar som i sin tur rymmer flertal enheter. Hur dessa avdelningar och enheter ser ut skiljer sig åt mellan olika kommuner. Detta har att göra med att det är upp till respektive kommun att organisera sitt arbete (Bäck, Erlingsson, & Larsson, 2013). I Stockholms kommun finns det även en variation i hur stadsdelarna är organiserade. Detta medför att enheter inom olika kommuner benämns annorlunda även om de har liknande målområde (Stockholms Stad, u.å.). I denna studie benämns de enheter, som vi valt att fokusera på, som försörjningsstöd och vuxen/beroende.

Enheten för försörjningsstöd är den enhet inom socialtjänsten där socialsekreterare handlägger ärenden gällande ekonomisk hjälp och försörjningsstöd (Socialstyrelsen u.å). Inom enheten för vuxen/beroende arbetar socialsekreterare som handlägger ärenden gällande hjälpinsatser för missbruk och beroende. Även mötet med socialtjänsten ser olika ut beroende på kommun och stadsdel samt vilken typ av stöd som personen söker. I regel sker dock den första kontakten alltid per telefon för att i nästa steg resultera i ett möte. Vissa avdelningar och enheter har särskilda mottagningar som är avsedda för första kontakten.

Försörjningsstöd och bistånd för livsföringen i övrigt

Rätten till bistånd regleras under 4 kap 1§ Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:451) och avser såväl ekonomiskt stöd som andra stöd- och hjälpinsatser (Eneroth, 2014). Ekonomiskt bistånd kallas det ekonomiska stöd man kan få och inbegriper både försörjningsstöd och hjälp med engångskostnader. Exempel på engångskostnader kan vara glasögon eller tandvård (ibid). Försörjningsstöd är en del av det ekonomiska biståndet och ska "...täcka skäliga, regelbundet återkommande kostnader..." (citrat ur Eneroth, 2014, s. 96), såsom exempelvis hyra, elektricitet och mat. Exempel på andra hjälpinsatser som regleras under 4 kap 1§ är de vård och behandlingsinsatser som personer med beroendeproblematik kan bli beviljade (ibid). I särskilda fall där missbruket får följder att en person utsätter sig själv eller närstående för allvarlig fara kan även tvångsvård bli aktuellt (LVM, SFS 1988:870).

1.6 Disposition

Kapitel ett redogör för centrala begrepp gällande självmord, suicidprevention, socialtjänsten som organisation samt bistånd och försörjningsstöd. I kapitel två redogörs tidigare forskning tematiskt under riskfaktorer kopplade till suicid samt bemötande och åtgärder gällande suicid. Under kapitel tre presenteras teori gällande suicid och suicidprevention. Kapitel fyra består av ett metodavsnitt och innehåller metod, utformning, urval och bortfall, databearbetning, reliabilitet och validitet samt etiska överväganden. I femte kapitlet redovisas studiens resultat och analys. Det sjätte kapitlet innehåller slutsatser kopplade till syfte samt frågeställningar, följt av diskussion i kapitel sju.

2. Kunskapsöversikt och tidigare forskning

Under följande kapitel presenteras en forskningsöversikt där det redogörs för såväl nationell som internationell forskning. Inledningsvis redogörs för temat *riskfaktorer kopplade till suicid* för att skapa en bakgrund till ämnet, följt av temat *bemötande och åtgärder gällande suicid* för att rama in olika aspekter av begreppet beredskap. Tematiseringen har även gjorts för att skapa en enklare överblick av ämnet. I slutet av kapitlet följer en sammanfattning som även problematiserar kunskapsläget.

2.1 Riskfaktorer kopplade till suicid

Riskfaktorer

Mycket forskning inom suicidologi har gjorts på riskfaktorer. Psykiatriska diagnoser som allvarlig depression har visats medföra ökad risk, drog- och alkoholmissbruk likaså. Även barndomstrauma och stressiga livshändelser som förändring, förlust och separation ökar risken för suicid. Immigration kan också innebära ökad risk, speciella datum och årstider med känslomässig koppling till en person är ytterligare exempel på riskfaktorer. Skyddsfaktorer å andra sidan är, ett aktivt liv, motion, att ha vänner som inte missbrukar, god diet och sömn, att ha många barn, religiositet, självförtroende och att kunna söka hjälp när man behöver den (Wasserman et al, 2012). Viktigt att tänka på är att enskilda riskfaktorer sällan har något egentligt värde i sig själva, utan att det först är efter en sammanställning av risk- och skyddsfaktorer som man kan göra en bedömning av om en person kan anses vara i riskzonen att utveckla suicidalitet (ibid).

Studier har visat att suicidala personer ofta tacklar livshändelser med negativa känslor som skam, skuld, hopplöshet, förtvivlan eller ilska. En så kallad negativ copingstrategi. En persons suicidala beteende kan för anhöriga eller utomstående verka motsägelsefullt då det hen verkligen behöver är stöd men istället tenderar hen att nedvärdera intimitet och engagemang (Kernberg, 2001).

Ett annat missledande tecken kan vara om en person plötsligt verkar lugn, eftersom beslutet om suicid kan ha en sådan effekt på personen dagar eller veckan innan tragedin sker. Självordsnära personer bär på en ambivalens om liv eller död under hela suicidprocessen, och visar även ofta tecken på detta i exempelvis kommunikation. Det finns fall då anhöriga och personal inte kunnat tyda de signalerna. Uppmärksammas och bearbetas ambivalensen går förloppet och den negativa spiralen att vända, detta kräver dock att man frågar och pratar om det svåra (Wasserman, 2001; Maltzberger, 2004). Det finns rapporterade fall av patienter som erfarit hela sjukhusvistelser utan att ha blivit utfrågade om anledningen, som var just att ha överlevt suicidförsök. Tystnadskultur spär bara på känslan av skam och hjälplöshet (Wolk-Wasserman, 1985).

Suicidförsök

Skogman (2006) intervjuade 25 manliga och 29 kvinnliga patienter på en sluten psykiatrisk avdelning. De hade alla överlevt suicidförsök. För 37 procent av de tillfrågade var detta inte det första suicidförsöket (ibid). En svensk kohortstudie med två uppföljningar över trettio år konstaterar att den

säkraste förutsägelsen för genomfört suicid är tidigare historik av suicidförsök, både individuellt och inom familjen (Tidemalm, Långström, Lichtenstein & Runeson, 2008). De flesta dödsfallen, både för kvinnor och män, skedde inom fem år efter det första registrerade försöket och den högsta ökade risken fann man bland de diagnostiserade med schizofreni eller bipolär sjukdom (ibid). Forskning har visat att två procent av de som velat ta livet av sig, och hamnat på sjukhus, senare dör i suicid inom ett år (Cullberg et al., 1988; Nordström, 1995).

Personer i åldersspannet unga 16–24 år är den grupp som gör flest *försök* till självmord, och då främst kvinnor. Inom åldersspannet 15–44 år är självmord den näst vanligaste dödsorsaken bland kvinnor. Vad gäller män inom samma ålderskategori är självmord den vanligaste (Nyberg, 2013).

Beskow (2000) menar att självmordsförsök i hög utsträckning kan tolkas som en sorts reaktion på en pressad livssituation, istället för en faktisk önskan om att dö. I många fall kan ett självmordsförsök ses som ett rop på hjälp och en chans att bli tagen på allvar (ibid).

I relation till fullbordade självmord brukar antalet självmordsförsök uppskattas till cirka tjugo gånger fler, alltså runt 20.000 med svenska förhållanden mätt (World Health Organization [WHO], 2014). Man räknar med att mörkertalet är stort då endast försök som sjukvården registrerat går att räkna (Ringskog Vagnhammar & Wasserman, 2017).

Suicid och missbruk

Undersökningar visar att personer som missbrukar alkohol eller droger löper en förhöjd risk att dö genom självmord. I en studie gjord av Murphy (2000) framkom att missbruk har kunnat konstaterats bakom upp till en femtedel av alla studerade fall av självmord. Samma studie visade att det är 19–30 gånger så vanligt att en person som missbrukar droger dör genom suicid jämfört med övrig befolkning. Samma sak kan även konstateras hos personer med alkoholproblem där det är 60–120 gånger så vanligt (Murphy & Wetzel, 1990).

I en norsk undersökning med 800 personer som vårdades för missbruk framkom det att upp till 38 procent hade försökt ta sitt liv vid ett eller flera tillfällen (Rossow, 2001).

Ett långvarigt missbruk kan leda till arbetslöshet och social utsatthet. Det finns studier som indikerar på att sociala faktorer som arbets- och bostadslöshet samt dålig hälsa ofta återfinns bland personer med missbruksproblematik som utför självmordshandlingar (Rossow & Lauritzen, 1999). Det finns även studier som visar på att det förekommer en förhöjd risk för självmord hos de personer med missbruksproblem som också har en psykiatrisk diagnos. Det kan handla om såväl personer med beroendeproblematik som lider av psykisk ohälsa som personer som i grunden har psykiska problem och använder alkohol och droger som en form av självmedicinering (Nyberg, 2013).

Rossow (1996) presenterar ett antal olika förklaringsmodeller gällande alkoholmissbruk och suicid. Det kan till exempel röra sig om upplevelsen av ett avslut på ett långvarigt missbruk som lett till ekonomisk och social misär. En annan förklaring skulle kunna vara att alkoholen fungerar som hjälp för personen att ta steget över barriären och skada sig själv (ibid). Vidare kan det i andra fall vara

tanken på suicid som kommer först och alkoholen blir då ett sätt att frigöra sig från sina suicidala tankar.

Suicid, arbetslöshet och försörjningsstöd

Skogmans studie (2006) visade att det vanligaste underliggande problemet till suicidförsök var känslor av ensamhet. För män var socioekonomiska problem den vanligaste orsaken till ensamheten som föranledde suicidförsöket och i kvinnors fall var ensamheten oftast kopplad till svårigheter med mellanmännsliga relationer. Hos de svarande som var arbetslösa uttryckte 75 procent att deras arbetslöshet hade betydande inverkan på att de hade försökt ta sitt liv. Studien menar att det nästan alltid är flera parallella motiv som spelar in i varför försök till suicid uppstår, men den tyngst vägande och oftast förekommande är att slippa ett känslomässigt lidande (ibid).

I en undersökning av Socialstyrelsen framkom det att män som uppbar försörjningsstöd löpte 4 gånger högre risk att dö till följd av suicid än män som inte hade försörjningsstöd (Otterblad Olausson, 2006). För kvinnor som uppbar försörjningsstöd så var risken 4,7 gånger så hög än motsvarande grupp (ibid). En bidragande orsak till detta kan vara att människor med missbruksproblematik är överrepresenterade bland individer som uppbar försörjningsstöd (ibid). Samma studie pekade även på att det förelåg högre risk för suicid hos personer med lägre grad av utbildning. Det vill säga att personer som högst fullföljt grundskola eller motsvarande löpte 2-3 gånger högre risk att dö genom suicid än de som studerat på högre nivå än gymnasiet (ibid). Det finns även statistik som visar på att personer med låg utbildning uppbar försörjningsstöd i större utsträckning än personer som är högutbildade (Statens offentliga utredning [SOU], 2011).

2.2 Bemötande och åtgärder gällande suicid

Tabu, stigmatisering och attityder

Inom socialtjänsten är den psykiatriska förklaringsmodellen angående självmord dominerande, vilken kategoriserar denna handling eller tankar om det som endast ett symptom till depression. Bland annat därav hänvisas behov av denna art, utan att beröras närmare, till psykiatrisk vård där ansvaret anses ligga för denna typ av problematik (NASP, 2009).

Ringskog Vagnhammar och Wasserman (2018) lyfter ett flertal olika studier som visat på negativa attityder gentemot suicidala patienter inom vården. Däribland Goldblatt och Maltzberger (2009) som beskriver känslor av aversion och vrede från personal gentemot suicidala patienter inom psykiatri. I Skogmans studie (2006) diskuteras hur personer med självmordstankar i möten med professionella ofta tror att de kommer bli missförstådda och inte accepterade, vilket leder till att de håller dessa tankar för sig själva. I studien nämns också forskning som hävdar att det är mer effektivt att prata om suicidaliteten än att indirekt behandla medicinskt som del i en psykisk störning.

En uppfattning som har bred spridning bland allmänheten, och även bland yrkesverksamma som möter suicidala personer, är att man inte ska ”väcka den björn som sover”. Att det skulle medföra risk

att prata eller skriva om självmord finns bland annat hos socialsekreterare, och rädslan att så ett frö i personen man möter kan ha bromsande effekt (NASP, 2009). Det finns dock forskning som tyder på motsatsen. Gould et al. (2005) visade att ingen skadlig verkan gick att påvisa när de frågade både ungdomar generellt, och högrisk-ungdomar som uppvisat depressiva tendenser, i skolmiljö om detta. Beskow (2000) menar att personer som upplever att livet inte är lönt att leva längre behöver och vill oftast prata om detta. Det finns även studier som berättar om socialsekreterare och andra professionellas övertygelse om att klientens självbestämmande väger tungt och att beslut och tankar om att ta sitt liv inte är någon idé att försöka påverka (NASP, 2009). Detta kan förstås hänga ihop med de lagar och riktlinjer som stödjer det, men det skulle också kunna bero på okunskap. Beskow (2000) hävdar att en liberalisering i synen på självmord har skett. Den allmänna attityden har blivit mer tolerant, vilket går att härleda exempelvis till en uppluckring av normer kring giftermål och sexualliv som förr i tiden ledde till religiösa, sociala och juridiska bestraffningar om individer avvek från det allmänt accepterade (ibid).

Etik, lagar och riktlinjer

Det finns studier som visar på att en stor del av alla socialsekreterare någon gång under sin karriär kommer stöta på suicidala personer (Feldman & Freedenthal, 2006).

En socialsekreterares möte med en självmordsnära klient inom socialtjänsten är etiskt komplext och svårt att värdera. För att lätta på trycket som socialsekreteraren står inför vid dessa möten skulle konkreta och tydliga etiska riktlinjer och lagar kunna vara en guide på vägen mot ett välgrundat ställningstagande (Mishna et al. 2002). Men så är det sällan. Lagar och etiska koder ger ofta tvetydiga budskap (ibid). En frågeställning som socialsekreteraren kan behöva fundera över är om skäl finns att bryta sekretess för att hjälpa den självmordsnära klienten. Det är sällan som socialsekreteraren har alla korten på bordet för att kunna avgöra om klienten är kapabel till ett rationellt val eller inte, i fråga om sitt lidande. Ett tema som triggas av klienter med självmordstankar är det mellan individens självbestämmande och varje medmänniskas moraliska plikt att rädda liv. Det finns forskning som vidhåller att personliga värderingar och attityder kan ha inverkan på vilket utfall bedömningar får (ibid). Ett sätt att se på självmord är att det är egoistiskt och drabbar anhöriga som blir lidande resten av livet, en åsikt som försöker legitimera intervention (Heyd & Bloch, 1999). Ett annat sätt att se på självmord är att det är en fundamental mänsklig rättighet (Amchin et al. ,1990; Burstow, 1992). Mishna et al (2002) menar att självmord tangerar vid socialt arbetes ständiga dilemma av att hitta balans mellan samhällsansvar och ansvar för individens rätt till självbestämmande. En aspekt av detta är att forskningen har hittat belägg för att socialsekreterare ibland använder sig av självbestämmanderätten som en psykologisk försvarsmekanism för att slippa ta ställning till svåra beslut då självmord är ett ångestframkallande ämne (Ringskog Vagnhammar & Wasserman, 2017).

Riskbedömning vid suicid

Från en undersökning gjord i England och Wales framgick att av de som begår självmord har 24 procent varit i kontakt med och vårdats inom psykiatrien året innan de dör. En tredjedel av dem dör inom tre månader efter utskrivning men de flesta dör första dagen efter utskrivning eller inom den första veckan (Appleby, Shaw, Amos et al., 1999). Detta tyder på stora svårigheter att bedöma en persons självmordsrisk, då alla patienter i den studien ansågs vara vid låg eller ingen akut risk vid utskrivningstillfället (ibid). En rapport gjord av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2015) drar slutsatsen – som ligger i linje med ovan nämnda undersökning – att de skattningsinstrument som används idag inom vården inte är tillförlitliga nog att förutsäga framtida suicid.

Utbildning och arbetsrutiner om suicidprevention

Inga-Lill Ramberg, Maria Di Lucca och Gergö Hadlaczky (2016) har undersökt hur utbildning i suicidprevention kan påverka vårdpersonals attityder till ämnet. NASP, som tidigare nämnts, fick i uppdrag att utbilda psykiatripersonal. Denna utbildning fick namnet Aktion Livräddning, och det är effekterna av den satsningen som forskarna rapporterade i studien. Över 300 personer anställda inom psykiatrien i Stockholm ingick i studien, där forskarna kunde dra slutsatsen att det finns en hög sannolikhet att personal som får återkommande utbildning i suicidprevention blir mer positivt inställda till att förebyggande arbete med suicidala personer fungerar. Studien antydde även att de professionella upplevde mer självsäkerhet och tydlighet i sina roller vid möten med suicidala personer efter att ha genomfört utbildningen (ibid). Studien fann även att ålder var en oberoende variabel som hade positiv inverkan på andra variabler såsom attityd till suicidprevention och kunskap (ibid). Ramberg et al. (2016) lyfte också i sin studie att gemensamma handlingsplaner och arbetsrutiner för möten med suicidala personer är något som efterfrågats av berörd personal. Studien såg effekter av före och efter implementering av rutiner, och en klar majoritet av de tillfrågade ansåg att det hade hjälpt dem att uppmärksamma frågan, att det är okej att prata om självmord med patienter och upplevelse av ett strukturerat arbetssätt. Kontexten och kontakten är förstås på flera sätt annorlunda inom socialtjänsten men dessa situationer/möten uppstår ju även där, på ett snarligt sätt.

Liknande studier av före och efter preventionsprogram för socialsekreterare har gjorts, med liknande resultat. Då även denna yrkesgrupp har efterfrågat gemensamma handlingsplaner och utbildning i suicidproblematik. Utbildning och arbetsrutiner har effekt på socialsekreterares upplevelse av kompetens i sådana situationer, vilket också kan ge effekt för lyckad intervention (Jacobson et al., 2012).

Handlingsplaner för suicidprevention

Studier har visat att det finns ett samband mellan utbildning i suicidprevention och positivt förändrad attityd till förebyggande arbete hos personal som möter suicidala personer. Därför är en del i landstingets arbete med suicidprevention att höja kunskapsnivån hos den personal som är berörd. I den senaste kartläggningen gjord år 2015 av Folkhälsomyndigheten framkom att 11 procent av 203 tillfrågade kommuner hade en handlingsplan eller ett policydokument med syfte att förebygga suicid, vidare svarade 15 procent att det fanns planer på att implementera en handlingsplan nuvarande eller kommande år. Kartläggningen visade även att det fanns en variation mellan Stockholms stadsdelar i hur långt de kommit med sina handlingsplaner för suicidprevention (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Sammanfattning av kunskapsöversikt

Sammanfattningsvis pekar forskning på att suicid och preventionsarbetet är ett komplext och mångfacetterat ämne med många olika orsaksförklaringar och infallsvinklar.

Under temat *riskfaktorer kopplat till suicid* redogörs för forskning som visar på att det finns ett flertal olika riskfaktorer bakom suicid som till exempel stressiga livshändelser, arbetslöshet, försörjningsstöd, missbruk och psykisk ohälsa. Dessa riskfaktorer bidrar till en höjd risk för suicid. Det framkommer även att ett självmordsförsök ofta kan tolkas som ett rop på hjälp och att avsikten inte i grunden handlar om att ta sitt liv. Att en självmordsprocess inte är statisk utan genomgående innehåller en ambivalens mellan liv och död är också ett viktigt budskap från forskningen.

Temat *bemötande och åtgärder gällande suicid* innehåller forskning som visar på att socialsekreterare någon gång under sitt yrkesliv kommer möta suicidala klienter. Det framkommer också hur det finns en rädsla för att tala om suicid i möten med dessa individer, samtidigt som arbetsrutiner efterfrågas av de yrkesgrupper som berörs. Forskningen tyder även på hur yrkesverksammas egna attityder kan ha inverkan på utfallet i möten och att utbildning i prevention kan öka känslan av beredskap. Slutligen kan det tilläggas att handlingsplaner inom kommunerna, där socialtjänsten inbegrips, i hög utsträckning verkar saknas.

Bilden av kunskapsläget som presenterats signalerar att forskningsfokus hittills har legat på olika riskfaktorer, behandling och medicinering inom det psykiatriska spektrat och biologiska förklaringar till den individuella sårbarheten att utveckla suicidalt beteende. Bland annat är forskningen om hur socialsekreterare upplever möten med suicidala personer bristfällig. Även forskning om suicidala personers upplevelse och erfarenheter av bemötande och vård inom psykiatri eller socialtjänsten är undermålig. En konsekvens av detta har lett till att det psykiatriska forskningsfältet har fått förhållandevis mycket utrymme i denna studie. En annan invändning mot vissa delar av den forskning som valts ut är dateringen, men den tolkning som gjorts är att den fortfarande är aktuell. Det sammantagna syftet med kunskapsöversikten har trots allt varit att ge en så bred bild som möjligt av kunskapsläget och visa den kunskapslucka som finns – där studien också har en relevant plats att fylla.

3. Teoretisk utgångspunkt

I detta avsnitt redogörs för de tre teorier som valts för studiens analys av empiri. De två första teorierna *stress sårbarhetsmodellen* och *psykiskt olycksfall* redogör för två kontrasterande perspektiv vad gäller upphov och orsak till självmord. Först beskrivs den äldre förklaringsmodellen benämnd som *stress sårbarhetsmodellen*. Därefter ges en beskrivning av en nyare förklaringsmodell kallad *psykiskt olycksfall* och avslutningsvis en redogörelse för *suicidprevention som tredelad modell*. Den tredje teorin presenterar, inom tre olika samhällsnivåer, förebyggande åtgärder vad gäller självmord och är en ingång till hur begreppet beredskap kan förstås. Avsnittet innehåller slutligen en sammanfattning med motivering av teorival och koppling till studiens syfte.

Suicid enligt sårbarhetsmodellen

Stress-sårbarhetsmodellen är ett teoretiskt ramverk som tidigare haft bred acceptans för att förklara varför vissa personer, och andra inte, utvecklar suicidalt beteende. Det är en modell som tar hänsyn till risk- och skyddsfaktorer från miljö, psykologi, genetik och livssituation. Varje person bär på en unik sammansättning av dessa risk- och skyddsfaktorer som utgör personens förutsättningar att klara av påfrestningar av olika slag. Huruvida en person blir suicidal, deprimerad eller drabbad av ohälsa generellt, beror alltså förenklat på om personen lyckas hantera en eller flera stressfulla livshändelser. Hur personen hanterar dessa har att göra med den disposition av risk- och skyddsfaktorer, kallad sårbarhet, som personen bär på (Wasserman, 2000). Modellen har bidragit med anpassade behandlingsprogram för utpekade riskgrupper (ibid).

Suicid som psykiskt olycksfall

En annan förklaringsmodell utarbetad av Beskow (2008) kallas för psykiskt olycksfall. Den är inspirerad av olycksfallsforskning som en stor del av suicidprevention på samhällsnivå utgår ifrån, exempelvis skydd på broar och åtgärder inom tågtrafik som minimerar att personer kan skada sig. Teorin berör flera plan, från samhällsnivå ner till individnivå, och framställer suicid som ett allmänmänskligt problem. Olycksfallsperspektivet utmanar därför den rådande definitionen av självmord som en avsiktlig handling att skada sig med dödlig utgång. Långt ifrån alla självmord är avsiktliga. Ofta är den som är i riskzonen att ta sitt liv utsatt för en rad yttre sakförhållanden som hen inte kan påverka. På samma gång finns det idag kunskap om att många som dör av självmord brister i bedömningen av följderna till sitt agerande. Ibland är den nedsatta förmågan grundad på psykisk sjukdom, i andra fall inte. Ett stort antal självmordsförsök är utfall av en serie olyckliga tillfälligheter, under ett relativt snabbt händelseförlopp, där personen i en impulshandling och tunnelseende endast ser en lösning på sin livssituation (ibid). Därför menar Beskow (2008) att självmord skulle kunna betraktas som olycksfall och om slumpen sammanfört dig med en person inbegripen med att försöka ta sitt liv går det att avstyra med små medel, ett samtal kan räcka. En medvetenhet om att vi kan vara

delar i detta händelseförlopp, speciellt i yrkesroller inom människovårdande organisationer, är önskvärt.

Suicidprevention som tredelad modell

Suicidprevention är uppbyggd kring tre nivåer av förebyggande åtgärder som är tänkta att samverka i en fungerande helhet. Denna teoretiska modell delar in preventionen i *universella*, *indikerade* och *selektiva* insatser (Dumon & Portzky, Euregenas, 2015). I vår undersökning fokuserar vi på selektiv prevention, men vi kommer här också för tydlighetens skull redogöra för de två andra delarna av prevention.

Universell prevention riktar sig till hela befolkningen innan problemen hunnit utvecklas. Informationskampanjer om depression är ett exempel för att nå ut till allmänheten och därmed förändra attityder till psykisk ohälsa. Att bygga upp arenor som är socialt inkluderande, som skapar sammanhållning för personer och där man inte känner sig diskriminerad eller missuppfattad om man berättar om psykiska problem, är också exempel på universell prevention (Wasserman, 2000). Ett annat exempel är att minska tillgängligheten till självmordsmedel, vilket innebär att göra det svårt för den som vill avsluta sitt liv. Att bygga säkrare tunnelbanestationer och mindre läkemedelsförpackningar där varje tablett måste tryckas ut, är exempel på sådana åtgärder (Beskow, 2000). Restriktiva vapen- och alkohollagar är ytterligare exempel på utformning av universell prevention som visat sig minska suicidtal. WHO har även utarbetat riktlinjer för hur medierapportering om suicid bör se ut, då det finns studier som pekar på samband mellan vinklade nyheter och ökad självmordsfrekvens (WHO, 2000).

Indikerad prevention är åtgärder som fokuserar på personer som redan befinner sig i en suicidal process eller i efterspelet av ett misslyckat suicidförsök. Historik av suicidförsök och psykiatriska sjukdomar är de starkaste indikatorerna för framtida suicidalt beteende (Tidemalm et al., 2008). Därför har utveckling av eftervård varit och är ett viktigt exempel på indikerade insatser och att hålla kontakten med dessa personer efteråt genom telefon, vykort eller mejl har visat sig vara betydelsefullt och fungerande (Dumon & Portzky, Euregenas, 2015). Korrekt diagnostisering och behandling av bland annat drog- och alkoholmissbruk, bipolär sjukdom, depression och schizofreni är ytterligare exempel på den indikerade nivån.

Selektiv prevention riktar sig till befolkningsgrupper med ökad risk att utveckla ett suicidalt beteende. Några av dessa utpekade grupper är personer som erhåller försörjningsstöd och personer med någon form av missbruk, vilket gör att socialtjänsten träffar en stor del av dessa personer. Minoritetsgrupper som homosexuella, transpersoner och etniska minoriteter är andra grupper som forskningen visat löper högre risk till suicidalt beteende (Haas et al., 2011; Dhejne et al., 2011). Särskilt anpassade preventionsprogram för dessa grupper är viktigt att ha i åtanke för att få bra gensvar från dem. Medvetenhet om att riskgrupper inte är statiska, utan ändras över tid är också viktigt att komma ihåg, då samhälle och kultur ständigt skiftar (Dumon & Portzky, Euregenas, 2015).

Exempel på selektiv prevention är att tillhandahålla jourtelefon eller stödlinjer dit personer kan vända sig anonymt. Något som visat sig ha positiv effekt då det ger mer individuellt utrymme och innebär ett mindre hinder för personer att söka hjälp (Gilat & Sahar, 2007, i Dumon & Portzky, Euregenas, 2015). Nätverk och stödgrupper för personer som förlorat anhöriga genom självmord är också exempel på selektiva åtgärder, då studier visat att dessa personer löper större risk att utveckla psykiska sjukdomar och suicidalt beteende (Beautrais, 2004). Behandling av depression genom antidepressiva läkemedel är också en del i det selektivt suicidpreventiva arbetet (Wasserman, 2000).

Det är på den selektiva nivån som socialtjänsten har en viktig roll att spela i det självmordsförebyggande arbetet. Socialsekreterare är en yrkesgrupp som möter självmordsnära personer och behöver således utbildas för att kunna möta sådan problematik. Att ta fram riktlinjer och förse nyckelpersoner med utbildning i suicidprevention är därför en annan viktig åtgärd som har visat sig vara en fungerande strategi (Ramberg & Wasserman, 2004). Socialsekreterare kan spela en vital del om de får rätt utbildning, genom att de då kan upptäcka suicidala tendenser hos personer, som kan fångas upp och slussas vidare till hälso- och sjukvården.

Sammanfattning

Anledningen till valet av att lyfta fram både en äldre och nyare förklaringsmodell är att kunna genomföra en djupare analys av empirin genom att kontrastera fenomenet suicid. Då båda dessa teorier kan förklara eventuell förekomst av suicidala klienter inom socialtjänsten, men ur olika perspektiv, är de av relevans för studiens syfte. *Stress och sårbarhetsmodellen* fokuserar på riskgrupper medan *psykiskt olycksfall* lägger tonvikt på att vem som helst i en stressad livssituation kan drabbas – oberoende av perspektiv så leder det till att socialtjänsten möter dessa människor. Vilket innebär att ett förhållningssätt vad gäller beredskap är nödvändigt. Därför har även *suicidprevention som tredelad modell* valts som teori för att kunna tolka begreppet beredskap, vilket inbegriper arbetsrutiner, utbildning och kunskap.

Ur en kritisk aspekt ska det nämnas att samtliga teorier, likt tidigare redovisat kunskapsläge, har sitt ursprung inom det psykiatriska fältet. Valet av teori är fokuserat på självmord, en annan väg att gå hade varit att lägga fokus på socialsekreterarna, vilket hade resulterat i en annan studie. Då nästan all forskning kring självmord bedrivs inom psykiatrin får det konsekvenser vad gäller synen på ämnet. Det säger sig självt att de biologiska och psykologiska perspektiven får de framträdande rollerna, vilket sätter diskursen för fenomenet. Det ska även sägas att då självmord är ett komplext fenomen, finns det flera orsaksförklaringar bakom självmord, utöver de som lyfts i denna studie. Vad gäller stress och sårbarhetsmodellen kan man fråga sig om det är rimligt att tro att alla självmordsnära klienter inom socialtjänsten kan förklaras genom en kombination av ”dåliga” gener och ekonomisk utsatthet eller missbruk. Även psykiskt olycksfall kan problematiseras då teorin på sätt och vis underminerar synen på individens fria vilja. Synen på självmord som en impulsiv handling stämmer inte alltid, utan kan vara ett beslut som vuxit fram under längre tid. Möjligen finns det personer som

kommit till en punkt i livet där det inte finns någonting kvar att erbjuda. Oavsett orsak kan det ifrågasättas om det är rätt att forcera eller försöka påverka en vuxen människas beslut. Ta till exempel eutanasi, assisterade självmord. Makten blir snedvriden när man försvagar människors egna beslutsrätt. Inom socialtjänstens kontext finns redan en maktasymmetri, därför är det viktigt att vara medveten om att denna snedfördelning kan förstärkas av teorin psykiskt olycksfall.

Samtliga tre teorier har även legat till grund för utveckling av studiens enkät som redogörs närmare för i följande kapitel.

4. Metod

I detta kapitel redogörs för studiens metodval, processen med enkätens utformning, de etiska överväganden studien behövt ta ställning till samt urval och bortfall. Studien har dragits med en del metodologiska problem. Till exempel att urvalet inte är slumpmässigt, att det skett i flera steg och att det skett genom mellanhänder i form utav chefer. Dessutom har datainsamlingen omfattats av tekniska problem, vilket påverkat bortfallet. En mer detaljerad och metodkritisk diskussion vad gäller de olika problemen presenteras i slutet av respektive område.

4.1 Forskningsansats

Den här studien har haft ett i huvudsak deduktivt tillvägagångssätt. Under studiens gång har kunskap inhämtats från det aktuella forskningsfältet samt tre teoretiska modeller. Dessa har legat till grund för och skapat de frågeställningar som sedan prövats mot verkligheten (Bryman, 2011). Mot bakgrund av detta togs sedan enkätfrågor fram vars tilltänkta funktion var att fånga upp och ge ett mått på det fenomen från verkligheten som varit studiens intresse. Därefter eftersöktes eventuella samband i det insamlade datamaterialet som i vårt fall utgjordes av enkätundersökningens respondentsvar.

4.2 Tvärsnittsdesign

Inom tvärsnittsdesign intresserar man sig för variationer och samband mellan olika variabler (Bryman, 2011). Mängd blir därför ett viktigt element inom tvärsnittsdesign då det krävs fler respondenter och således variabler för att lättare upptäcka och urskilja variationer. Inom tvärsnittsdesign riktar man sig ofta till en viss population för det man vill undersöka (Djurfeldt, et al., 2018). Ofta sker datainsamlingen under en viss tidpunkt vilket innebär att man således inte kan berätta något om tiden före eller efter tidpunkten för själva mätningen (ibid). Detta begränsar också möjligheten att uttala sig om eventuella kausaliteter. Däremot kan man se kopplingar variabler emellan (Bryman, 2011). Då en tvärsnittsdesign vill fånga in mängd samt utgår från ett datainsamlingstillfälle är det vanligt att använda sig av enkät som metod (ibid).

Detta har även lämpat sig bra för denna studie då den ämnar titta på förekomst av suicid inom socialtjänsten vid en given tidpunkt för att skapa en uppfattning om den aktuella situationen, givet den population som studien riktar sig mot. I linje med studiens syfte passar en tvärsnittsdesign baserat på ett större urval vilket kan identifiera möjliga variationer inom socialtjänsten när det gäller förekomst av suicid och suicidprevention. Men även då studien är inriktad på att hitta eventuella kopplingar mellan olika variabler såsom till exempel utbildning och beredskap.

4.3. Enkät

För att få grepp om det som studien ämnar undersöka är en enkät att anses som det lämpligaste metodvalet. Detta då studien intresserar sig för omfång och enkäter är ett effektivt sätt att nå ut till

många respondenter vid ett och samma tillfälle (Bryman, 2011). En webbenkät innebär även en stor flexibilitet för respondenterna gällande tid och rum för utförandet vilket är en fördel då socialsekreterare kan vara tungt belastade i sitt arbete (Vision, 2011). Något som en intervjustudie inte skulle kunna tillföra då det begränsar antalet respondenter och den tid som de skulle behöva avsätta. En fördel med en enkät är att socialarbetarna ges möjlighet att vara anonyma och därmed också kan komma att svara mer sanningsenligt då de slipper påverkan av en så kallad intervjuareffekt (Bryman, 2011). Något som kan vara svårt att förbise annars då det rör ett sådant tabubelagt ämne som suicid. Å andra sidan kan det vara svårt att inhämta djupa och nyanserade åsikter med en enkät som hade kunnat fångas upp i en intervju. Sammantaget ligger studiens huvudfokus på kvantitativ empiri och således är enkät det mest passande tillvägagångssättet.

Enkätens utformning

Enkäten konstruerades i två steg. Inledningsvis användes ett word-dokument för att samla frågor till ett första utkast. Därefter fördes materialet över till Stellar Survey (www.stellarsurvey.com) som är ett webbaserat program för att utforma enkäter online (se bilaga 2 för fullständig enkät).

Enligt Trost (2012) är en välplanerad enkät med bra design en viktig aspekt för att öka svarsfrekvensen. Då ämnet för denna studie berör självmord blev det en avskalad design med neutral färgsättning. En informationsruta skapades längst upp på varje sida i enkäten för att minimera feltolkningar av frågorna. Där förklaras en del av de begrepp som återfinns bland frågorna. I samtliga frågor var det endast möjligt att kryssa i ett svarsalternativ, för att underlätta databearbetningen. Vidare innehåller enkäten ett antal frågor som mäter samma sak.

Enkäten är uppdelad i fem sektioner som berör olika områden. Varje del har sin egen rubrik och de följer en viss ordning. Antal frågor varierar under de olika sektionerna men även här finns det en tanke om en logisk följdriktning. Frågornas placering påverkar tankegångarna hos respondenterna vilket gör att det är viktigt att tänka över ordningsföljden (Trost, 2012). På samma sätt har även svarsalternativen försökt utformas efter en viss stringens. Sammantaget innehåller enkäten 40 frågor.

Den inledande delen av enkäten går under rubriken "*Bakgrund*" och består av ett antal sakfrågor. Det vill säga frågor som "behandlar faktiska förhållanden" (Trost, 2012), till exempel kön och ålder. Kön är också ett typexempel på en variabel inom nominalskalor. Det vill säga variabler som saknar värde och därmed en given placering i skalstegen (ibid). Här finns även två av enkätens tre öppna frågor, vilka rör ålder samt län. Öppna frågor saknar fasta svarsalternativ (ibid). Att begränsa antalet öppna frågor har varit en medveten tanke då dessa frågor kan vara komplicerade att mäta (ibid). Samtidigt kan en öppen fråga fånga in en aspekt som annars missats. Därför har en öppen fråga även placerats sist i enkäten där respondenter har möjlighet att lämna synpunkter.

Nästkommade del "*I mötet med klienten*" utgörs av frågor som avser fastställa en del av frågeställningen för studien, det vill säga huruvida socialsekreterare möter självmordsnära klienter i

sitt arbete. Här förekommer svarsalternativ baserade på rangordningen ”*vad du gjorde i första hand*”, ”*därefter*” och ”*slutligen*” och avser mäta hanteringen av den självmordsnära klienten.

Efterföljande avsnitt behandlar förekomst och har för avsikt att mäta mängd och omfattning. Här får respondenterna uppskatta antal tillfällen för olika situationer som till exempel antal gånger ”*de mött självmordsnära klienter på sin nuvarande arbetsplats*”. I fjärde avsnittet berörs frågor kring ”*Utbildning gällande självmordsprevention*” vilka ämnar mäta respondenternas upplevelse av beredskap. En del av frågorna under utbildning är så kallade ”*attityd-*” eller ”*åsiktsfrågor*”. Svartalternativen bygger på ordinalskalor, vilket bygger på en rangordning mellan skalstegen (Trost, 2012). Ett antal av frågorna är tagna av suicidpreventionsutbildningen. De är alltså beprövade sedan tidigare då de testats genom faktorsanalys (Ramberg, Di Lucca & Hadlaczky, 2016). Under fråga om utförd utbildning har en ”*skip logic*” lagts in vilket medför att respondenterna per automatik hoppar över de frågor som rör utbildning, i de fall de kryssat nej.

Även den femte och avslutande delen består av ett antal attitydfrågor. Påståendena är tagna från ”Aktion Livräddning” samt MIND och bygger på vanliga myter kring självmord. Frågorna mäter kunskapen om självmord och i förlängningen även beredskapen hos respondenterna.

En begränsning med webbenkäter är, enligt Trost (2012), att de i motsats till postenkäter kan vara svåra att överblicka. Av denna anledning valdes obligatoriska frågor bort, vilka annars utgör en spärr som hindrar respondenten att gå vidare i enkäten. Då kunde respondenterna röra sig fritt i enkäten och därmed skapa en uppfattning om enkätens längd och omfattning. För att ytterligare förstärka känslan av överblick lades en procentstapel in för att redovisa hur många procent som återstod av enkäten. Efter slutförd enkät var det inte möjligt att genomföra enkäten på nytt. Detta för att hindra eventuell skevhet i urvalet.

Genomförande och pilotstudie

För att optimera studien samt få fatt i eventuella fel genomfördes en pilotstudie innan utskick till respondenterna. Enkäten skickades ut till ett antal studiekamrater som de flesta har någon form av praktisk erfarenhet av socialtjänsten. Efter mottagen feedback korrigerades sedan ett antal frågor samt svarsalternativ. Därefter genomfördes ytterligare ett utskick, denna gång till oss själva, som en sista kontroll innan det var dags att skicka enkäten till respondenterna.

Genom det missivbrev (se bilaga 1) som skickades till samtliga enhetschefer inom ramen för vårt urval lyckades vi få 56 mejladresser till respondenter som var intresserade av att delta i vår studie. Själva insamlandet av respondenternas mejluppgifter har skiljt sig åt. I de flesta fall har respektive chef mejlat uppgifterna. I andra fall har cheferna valt att själva vidarebefordra enkäten till sina medarbetare som uppgick till 66 stycken. I fem fall har respondenterna själva tagit kontakt efter att de fått kännedom, från sin chef, om enkäten. För att enkelt kunna distribuera enkäten till många respondenter samtidigt användes funktionen adressbok i Stellarsurvey, där samtliga kontaktuppgifter vi mottagit lades in. Separata mejl skickades i de fall länken skulle vidarebefordras. Där skrevs även

en förfrågan om återkoppling gällande antal respondenter, för att kunna fastställa eventuellt bortfall. Enkäten låg uppe i totalt elva dagar mellan 20-30 april.

Ur en metodkritisk synvinkel förbisågs att i enkäten definiera vad som menas med psykisk ohälsa samt självmordsproblematik. Definitioner hade underlättat för respondenterna att tolka frågor som berör dessa begrepp. Dessutom är vissa av enkätens frågor retrospektiva, vilka kan vara svåra att besvara. I efterhand kan självkritik riktas mot valet av några av frågorna i enkäten, då de inte fångade det som studien eftersökte. Man kan också ifrågasätta varför vissa frågor inte ställdes, exempelvis en fråga om könsfördelningen hos de självmordsnära klienterna. Vidare var missivbrevet (se bilaga 1) till stadsdelarna för långt och utan någon tydlig frågeställning, vilket kunde tolkas som om svar på brevet inte ens var nödvändigt.

Svarsalternativet "frågade om detta" som tillhör frågan om vad man gjorde i det senaste mötet med en självmordsnära klient, kan tolkas olika och rymmer mycket. Respondenternas svar kan dels vara ett tecken på god kunskap och bemötande, dels ha tolkats som att även en ytligt fråga om ämnet inryms i svarsalternativet. Frågan och svarsalternativet kunde i efterhand ha varit mer preciserade för att bättre mäta det vi ville mäta med frågan.

4.4 Urval och bortfall

Avgränsningar och genomförande

Studien riktar sig till socialsekreterare inom socialtjänsten. Urvalet är därför inriktat mot denna population.

Redan inledningsvis fanns en tanke om att avgränsa studiens urval till enheterna för ekonomiskt bistånd samt vuxen/beroende. Anledningen till detta är att socialsekreterare inom ekonomiskt bistånd möter en stor och varierad målgrupp samt att tidigare forskning visar på en korrelation mellan självmord och socioekonomisk utsatthet (Otterblad Olausson, 2006). Gällande intresset för vuxen/beroende så fanns det även där en tanke kring missbruk som riskfaktor vid självmord (NASP, 2009).

Då kvantitativa studier intresserar sig för bredd, snarare än djup, så har studien eftersträvat att försöka nå ut till så många respondenter inom vald målgrupp som möjligt. Då det saknas statistik gällande omfattning av socialsekreterare inom socialtjänsten och dess olika enheter har ingen information om dess mängd inom respektive kommun, stadsdel eller enhet funnits att tillgå. Studien fick därför inledningsvis förlita sig på en ungefärlig uppskattning vad gäller omfång av socialsekreterare inom respektive område. Uppskattningen baserades på en kombination av tidigare yrkeserfarenhet av socialtjänsten i kombination med fakta gällande antal invånare per stadsdel och kommun.

Då det i tvärsnittstudier även förekommer ett stort bortfall (Wenemark, 2017) var tanken inledningsvis att låta studiens utformning vara flexibel i den mån att kunna erbjuda respondenterna att delta i såväl gruppenkät som webbenkät. För att detta skulle vara möjligt rent praktiskt behövde studien avgränsas till ett område inom rimligt avstånd baserat på restid. Utifrån ovan nämnda

premisser såsom uppskattning av storlek gällande socialsekreterare inom socialtjänstens olika enheter samt eventuell restid blev därför urvalet i första hand beläget till Stockholms kommun och samtliga 14 stadsdelar. Då det inte heller finns några tillförlitliga och uppdaterade personalregister med kontaktuppgifter över socialsekreterare att förse sig av har inget slumpmässigt urval kunnat ske även i detta led. Genom att kontakta växel i respektive stadsdel kunde kontaktuppgifter för respektive enhetschef inhämtas. För att nå ut till respondenterna har kontakten därför gått genom cheferna. På grund av låg respons breddades urvalet till att omfatta hela Stockholms län. En ökning på 25 kommuner som innefattar; Botkyrka, Danderyd, Ekerö, Haninge, Huddinge, Järfälla, Lidingö, Nacka, Norrtälje, Nykvarn, Nynäshamn, Salem., Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Södertälje, Tyresö, Täby, Upplands Väsby, Upplands Bro, Vallentuna, Vaxholm, Värmdö samt Österåker. Därefter genomfördes ytterligare ett urval och denna gång begränsades utformningen av genomförandet till att enbart gälla en webbenkät. Detta då urvalet denna gång baserades på de fem län i Sverige med högst antal självmord per 100 000 invånare, nämligen Blekinge, Gotland, Gävleborg, Jämtland samt Västmanland. Därefter valdes sedan de två största kommunerna inom respektive län ut.

Urval/bortfall

Studien baseras på ett icke-slumpmässigt urval. Sammantaget består urvalet av 6 län som inbegriper 36 kommuner och 14 stadsdelar. Enheterna för urvalet av studien utgörs av socialsekreterare inom socialtjänstens enheter för ekonomiskt bistånd/försörjningsstöd och vuxen/beroende inom följande län: Stockholm, Blekinge, Gotland, Gävleborg, Jämtland samt Västmanland. Urvalet har skett i en process om tre steg där varje steg inneburit en breddning av val av respondenter.

Respondenter som inte svarat på enkätundersökningens frågor kategoriseras som bortfall (Berntson et al., 2016). Det är brukligt att dela in bortfallet i *externt* och *internt* bortfall. Med *externt* bortfall menas alla de respondenter som blivit tillfrågade att delta, men som av någon anledning inte alls medverkat och alltså inte svarat på någon fråga (ibid). Denna undersökning hade ett externt bortfall på 44 procent, vilket betyder att 59 av de totalt 127 tillfrågade personerna avböjde att medverka. De två största kommunerna i både Blekinge och Gävleborgs län tillfrågades också men tog aldrig ställning till medverkan så de är utelämnade från totalen 127.

Till *internt* bortfall räknas alla de respondenter som av olika anledningar inte svarat på samtliga av enkätens frågor (Berntson et al., 2016). Det högsta interna bortfallet på någon av frågorna i vår enkät uppgick till 31 missade svar och det lägsta var 1 sådant. Samtliga av enkätens frågor har haft internt bortfall och generellt har det interna bortfallet blivit större ju närmare slutet av enkätens frågeordning. Detta har till stor del med tekniska problem som enkätutvecklaren hade under perioden som datainsamlingen pågick. Detta har gjort bortfallet slumpmässigt fördelat och svårt att hantera med viktning, vilket innebär att man beaktar bortfallet i analysen (ibid).

Ur en metodkritisk synpunkt har alltså studien följts av en del tekniska problem med Stellar survey. Servern som enkäten gick via var otillgänglig vissa dagar. Flera respondenter uttryckte genom mejl att

enkäten svarade långsamt när de ville gå vidare till nästa sida, eller att en sida försvann utan respondentens vetskap. Detta gjorde att vissa respondenter tappade tålamodet och missade att svara på vissa sidor av enkäten. Möjligen upplevdes enkäten även lång eller repetitiv, vilket också förstärktes av de tekniska problemen. Kanske har socialsekreterarnas begränsade tid, på grund av hård arbetsbelastning, även varit en bakomliggande faktor till bortfallet. Utfallet blev att flera respondenter inte svarade på alla frågor i enkäten.

Med facit i hand kunde vi ha diskuterat mer hur vi skulle lagt upp genomförandet. Vi tappade stringensen i urvalsprocessen, vilken kunde ha planerats bättre. Då urvalet skedde i flera steg resulterade det i att urvalet inte utgick från samma premisser. Till exempel valdes Stockholms Län utifrån en bekvämlighets synpunkt medan övriga fem län valdes baserat på självmordsstatistik. En annan skillnad ligger i att vi inom Stockholms Län vände oss till samtliga kommuner medan i de övriga fem länen valdes endast de två största kommunerna ut.

Samma sak gäller urvalet av enheterna försörjningsstöd och vuxen/beroende där det i efterhand kan ifrågasättas om det hade varit enklare att strikt hålla sig till en enhet. Ett annat alternativ hade kunnat vara att utgå från samtliga enheter vilket hade lett till ett bättre slumpmässigt urval.

Då grundtanken var att nå ut till så många respondenter som möjligt, tappade vi även stringensen i hur vi hämtade in respondenter. Vi gav cheferna, i den inledande kontakten, utrymme att själva bestämma hur genomförandet skulle gå till för smidighetens skull. Vi hade en tanke om att inte skrämna iväg de som svarat positivt till medverkan genom att vara krångliga, då vi fick så dålig respons inledningsvis. Hade vi haft en tydlig strategi från början hade vi möjligen kunnat styra bättre över hur vi fick in respondenter. Nu fick vi två kategorier av respondenter, dels en epostlista och dels en vidarebefordrad länk där vi inte kunnat säkerställa vem som svarat, vilket komplicerat vårt urvalsbortfall som inte gått att precisera närmare än ungefärligt.

Ett annat område som varit svårt att styra över är om våra epost och påminnelser om medverkan i enkäten kategoriserats som skräppost i vissa respondenters epostprogram. En del av bortfallet i undersökningen har antagligen med detta fenomen att göra. En mer detaljerad redovisning av det interna bortfallet, fråga för fråga, kommer i resultatdelen.

4.5 Bearbetning av material

Inledningsvis gjordes en avidentifiering av respondenterna där alla namn byttes ut mot en sifferkod. Studiens insamlade material har sedan analyserats med hjälp av SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) som är ett statistiskt analysverktyg, vilket används för tolkning av kvantitativa datamaterial.

Materialet omkodades och en indexering utfördes av ett antal variabler. En omkodning innebär att man vänder på svarsalternativets värde. Ett exempel är studiens påståenden *“Det är möjligt att förebygga självmord”* och *“Det spelar ingen roll vad som görs för självmordsnära personer, de kommer ändå lyckas att ta sina liv för eller senare”* som har samma svarsalternativ. Vilka är stämmer

helt och hållet, stämmer ganska bra, stämmer ganska dåligt och stämmer inte alls. I första påståendet ger svarsalternativet "stämmer helt och hållet" högst värde medan det i andra påståendet är svarsalternativet "stämmer inte alls" som ger högst värde. Det högsta värdet på ena frågan står i motsats till den andra frågan och behöver därför omkodas för att de ska kunna mäta samma sak (Djurfeldt et al., 2018).

Indexering är att slå ihop variabelvärden, vilket ökar överskådligheten och gör presentationen mer lättillgänglig. En indexering skapades av ett antal variabler som var avsedda att mäta samma sak. På så sätt skapades en sammantagen variabel istället för flera för att mäta ett och samma fenomen (ibid). De variabler som indexerats är påståenden gällande utbildning, beredskap samt suicid. Variabeln som skapats avsedd att mäta beredskap har sedan fått benämningen "*Beredskapsvariabeln*". På samma sätt har den variabel som är avsedd mäta kunskap rörande suicid fått namnet "*Preventionsvariabeln*". Även svarsalternativen har i vissa fall slagits ihop från exempelvis "stämmer inte alls" och "stämmer ganska dåligt" till enbart "stämmer dåligt" av ovannämnda skäl.

Den analytiska processen har sedan skett i två steg. Det första steget, som skedde i anslutning till att enkätundersökningen avslutats, innebar att ge en illustrativ bild av de respondenter som ingick i studien och hur de svarat på frågorna. Detta har gjorts genom deskriptiv statistik, som innebär beräkningar gjorda på *en* variabel, vilket gett information om olikheter och var tyngdpunkter verkar ligga i datamaterialet (Djurfeldt et al., 2018). För att visa denna information på ett lättöverskådligt sätt för läsaren av studien har frekvenstabeller använts. Dessa beräkningar har sedan gett ledtrådar om vilka tendenser i datamaterialet som är värda att följa upp och göra sambandsanalyser av. Det innebär alltså ett försök att uttala oss om korrelationer mellan två eller flera variabler som är relevanta för besvarandet av studiens frågeställningar (ibid). För att illustrera denna del av analysarbetet har korstabeller använts. För tydlighetens skull har korstabellerna sedan redigerats till att endast visa frekvens och procent. Det andra steget av analysen inbegriper den tolkning av resultatet som gjorts i förhållande till tidigare forskning och med hjälp av de teoretiska utgångspunkterna om suicid och suicidprevention.

4.6 Reliabilitet och validitet

Reliabilitet avser tillförlitligheten i mätmetoden och validitet handlar om att mäta det man faktiskt vill mäta (Bryman, 2011). Begreppen är tätt kopplade till varandra. Hög reliabilitet är ingen garanti för hög validitet, däremot är hög validitet en förutsättning för att studien ska nå hög reliabilitet (ibid). Låg reliabilitet kan ha sitt ursprung i brister vad gäller mätinstrumentet exempelvis genom dåligt formulerade frågor och svarsalternativ (Djurfeldt, et al., 2017). För att minimera risken vad gäller otydliga formuleringar i enkäten genomfördes en pilotundersökning för att korrigera eventuella brister.

En utförlig beskrivning av tillvägagångssättet har gjorts för att öka chanserna till att studien ska kunna replikeras och nå hög reliabilitet. Replikation är alltså ett sätt att mäta reliabiliteten i en studie (Bryman, 2011). Detta har gjorts genom en öppen redovisning i hur urvalet gått till, hur mått på olika

begrepp samt enkät utformats och hur analysen utförts. Det går inte att uttala sig om reliabilitetens stabilitet i studien vilket handlar om huruvida måttet från en studie är stabilt över tid (ibid). Detta då studien inte hade möjlighet att utföra ett test-retest, vilket innebär att en viss testgrupp får genomgå samma undersökning två gånger (ibid). Även studiens interna validitet påverkas då det saknas möjlighet att fastställa kausalitet. Alltså att resultatet av ett antal frågor som påstår sig mäta samma sak verkligen har ett orsakssamband (ibid). Även om studien saknar möjlighet att fastställa eventuell kausalitet kan den ändå visa på kopplingar variabler emellan.

Den interna reliabiliteten i studien är hög då samabandsanalyserna för frågor som avsett mäta samma begrepp har gett ett samstämmigt resultat. Intern reliabilitet handlar om huruvida resultatet av ett antal frågor som rör samma sak stämmer överens (Bryman, 2011).

Begreppsvaliditet avser hur väl ett mått beskriver den teoretiska definitionen av ett begrepp (Bryman, 2011). För att öka begreppsvaliditeten i denna studie har vi delvis utgått från en redan färdig enkät som behandlar ämnet suicid och med frågor som studerats genom faktoranalys. På så vis finns det redan ett mått på att vissa av exempelvis påståendena om självmord och begreppet beredskaps operationella och teoretiska definition stämmer. Extern validitet handlar om generaliserbarhet (ibid). Då studien inte bygger på ett slumpmässigt urval är den externa validiteten i studien låg vilket leder till att den inte kan generaliseras till en större population.

4.7 Etiska överväganden

I brevet som skickades ut i samband med fråga om medverkan i enkäten – till Stockholms stads stadsdelar, Stockholms kranskommuner och kommunerna i de län som valdes ut – skrev vi att respondenternas svar skulle hanteras med konfidentialitet och att medverkan var frivillig (se bilaga 2) i enlighet med lagen (SFS 2003:460) om etikprövning vid forskning som avser människor (Vetenskapsrådet, 2017).

I brevet har vi tydliggjort syftet med vår undersökning och vad vi hoppades åstadkomma med resultatet, så att berörda chefer och respondenter haft möjlighet att göra ett välgrundat ställningstagande till medverkan. Detta har gjorts med etikprövningslagens krav på *informerat samtycke* i åtanke (Vetenskapsrådet, 2017). Kravet innebär att samtycke bara är giltigt om det inhämtats från försökspersonerna efter att dessa informerats om vad forskningen handlar om (ibid). Deltagarna har själva kunnat påverka sin medverkan, genom att helt enkelt svara eller inte svara på enkäten, efter att ha blivit informerade om den. Vi har varken i mejlkontakt, påminnelser om medverkan eller i enkätens utformning beskrivit något krav på medverkan eller att det skulle vara obligatoriskt på något sätt. De chefer vi kommunicerat med, kan inte vi ansvara för, vad gäller deras presentation av enkäten för deras medarbetare. Vi har understrukt att medverkan är frivillig under hela arbetsprocessen.

Vi har i vår studie använt oss av två skriftliga påminnelser om medverkan, då detta av tradition varit brukligt i Sverige. Fler påminnelser kan göra att autonomiprincipen bryts, vilket kan anses oetiskt

(Wenemark, 2017). Vi har även förhållit oss till de etiska riktlinjer för examensarbeten på Ersta Sköndal högskola (2010), där vi diskuterat frågan med vår handledare och kommit fram till att det är lämpligt med två påminnelser.

Utifrån de nyss nämnda riktlinjerna har vi även diskuterat med vår handledare hur vi på bästa sätt ska kunna hålla vårt löfte till respondenterna om *konfidentialitet*, då vissa av de tillfrågade cheferna gav oss sina medarbetares mejladresser. *Konfidentialitet* innebär att personuppgifter ska hanteras på ett sätt som försvårar för obehöriga att ta del av dessa uppgifter, för att minimera risken att de berördas integritet kränks (Vetenskapsrådet, 2017). Vi har behandlat de mottagna personuppgifterna med aktsamhet vid datoranvändning och sett till att obehöriga inte kunnat ta del av denna information, genom att förbinda oss med tystnadsplikt då vi befunnit oss på offentliga platser i samband med uppsatsarbetet. Vidare har vi medvetet valt att inte göra några pappersutskrifter med känslig information som skulle kunna läsas av utomstående. Dessutom har vi i det statistiska program som använts för analys, avidentifierat dessa respondenter med tillhörande siffror istället. En risk för datorintrång finns alltid numera men dessa hot är svåra för oss, med lekmanakunskap, att ha kontroll över.

Vi har så långt det har gått försökt fastställa att enkätens frågor och påståenden inte ska väcka mer obehag än nödvändigt. I enkätens instruktioner har vi understrukt att de medverkande ska utgå ifrån sin yrkesroll, men det går inte att undvika att respondenter gör associationer till privata händelser och det faktum att självmord är ett känsligt ämne. När vi utformade frågorna till enkäten diskuterades det om någon av dessa kunde anses innebära uppenbar risk att skada respondenterna psykiskt eller fysiskt (Vetenskapsrådet, 2017). Vi hade svårt att göra den bedömningen själva, men vi bad de personer som ingick i pilotundersökningen om den typen av återkoppling och gjorde korrigeringar i de fall det behövdes. Vi fick även vår handledares godkännande innan vi skickade ut enkäten, vilket också var ett av kraven som Ersta Sköndals högskola hade i sina etiska riktlinjer (2010).

Ur en metodkritisk synpunkt bör det nämnas att de e-postadresser vi fick tillgång till innehöll personkänsliga uppgifter genom namn vilket vi på förhand inte hade reflekterat över. Av etiska skäl har denna information tvingat oss till försiktighetsåtgärder vad gäller datahantering av de uppgifterna, som exempelvis avidentifiering. I de fall då länken till enkäten vidarebefordrades via enhetschefer blev inte detta ett problem, då dessa respondenter förblev anonyma. Vi har i ett fall förstått det som att en chef presenterat enkäten som nästintill obligatorisk. Vi har inte kunnat styra över hur cheferna lagt fram enkäten för sina medarbetare. Det har inte varit vår avsikt att tvinga oss på respondenterna. Vårt tillvägagångssätt verkar ändå ha haft ett lyckat utfall, då många respondenter tagit sig tid.

5. Resultat och analys

Under följande kapitel presenteras studiens resultat och den analys som gjorts med hjälp av tidigare forskning och teori. Inledningsvis redovisas deskriptiv statistik genom univariata analyser för att skapa en bild av materialet och respondenterna bakom. Till vår hjälp har frekvenstabeller använts där procentsatser och bortfall redovisas för varje fråga. För att skapa stringens är tabellerna placerade i samma ordningsföljd som frågorna i enkäten. De tabeller som vi anser är av extra vikt för vår studie har även analyserats för att kunna förklaras i ett vidare perspektiv. Därefter redogörs för de sambandsanalyser som gjorts genom bivariat analys. Resultatet presenteras genom korstabeller som är indelade efter följande teman; “skillnader mellan enheterna försörjningsstöd och vuxen/beroende” samt “beredskap”. Tematiseringen överlappar på vissa ställen i analysen för att flera samband hör ihop med variabler som även ingår i andra teman. Tematiseringen är tänkt att tolkas utifrån den/de variabler som är huvudfokus för just det temat.

5.1 Beskrivning av respondenterna

Resultatdelen inleds med en beskrivning av respondenterna som ingått i studien och hur dessa har svarat på relevanta delar av undersökningens enkätfrågor. För detta ändamål har deskriptiv statistik använts, i form av frekvenstabeller, för att presentera respondenterna i de fall där detta kan vara förtydligande.

Könsfördelning

Totalt var det 68 respondenter som deltog i undersökning. Könsfördelningen för de svarande var 60 kvinnor och 7 män. Enkäten hade ett bortfall på denna fråga.

Tabell 1 Medverkande län och fördelningen av respondenter i dessa

	Antal	Procent
Stockholm	32	52,5 %
Jämtland	7	11,5 %
Gotland	13	21,2 %
Västmanland	9	14,8 %
Totalt	61	100 %

Tabell 1 visar hur fördelningen över vilka län respondenterna kommer ifrån. Merparten av de svarande kommer ifrån Stockholms län, 32 av totalt 61 personer, vilket motsvarar 52,5 procent av urvalet.

Minsta antalet respondenter kommer från Jämtland, vilket utgjordes av 7 personer och 11,5 procent av alla svarande på den här frågan. Det var ett bortfall på 7 personer på frågan.

Tabell 2 Ålder indelat i grupper

	Antal	Procent
24–39 år	40	59,7 %
40–55 år	20	29,9 %
56–70 år	7	10,4 %
Totalt	67	100 %

Tabell 2 visar respondenternas ålder indelat i tre åldersgrupper, vilket har gjorts för att göra denna fråga mer överskådlig. De flesta respondenterna grupperades inunder åldersspannet 24–39 år, vilket utgjorde 40 personer eller ungefär 60 procent av de svarande. Sammantaget var 90 procent av respondenterna inom åldersspannet 24–55 år och sju personer ingick i åldersspannet 56–70 år. Medelåldern på de svarande var 38,7 år och medianen var 35 år. Den yngsta respondenten var 24 år och den äldsta personen var 70 år. Bortfallet på den här frågan var en person.

Enhet och avdelning inom socialtjänsten

På frågan om vilken enhet man arbetar på inom socialtjänsten var det 65 respondenter som svarade på frågan. Det var 39 personer som svarade att de arbetade inom försörjningsstöd, vilket motsvarar 60 procent av alla svarande. Resterande 26 personer, vilket motsvarar 40 procent, angav att de arbetade inom enheten för vuxen/beroende. Ingen respondent angav alternativet "Annan". Enkäten hade ett bortfall på tre personer på denna fråga.

På frågan om vilken avdelning man arbetar inom, på den enheten, svarade 82 procent av respondenterna att de arbetade inom utredning, vilket motsvarar 55 av totalt 67 svarande personer. Sex personer arbetade inom mottagning och en person arbetade med handläggning utan klientkontakt. Fem personer uppgav svarsalternativet "Annan". Bortfallet på frågan var 1 respondentsvar.

Antal år på nuvarande arbetsplats

På frågan om hur länge man arbetat på sin nuvarande arbetsplats är det 31 personer som uppger att de arbetat i 2–5 år, vilket motsvarar 46,3 procent och utgör merparten av respondenterna. 2 personer har arbetat i 11–15 år på sin nuvarande arbetsplats vilket motsvarar 3 procent och utgör kategorin med lägst antal respondenter. Frågan hade ett bortfall på en person.

Totalt antal år inom socialtjänsten

Huvudparten av respondenterna, vilket motsvarar 49,5 procent eller 33 av 67 personer, uppger att de arbetat i 2–5 år totalt inom socialtjänsten. Kategorin med lägst antal respondenter var 11–15 år och innehöll ett antal av 7 personer vilket motsvarar 10,4 procent. Denna fråga hade 1 bortfall.

Sammanfattning av respondenterna

Totalt antal medverkande är 68 personer varav de flesta är kvinnor. Sju av dessa är män.

Respondenterna kommer från Stockholm, Jämtland, Gotland och Västmanland. Drygt hälften kommer från Stockholm. Respondenternas ålder sträcker sig från 24–70 år och det vanligaste åldersspannet är 24–39 år. Fördelningen mellan vilken enhet respondenterna arbetar inom är ganska jämn men med något fler inom försörjningsstöd. Merparten av respondenterna arbetar på utredningssidan. Hälften av respondenterna har totalt arbetat 2–5 år inom socialtjänsten. Hälften av respondenterna har även arbetat 2–5 år på sin nuvarande arbetsplats.

Tabell 3 Antal respondenter som mött självmordsnära personer

	Antal	Procent
Ja	56	90,3 %
Nej	6	9,7 %
Totalt	62	100 %

Tabell 3 visar huruvida respondenterna har mött självmordsnära klienter på sin nuvarande arbetsplats. 56 personer av totalt 62 har svarat att de har mött självmordsnära klienter vilket motsvarar 90,3 procent. Resterande 6 personer uppger att de inte har mött någon självmordsnära klient på sin nuvarande arbetsplats. Detta motsvarar 9,7 procent. Bortfallet på denna fråga bestod av 6 personer. Ett påfallande högt antal av respondenterna har uppgett att de mött självmordsnära klienter på sin nuvarande arbetsplats. Något som ligger i linje med den forskning som finns gällande suicid kopplat till missbruk samt försörjningsstöd. Siffror visar på att män som uppbär försörjningsstöd löper fyra gånger så hög risk att dö till följd av suicid (Otterblad Olausson, 2006). För personer med missbruksproblematik är det 19–30 gånger så vanligt att dö genom suicid jämfört med övriga befolkningen (Murphy, 2000). En annan intressant aspekt kopplat till tabell 2 är att 85 procent av respondenterna har arbetat mellan 0–5 år på sin nuvarande arbetsplats. Vilket således innebär att merparten av dessa möten med självmordsnära klienter skett inom ramen för de senaste åren.

Tabell 4 Ålder på den senaste självmordsnära klienten

	Antal	Procent
19–30 år	13	26 %
31–40 år	20	40 %
41–50 år	7	14 %
51–60 år	8	16 %
61–70 år	2	4 %
Totalt	50	100 %

Tabell 4 visar vilken ålder respondenterna uppskattar att den senaste självmordsnära klienten hade.

Av totalt 50 respondenter har 20 personer uppgett åldersspannet 31–40 år vilket motsvarar 40 procent. 2 personer har uppgett åldersspannet 61–70 år vilket motsvarar 4 procent och är den kategori med lägst antal respondenter. Denna fråga hade ett bortfall på 18 personer.

Värt att notera här är att det klart vanligaste åldersspannet hos klienter som förekom, inom ramen för denna undersökning, var mellan 19 och 40 år. Denna sammanslagna åldersgrupp motsvarar hela 64 procent. Detta stämmer väl överens med den svenska statistik som säger att självmord är den näst vanligaste dödsorsaken bland kvinnor, och vanligaste för män, i denna ålderskategori (Nyberg, 2013). Extra beredskap i möten med personer inom den här ålderskategorin kan vara av stort värde för att kunna minska självmordstalen.

Klienter som uttrycker tankar om självmord per telefon/sms/brev/mejl

På frågan om *“Har du i ditt nuvarande arbete erfarit personer som uttryckt tankar om självmord genom telefon/sms/brev/mejl?”* har 38 personer av totalt 54 respondenter svarat ja. Vilket motsvarar 70,4 procent. Resterande 16 personer har uppgett att de inte erfarit klienter som uttryckt självmordstankar per telefon/sms/brev/mejl vilket motsvarar 29,6 procent. Bortfallet bestod i denna fråga av 14 personer.

En tolkning av den höga siffran, av respondenter som upplevt klienter som uttryckt tankar om självmord genom brev och telekommunikation, kan vara att självmordsnära klienter finner det enklare att uttrycka dessa tankar per telefon/sms/mejl/brev på grund av den tystnadskultur och skam som finns kopplad till självmord (Wolk-Wasserman, 1985).

Klienter som uttryckt hot om självmord vid biståndsavslag

På fråga *“Har det hänt dig att en klient hotat med att ta livet av sig vid ett eventuellt avslag av biståndsbeslut?”* har 30 personer av totalt 54 svarat nej. Vilket motsvarar 55,6 procent. Resterande 24 personer har svarat att de har erfarit hot om självmord vid eventuellt avslagsbeslut vilket motsvarar 44,4 procent. Bortfallet på frågan var 14 respondentsvar.

Klienter med misstänkta självmordstankar

På frågan *“Har du i ditt arbete mött personer som du misstänkt har självmordstankar?”* svarade 40 av de totalt 54 personerna ja på den här frågan, vilket motsvarar 74 procent avrundat till heltal. Bortfallet på frågan var 14 respondentsvar.

Hur respondenterna agerade i mötet med en självmordsnära klient

På frågan vad man gjorde i det senaste mötet med en klient som uttryckte tankar om självmord fick respondenterna rangordna sina alternativ efter vad de gjorde först, därefter och sist. 41 av 50 respondenter svarade att det första de gjorde var *“att fråga om detta”*, vilket motsvarade 82 procent.

Sex personer svarade att de *"hänvisade till vårdinrättning, exempelvis psykiatri"*. Ingen respondent valde alternativet *"byte samtalsämne"*.

Det var 30 respondenter, motsvarande 60 procent, som därefter *"hänvisade till vårdinrättning, exempelvis psykiatri"*. Sex respondenter, 12 procent, valde i detta led *"rådfrågade kollega/chef"*. I det sista ledet valde 20 respondenter alternativet *"rådfrågade kollega/chef"*, vilket var det mest förekommande och motsvarar 40 procent. Nio respondenter valde alternativet *"hänvisade till vårdinrättning"* och två respondenter valde alternativet *"bad om att få kontakta anhörig"*. Bortfallet på den här frågan uppgick till 18 respondentsvar.

Att så många som över åttio procent av respondenterna svarade att de tog upp frågan om självmord med klienten, var ett oväntat resultat för studien. Resultatet är värt att notera då det står i motsatsförhållande till den forskning som säger att socialsekreterare, bland andra, skulle vara rädda för att fråga om eller prata med klienten om självmordstankar, i tron om att själva frågan skulle kunna starta denna process (NASP, 2009). En tolkning som kan göras är att svarsalternativet *"frågade om detta"* inte är precist formulerat och kan innebära olika saker för respondenterna. Det är ändå ett löftesrikt och mer positivt resultat än vad forskningen på förhand påtalat.

Tabell 5 Antal tillfällen respondenterna mött självmordsnära klienter det senaste året

	Antal	Procent
Inga	4	8 %
En	10	20 %
Två	12	24 %
Tre	13	26 %
Fyra	2	4 %
Fem eller fler	9	18 %
Totalt	50	100 %

Tabell 5 visar hur många tillfällen som respondenterna det senaste året har stött på självmordsnära klienter i arbetet. Av totalt 50 respondenter har 13 personer uppgett att det har skett vid 3 tillfällen vilket motsvarar 26 procent. 2 personer har svarat att det skett vid fyra tillfällen vilket motsvarar 4 procent och är den kategori som innehar lägst antal respondenter. Denna fråga hade ett bortfall på 18 personer.

Sammantaget har 92 procent uppgett att de stött på självmordsnära klienter under det senaste året. Detta resultat överensstämmer med Feldman & Freedenthal (2006) studie som visar att socialsekreterare någon gång under arbetslivet kommer stöta på självmordsnära klienter. En möjlig tolkning till frekvensen, av självmordsnära klienter som respondenterna uppges möta, kan ligga i att synen på självmord och det tabu som omger ämnet håller på att lösas upp (Beskow, 2000).

Tabell 6 Antal klienter som har en historik av självmordsförsök

	Antal	Procent
Inga	11	22,4 %
En	11	22,4 %
Två	9	18,4 %
Tre	8	16,3 %
Fyra	3	6,1 %
Fem eller fler	7	14,3 %
Totalt	49	100 %

Tabell 6 visar hur respondenterna svarat då de uppskattat antalet klienter, med en historik av självmordsförsök, som de handhar för tillfället. Av de totalt 49 svarande uppgav 28 respondenter att de handhar en till tre klienter som uppfyller det kriteriet, vilket motsvarar 57 procent. Det var 11 respondenter, 22 procent, som uppgav att de inte hanterade sådana klienter. Sju respondenter hanterade fem eller fler klienter som tidigare försökt begå självmord. Bortfallet på den här frågan var 19 respondentsvar.

Att 57 procent av respondenterna uppger att de för tillfället handhar 1–3 klienter med historik av tidigare självmordsförsök stämmer väl in på den bild som forskningsfältet redogör för. Både i form utav den förhöjda risk som åligger personer som uppbär försörjningsstöd, vilken är 4 gånger så hög än övrig befolkning, som den risk som finns kopplad till personer med missbruksproblematik (Otterblad Olausson, 2006, Murphy, 2000). Studier har även ringat in arbetslöshet som en bidragande faktor bakom försök till självmord (Skogman, 2006).

Även om det saknas kännedom kring bakomliggande orsaker kan ytterligare en tolkning göras gällande den förhöjda risk för självmord bland personer som har missbruksproblematik i kombination med psykisk ohälsa (Nyberg, 2013). Men även genom de samband som finns både mellan social utsatthet och missbruk samt det faktum att andelen personer som har missbruksproblem även är överrepresenterade inom kategorin försörjningsstödstagare (Rossow & Lauritzen, 1999 och Otterblad Olausson, 2006). Då en tidigare historia av självmordsförsök är en av de absolut största riskfaktorerna gällande suicid är detta sammantaget ett viktigt resultat att uppmärksamma (Tidemalm, Långström, Lichtenstein, Runeson, 2008).

Klienter som löper hög risk för självmord

På frågan *“Handhar du för närvarande några klienter som du bedömer löper hög risk för självmord?”* har 27 respondenter av totalt 50 svarat nej vilket motsvarar 54 procent. Resterande 23 personer uppger att de handhar klienter som de bedömer löper hög risk för självmord. Vilket motsvarar 46 procent. Av de 23 respondenterna som svarat ja uppger 7 personer att de för närvarande handhar fler än en vilket motsvarar 14 procent av den totala summan. Denna fråga hade ett bortfall på 18 personer.

Sammanfattning av förekomst av självmordsproblematik

Nästan alla respondenter uppger att de mött självmordsnära klienter. Den vanligaste uppskattade åldern på dessa var 31–40 år. En klar majoritet av respondenterna har erfarit hot om självmord via telefon och andra medier. Lite drygt hälften av respondenterna uppger att de upplevt hot om självmord vid biståndsavslag. En stor del av respondenterna uppger att de mött klienter som de bedömt har självmordstankar. De allra flesta respondenterna uppger att de vågade beröra ämnet i mötet. Hälften av respondenterna uppger att de stött på 2–3 självmordsnära klienter det senaste året. Lite mer än hälften av respondenterna har 1–3 klienter med historik av självmordsförsök och drygt hälften har klienter som de bedömer löper hög risk för självmord.

Arbetsplatsens rutiner och handläggning av självmordsnära klienter

På frågan *“Har ni arbetsrutiner på din arbetsplats gällande självmordsproblematik?”* har 22 personer av totalt 49 respondenter svarat vet ej vilket motsvarar 44,9 procent. 17 av de svarande uppger att de har arbetsrutiner vilket motsvarar 34,7 procent. Resterande 10 personer uppger att de saknar arbetsrutiner vilket motsvarar 20,4 procent. Bortfallet i denna fråga utgjordes av 19 personer.

Detta resultat är värt att lyfta då det innebär att drygt 65 procent av respondenterna varken har eller vet om de har arbetsrutiner som skulle kunna ge vägledning i hur man ska bemöta detta problem. Detta kan ställas i relation till den forskning som menar att arbetsrutiner är något som efterfrågas och ökar kompetens hos personal som kommer i kontakt med självmordsnära personer (Ramberg et al., 2016). Ställt mot den kartläggning av kommunernas handlingsplaner om suicidprevention som Folkhälsomyndigheten gjorde 2016, kan resultatet anses vara förväntat, då endast 11 procent av kommunerna vid den tidpunkten hade tagit fram sådana rutiner.

På frågan *“Jag får klara och bra instruktioner beträffande handläggningen av självmordsnära klienter?”* uppgav 25 av totalt 42 respondenter att det *“stämmer ganska dåligt”* eller *“stämmer inte alls”*. Vilket sammantaget motsvarar 59,5 procent. Resterande 17 personer har svarat att det *“stämmer ganska bra”* eller *“stämmer helt och hållet”* vilket motsvarar 40,5 procent. Frågan hade ett bortfall på 26 personer.

Utbildning och kunskap om suicidprevention på arbetsplatsen

På frågan *“Har du på din arbetsplats genomgått en utbildning i självmordsprevention?”* angav tio av totalt 44 respondenter att de vid ett tillfälle genomfört sådan utbildning, vilket motsvarar 23 procent avrundat till heltal. 32 respondenter svarade nej på frågan, vilket motsvarar 73 procent. Bortfallet på frågan var 24 respondentsvar.

Under påståendet *“Jag saknar kunskap och information om vad som är viktigt i arbetet med självmordsnära klienter”* svarade 24 av totalt 42 respondenter *“stämmer helt och hållet”* eller *“stämmer ganska bra”*, vilket motsvarar 57 procent. Resterande 18 respondenter, motsvarande 37

procent, svarade "stämmer inte alls" eller "stämmer ganska dåligt". Bortfallet på denna fråga var 26 respondentsvar.

Sammanfattning av arbetsplatsens rutiner och utbildning

Drygt hälften av respondenterna vet inte om det finns rutiner på arbetsplatsen gällande hantering av självmordsproblematik. Lite mer än hälften av respondenterna upplever att de saknar instruktioner för handläggning av dessa ärenden. Merparten av respondenterna saknar utbildning i självmordsprevention och lite mer än hälften upplever sig sakna kunskap inför mötet med självmordsnära klienter.

5.2 Sambandsanalys

Genom korrelationsberäkningar kunde vi urskilja sambandsmått mellan variabler som var relevanta i relation till frågeställningarna. Signifikansen i dessa gav en fingervisning om att dessa var värda att studera närmare. *Signifikans* är en statistisk term som används för att styrka att samband man hittat mellan variabler i ett urval inte är slumpmässiga (Djurfeldt et al, 2018). Hade denna undersökning utgått ifrån ett slumpmässigt urval hade funna samband även kunnat generaliseras till resten av populationen med hjälp av signifikans (ibid). I denna studie har dock signifikans använts som en säkerhets spärr för vilka samband som kan anses trovärdiga inom studiens urval.

Därefter gjordes korstabeller där sambandsmättet *Gamma* användes som redskap för att utläsa samband mellan variabler inom ordinal- och nominalskalor. Ordinalskalor innebär att svarsalternativen har en inbördes rangordning som exempelvis "sällan, ibland, ofta". Nominalskalors svarsalternativ saknar inbördes värde till exempel "man och kvinna" (Djurfeldt, et al., 2018). Gamma visar mått på eventuell positiv eller negativ korrelation. Positiv och negativ korrelation handlar om hur x och y axelns värden förhåller sig till varandra. Positiv korrelation innebär att ett högt värde på x-axeln får ett högt värde på y-axeln. Detsamma gäller vid ett lågt värde. Negativ korrelation innebär att y-axelns värde står i motsatsförhållande till x-axeln. Vilket betyder att om exempelvis x-axeln har ett högt värde ger det y-axeln ett lågt värde (ibid).

För enkelhetens skull är resultatet för varje sambandsanalys endast redovisat genom en korstabell och resultatet av Gamma finns istället utskrivet under enskild tabell. Även signifikansnivån finns presenterad. Vad gäller urvalet har endast de samband som legat runt 0,500 och över samt -0,500 och under redovisats. För tydlighetens skull har sambandsanalysen delats in i följande teman beredskap samt beredskap i förhållande till enheterna försörjningsstöd och vuxen/beroende.

5.2.1 Beredskap

För att kunna förklara och möjliggöra för ett mått för begreppet beredskap har ett flertal olika variabler använts. Dessa variabler är arbetsrutiner, utbildning samt kunskap. Som nämnt under metodavsnittet

databearbetning så har en indexering gjorts och en sammanslagen variabel för beredskap har även tagits fram som vi valt att benämna "*Beredskapsvariabeln*". Den bygger på följande påståenden "*Jag vet vad som väntas av mig i arbetet med självmordsnära klienter*", "*Jag får klara och bra instruktioner beträffande handläggningen av självmordsnära klienter*", "*Jag saknar kunskap och information om vad som är viktigt i arbetet med självmordsnära klienter*" och "*Jag känner mig trygg i mitt arbete med självmordsnära klienter*". Resultatet för analysen rymmer dock såväl *Beredskapsvariabeln* som enskilda beredskapspåståenden.

Temat beredskap rymmer sex stycken korstabeller indelat i tre underkategorier. Kategori ett redogör för åldersgrupper och beredskap och utgår från korstabell 7–8. Kategori två redogör för utbildning och beredskap och utgår från korstabell 9–10. Den sista kategorin rör arbetsrutiner och beredskap och innefattar korstabell 11–13. En sammanslagen tolkning har gjorts av resultatet vad gäller de olika underkategorierna där analysen presenteras efter sista tabellen inom respektive kategori.

Tabell 7

Resultatet av respondenternas ålder ställt mot påståendet "*Själv mord förekommer oftare inom vissa grupper i samhället*".

"Själv mord förekommer oftare inom vissa grupper i samhället"

<i>Ålder:</i>	<i>Stämmer bra</i>	<i>Stämmer dåligt</i>	<i>Totalt</i>
24–39 år	13	9	22
40–55 år	2	9	11
56–70 år	1	2	3
Totalt	16	20	36
Procent	44,4 %	55,6 %	100 %

Sambandsmått: 0,607 (sig.0,025). Bortfall: 32

Tabell 7 visar på ett positivt samband mellan respondenternas ålder och påståendet "*Själv mord förekommer oftare hos vissa grupper i samhället*". Genom Gamma framkom ett sambandsmått på 0,540 vilket innebär att ju äldre respondenterna är desto mer negativt ställer de sig till påståendet om att självmord skulle förekomma inom vissa grupper. I detta samband har svarsalternativen "*stämmer ganska bra*" och "*stämmer helt och hållet*" slagits samman till "*stämmer bra*". Samma sak har gjorts med svarsalternativen "*stämmer ganska dåligt*" och "*stämmer inte alls*" som redovisas som stämmer dåligt. Detta för att skapa en bättre överblick av tabellen och dess resultat.

Tabell 8

Resultatet av respondenternas ålder ställt mot påståendet "personer som försöker ta sitt liv är psykiskt sjuka".

"Personer som försöker ta sitt liv är psykiskt sjuka"

Ålder:	Stämmer bra	Stämmer dåligt	Totalt
24–39 år	15	9	24
40–55 år	4	9	13
56–70 år	0	3	3
Totalt	19	21	40
Procent	47,5%	52,5%	100%

Sambandsmått Gamma 0,684 (0,005 sig). Bortfall: 28

Tabell 8 visar ett positivt samband mellan åldersgrupper och påståendet "personer som försöker ta sitt liv är psykiskt sjuka". Sambandsmättet Gamma uppkom i 0,684 vilket betyder att desto äldre respondenterna är desto mer negativa ställer de sig till påståendet om att personer som försöker ta sitt liv är psykiskt sjuka. Resultatet stämmer även överens med utfallet av tabell 1 då begreppet "psykiskt sjuka" kan ses som en kategori inom begreppet "vissa grupper i samhället".

Samband mellan ålder och kunskap

En tolkning av dessa samband är att med yrkeserfarenhet och ålder försvinner fördomar och okunskap. Detta är ett intressant samband då vi hade en tanke om att yngre personer inte skulle vara lika färgade av den tabuering som funnits tidigare vad gäller psykisk ohälsa och självmord. Detta står i motsatsförhållande till Beskow (2000) som menar att det starka tabu kring självmord som funnits i samhället håller på att försvagas.

Å andra sidan så kan en förklaring vara att med ålder följer generellt större livs- och arbetserfarenhet. Det är inte orimligt att tänka att de äldre socialsekreterarna har hunnit uppleva fler såväl livshändelser som yrken, och därmed stött på ett större spektrum av självmordsnära personer. Det kan även tänkas att de äldre socialsekreterarna, till följd av denna erfarenhet, får en annan syn på fenomenet och därtill inte blir lika låsta i föreställningar kring grupperingar av människor. Ett perspektiv som kan kopplas till teorin om psykiskt olycksfall (Beskow, 2008).

Möjligtvis finns det även en förklaring till resultatet i själva tolkningen av begreppen "vissa grupper" och "psykiskt sjuka". Beroende på vad respondenten läser in i begreppet kommer det att påverka utfallet för frågan. En aspekt är att psykiatri och psykisk ohälsa är mer gängse idag och det perspektivet därför ligger närmre till hands för de yngre socialsekreterarna. Å andra sidan kan det tänkas vara så att påståenden som dessa saknar ett korrekt svar. Självmord ett mångdimensionellt fenomen med många olika orsaksförklaringar. Till exempel så kan dessa påståenden, utifrån stress-sårbarhetsmodellen, förstås som sanna. Samtidigt kan samma påståenden, utifrån teorin om självmord som psykiskt olycksfall, bortförklaras som oriktiga då alla människor kan drabbas.

Sambanden ligger även i linje med studien av Ramberg et al. (2016) som fann att ålder hade positiv inverkan på inställning och kunskap i förhållande till suicidprevention. Utbildning av ny personal kan ställas i skenet av den nyss nämnda studien och hävdas vara betydelsefullt. Då socialtjänsten inom vissa områden, som exempelvis försörjningsstöd, påverkas av stor personalomsättning kan en sådan eftersläpning möjligen förklaras av den anledningen (Vision, 2013).

Tabell 9

Resultatet av huruvida respondenterna genomfört utbildning ställt mot "Preventionsvariabeln"

Preventionsvariabeln (tre myter om hur självmord inte går att förebygga)

Utbildning	Stämmer bra	Stämmer dåligt	Totalt
Ja	0	11	11
Nej	2	28	30
Totalt	2	39	41
Procent	4,8%	95,2%	100%

Sambandsmått Gamma: -0,603 (sig. 0,014). Bortfall: 27

Tabell 9 visar ett negativt samband mellan respondenternas utbildning i suicidprevention och Preventionsvariabeln. *Preventionsvariabeln* innehåller tre sammanslagna påståenden; "Att tala om och fråga en klient om självmord riskerar att sätta igång tankar som leder till att personen tar sitt liv", "När en person väl bestämt sig för att begå självmord är det ingen idé att försöka förhindra det" och "Det spelar ingen roll vad som görs för självmordsnära personer, de kommer ändå att lyckas ta sina liv förr eller senare". Som framgår under metodkapitlet under avsnittet databearbetning har vissa av påståendena indexerats för att underlätta presentationen av resultatet. Genom Gamma framkom ett sambandsmått som var -0,603 (sig.0,014). Detta innebär att respondenter som svarat nej på frågan om de genomfört utbildning i suicidprevention har även svarat med lägre värden på de tre attitydfrågorna gällande självmord. Detta samband innehöll 41 respondentsvar.

Tabell 10

Resultatet av respondenternas sammanlagda upplevelse av genomförd utbildning ställt mot påståendet "Självordsnära personer är helt inställda på att dö".

"Självordsnära personer är helt inställda på att dö"

<i>Var utbildningen bra?</i>	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls	Totalt
Stämmer helt & hållet	2	2	1	5
Stämmer ganska bra	0	2	5	7
Totalt	2	4	6	12
Procent	16,7%	33,3%	50 %	100 %

Sambandsmått Gamma: 0,688 (0,022 sig). Bortfall: 0

Tabell 10 visar ett positivt samband mellan respondenternas sammanlagda upplevelse av genomförd utbildning i suicidprevention och påståendet "Självordsnära personer är helt inställda på att dö". Genomförd utbildning är en sammanslagen variabel av två påståenden om utbildning, vilka är "Jag upplevde utbildningen relevant för mitt arbete och mina arbetsuppgifter" och "Jag upplevde mig stärkt och mer trygg efter genomförd utbildning". Ingen respondent uppgav något negativt svar på dessa påståenden, vilket förklarar varför dessa svarsalternativ inte redovisas i tabellen.

Genom sambandsmättet Gamma framkom styrkan i sambandet som var 0,688 (sig.0,022). Detta innebär att respondenter som varit positiva till genomförd utbildning också har svarat högre på attitydpåståendet om självordsnära personers inställning till döden. Detta samband innehöll endast 12 respondentsvar då den är baserad på jakande svar på fråga om utförd utbildning. Resultatet tyder på att det är få som genomgått utbildning i undersöknings urval.

Samband mellan utbildning och kunskap/prevention

En tolkning som kan appliceras på samtliga av sambanden ovan är att utbildning i suicidprevention leder till ett bättre förhållningssätt och inställning till självordsnära klienter. Då utbildningen utgår ifrån förklaringsmodellen psykiskt olycksfall (Beskow, 2008) förskjuts perspektivet på ett sätt som skulle kunna vara fördelaktigt för socialtjänsten och dess klienter. I den äldre stress-sårbarhetsmodellen lades fokus på risk- och skyddsfaktorer som i högre grad tar för givet vilka individer som bör hållas under uppsikt genom att se till arvsanlag, miljö etcetera (Wasserman, 2000). En konsekvens blir då exkludering av de klienter som inte uppfyller risk-kriterierna, men som kanske går i självmordstankar utan att någon uppmärksammar dem. Genom den nyare olycksfallsförklaringen ligger tyngdpunkten på att psykisk ohälsa/självord kan hända alla, under olyckliga omständigheter

(Beskow, 2008). Detta synsätt inbegriper i högre grad ett icke-dömande bemötande, vilket är så viktigt för personer som befinner sig i suicidala processer.

Om olycksfallsförklaringen på allvar implementeras inom socialtjänsten medföljer dessutom en naturligt höjd beredskap hos socialsekreterare som blivit utbildad i suicidprevention genom att dessa lär sig att alltid vara vaksamma på suicidala signaler och vetskap om att självmord går att förebygga (Beskow, 2008). Den senare modellen ger bättre förutsättningar att rädda liv. Det räcker dock inte att endast utbilda personal. Dessa bör även ha något bra att erbjuda klienten för att det goda bemötandet inte ska resultera i tomma löften. Mycket av socialtjänstens arbete rör sig på den selektiva nivån, med utpekade grupper men vissa av dessa har det inte ännu utvecklats anpassade preventionsprogram för, som det verkar. Däribland klienter inom försörjningsstöd.

Den riskbedömning som ingår i stress-sårbarhetsmodellen (Wasserman, 2000), som innebär en sammanslagning av en persons risk- och skyddsfaktorer, kräver mer förkunskap och bakgrundsinformation för att kunna göras på ett effektivt sätt. Denna kunskap och en samlad bild av klienten är det sällan man har tillgång till inom socialtjänsten, möjligtvis inom psykiatrin. Olycksfallsförklaringen (Beskow, 2008) kan – genom att i alla lägen vara uppmärksam på och fråga om självmordsproblematik – vara ett enklare redskap att ta till sig, som också är bättre anpassat för socialtjänstens arbete och de klienter som man träffar där.

I relation till den studie, som hävdar att långt ifrån alla personer som begår eller försöker ta sina liv har haft en psykiatrisk kontakt och diagnostiserats (Appleby, Shaw, Amos et al., 1999), passar även i detta fall olycksfallsförklaringen (Beskow, 2008) bättre ihop med socialtjänstens arbete. Då socialtjänsten många gånger är första instans som träffar individen, även om det primärt är ett annat behov som ska tillgodoses, har socialtjänsten en viktig roll att spela i att fånga upp och slussa vidare klienter till den instans där rätt kompetens finns. Olycksfallsförklaringen (ibid) kan medföra bättre förutsättningar för socialtjänstens uppfångande funktion och på så sätt bidra i det självmordspreventiva arbetet. Det är bland annat på grund av detta som det strategiska målet att höja kompetensen hos nyckelpersoner genom utbildning - från den nationella handlingsplanen (Folkhälsomyndigheten, 2016) - blir så viktig.

Tabell 11

Resultatet av huruvida respondenterna har arbetsrutiner på sin arbetsplats ställt mot påståendet "Jag vet vad som väntas av mig i arbetet med självmordsnära klienter".

"Jag vet vad som väntas av mig i arbetet med självmordsnära klienter"

Finns det arbetsrutiner?	Ja	Nej	Vet ej	Totalt
Stämmer helt och hållet	3	2	1	6
Stämmer ganska bra	9	1	10	20
Stämmer ganska dåligt	2	4	7	13
Stämmer inte alls	0	0	2	2
Totalt	14	7	20	41
Procent	34, 1 %	17, 1%	49%	100%

Sambandsmått Gamma 0,425 (0,016 sig). Bortfall: 27

Tabell 11 visar ett positivt samband mellan "Jag vet vad som väntas av mig i arbetet med självmordsnära klienter" och "Har ni arbetsrutiner på din arbetsplats gällande självmordsproblematik". Genom Gamma framkom ett sambandsmått på 0,425 vilket innebär att respondenterna på de arbetsplatser som har arbetsrutiner i större utsträckning upplever beredskap i form av att de vet vad som förväntas av dem i mötet med självmordsnära klienter.

Tabell 12

Resultatet av respondenternas upplevelse av beredskap ställt mot frågan "Diskuteras situationer med inslag av självmordsrisk på sin arbetsplats, på exempelvis APT:n, ärendedragningar eller dylikt?"

"Beredskapsvariabeln (fyra påståenden som mäter upplevelsen av beredskap)"

Diskuteras situationer?	Stämmer bra	Stämmer dåligt	Totalt
Ja	10	11	21
Nej	3	17	20
Totalt	13	28	41
Procent	31,7%	68,3%	100%

Sambandsmått Gamma 0,675 (sig. 0,016). Bortfall: 27

Tabell 12 visar på ett positivt samband mellan huruvida man diskuterar situationer med inslag av självmordsrisk och upplevelse av beredskap. Beredskapsvariabeln är ett sammanslaget mått av fyra olika frågor som mäter upplevelsen av beredskap. Dessa är "Jag vet vad som väntas av mig i arbetet

med självmordsnära klienter”, “Jag får klara och bra instruktioner beträffande handläggningen av självmordsnära klienter”, “Jag saknar kunskap och information om vad som är viktigt i arbetet med självmordsnära klienter” och “Jag känner mig trygg i mitt arbete med självmordsnära klienter”.

Sambandsmättet Gamma visade på 0,675 (sig. 0,016) i styrka. Vilket innebär att personer på arbetsplatser där man diskuterar situationer med inslag av självmordsrisk på exempelvis APT:n upplever högre beredskap i möten med självmordsnära klienter. Antal respondenter i detta samband var 41.

Tabell 13

Resultatet av hur respondenterna svarat på påståendet "Jag vet vad som väntas av mig i arbetet med självmordsnära klienter" ställt mot frågan "Har du på din arbetsplats genomgått en utbildning i suicidprevention?"

"Har du på din nuvarande arbetsplats genomgått en utbildning i självmordsprevention?"

Vet vad som förväntas?	Ja - ett tillfälle	Ja - flera tillfällen	Nej	Nej - men kollega	Totalt
Stämmer bra	5	1	6	0	12
Stämmer dåligt	4	0	22	1	27
Totalt	9	1	28	1	39
Procent	23,1%	2,6%	71,8%	2,6%	100,0%

Sambandsmätt Gamma: 0,674 (sig. 0,029). Bortfall: 29

Tabell 13 visar på ett positivt samband mellan utbildning och upplevelse av beredskap.

Sambandsmättet Gamma visade på 0,674 (sig.0,029) i styrka. Detta innebär att det finns ett samband mellan att personer som genomgått utbildning i suicidprevention på sin arbetsplats har en starkare upplevelse av beredskap i mötet med självmordsnära klienter. Antal respondenter i detta samband var 39.

Samband mellan arbetsrutiner och utbildning

Detta samband instämmer med Ramberg et al. (2016) studie som lyfter vikten av hur arbetsrutiner kan stärka personalens beredskap i möten med självmordsnära klienter. Något som sker genom att våga lyfta frågan och bryta det tabu som är förknippat med självmord. Ett öppnare samtalsklimat gällande ämnet självmord bidrar till att socialarbetarna kan känna sig trygga i att våga ta upp och fråga klienten om självmord. Något som på sikt kan ge konsekvensen av att hejda självmordsprocessen och den ambivalens mellan liv och död som en självmordsnära klient ofta befinner sig i (Wasserman och Maltsberger, 2004). Ett samtal kan många gånger räcka (Beskow, 2008). Hur enskilda socialsekreterares agerande samspekar till att bli den stödjande miljö eller öppna arena, som föreslås på

den universella preventionsnivån (Wasserman, 2000; Dumon & Portzky, 2013) är också något som medvetandegörs genom utbildning i suicidprevention. Klienter som upplever att de kan vända sig till socialtjänsten utan att bli diskriminerade eller missförstådda vad gäller psykisk ohälsa kommer också mer sannolikt att prata om problematiken då. Att socialtjänsten kan ha en roll på universell nivå är viktigt att bli varse om.

Sambanden styrks även av studien som Jacobsson et al (2012) gjorde, vilka kunde se att arbetsrutiner bidrar till en upplevelse av ökad kompetens.

Sambanden kan även förklaras genom Ramberg och Wasserman (2004) som menar att med en implementering av riktlinjer höjs kunskapsnivån vilket ökar självförtroendet hos socialarbetarna. Med ökat självförtroende växer också upplevelsen av beredskap i mötet med självmordsnära klienter. En annan möjlig konsekvens är att arbetsrutiner kan bidra till samstämmighet vad gäller synsätt och utförande inom personalgruppen. Detta skulle kunna medföra att klienten i mindre utsträckning lämnas ut till individuella och godtyckliga bedömningar, vad gäller självmord, från socialarbetarnas sida.

Sammantaget verkar dessa faktorer (arbetsrutiner, kompetens, kunskap, beredskap) i ett samspel och innehar en nyckelroll för en lyckad intervention i arbetet med självmordsnära klienter.

5.2.2 Beredskap i förhållande till enheterna försörjningsstöd och vuxen/beroende

Under detta tema har en sammanslagning vad gäller analys genom teori och forskning gjorts för samtliga korstabeller. Temat rymmer 4 stycken korstabeller som redogör för förekomst, beredskap och klientens rätt till självbestämmande. Analysen för samtliga tabeller presenteras under korstabell 17.

Tabell 14

Resultatet av vilken enhet respondenterna arbetar inom ställt mot frågan "*Hur många gånger har du mött självmordsnära klienter det senaste året?*"

"Vilken enhet arbetar du inom?"

Antal tillfällen med självmordsnära?	Försörjningsstöd	Vuxen/Beroende	Totalt
Inga	2	1	3
En till tre	22	12	34
Fyra eller fler	3	7	10
Totalt	27	20	47
Procent	57,4%	42,6%	100 %

Sambandsmått Gamma: 0,518 (sig.0,070). Bortfall: 11

Tabell 14 visar ett positivt samband mellan vilken enhet man arbetar inom och hur ofta man träffat självmordsnära klienter uppskattningsvis det senaste året. Genom sambandsmättet Gamma uppgick styrkan i sambandet till 0,518 (sig.0,070). Med detta menas att personer som arbetar inom vuxen/beroende i högre utsträckning träffar självmordsnära klienter jämfört med personer arbetandes inom försörjningsstöd. Detta samband baserades på 47 respondentsvar.

Tabell 15

Resultatet av vilken enhet respondenterna arbetar inom ställt mot frågan "Har du på din arbetsplats genomgått en utbildning i suicidprevention?"

<i>"Vilken enhet arbetar du inom?"</i>			
<i>Genomfört utbildning?</i>	<i>Försörjningsstöd</i>	<i>Vuxen/Beroende</i>	<i>Totalt</i>
Ja	3	8	11
Nej	22	9	31
Totalt	25	17	42
Procent	59,5%	40,5%	100 %

Sambandsmätt Gamma: -0,734 (sig.0,012). Bortfall: 36

Tabell 15 visar ett starkt negativt samband mellan vilken enhet man arbetar inom och om man genomfört utbildning i suicidprevention. Frågan "Har du på din nuvarande arbetsplats genomgått en utbildning i självmordsprevention?" har ursprungligen svarsalternativen "Ja, vid ett tillfälle", "Ja, vid flera tillfällen", "Nej" och "Nej, men en kollega har gått en utbildning och informerat oss andra i personalgruppen". Dessa har sammanslagits till "Ja" och "Nej" för att göra tabellen mer överskådlig.

Genom sambandsmättet Gamma uppgick styrkan i sambandet till -0,734 (sig. 0,012). Detta innebär att personer som arbetar inom enheten vuxen/beroende med högre utsträckning genomgått utbildning, jämfört med personer som arbetar inom försörjningsstöd. Detta samband innehöll 42 respondentsvar.

Tabell 16

Resultatet av vilken enhet respondenterna arbetar inom ställt mot upplevelse av beredskap.

<i>"Vilken enhet arbetar du inom?"</i>			
<i>Beredskapsvariabeln</i>	<i>Försörjningsstöd</i>	<i>Vuxen/Beroende</i>	<i>Totalt</i>
Stämmer bra	3	10	13
Stämmer dåligt	19	8	27
Totalt	22	18	40
Procent	55 %	45 %	100 %

Sambandsmätt Gamma -0,776 (sig. 0,003). Bortfall: 28

Tabell 16 visar ett negativt samband mellan vilken enhet man arbetar inom och upplevelse av beredskap. *Beredskapsvariabeln* är ett sammanslaget mått av fyra olika frågor som mäter upplevelsen av beredskap. Dessa är "Jag vet vad som väntas av mig i arbetet med självmordsnära klienter", "Jag får klara och bra instruktioner beträffande handläggningen av självmordsnära klienter", "Jag saknar kunskap och information om vad som är viktigt i arbetet med självmordsnära klienter" och "Jag känner mig trygg i mitt arbete med självmordsnära klienter". Genom sambandsmättet Gamma framkom styrkan i sambandet som var -0,776 (sig. 0,003). Detta innebär att personer som arbetar inom enheten försörjningsstöd upplever sig ha mindre beredskap i möten med självmordsnära klienter. Personer som arbetar inom enheten vuxen/beroende upplever sig tvärtom ha högre beredskap i dessa möten. Detta samband innehöll 40 respondentsvar.

Tabell 17

Resultatet av vilken enhet respondenterna arbetar inom ställt mot påståendet "En klients rätt till självbestämmande ska i alla lägen respekteras".

"Vilken enhet arbetar du inom?"

<i>Alltid respektera klients självbestämmande?</i>	Försörjningsstöd	Vuxen/Beroende	Totalt
Stämmer bra	15	7	22
Stämmer dåligt	5	8	13
Totalt	20	15	35
Procent	57,1%	42,9%	100,0%

Sambandsmätt Gamma: 0,548 (sig.0,080). Bortfall: 33

Tabell 17 visar ett positivt samband mellan vilken enhet man arbetar inom och hur man ställer sig till påståendet "En klients rätt till självbestämmande ska i alla lägen respekteras". Genom sambandsmättet Gamma uppgick styrkan i sambandet till 0,548 (sig.0,080). Detta betyder att personer som arbetar inom vuxen/beroende är mer positivt inställda till det nämnda påståendet jämfört med de arbetandes på försörjningsstöd. Sambandet baserades på 35 respondentsvar.

Samband mellan enheterna och upplevelsen av beredskap

Resultatet av tabellerna gör det möjligt att urskilja viss diskrepans enheterna vuxen/beroende och försörjningsstöd emellan. Det framgår bland annat att socialsekreterarna inom enheten för vuxen/beroende möter en högre andel självmordsnära klienter. Sambandet kan delvis förklaras genom Wasserman et al., (2012) studie där missbruk som riskfaktor innebär en förhöjd risk för självmord. Även Murphy (2000) lyfter missbruk som riskfaktor. Vidare menar Murphy (2000) att missbruk har kunnat fastslås i en femtedel av alla självmordsfall. En annan möjlig tolkning är att klienter inom

vuxen i högre utsträckning än klienter inom försörjningsstöd saknar andra skyddsfaktorer. Detta då ett långvarigt missbruk ofta leder till social utsatthet inom ett flertal områden, exempelvis inom bostad- och arbetsmarknaden (Rossow och Lauritzen, 1997). Möjligtvis leder detta till en mer synlig eller ”uppenbar” risk för suicid inom vuxen/beroende (Rossow och Lauritzen, 1997).

Att det är en högre frekvens av självmordsnära klienter inom vuxen/beroende kan även förstås av den förhöjda risk som åligger genom kombinationen av missbruk och psykisk ohälsa (Nyberg, 2013). En annan aspekt är att mycket av den forskning som existerar gällande suicid är till stor del kopplat till det psykologiska fältet. Något som missbruk/beroende kan upplevas ha en starkare koppling till jämfört med arbetslöshet/ekonomisk utsatthet. Speciellt då synen på självmord inom socialtjänsten är stark kopplad till den psykiatriska förklaringsmodellen (NASP, 2009).

En intressant aspekt, med hänsyn till den forskning som finns gällande socialsekreterares övertygelse om klientens rätt till självbestämmande, är att den tenderar att påverka synen på självmord. Närmare bestämt att *”När en person väl bestämt sig för att ta sitt liv går det inte att påverka”* (NASP, 2009).

Resultatet kan även förstås genom synen på självmord som att det är varje människas fundamentala rätt att ta sitt liv (Amchin et al. ,1990; Burstow, 1992). Resultatet står även i motsats till det faktum gällande att vuxen/beroende i högre utsträckning deltagit i såväl utbildning vad gäller suicidprevention samt har en högre beredskap. Det finns nämligen forskning som visar att utbildning inom suicidprevention inte bara inger ett högre självförtroende hos socialsekreteraren i mötet med självmordsnära klienter utan även bidrar till en mer positiv bild av att självmord går att förebygga (NASP, 2009). En annan möjlig förklaring till detta utslag kan vara att frågan är formulerad på ett sätt som gjort det svårt för respondenterna att svara entydigt. Precis som självmord är frågan komplex och rymmer flera dimensioner. Det ska även komma ihåg att de olika enheterna representerar olika sorters stöd och hjälpinsatser vilket kan ha haft en påverkan på utfallet. Socialsekreterarna inom vuxen/beroende har även tvångslagstiftning att förhålla sig till.

Mischna et al (2002) visar på att socialsekreterare kan ställas inför svåra val vad gäller att bryta sekretessen i avseende att hjälpa klienten. Det blir en balansgång mellan klientens rätt till självbestämmande och att rädda liv (ibid).

Sammanfattning sambandsanalyser

Sambandsanalyserna visar att ökad ålder ger ett mer fördomsfritt förhållningssätt till självmordsnära klienter. Det här sambandet går även att koppla till kunskapsnivå, då studien mätt detta genom ett antal påståenden som baseras på fördomar. Sambandsanalyserna har också beskrivit hur en äldre och en nyare förklaringsmodell för självmord kan förstås som dels komplement till varandra, och dels hur den nyare olycksfallsmodellen är mer anpassad för socialtjänstens arbete då den medför högre beredskap i alla möten utan åtskillnad på person och behov. Det har även tolkats hur den nyare olycksfallsmodellen kan ge socialtjänsten bättre förutsättningar att förebygga självmord i förhållande

till nollvisionen. Analysen fann även ett oförutsett empiriskt fynd då vissa skillnader mellan enheterna försörjningsstöd och vuxen/beroende upptäcktes. Där beredskapen inom vuxen/beroende utifrån enkäten är högre.

Slutligen har analysen försökt visa hur utfallet i en fungerande suicidprevention med självmordsnära klienter är beroende av komponenterna arbetsrutiner, kompetens, kunskap och beredskap. Helheten av dessa fyra är det fundament som förebyggande arbete står på.

6. Slutsatser

Syftet med studien var att undersöka hur socialsekreterares upplevelse av beredskap samt förekomst av självmordsnära klienter såg ut inom socialtjänstens enheter för försörjningsstöd och vuxen/beroende.

En enkätstudie genomfördes i syfte att besvara följande frågeställningar:

- Hur vanligt förekommande är det att socialsekreterare, inom enheterna för försörjningsstöd och vuxen/beroende, erfar suicidala klienter i Stockholms län samt i länen med de högsta statistiska självmordstalen?
- Vilken upplevelse av beredskap har dessa socialsekreterare för att möta suicidala klienter?

Studiens slutresultat visar att det förekommer självmordsnära klienter inom enheterna för försörjningsstöd och vuxen/beroende. De allra flesta socialsekreterare har mött en eller flera klienter som specifikt uttryckt tankar om självmord under det senaste året. Därtill har mer än två tredjedelar mött personer med outtalade varningssignaler, alltså där misstanke funnits.

Studiens resultat tyder även på att lite drygt hälften av socialsekreterarna handhar klienter som de bedömer löper hög risk för självmord, och/eller har en historik av självmordsförsök bakom sig. Klienternas självmordstankar har utöver faktiska möten även kommunicerats på andra sätt, bland annat genom mejl och telefon. Vidare har det framkommit att lite drygt hälften av socialsekreterarna stött på hot om självmord vid ett eventuellt biståndsavslag.

Resultatet visar att socialsekreterarna till viss del upplever att de har beredskap i mötet med självmordsnära klienter. För att mäta och förklara beredskap har begreppet delats upp efter kategorierna utbildning, kunskap och arbetsrutiner.

Drygt en femtedel av socialsekreterarna uppger att de genomgått utbildning i suicidprevention. Resultatet visar att sådan utbildning har en positiv påverkan på upplevelsen av beredskap. I förhållande till myter om självmord finns det generellt relativt hög kunskap – trots bristen av utbildning – sett till studiens urval. Då få genomgått utbildning är en möjlig förklaring att både livs- och arbetslivserfarenhet påverkar. Studien har funnit att det är få socialsekreterare som arbetat en längre tid på sin nuvarande arbetsplats, vilket kan vara en eventuell förklaring till att så få personer har deltagit i utbildning gällande suicidprevention.

Det har även framkommit att det finns en osäkerhet kring huruvida arbetsplatsen har arbetsrutiner eller ej. En klar majoritet av socialsekreterarna uppger att det saknas arbetsrutiner eller att de inte har vetskap om dessa. Studien visar att på arbetsplatser där självmordsproblematik diskuteras upplever socialsekreterare högre beredskap. Hälften av socialsekreterarna uppger att de känner sig trygga och vet vad som väntas av dem, vilket tyder på viss upplevelse av beredskap.

Studien har funnit vissa oväntade skillnader mellan enheterna försörjningsstöd och vuxen/beroende. Till exempel upplever socialsekreterarna inom vuxen/beroende högre beredskap. Detta är något som har att göra med att de dels oftare genomgått utbildning, dels i högre utsträckning diskuterar ärenden med självmordsproblematik. Detta sammanfaller också väl med studiens tidigare resultat i fråga om beredskap.

7. Diskussion

Studiens resultat antyder att självmordsproblematik är en del av det vardagliga arbetet inom socialtjänstens enheter för försörjningsstöd och vuxen/beroende. Det kan tyckas anmärkningsvärt att så få av socialsekreterarna på dessa enheter har genomfört utbildning i suicidprevention eller har tillgång till välplanerade strategier – som handlingsplaner eller arbetsrutiner – med tanke på nollvisionen som funnits i tio år. Även om där inte står ordagrant att socialtjänsten ska förse sin personal med kunskap om suicidprevention, kan man fundera över om inte målet med att minska självmordstalen och att utbilda nyckelpersoner (som socialsekreterare) borde ha kommit lite längre än vad som synliggörs i denna studie. Att få utbildats kan ha att göra med den höga personalomsättningen som redan nämnts (Vision, 2013). En annan förklaring kan ha att göra med den trend av kommunal decentralisering och specialisering som finns inom socialtjänsten med tydliga ansvarsgränser gentemot både andra enheter och andra aktörer, som psykiatrin (Bergmark & Minas, 2007). Ytterligare en förklaring kan tänkas vara att socialtjänsten känner till förekomsten av suicidala klienter men bedömt att yttringar av detta slag inte sker i tillräckligt stor utsträckning för att något konkret förhållningssätt ansetts nödvändigt.

Om olycksfallsförklaringen (Beskow, 2008) får fotfäste inom socialtjänsten kan samarbetet med psykiatrin på sikt stärkas eftersom expertkunskap inte skulle behövas i riskbedömning. Psykiatrins kunskap inom ämnet ska förstås inte förringas, men en höjd beredskap inom socialtjänsten skulle antagligen båda parter tjäna på. Den tidigare forskningen (NASP, 2009) tyder på att det finns en rädsla för att göra fel i situationer med suicidala personer, förmodligen för att konsekvenserna kan handla om liv eller död. Dessutom förekommer en mytbildning om psykiatriska diagnoser, inom professioner utanför det psykiatriska fältet, som antagligen kan ha bromsande effekt vad gäller att våga agera och ta beslut för dessa personer. Kanske har även nollvisionen (2007/08:110) en baksida som ingjuter mer oro än handlingskraft, något som möjligen gör att både klienter och socialsekreterare hellre går runt het gröt än att samtala om självmordstankarna.

Man kan ställa sig frågande till om nollvisionen överhuvudtaget existerar på en konkret och lokal nivå. Utifrån arbetet med den här studien är det inte orimligt att utgå ifrån att det finns chefer, socialsekreterare och klienter som saknar kännedom om nollvisionen. I samhället generellt verkar inte nollvisionen synas och tystnadskulturen – återspeglad i en rädsla att tala om ämnet – har fortfarande starkt fotfäste. Detta tyder på att björnen är svårväckt.

Det är en omöjlighet för psykiatrin att axla hela ansvaret för personer med psykisk ohälsa. Resultatet i den här studien tyder på att en höjd beredskap, med enkla medel och från flera håll, verkligen kan öka suicidala klienters välbefinnande genom att stoppa suicidala processer i ett tidigt skede. Ur ett ekonomiskt perspektiv finns det en vinst med beredskap och förebyggande arbete som på sikt skulle reducera behovet av insatser till följd av ett självmord – då det inte bara är en enskild person som drabbas utan även alla runt omkring.

Som tidigare forskning nämner (Beskow, 2008) är inte alla fall av självmord en åkomma av psykisk störning, och därför är inte en psykiatrisk kontakt alltid nödvändig. I de flesta fallen behandlas suicidalitet bäst genom att någon på allvar tar sig tid och lyssnar. Då problemen i grunden handlar om livssituationen – ofta kopplad till bland annat ekonomisk utsatthet, arbetslöshet och missbruk – har socialtjänsten en central roll att spela genom ett mer genomtänkt bemötande till dessa personer.

Studiens resultat tyder på att möten med suicidala klienter är något som en stor del av de medverkande socialsekreterarna har upplevt. För en del av respondenterna är dessa möten även något som sker på regelbunden basis. Samtidigt är ett av studiens fynd att socialsekreterare inte ges utbildning och saknar kunskap om självmordsproblematik. Man kan ställa sig frågande till om socialsekreterarna är fullt medvetna om hur deras sätt att bemöta klienten kan vara en länk i den kedja av händelser som leder fram till att en person begår självmord. Ur ett arbetsmiljöperspektiv leder avsaknad av kunskap och utbildning till en osäkerhet som inte bör ligga på den enskilda socialsekreteraren, åtminstone inte utan stöd eller riktlinjer kring hur situationer med självmordsnära klienter bör hanteras.

Tanken förs till hur det ser ut inom andra områden av socialtjänsten vad gäller självmordsproblematik. Även om denna studie är begränsad till försörjningsstöd och vuxen/beroende, har ämnet ändå relevans för hela socialtjänsten och man kan fråga sig varför detta ämne inte tas upp under socionomutbildningen.

För framtida forskning skulle det vara intressant att göra om studien, men med fokus på de självmordsnäras egna upplevelser av socialtjänsten, då sådan forskning är bristfällig. En annan sak som vore intressant är att göra om studien med ett slumpmässigt urval, som skulle kunna generaliseras. Kritik kan riktas mot studiens metodologiska problem angående urval och bortfall, som kan ha påverkat de resultat och samband som har hittats. En annan aspekt är hur kontexten inom enheterna skiljer sig åt vad gäller arbetsrutiner och hur klientkontakten ser ut – något som kan ha haft betydelse för hur respondenterna har tolkat enkätfrågorna.

Avslutningsvis ser vi att utmaningen i att förebygga självmord ligger till stor del på politisk nivå. En större brukarenkät skulle också behöva tas fram, där klienters åsikter och erfarenheter lyfts fram. Politiker kan verka för att självmord synliggörs mer, bland annat genom att satsa mer på kunskap och utbildning av nyckelpersoner, samt genom ökad samverkan mellan flera aktörer.

Alla kan bidra till att rädda liv.

Referenslista

- Amchin, J., Wettstein, R.M., & Roth, L.H. (1990). Suicide, ethics, and the law. I S.J. Blumenthal, & D.J. Kupfer (Red.). *Suicide over the life cycle* (s. 637–781). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Burstow, B. (1992). *Radical feminist therapy: Working in the context of violence*. Newbury Park: Sage Publications.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318:1235
- Beautrais, A. L. (2004). *Suicide postvention. Support for families, whanau and significant others after a suicide. A literature review and synthesis of evidence*. Wellington, New Zealand: Ministry of Youth Affairs.
- Beskow, J., (2000). *Själv mord och självmordsprevention: om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur.
- Beskow, J., (2008). Suicid som psykiskt olycksfall: ett systemperspektiv. *Suicidologi*, 13(3), 14–18. <https://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/1967>
- Beskow, J. Palm Beskow, A., Ehnvall, A. (2005). *Suicidalitetens språk*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, Å. & Minas, R. (2007). Decentraliserad välfärd eller medborgerliga rättigheter? Om omfördelning av makt och ansvar mellan stat och kommun. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2-3, 220-240
- Berntson, E., Bernhard-Oettel, C., Hellgren, J., Näswall, K. & Sverke, M. (2016). *Enkätmetodik*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber
- Bäck, H., Erlingsson, G. & Larsson, T. (2013). *Den svenska politiken-struktur, processer och resultat*. (4. uppl.). Stockholm: Liber

Cullberg, J., Wasserman, D. & Stefansson, CG., (1988). Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow up in a suburban catchment area. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 77, 598–603

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L., Långström, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6.

Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O., 2018. *Statistisk verktygslåda 1: samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Dumon, E. & Portzky, G. (2015). *Generella riktlinjer för suicidprevention. Arbetspaket 6*. [Utgivningsort okänd]: European Regions Enforcing Actions Against Suicide (EUREGENAS)

Eneroth, E., 2014. *Juridik för socialt arbete*. (2. uppl.) Malmö: Gleerup.

Fackförbundet Vision (u.å). Hämtad från 10 maj 2018 från Vision
<https://vision.se/nyheter/2016/oktober/arbetsmiljoverket-staller-krav-pa-battre-arbetsmiljo-for-socialsekreterare/>

Feldman, B. & Freedenthal, S., (2006). Social Work Education in Suicide Intervention and Prevention: An Unmet Need? *Suicide and life-threatening behavior*. 36(4).

Folkesson, K. (2013, 17 oktober). Socialtjänsten: Tuff situation för anställda som jobbar med försörjningsstöd. *Vision, maj*. Hämtad från <https://vision.se/Opinion/Pressmeddelanden/2013/Socialtjansten-Tuff-situation-for-anstallda-som-jobbar-med-forsorjningsstod/>

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Kartläggning av det suicidpreventiva arbetet i kommuner, landsting och länsstyrelser*. Hämtad 29 februari, 2018 från Folkhälsomyndigheten,
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ba7cfa1269e540b89e1b907445819015/kartlaggning-av-det-suicidpreventiva-arbetet-webb.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Suicidprevention 2017 - En lägesrapport om det nationella arbetet med att förebygga självmord*. Hämtad 27 februari, 2018 från Folkhälsomyndigheten,
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/37a5754a72374e69ae35cd84ee279f42/sui>

cidprevention-2017-lagesrapport-nationella-arbetet-forebygga-sjalvmord-03538-2017-
webb.pdf

- Gilat, I., & Shahar, G. (2007). Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry*. 70, 12–18.
- Goldblatt, MJ. & Maltzberger, JT. (2009). *Countertransference in the treatment of suicidal patients*. I Wasserman, D. & Wasserman, C. (red.) Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective. Oxford University Press.
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA*. 293, 1635–1643.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*. 58, 10–51.
- Heyd, D., & Bloch, S. (1999). The ethics of suicide. I S. Bloch, P. Chodoff, & S. Green (red.), *Psychiatric ethics* (3. uppl) (s. 441–460). Oxford: Oxford University Press.
- Jacobson, J. M., Osteen, P., Jones, A. L., & Berman, A. (2012). Evaluation of the recognizing and responding to suicide risk training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 42, 471 – 485
- Karolinska Institutet, 2018, Hämtad 27 februari, 2018 från Karolinska Institutet,
<https://ki.se/nyheter/kraftigt-hojd-suicidrisk-bland-ensamkommande-flyktingbarn>
- Kernberg, OF. (2001). The suicidal risk in severe personality disorders: differential diagnosis and treatment. *Journal of Personality Disorder*. 15, 195–208 [discussion 209–215].
- Lindstedt, N., (2011, 10 oktober). Tung arbetsbörda för socialsekreterare. *Vision*. Hämtad från <https://vision.se/Medlem/tidningenvision/arkiv/2011/oktober/tung-arbetsborda-for-socialsekreterare/>
- Maltzberger, JT. (2004). The descent into suicide. *International Journal of Psychoanalysis*. 85, 653–667.

- Mishna, F., Antle, B. & Regehr, C. (2002). Social Work With Clients Contemplating Suicide: Complexity And Ambiguity In The Clinical, Ethical, And Legal Considerations. *Clinical Social Work Journal*. 30(3).
- Murphy, G.E., (2000). *Psychiatric Aspects of suicidal behaviour: substance abuse*. Hawton, I., & Van Heering K., (red): *the international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Murphy, G. E., Wetzel, R.D., (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*. 47(April).
- Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. (2009). *Självmondspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso - och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan. En kunskapssammanställning gjord för Socialstyrelsen av NASP*. Hämtad 13 mars, 2018 från https://ki.se/sites/default/files/kunskapssammanstallning_2009.pdf
- Ottosson J-O., Dahlström Å.N, (u.å). *Självmond*. I Nationalencyklopedin. Hämtad 7 juni, 2018 från, <https://www.ne.se/upplagsverk/encyklopedi/lang/sjalmord>
- Nordström, P. (1995). *Survival analytic studies of suicide risk*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Medicinska fakulteten). Från <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44349>
- Nyberg, U. (2013). *Konsten att rädda liv: om att förebygga självmord*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Otterblad Olausson, P. (2006). *Avsiktlig självdestruktiv handling i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum.
- Prop. 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik*. Hämtad 27 februari, 2018 från Regeringen, <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2008/03/prop.-200708110/>
- Ramberg, IL., Di Lucca, M. & Hadlaczky, G. (2016). The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 13(2):195

- Ramberg, IL. & Wasserman, D. (2004). Benefits of implementing an academic training of trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Archives of Suicide Research*. 8(4), 331–343.
- Rossow, I. (1996). Alcohol and suicide- beyond the link at the individual level. *Addiction*. 91(10), 1413–1416. Från <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1080/09652149639321>
- Rossow, I., & Lauritzen, G., (1999). Balancing of the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*. 94.
- Rossow, I., & Lauritzen, G., (2001). Shattered childhood: a key issue in suicidal behaviour among drug addicts? *Addiction*. 96, 227–240.
- Ringskog Vagnhammar, S. & Wasserman, D. (2017). *Första hjälpen vid självmordsrisk*. (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- S2015/3986/FS. *Uppdrag att samordna det nationella suicidförebyggande arbetet*. Hämtad 27 februari, 2018 från Regeringen, <http://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2015/06/uppdrag-att-samordna-det-nationella-suicidforebyggande-arbetet/>
- SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Hämtad 7 juni, 2018 från Sveriges riksdag, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var-d-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870
- SFS 2001:451. *Socialtjänstlagen*. Hämtad 7 juni, 2018 från Sveriges riksdag, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 8 maj, 2018 från Sveriges riksdag, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Skogman, K. (2006). *Understanding Suicidality: Suicide risk, sex differences and views of suicide attempters*. (Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Medicinska fakulteten). Från <http://portal.research.lu.se/ws/files/4799407/546095.pdf>

Socialstyrelsen, u.å. Hämtad 8 maj, 2018 från Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/hittarattmyndighet/ekonomisktbistand>

SOU 2011:11 Långtidsutredningen 2011. Hämtad 8 maj, 2018 från Regeringen

<http://www.regeringen.se/49bb35/contentassets/2969767dc25446d69a200f2d1b579744/sou-201111-langtidsutredningen-2011-huvudbetankande>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2015). *Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, nr 242). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Från

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvardeerar/instrument-for-bedomning-av-suicidrisk/>

Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P. & Runeson, B., (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal*. 337:2205

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. (4., uppdaterade och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed [Elektronisk resurs]*. (Reviderad utgåva). Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wasserman, D. (2000). Strategier för självmordsprevention. I Beskow, J. (Red.), *Själv mord och självmordsprevention: om livsavgörande ögonblick* (s. 128–140). Lund: Studentlitteratur.

Wasserman, D. (2001). Strategy in suicide prevention. I Wasserman, D. (Red.), *Suicide – An unnecessary death* (s. 211–216). London: Martin Dunitz Ltd.

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*. 27(2), 129–141.

Wenemark, M. (2017). *Enkätmetodik med respondenten i fokus*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: A resource for media professionals*. Geneve. Från http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

World Health Organization. (2014). World Suicide Report: *Preventing suicide: a global imperative*. Geneve. Från http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=366C05DF9D58011D883B5C21821AD48B?sequence=1

Wolk-Wasserman, D. (1985). The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 71, 581–595

Bilagor

Bilaga 1

Missivbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter på termin 6 från Ersta Sköndal Bräcke Högskola. Vi skriver till er med anledning av att vi planerar att göra en enkätundersökning i vår C-uppsats om arbete med suicidprevention inom socialtjänsten.

Vår studie syftar till att genom en enkät till socialsekreterare titta på hur det suicidpreventiva arbetet ser ut inom socialtjänsten med inriktning på vuxen/missbruk och försörjningsstöd. Anledningen till att vi intresserar oss just för denna målgrupp är att det finns forskning som visar på en korrelation mellan missbruk, socioekonomisk utsatthet och självmord. Vi har också den nollvision som funnits sedan 2008 i åtanke.

Vår förhoppning med denna studie är att genom en kartläggning av det suicidpreventiva arbetet komma fram till ett resultat som kan vara till nytta i socialsekreterares arbete.

Vi söker därför socialsekreterare som jobbar inom det här området till vår enkät. Era svar kommer att behandlas konfidentiellt och enbart redovisas som en tabellöversikt i vår uppsats. Enkäten skickas ut i mitten av april och det kommer endast ta cirka 5 minuter att svara.

Vi hoppas att ni har möjlighet att delta i vår studie. Er medverkan skulle vara väldigt betydelsefull för oss.

Med vänliga hälsningar

Elin Stensiö & Larsa Kohrs

Vid frågor kan ni kontakta oss antingen via mejl, eller på telefon:

Elin Stensiö: elin.stensio@esbhstudent.se, 07-xxxxxxx

Larsa Kohrs: lars-erik.kohrs@esbhstudent.se, 07-xxxxxxx

Bilaga 2

Enkät

Undersökning om självmord

- Undersökningen handlar dels om mötet med självmordsnära klienter dels om hur det självmordsförebyggande arbetet ser ut inom socialtjänsten.
- Med självmordsnära menar vi personer som uttrycker tankar om självmord eller att ta sitt liv.
- Frågorna under avsnittet förekomst kan upplevas upprepande men handlar om antal och mängd till skillnad från avsnittet innan.
- Frågorna under avsnitten utbildning, beredskap och framåt är påståenden om självmord vilka du som medverkar kan göra ett ställningstagande till.
- När du svarar på frågorna i enkäten ska du utgå från din roll som socialsekreterare inom socialtjänsten.
- Vi tackar dig som medverkar för att du tagit dig tid och hjälpt oss i vårt uppsatsarbete.

Bakgrundsinformation

Vilket kön tillhör du?

Kvinna
Man
Annat

Ålder?

Fritext

Vilket län arbetar du i?

Fritext

Vilken enhet eller motsvarande arbetar du inom?

Försörjningsstöd/Ekonomiskt bistånd

Vuxen/Beroende

Annan

Vilken typ av avdelning arbetar du inom?

Mottagning

Utredning

Handläggning utan klientkontakt

Annan

Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?

0 - 1 år

2 – 5 år

6 – 10 år

11 – 15 år

Mer än så

Hur länge har du arbetat inom socialtjänsten totalt?

0 – 1 år

2 – 5 år

6 – 10 år

11 – 15 år

Mer än så

I mötet med klienter

Har du på din nuvarande arbetsplats mött självmordsnära personer? Alltså klienter som uttrycker tankar om självmord eller önskan om att ta sitt liv.

Ja

Nej (skip logic)

Vad gjorde du då? Välj det svarsalternativ du tycker stämmer bäst in på situationen.

Rangordna efter vad du gjorde först.

Frågade om detta

Bytte samtalsämne

Bad om att få kontakta anhörig

Rådfrågade kollega/chef

Hänvisade till vårdinrättning, exempelvis psykiatri

Annat

Vilken ålder hade den senaste självmordsnära klienten du hade kontakt med? Försök uppskatta.

Under 18 år

19 – 30 år

31 – 40 år

41 – 50 år

51 – 60 år

61 – 70 år

71 år och över

Hur många av dina klienter som du uppfattat som självmordsnära har befunnit sig i ett pågående missbruk?

Inga

Någon

Ett par

Tre eller flera

Hur många av dina klienter som du uppfattat som självmordsnära har haft försörjningsstöd?

Inga

Någon

Ett par

Tre eller flera

I mötet med klienter

Har du i ditt nuvarande arbete erfarit personer som uttryckt tankar om självmord genom telefon/sms/brev/mejl?

Ja

Nej

Har du i ditt arbete mött personer som du misstänkt har självmordstankar? Alltså personer som inte uttryckligen nämnt tankar om självmord eller önskan om att ta sitt liv men som du ändå uppfattat som självmordsnära.

Ja

Nej

Har det hänt dig att en klient hotat med att ta livet av sig vid ett eventuellt avslag av biståndsbeslut?

Ja

Nej

Förekomst

Vid hur många tillfällen det senaste året har du stött på självmordsnära klienter i ditt arbete?

Försök uppskatta.

Inga

En

Två

Tre

Fyra

Fem eller fler

Hur många gånger under det senaste året har det hänt dig att en klient hotat med att ta livet av sig vid ett eventuellt avslag av biståndsbeslut?

Inga

En

Två

Tre

Fyra

Fem eller fler

Hur många av dina klienter som du handhar för närvarande har en historik av självmordsförsök?

Inga

En

Två

Tre

Fyra

Fem eller fler

Handhar du för närvarande några klienter som du bedömer löper hög risk för självmord?

Nej, ingen

Ja, en

Ja, flera

Arbetsrutiner

Har ni arbetsrutiner på din arbetsplats gällande självmordsproblematik?

Ja
Nej
Vet ej

Diskuteras situationer med inslag av självmordsrisk på sin arbetsplats, på exempelvis APT:n, ärendedragningar eller dylikt?

Ja
Nej

Har du känt dig stärkt och mer trygg i vad du ska göra nästa gång en sådan situation uppstår, efter att ha tagit upp det med kollegor i de sammanhangen nämnt ovan?

Ja
Nej
Vet ej

Utbildning gällande självmordsprevention

Har du på din nuvarande arbetsplats genomgått en utbildning i självmordsprevention? Till exempel genom MIND eller Aktion Livräddning.

Ja, vid ett tillfälle
Ja, vid flera tillfällen
Nej (skip logic)
Nej, men min kollega har gått en utbildning och informerat oss andra i personalgruppen (skip logic)

Jag upplevde utbildningen relevant för mitt arbete och mina arbetsuppgifter.

Stämmer helt och hållet
Stämmer ganska bra
Stämmer ganska dåligt
Stämmer inte alls

Jag upplevde mig stärkt och mer trygg efter genomförd utbildning.

Stämmer helt och hållet
Stämmer ganska bra
Stämmer ganska dåligt
Stämmer inte alls

Beredskap i mötet med självmordsnära klienter

Jag vet vad som väntas av mig i arbetet med självmordsnära klienter.

Stämmer helt och hållet
Stämmer ganska bra
Stämmer ganska dåligt
Stämmer inte alls

Jag får klara och bra instruktioner beträffande handläggningen av självmordsnära klienter.

Stämmer helt och hållet
Stämmer ganska bra
Stämmer ganska dåligt
Stämmer inte alls

Jag saknar kunskap och information om vad som är viktigt i arbetet med självmordsnära klienter.

Stämmer helt och hållet
Stämmer ganska bra
Stämmer ganska dåligt
Stämmer inte alls

Jag känner mig trygg i mitt arbete med självmordsnära klienter.

Stämmer helt och hållet
Stämmer ganska bra
Stämmer ganska dåligt
Stämmer inte alls

Påståenden om självmord

Det är möjligt att förebygga självmord.

Stämmer helt och hållet
Stämmer ganska bra
Stämmer ganska dåligt
Stämmer inte alls

Det spelar ingen roll vad som görs för självmordsnära personer, de kommer ändå lyckas att ta sina liv för eller senare.

Stämmer helt och hållet
Stämmer ganska bra
Stämmer ganska dåligt
Stämmer inte alls

När en person väl bestämt sig för att begå självmord är det ingen ide att försöka förhindra det.

Stämmer helt och hållet

Stämmer ganska bra

Stämmer ganska dåligt

Stämmer inte alls

Självmodsnära personer är helt inställda på att dö.

Stämmer helt och hållet

Stämmer ganska bra

Stämmer ganska dåligt

Stämmer inte alls

Personer som försöker ta sitt liv är psykiskt sjuka.

Stämmer helt och hållet

Stämmer ganska bra

Stämmer ganska dåligt

Stämmer inte alls

Påstående om självmord fortsättning (ny sida)

Att tala om och fråga en klient om självmord riskerar att sätta igång tankar som leder till att personen tar sitt liv.

Stämmer helt och hållet

Stämmer ganska bra

Stämmer ganska dåligt

Stämmer inte alls

Självmod inträffar plötsligt utan förvarning.

Stämmer helt och hållet

Stämmer ganska bra

Stämmer ganska dåligt

Stämmer inte alls

Självmod förekommer oftare hos vissa grupper i samhället.

Stämmer helt och hållet

Stämmer ganska bra

Stämmer ganska dåligt

Stämmer inte alls

Personer som ofta pratar om självmord kommer inte att göra ett försök.

Stämmer helt och hållet

Stämmer ganska bra

Stämmer ganska dåligt

Stämmer inte alls

En klients rätt till självbestämmande ska i alla lägen respekteras.

Stämmer helt och hållet

Stämmer ganska bra

Stämmer ganska dåligt

Stämmer inte alls

Har du något övrigt att tillägga som du tycker att enkäten har missat att fånga upp?

(Fritext)