

# Suicidprevention genom händelseanalyser – en del av det sociala arbetet

Lotta Vahlne Westerhäll

Lotta Vahlne Westerhäll, professor emerita, Juridiska institutionen,  
Handelshögskolan, Göteborgs universitet.  
E-post: lotta.westerhall@law.gu.se

I artikeln undersöks om det finns ett tydligt krav på suicidprevention i den rättsliga kontext som rör socialtjänsten. Suicidprevention genom rapportering, dokumentation och utredning undersöks, då framför allt suicidprevention genom risk- och händelseanalyser. IVO:s skyldighet att informera om genomförda händelseanalyser av självmord diskuteras liksom förekomsten av myndighetsstöd. Rättsliga kontrollåtgärder avseende genomförande av suicidpreventiva åtgärder behandlas slutligen.

In the article an investigation is made if there is a clear demand of suicide prevention in social welfare law. Suicide prevention by reporting, documenting and investigating are carried out, above all through risk and accident analyses. The duty of the Health and Social Care Inspectorate, informing of implemented suicide accident analyses, is discussed. Moreover, authority support in the area is an issue considered. Legal control measures concerning the fulfillment of suicide actions are finally dealt with.

## Syfte och frågeställningar

Här nedan ska den rättsliga reglering undersökas som möjliggör analyser av suicider/suicidförsök inom det sociala arbetet.<sup>1</sup> Uttryckliga handlingsregler rörande genomförande av dylika analyser av suicider/suicidförsök saknas i den reglering som gäller på socialtjänstområdet till skillnad från vad som tidigare gällde inom det medicinska området. Men här ska ändå behandlas hur händelseanalyser vid suicid/suicidförsök kan möjliggöras i socialtjänsten och vilka aktörer i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen om vård och omsorg om vissa funktionshindra-

de (1993:387), LSS, som kan/bör göras händelseanalyser.

För att kunna åläggas en dylik ansvarighet krävs att lagen ifråga ger utrymme för att tre frågor – vad har hänt?, varför har det hänt? och vad ska göras för att det inte ska hända igen? – som måste ställas för att man ska kunna tala om en händelseanalys, verkligen kan ställas. Fråga nummer ett om vad som har hänt hänger samman med de nämnda lagarnas syfte att utreda missförhållanden avseende den enskilda människan. Det gäller också fråga nummer två om varför det hände, dvs. suiciden/suicidförsöket relaterat till den enskilda individens

1 Under 2015 dog 1179 personer av suicid (säkra) i Sverige. Av dessa var 848 män och 331 kvinnor. Läger man till osäkra suicid, uppgår antalet till 1554 personer.

personliga och sociala situation kopplat till lagstiftningen. Lagstiftaren har också i dessa lagar skapat möjligheter, ja i vissa fall skyldigheter, att genomföra händelseanalyser, som ska behandla den tredje preventiva frågan, nämligen vad man kan göra för att förhindra att det händer igen.

Följande frågor blir aktuella: När föreligger rapporteringsskyldighet rörande suicid/suicidförsök för anställda inom socialtjänsten och hur kan den säkerställas? I vad mån föreligger anmälningskyldighet avseende suicid/suicidförsök mellan socialtjänstens myndigheter och organ? Hur ser de rättsliga möjligheterna ut för att genomföra händelseanalyser och ett effektivt suicidpreventivt arbete inom socialtjänsten? Finns informationskyldighet för socialtjänsten om vad genomförandet av händelseanalyser resulterat i, förutom till den det berör eller närstående till denna/denne, till verksamma vid myndigheten och till andra myndigheter?

En annan central fråga är hur man ska kunna fylla det kunskapsbehov som finns i verksamheterna. Betydelsen av Socialstyrelsens tidigare sammanställda oidentifierade rapporter om anmälda självmord enligt Lex Maria har haft stor informativ betydelse.<sup>2</sup> Sammanställningarna har syftat till att ge vårdgivarna en möjlighet att utifrån sin egen verksamhet jämföra och granska, vilka åtgärder de kan behöva vidta för att öka patientsäkerheten. Att redovisa resultaten från händelseanalyser vid självmord är ett viktigt inslag i en lärande organisa-

tion. Detta har många gånger påtalats inom hälso- och sjukvården. Vad gäller om detta inom socialtjänsten?

### Metod

Den metod som här används utgörs av vad som i rättsliga sammanhang brukar kallas för ”traditionell” juridisk metod. Denna innebär användande av rättskällor såsom lagtext, förarbeten till lagtext, tillämpning av lagtext (praxis) samt doktrin, dvs vetenskapliga analyser av lagtext, förarbeten och tillämpning. Även bindande myndighetsföreskrifter ingår i det material som ligger till grund för att genomföra en kvalitativ innehållsanalys av frågan om rättsliga aspekter på händelseanalyser. Också andra kunskapskällor, som inte är rättsligt bindande såsom allmänna råd, handböcker och kunskapsstöd, kommer att användas i analyserna. Den regelorienterade ansatsen, där syftet är att beskriva vad som ”gäller” idag (de lege lata= ”den givna lagen”), utvidgas här till att också omfatta en normativ problemorienterad dylik i syfte att fastställa vad som rättsligt behöver göras på området (de lege ferenda= ”den lag som bör göras”) utifrån ideologikritiska utgångspunkter.

### Suicidprevention genom rapportering

I lagstiftningen tydliggörs att personalen ska rapportera missförhållanden eller risker för missförhållanden som rör någon som kan komma i fråga för en insats. Men missförhållanden

2 Se Socialstyrelsen, Art.nr 2010-4-5, Art.nr 2011-6-29, Art.nr 2012-3-14, Art.nr 2012-4-19 och Art.nr 2012-6-44.

förekommer inte bara när det gäller människor som får olika insatser inom socialtjänsten. Även i uppsökande verksamhet eller under handläggning av ett ärende kan missförhållanden eller risker för missförhållanden uppstå. Uttryckssättet ”komma i fråga för en insats” avser att markera att rapporteringsskyldigheten inträder på ett tidigt stadium, redan under prövningen av om någon är berättigad till en insats som kan falla inom socialtjänstens ansvarsområde. Rapporteringsskyldigheten kommer därigenom att ligga i linje med kommunens yttersta ansvar enligt SoL 2 kap. 1 §. Rapporteringsskyldigheten aktualiseras vid samma tidpunkt som utredningsskyldigheten enligt SoL 11 kap. 1 §. I likhet med SoL inträder rapporteringsskyldigheten enligt LSS redan när utredningsskyldigheten enligt LSS aktualiseras.<sup>3</sup>

Enligt regeringens mening ska skyldigheten att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden betraktas som ett led i kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling i verksamheten. Rapporteringsskyldigheten ska därför inte vara beroende av den enskildes uppfattning. Arbetet med kvalitetssäkring omfattar verksamheten som sådan och berör därmed även andra personer som ges insatser inom socialtjänsten och LSS. Regeringen understryker dock att skyldigheten ska fullgöras på ett sådant sätt att respekten för den en-

skildes integritet upprätthålls.<sup>4</sup>

Vem tar emot rapporteringen? Rapporteringsskyldigheten fullgörs inom socialtjänsten till berörd socialnämnd och i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet till den som bedriver verksamheten.<sup>5</sup> Rapporteringsskyldigheten i verksamhet enligt LSS fullgörs i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet till den som bedriver verksamheten, i övrigt till berörda nämnder som avses i LSS 22 §.<sup>6</sup> Med berörd nämnd avses den nämnd som bedriver verksamheten.<sup>7</sup> De som enligt lag ska ta emot rapporter om missförhållanden eller risker för missförhållanden kan själva välja att ta emot dem eller utse andra mottagare av rapporter. Det behöver alltid finnas någon som kan ta emot rapporter vid de tidpunkter som en verksamhet pågår.

### **Suicidprevention genom utredning och dokumentation**

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (en suicid/ett suicidförsök) ska dokumenteras och utredas utan dröjsmål.<sup>8</sup> Med missförhållanden som ska rapporteras avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.<sup>9</sup> Med påtaglig risk för ett

3 Prop. 2009/10:131 s. 38–39.

4 Prop. 2009/10:131 s. 37.

5 SoL 14 kap. 3 § andra stycket 1 och 3.

6 LSS 24 b § andra stycket.

7 SOSFS 2011:5, 2 kap. 4 §.

8 LSS 14 kap. 6 § SoL och 24 e §.

missförhållande avses, att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.<sup>10</sup> För yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter finns en bestämmelse som anger, att ett missförhållande ska utredas av den som bedriver verksamheten.<sup>11</sup> Dokumentation av utredningen ska göras fortlöpande.<sup>12</sup>

Dokumentationen av utredningen kan ha formen av en händelseanalys (se ett följande avsnitt). Den ska utvisa vad det rapporterade missförhållandet eller risken för ett sådant har bestått i och vilka konsekvenser det har fått eller kunde ha fått för den enskilde, när den muntliga eller skriftliga rapporten har tagits emot, när och hur missförhållandet eller risken för ett missförhållande har uppmärksamats, när missförhållandet har inträffat, de orsaker till missförhållandet eller risken för ett missförhållande som har identifierats, om något liknande har inträffat i verksamheten tidigare och i så fall varför det har inträffat igen, och bedömningen av om något liknande skulle kunna inträffa igen.<sup>13</sup> Av dokumentationen ska framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att undanröja eller avhjälpa missförhållandet eller risken för ett missförhållande samt tidpunkt för dessa, vad som i övrigt har framkommit under utredningen, och vilket beslut eller ställningstagande som utredningen har avslutats med.<sup>14</sup>

För varje uppgift som dokumenteras under utredningen ska det framgå, vilket datum uppgiften dokumenterades, varifrån uppgiften kommer, vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar, och vem (namn och befattning eller titel) som har dokumenterat uppgiften.<sup>15</sup> De åtgärder som har vidtagits eller planeras i verksamheten för att förhindra att liknande missförhållanden eller risker för missförhållanden uppkommer igen ska dokumenteras.<sup>16</sup>

### Lex Sarah

De bestämmelser i SoL och i LSS, som reglerar skyldigheter för anställda och verksamhetsutövare, när det gäller missförhållanden och risker för missförhållanden i verksamheten, brukar man benämna Lex Sarah. Lex Sarah utgörs förutom av bestämmelserna i SoL och LSS också av bestämmelser i SOSFS 2011:5, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah. Dessa regler är detaljerade och utförliga och har delvis samma struktur som SOSFS 2005:28, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälnings- skyldighet enligt Lex Maria, hade, där nu HSLFS 2017:40, Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete, gäller. I Lex Sarah-reglerna finns dock inga specifika regler om självmord som fanns i SOSFS 2005:28. Enligt uppgift från IVO sak-

9 SOSFS 2011:5, 2 kap. 3 § första stycket.

10 SOSFS 2011:5, 2 kap. 3 § andra stycket.

11 LSS 7 kap. 6 § SoL och 23 e §.

12 SOSFS 2011:5, 5 kap. 1 §.

13 SOSFS 2011:5, 5 kap. 2 §.

14 SOSFS 2011:5 5 kap. 3 §.

15 SOSFS 2011:5 5 kap. 4 §.

16 SOSFS 2011:5 5 kap. 5 §.

nas helt Lex Sarah-beslut rörande suicider, som varit föremål för myndighetens granskning. Detta är ägnat att förvåna. Visserligen sker de flesta suicider bland dem som haft kontakt med hälso- och sjukvården viss tid före suiciden, men åtminstone några Lex Sarah-ärenden borde ha förelegat för socialtjänsten, med tanke på vilka tillämpningsområden som SoL och LSS har. Av Lex Maria-ärendena framgår att det är vanligt att de berör både hälso- och sjukvården och socialtjänsten/socialomsorgen. Men liksom det finns fall som enbart berör hälso- och sjukvården, borde det finnas suicidfall som enbart berör SoL och LSS. Det förefaller som att varken socialnämnderna eller IVO "läser in" suicider/suicidförsök i missförhållanden/svåra missförhållanden. Kan det manne bero på att rekvisitet självmord inte uttryckligen har varit/är angivet i myndighetsregleringen såsom varit fallet på hälso- och sjukvårdsområdet?

### **Suicidprevention genom kvalitets- och händelseanalysarbete**

#### *Systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete*

Av bestämmelserna i SoL 14 kap. 2 § och LSS 24 a § framgår att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbete som enligt SoL 3 kap. 3 § och LSS 6 § ska be-

drivas. Syftet med Lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.<sup>17</sup> Syftet är vidare att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och att därigenom skydda den enskilde från missförhållanden.<sup>18</sup> En avgörande förutsättning för att uppnå önskvärt resultat är att bestämmelserna om Lex Sarah på ett tydligare sätt fogas in i och utvecklas till att bli en reguljär del av det systematiska kvalitetsarbete som kommuner och yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter ska bedriva inom socialtjänsten.<sup>19</sup>

Enligt regeringens bedömning ska kvalitets- och säkerhetsarbetet inom socialtjänsten i ökad utsträckning ha ett systemperspektiv. En god balans bör eftersträvas mellan ett individperspektiv, dvs. vem som gjorde fel, och ett systemperspektiv, dvs. vad som har brustit i organisationen m.m. För detta krävs bl.a. att större tonvikt läggs vid förebyggande åtgärder och riskanalys så att fel, brister och missförhållanden – och i synnerhet allvarliga missförhållanden – på ett tidigt stadium kan upptäckas och därmed i möjligast mån undvikas.<sup>20</sup>

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) finns regler om arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla

17 Prop. 2009/10:131, Lex Sarah och socialtjänsten, s. 32.

18 Prop. 2009/10:131, s. 25.

19 Prop. 2009/10:131, s. 21.

20 Prop. 2009/10:131 s. 21.

och säkra kvaliteten i socialtjänst- och omsorgsverksamheten. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Detta ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

### *Risکانالysarbete*

Som underlag för handhavandet av risk- och händelseanalysarbete tjänar flera modeller hämtade från den offentliga sektorn. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har gett ut en *Handbok om Risk- och händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten* (2015). En riskanalys går som regel ut på att besvara tre frågor, nämligen Vad kan hända?, Hur sannolikt är det? och Vilka blir konsekvenserna?<sup>21</sup> Arbetet med riskanalyser ska anpassas till den aktuella organisationens behov och förutsättningar och genomföras på ett sådant sätt att det engagerar verksamheter från olika delar av organisationen.<sup>22</sup> I grund och botten handlar de flesta riskanalysmetoder om att på ett systematiskt sätt utgå ifrån en beskrivning av systemet. Beskrivningar av system görs ofta med hjälp av två typer av modeller: strukturella modeller och funktionella modeller.<sup>23</sup> De strukturella modellerna beskriver en struktur, exempelvis en myndighets

olika organisatoriska delar. De funktionella modellerna fokuserar mer på vissa funktioner, exempelvis en myndighets samhällsviktiga verksamhet. De olika modellerna kan användas var för sig eller tillsammans, beroende på vad som är lämpligt för den egna organisationen.<sup>24</sup> Målet är att etablera och underhålla en säkerhetskultur i organisationen, samt att den får med sig i arbetet alla parter som berörs av områdesansvaret. Det är viktigt att ha en processledare, vars uppdrag är att arbeta över förvaltnings- eller verksamhetsgränserna, samt att erforderlig tid avsätts för processen. Redan tidigt i arbetet är det värdefullt att säkerställa att resultaten kan tas om hand på ett bra sätt, t.ex. genom att arbetet redan från början är förankrat och organiserat på ett ändamålsenligt sätt. Behov härav bedöms i en riskanalys.

### *Händelseanalysarbete*

Till skillnad från en riskanalys rör som framkommit ovan en händelseanalys förfluten tid: Vad har hänt? Varför har det hänt? och Hur kan man förhindra att det händer igen?<sup>25</sup> Händelseanalysen är ett stödverktyg i verksamhetens systematiska kvalitets- och förbättringsarbete och därför av största vikt i det suicidpreventiva arbetet. Som framkommit ovan bygger en händel-

21. Se även SKL:s Modell för risk- och händelseanalys. Systematiskt förbättringsarbete inom individ- och familjeomsorgen (2011).

22. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap: Vägledning för risk- och sårbarhetsanalyser (2011), MSB 245.

23. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2011), 50 f.

24. Folkhälsomyndigheten & Socialstyrelsen (2016), "Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser. Ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet".

25. SKL:s Modell för risk- och händelseanalys (2011).



seanalys på ett systemtänkande som i korthet innebär en insikt om att brister i verksamheten eller i systemet kan bidra till en skada eller risk. I en modern systemsyn betraktas varje enskild individ som en del i en större helhet.<sup>26</sup>

I ett systemtänkande ligger tonvikten på det ömsesidiga beroendet mellan individ och omvärld. En händelseanalys ger information om omständigheterna kring det inträffade och en möjlighet att identifiera eventuella brister som kan ha bidragit till detta. Utifrån den sammantagna kunskap analysen ger, kan verksamheten vidta åtgärder för att motverka och förhindra fler negativa händelser.

I ovannämnda Handbok redogörs för de roller och det ansvar som olika personer tilldelas vid genomförandet av risk- och händelseanalyser.<sup>27</sup> Den som tilldelas rollen som ”uppdragsgivare” ska initiera händelseanalysen och efter utförd analys besluta om åtgärder samt utvärdera och följa upp åtgärder. Den som har rollen som uppdragsgivare kan vara en socialchef, verksamhetschef, enhetschef eller någon annan med motsvarande befogenheter. Uppdragsgivaren ska ha befogenheter och ansvar att genomföra åtgärder inom det område som analysen gäller.

Som uppdragsgivare för att initiera en händelseanalys ska hänsyn tas till hur allvarlig händelsen är, sannolikheten för att händelsen kan komma att upprepas och huruvida en händel-

seanalys ska utföras. Detta är inte helt lätta frågor och handboken söker vägledning genom att anföra exempel på allvarlighetsgrad (konsekvenser för patienten). Som beslutsunderlag för händelseanalyser används allvarlighetsgrad men också sannolikhet för upprepning (preventionsaspekten). Är allvarlighetsgraden katastrofal och risken för upprepning mycket stor, ska självfallet en händelseanalys göras. Detta är fallet vid suicid/suicidförsök.<sup>28</sup>

### Suicidprevention genom lärande

För att händelseanalyser vid självmord ska få avsedd självmordspreventiv effekt i framtiden, är det av vikt att tillskapa en möjlighet att dels *sammanställa uppgifter* från socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens händelseanalyser, dels att *inhämta uppgifter* från andra samhällsaktörer som haft kontakt med antingen den person som tagit sitt liv eller med hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten angående personen. Genom tillskapandet av denna möjlighet kan en *analys av systemfel* bestående i brister i samverkan mellan samhällets aktörer uppnås.<sup>29</sup> Uppdragsgivaren för genomförandet av en händelseanalys ansvarar således för att sprida resultatet, så att det kan användas i lärande syfte. Resultatet kan till exempel publiceras på intranät, spridas i olika nätverk och presenteras på arbetsplatsträffar. Slutrapporten är i första hand till för

26 SOU 2010:4, Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården.

27 S. 13.

28 SKL:s Handbok (2015), s. 22.

29 Någon möjlighet att på detta sätt hämta in uppgifter och sammanställa dem finns inte i full utsträckning i dag på grund av gällande sekretessregler, avsaknaden av tillräckliga bestämmelser om uppgiftsskyldighet och begränsade möjligheter att behandla de personuppgifter som kan aktualiseras.

enhetens förbättringsarbete. Medarbetarna ska alltså använda den som underlag för det fortsatta arbetet med att genomföra åtgärder. Slutrapporten blir en allmän handling, när den upprättas inom offentlig verksamhet. Om den analyserade händelsen är Lex Sarah- eller Lex Maria-anmäld (inom kommunal hälso- och sjukvård), ska slutrapporten också skickas till IVO. Rapportens syfte är att förbättra patientsäkerheten, inte dokumentera patientens vård och behandling. Därför ska slutrapporten vara avidentifierad. Hur detta förhåller sig till ansvarsfrågorna återkommes nedan.

I ovan nämnda Handbok framhålls att händelseanalysen bör publiceras i det ”Nationella it-stödet för händelseanalyser”, *Nitha*. Nitha stödjer arbetet med händelseanalyser och gör analysresultat tillgängligt för nationellt lärande. Nitha ger ansvariga i hälso- och sjukvården en samlad översikt av händelseanalysernas resultat, så att man kan lära och dra slutsatser och därmed öka patientsäkerheten. Nitha underlättar också för alla som använder it-stödet att identifiera systemberoende orsaker till negativa händelser genom en standardiserad och kvalitetssäkrad arbetsmetod. Nitha består av en operativ del och en öppen sökbar kunskapsbank. Med hjälp av Nitha kan alla vårdgivare som är anslutna till kommunikationsnätet Sjunet genomföra händelseanalyser på ett standardiserat sätt och med en gemensam terminologi. Det finns dock

ingen analys som anmälts enligt Lex Sarah i Nithas kunskapsbank.<sup>30</sup>

### Suicidprevention genom myndighetsstöd

Ovan har framhållits den relativa ”tystnad” som gäller om suicider/suicidförsök som en uppgift för socialnämnden. Det framkommer dock försök att lyfta suicidfrågan på kommunnivå. Nedan ska ges ett exempl härpå. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har inom ramen för ett regeringsuppdrag (Samordnad nationell kunskapsstyrning inom psykisk ohälsa) producerat ett kunskapsstöd riktat till kommuner för arbetet med att följa upp självmord bland barn och unga genom händelseanalyser.<sup>31</sup> Myndigheterna hade intervjuat kommuner om deras erfarenhet av att genomföra händelseanalyser. När ett självmord utreds beror det ofta på att det har skett i anslutning till hälso- och sjukvården, där en skyldighet har förelagat att göra en utredning om detta. Men i kunskapsstödet påpekades att långt ifrån alla barn och unga har haft kontakt med psykiatrin före självmordet och att därför risk föreligger att de blir outredda. I kommunerna finns en stor potential för att genomföra kvalitativt bra händelseanalyser, därför att dessa kommer i kontakt med människor i skiftande situationer, då också suicidnära människor. Denna unika position bör tas tillvara i det suicidpreventiva arbetet. I kunskapsstödet arbetas med exempel. Det påpekades att händelseanalyser får störst genomslag

30 Se Nitha Årsrapport 2016, s. 11, figur 10.

31 Se ovan nämnda rapport från Folkhälsomyndigheten & Socialstyrelsen, Kunskapsrapport (2016), ”Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser. Ett stödmaterial för kommuner i det förebyggande arbetet”.



om arbetssättet förankras politiskt och om kommunledningen avsätter tid och resurser för arbetet. Att ha rutiner för hur självmord ska hanteras, liksom för hur händelseanalyser ska genomföras, underlättar i den akuta situationen. Sådana rutiner kan skrivas in i kommunens handlingsplaner eller i skolans eller socialtjänstens krisplaner. Det kan även underlätta att på förhand formulera en lista med kontaktuppgifter till personer i relevanta positioner.<sup>32</sup> Den tidigare nämnda uppdragsgivaren kan utse andra personer som kan bidra till arbetet, och tillsammans bildar de ett analysteam.<sup>33</sup> Uppdragsgivaren ansvarar också för att sprida resultatet av analysen inom verksamheten.<sup>34</sup>

### Suicidprevention genom kontrollåtgärder

I SoL 16 kap. 3 § står angivet i vilka situationer överklagande till allmän förvaltningsdomstol får göras. Där framkommer att missförhållandesituationer inte är överklagbara till domstol för den enskilde. Men kan den enskilde eller dennes närstående inte vidta några åtgärder, då en missförhållandesituation (suicid/suicidförsök) är för handen? Finns inga kontroll- och ansvarsregler som fungerar som rätts-säkerhetsgarantier för den enskilde i de fall missförhållanden befaras vara för handen?

#### *Anmälan och klagomål till IVO*

Om den enskilde inte får gehör för

sina synpunkter eller om hon/han tycker att det finns allvarliga brister i en socialtjänstverksamhet exv. röran-de suicidprevention, kan vederbörande vända sig till IVO i egenskap av nationell tillsynsmyndighet för all vård och omsorg i Sverige. När IVO har tagit emot en *anmälan*, tar man ställning till om ett tillsynsärende skall öppnas. Vid tillsyn kan man begära in handlingar som klargör vad som har hänt. IVO kan också inspektera verksamheten, såväl förannmält som oanmält. Vem som helst kan anmäla klagomål till IVO:s tillsynsregioner, oavsett om vederbörande själv har drabbats av missförhållanden, om man är anhörig eller om man känner till brister i en verksamhet. I ett tillsynsärende kan IVO endast påtala felaktigheter i utredningen, inte kräva några rättelser.

När det gäller socialtjänstens ansvar för människor i en suicid- eller suicid-närhetssituation borde dessa situationer återspeglas i IVO:s tillsyn. Men som ovan framkommit verkar det inte finnas många Lex Sarah-beslut rörande suicider/suicidförsök. Enligt uppgift från IVO tog myndigheten 2015 beslut i 683 ärenden gällande fullbordade suicid i Sverige, men dessa var samtliga anmälda enligt Lex Maria. Dessutom tog IVO Lex Maria-beslut i 39 ärenden gällande misstänkta suicid. Vid förfrågan hos IVO Region Syd om Lex Sarah-anmälningar och klagomål i samband med suicider/suicidförsök under 2014-01-01 – 2017-06-30 erhöles endast två ärenden.<sup>35</sup>

32 Folkhälsomyndigheten & Socialstyrelsen, Kunskapsrapport (2016), s. 8.

33 Se SKL:s Handbok för risk- och händelseanalys (2015).

34 Folkhälsomyndigheten & Socialstyrelsen, Kunskapsrapport (2016), s. 10.

35 Dnr 14779/2014 och 10977/2016.

Det förefaller som om suicid- och suicidnärlighetssituationerna inte är socialtjänstens "bord". Visserligen finns ett flertal rubriker i massmedia, som rör människor som begått självmord<sup>36</sup> och där socialnämnden fått kritik utan att det utvecklats till Lex Sarah-ärenden hos IVO. IVO har "upptäckt" ärendena vid inspektioner, fått anmälan om klagomål eller handlagt dem som ett initiativärenden.

### Skadestånd och straff

Det förekommer också situationer, då ansvarsreglerna tagit sig uttryck i skadestånd och straff. Allmänna skadeståndsrättsliga regler tillämpas på det kommunala området. I skadeståndslagen (1972:207) 3 kap. finns regler om skadeståndsansvar för arbetsgivare och det allmänna. Enligt denna reglering är skadeståndsansvaret för kommun beroende av om den skadebringande handlingen skett vid myndighetsutövning eller i övrig verksamhet. Socialtjänstutredningar innefattar ofta myndighetsutövande verksamhet. Kommunens skadeståndsansvar innebär att kommunen ska ersätta personskada, sakskada eller ren förmögenhetsskada, som vållas genom fel eller försummelse vid myndighetsutövning i verksamhet för vars fullgörande

kommunen svarar. Dessa regler skulle rent teoretiskt kunna aktualiseras i en suicidsituation. Personal inom socialtjänsten, som handlägger ärenden och fattar beslut enligt socialtjänstlagstiftningen, berörs också av ansvarsregler. En handläggare inom socialtjänsten som "vid myndighetsutövning genom handling eller underlåtenhet åsidosätter vad som gäller för uppgiften, ska dömas till tjänstefel" (Brottsbalken 20 kap 1 §). Handläggare utför sina arbetsuppgifter på grundval av delegeringar av socialnämnden baserade på delegeringsbestämmelser i kommunallagen (1991:900) 33–38 §§. Det är dock sällsynt att anställda inom socialtjänsten döms för tjänstefel.<sup>37</sup>

### Avslutning

Det finns inga bindande rättsliga regler om att händelseanalyser specifikt och obligatoriskt ska göras vid självmord/självmordsförsök kopplade till socialtjänsten, som tidigare var fallet inom hälso- och sjukvården, även om det finns ett antal regler som kan användas för att göra dylika analyser, om mer uppmärksamhet riktades mot möjligheten. Om möjligheten för socialtjänsten att göra händelseanalyser vid självmord/självmordsförsök skulle påtalas, kunde en ökning av antalet

36 "Socialtjänst får kritik efter självmord. Trots att en person som skrivits ut från ett behandlingshem visade tydliga tecken på att må väldigt dåligt, gjorde inte socialtjänsten i Å. någonting. Personen tog sitt liv". Publicerat 2015-07-24 i Dagens Nyheter. "Socialen saknade rutin – barn begick självmord. Ett barn som var omhändertaget av socialtjänsten uttryckte självmordstankar. Socialen larmade aldrig barn- och ungdomspsykiatri och barnet begick självmord". Publicerat 2015-04-16 i Östgötakorren.

37 En fråga som ofta diskuteras inom psykiatri är när läkare behöver medverka i behandlingen. Bristen på läkare inom barnpsykiatri är stor och många patienter får inte träffa någon läkare trots att de skulle behöva det. I Högsta förvaltningsdomstolens dom 2011-03-24 mål nr 4939-10 slapp två kuratorer påföljder när deras patient, en ung flicka, tog livet av sig. Kuratorerna hade konsulterat ansvarig barnpsykiatriker, som bedömt att han inte behövde träffa flickan. Enligt domstolen kunde inte kuratorerna lastas för den bedömningen.

fall som blir föremål för analys åstadkommas. En sådan utvidgning medför, att kunskapen om hur man kan förebygga självmord ökar. Socialtjänsten tar i enskilda ärenden många gånger initiativ till kontakter med andra samhällsaktörer. Som regel görs detta med klientens samtycke, alternativt inhämtas information från samhällsaktörer, som har uppgiftsskyldighet, eller så tar andra samhällsaktörer kontakt med socialtjänsten med klientens samtycke, på grund av att de har en anmälningsskyldighet. Socialtjänstens akter innehåller därför ofta uppgifter om en persons kontakter med skola, kriminalvård, hälso- och sjukvård och också om socialtjänstens kontakter med dessa aktörer. Härigenom har socialtjänsten möjligheter att utreda och analysera den egna verksamheten och hur den egna verksamhetens samverkan med andra aktörer fungerat.

Precis som uttryckligt rättsligt stöd numera saknas inom hälso- och sjukvården att obligatoriskt genomföra händelseanalyser vid suicid/suicidförsök, sedan SOSFS 2005:28 upphört att gälla, är förhållandet detsamma inom socialtjänsten. Men möjligheten för socialnämnder att göra händelseanalyser finns inom ramen för dessas skyldighet att göra sig förtrogna med människors levnadssituationer och nämndernas aktiva utredningsskyldighet. Möjligheterna har förstärkts genom lagstadgade rapporteringsskyldigheter från enskilda och från myndigheter, särskilt när det gäller barn som far illa, och genom socialnäm-

ndernas egna möjligheter att skaffa sig information från andra myndigheter och organ. För att socialnämnderna ska kopplas in, måste något/några organ/verksamma ta initiativet och informera om det inträffade eller om risken för att ett självmord kan inträffa. Idag torde inte ett tillräckligt bra informations- och upplysningssystem, som fångar upp dylika händelser, finnas, av den anledningen att företeelser som självmord/självordsförsök inom socialtjänstens område inte uttryckligen synliggjorts i lagtext, förarbeten, rättstillämpning eller myndighetsnormering. Även om erforderliga rättsregler för vidtagande av händelseanalyser i och för sig finns och har funnits länge, har inget ”hänt”. Om man eftersträvar att händelseanalyser av självmord/självordsförsök inom socialtjänstens verksamhetsområde ska öka i omfattning, torde det inte ”räcka” med ett synliggörande genom rekommendationer i myndighetsnormering. Det torde krävas lagstiftning.<sup>38</sup> För att uppnå optimal enhetlighet kan krävas att lagtexten kompletteras med regerings- eller myndighetsföreskrifter.

38 Se Juridiska aspekter av breda händelseanalyser vid självmord/självordsförsök, Forskningsrapport, Folkhälsomyndigheten, 2017, s. 95 ff.