Yttrande över remiss Strategi för suicidprevention

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har av Rotel II getts möjlighet att avge yttrande över hälso- och sjukvårdsnämndens förslag till Strategi för suicidprevention.

Ärendet

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i ett förslag till Strategi för suicidprevention, HSN 2019-1376, tagit fram en strategi som är utformad på en övergripande nivå i syfte att man inom ramen för ordinarie verksamhet tar fram handlingsplaner utifrån strategin.

Förvaltningens motivering och yttrande

Strategin är utformad på en övergripande nivå i syfte att man inom ramen för ordinarie verksamhet tar fram handlingsplaner utifrån strategin. Däremot betonas insatser riktade mot unga personer i två av de tre formulerade målsättningarna. Det ser SLSO som ytterst viktigt, men det kräver också representation av personer med specifik barn- och ungdomskompetens såväl i författargruppen som i de olika samarbeten som beskrivs i strategin.
Alla kliniska verksamheter inom SLSO är i hög grad involverade i preventiva insatser på olika nivåer. Medarbetarperspektivet är också av stor betydelse för en arbetsgivare som SLSO. Både utifrån att antalet anställda är högt och många som omfattas, men också på grund av den ökade belastning för all personal som orsakats av den rådande Covid-19-pandemin.

Förvaltningens kommentarer:

1.1 Varför suicidprevention är viktigt
Femte stycket tar upp drabbande livshändelser som orsak till suicid. Föreslår att man redan här exemplifierar med arbetslöshet, bostadslöshet, våld i hemmet som kan vara konsekvenser av Covid-19-pandemin. För suicidala barn är omsorgssvikt hos föräldrar/vårdnadshavare en viktig riskfaktor. Fördjupad information finns i Bilaga 1

4.3.2 Samverkan för simultana insatser
Den multikomponentstrategi som beskrivs som utgångspunkt i strategin ställer mycket höga krav på samverkan, framför allt samordning av samverkan samt möjligheter till ömsesidigt erfarenhetsutbyte. Detta behöver hållas samman på något sätt. I inledningen till 5.4 beskrivs att implementeringen bygger på ett väl fungerande samarbete. Detta skulle dock behöva tydliggöras. Kommer det att finnas en särskild koordinator? Hur följs samordningsarbetet upp?

Samarbete mellan offentlig hälso- och sjukvård och privata vårdgivare kan behöva betonas, eventuellt som ett sätt att stärka vårdkedjorna.

4.3.3 Insatser utifrån regionala behov
”Suicidpreventiva insatser ska vara relevanta för Region Stockholm och utgå ifrån regionala behov uppvisade exempelvis i kartläggningsstudier via register, händelseanalyser, journalgranskningar, etc.” Föreslås att man infogar ”riskanalyser” till exempel ”……risk- och händelseanalyser…..”

4.3.5 Personen i centrum
Ett personcentrerat arbetssätt kan i många lägen vara helt avgörande. I texten nämns anhöriga/närstående/efterlevande men utifrån barnkonventionen behöver barn och unga lyftas fram särskilt, men även äldre inom exempelvis geriatrik. Det gäller både som patient/brukare och som närstående/efterlevande. Vid omhändertagande av såväl barn, ungdomar, som äldre gäller även att familjen tas emot och erbjuds kontakt. En personcentrerad suicidriskbedömning är avhängig såväl barnets individuella situation som föräldrarnas och familjens mående och omsorgsförmåga. De behandlingsmetoder för suicidala ungdomar som inkluderar familjearbete har starkare evidens.

4.4.1 Universell suicidprevention
Skolbaserade program genomförs av kommunen. Däremot är det av största vikt att skolor som uppmärksammar barn och ungdomar i risksituation har tydlig information om vart de kan hänvisa individer och deras föräldrar för en suicidriskbedömning och att första linjen eller barn- och ungdomspsykiatrin prioriterar och tar emot dessa patienter för bedömning.

4.4.2 Selektiv suicidprevention
I stycket om selektiv suicidprevention finns skäl att lyfta det transkulturella perspektivet. Det finns idag kunskap om att nyanlända i mindre utsträckning än andra söker vård för psykisk ohälsa vilket i sig leder till en förhöjd suicidrisk eftersom man på det viset riskerar att inte få tillgång till behandling.
Utbildning av och stöd till hälso- och sjukvårdspersonal ingår i selektiv prevention. Att som vårdpersonal drabbas av att en patient suiciderar är en av de svåraste händelser man kan vara med om under ett yrkesliv. Det är tillsammans med allvarliga våldsincidenter en bidragande faktor till att personer lämnar sitt arbete. Det förordas att såväl det akuta krisomhändertagandet som det långsiktiga stödet av personal erbjuds rutinmässigt. Vidare att stödet är kollegialt, från ledningen och vid behov via externa insatser. Angeläget att lägga till och förtydliga att ”retrospektiv genomgång” innebär en möjlighet för personalgruppen att lära från varje enskilt patientfall. För att detta ska kunna fungera som tänkt krävs att

krishantering och granskning ej står i fokus utan har tagits om hand vid andra tillfällen.
Hjälp- och stödlinjer är svårt att utvärdera men kan vara effektiva trots svag evidens. Angeläget undersöka om barn och ungdomar har behov av en anpassad hjälp- och stödlinje bemannad med personal med barn och ungdomskompetens.

4.4.3 Indikerad suicidprevention
Punkt 3 tar upp vårdkedjan. Barn och unga kan drabbas hårt av att det finns flera olika vårdnivåer. Elevhälsa – Ungdomsmottagning – Första linjen – BUP. Angeläget betona samverkan mellan de olika instanserna i synnerhet för att uppnå strategins definierade målsättningar, inte minst nu då första linjen kommer att förändras.

5.1 Nämnder och bolags konkretisering av strategin
I hälso- och sjukvård går ofta indikerad prevention och klinisk behandling hand i hand, något som blir tydligt i det arbete som pågår inom SLSO kring processkartor för olika psykiatriska sjukdomstillstånd och även suicidalitet/suicidförsök. Det är klokt att i strategin avgränsa mellan prevention och behandling, men i exempelvis handlingsplaner kommer ett bredare anslag att behöva göras för att bli ändamålsenligt för den enskilde medarbetaren.

5.3 Uppföljning
Det är bra att mätningar för måluppfyllelse ligger framåt i tiden eftersom förändringar i dessa ofta är mycket svårtolkade. Därför är det också bra att arbetsprocessen följs genom bokslutet.

5.4 Samordning och stöd
En generell kommentar är att flera viktiga samarbeten som berör barn och ungdomar samt äldre bygger på att det finns representation från yrkesverksamma med barn- och ungdomskompetens respektive äldrepsykiatri.
Stycket kring Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP:s) roll är allmänt skrivet vilket är relevant. Men det skadar ej att lyfta att den epidemiologiska utvecklingen ser olika ut i olika grupper av befolkningen. Viktigt att man inte enbart ser gruppen 15-24 år som en homogen grupp utan att man inhämtar detaljkunskap dels om barn 10-14 år som påverkas i högre grad av föräldrarnas situation, och dels om tonåringar 15-19 år och unga vuxna 20-24 år.

Avslutningsvis
Dessa kommentarer får betraktas som randanmärkningar till ett dokument som har förutsättningar att bli ett värdefullt tillskott i arbetet mot nollvisionen.

Förslag till beslut
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att avge yttrande över remiss Strategi för suicidprevention enligt ovanstående, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Anna Stenseth
Verksamhetsområdeschef Psykiatri

Region Stockholm

Diarienummer
HSN 2019-1376

Remiss
Strategi för suicidprevention

Dokumenttyp Strategi	Fastställd	Giltig till och med
Dokumentnummer 1820677	Fastställd av	Upprättad av Sara Wiklund Cardell
Informationssäkerhetsklass		

Innehåll

1 INLEDNING 4

1.1 VARFÖR SUICIDPREVENTION ÄR VIKTIGT 4

1.2 REGION STOCKHOLMS ROLL I DET SUICIDPREVENTIVA ARBETET 5

2 SYFTE 5

3 TILLÄMPNING 5

3.1 MÅLGRUPPER 5

3.2 AVGRÄNSNINGAR 5

4 STRATEGIER OCH ÖNSKADE RESULTAT 6

4.1 VISION FÖR DET SUICIDPREVENTIVA ARBETET 6

4.2 ÖVERGRIPANDE MÅLSÄTTNINGAR 7

4.3 STRATEGIER FÖR DET SUICIDPREVENTIVA ARBETET 8

4.3.1 Bred preventiv ansats 8

4.3.2 Samverkan för simultana insatser 8

4.3.3 Insatser utifrån regionala behov 9

4.3.4 Vetenskaplig grund 9

4.3.5 Personen i centrum 10

4.4 KUNSKAPSBASERADE SUICIDPREVENTIVA INSATSER 10

4.4.1 Universell suicidprevention 10

4.4.2 Selektiv suicidprevention 11

4.4.3 Indikerad suicidprevention 13

4.4.4 Insatser för medarbetare inom Region Stockholm 14

5 GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING 14

5.1 NÄMNDER OCH BOLAGS KONKRETISERING AV STRATEGIN14

5.2 GENOMFÖRANDE VIA ORDINARIE STRUKTURER.....15

5.3 UPPFÖLJNING 15

5.4 SAMORDNING OCH STÖD.....15

6 BILAGOR 16

BILAGA 1: SKYDDS- OCH RISKFAKTORER FÖR SUICIDHANDLINGAR16

BILAGA 2 DEFINITIONER OCH BEGREPP.....19

7 REFERENSER.....22

1 Inledning

1.1 Varför suicidprevention är viktigt

Suicid är ett folkhälsoproblem som förutom förlust av människoliv innebär ett omfattande lidande för den som tar sitt liv liksom för anhöriga och andra berörda (Folkhälsomyndigheten, 2019a). Suicid representerar inte bara en individuell tragedi utan är också en förlust för samhället (Socialdepartementet, 2008).

Varje år sker cirka 320 suicid i Stockholmsregionen (NASP 2019a). Vanligast är suicid bland män och i åldersgruppen 65 år och äldre. Den nationella statistiken visar att suiciden minskar i den totala befolkningen men att det finns en ökande suicidtrend bland unga personer. I Stockholmregionen finns en liknande trend, som dock är svårare att fastslå eftersom dataunderlaget är mindre.

Vad gäller suicid*försök* slutenvårdas cirka 1800 personer årligen i Stockholmsregionen (NASP 2019a). Suicidförsöken är vanligast bland kvinnor och i åldersgruppen 15 till 24 år (NASP 2019b). Av suicidförsök följer ofta negativa psykologiska och somatiska konsekvenser som kan vara bestående.

Suicidproblematik innebär inte enbart ett lidande för den suicidnära personen utan också för dennes familj och andra närstående. Att leva under hotet av suicid är mycket stressande och sorgen efter en närståendes suicid är oftast mer traumatisk än vid dödsfall av andra orsaker (Scocco m.fl. 2019; Larsson Omerov, 2014; Spillane m.fl, 2018). Sorgen kompliceras av de närståendes känsla av skam och skuld samt av tabun när det gäller suicid (NASP, 2002a; NASP 2002b; Spillane, 2018). Utöver närstående och anhöriga drabbas också personer som bevittnar suicid, exempelvis i trafiken och i hälso- och vården.

Suicidhandlingar är den yttersta konsekvensen av ett svårt lidande. Lidandet kan ha orsakats av att personen i fråga drabbats av exempelvis psykisk sjukdom, somatisk sjukdom, eller av svårt drabbande livshändelser[1].

Forskning visar att det är möjligt att förebygga suicidhandlingar. Såväl Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Folkhälsomyndigheten (FOHM) har i olika genomgångar av vetenskaplig litteratur visat att olika typer av insatser minskar utfall av suicid, suicidförsök och/eller suicidtankar (NASPc, 2019; FOHM, 2016; SBU, 2015b).

[1] Se även Bilaga 1 *Skydds- och riskfaktorer för suicidhandlingar*.

1.2 Region Stockholms roll i det suicidpreventiva arbetet

Bakom suicidhandlingar finns en komplex problematik och ett brett spektrum av riskfaktorer. Förebyggandet av suicid kräver därför en bred preventiv ansats (WHO, 2014; Socialdepartementet, 2008). Folkhälsomyndigheten framhåller att suicidförebyggande insatser på både individ- och befolkningsnivå behöver intensifieras på alla samhällsnivåer (Folkhälsomyndigheten, 2019b).

Region Stockholm har, med ansvarsområden inom hälso- och sjukvård, regional utveckling, kollektivtrafik och även som arbetsgivare, en ytterst viktig roll i suicidpreventionen. Ett brett suicidpreventivt arbete med bidrar till uppfyllelsen av Regionfullmäktiges inriktningsmål om hållbar utveckling, hållbar arbetsgivare, en hälso- och sjukvård av god kvalitet samt en attraktiv kollektivtrafik i ett hållbart transportsystem.

2 Syfte

Syftet med föreliggande strategi är att fastslå strategier och insatser för ett effektivt och kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete i Region Stockholm inom, såväl som utanför, hälso- och sjukvården.

Strategin är utformad på en övergripande nivå. Samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm ska tillämpa strategin inom ramen för ordinarie verksamhetsplanering. Särskilt berörda nämnder och bolag ska även ta fram specifika handlingsplaner, se 5.1 nedan.

3 Tillämpning

3.1 Målgrupper

Målgrupper för föreliggande dokument är primärt nämnder, bolag och förvaltningar inom Region Stockholm samt, av Region Stockholm finansierade, verksamheter inom vård och kollektivtrafik.

3.2 Avgränsningar

- Strategin avser suicidprevention specifikt och baseras på en sammanställning av vetenskapliga artiklar som undersökt studier med suicid och suicidförsök som utfallsmått (NASP 2019c).

- Strategin omfattar inte kliniska behandlingsmetoder, eftersom kunskapsstyrningsorganisationen inom hälso- och sjukvården ansvarar för riktlinjer kring det.

4 Strategier och önskade resultat

4.1 Vision för det suicidpreventiva arbetet

Visionen för det suicidpreventiva arbetet är att ingen människa ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord

Nationellt handlingsprogram för suicid (Socialdepartementet 2008).

En nollvision för suicid är beslutad av Stockholms läns landsting 2006 (SLL, 2006) och av Sveriges riksdag 2008 (Socialdepartementet, 2008).

Nollvisionen syftar till att samla olika krafter i samhället åt ett gemensamt håll. Syftet med visionen är därmed *inte* att lägga det hela ansvaret på någon av länkarna i kedjan, som hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolan eller familjen.

Nollvisionen kräver insatser från flera aktörer i samhället. Region Stockholm arbetar mot nollvisionen, men behöver ha målsättningar på vägen som sätts i paritet med vad som är rimligt att påverka genom implementering av kunskapsbaserade insatser inom regionens ansvarsområden.

Därutöver behöver verksamheter inom Region Stockholm stödja och samverka med lokala, regionala och nationella aktörer som utgör andra länkar i den kedja som utgör riskfaktorer och skyddande faktorer för suicidhandlingar.

4.2 Övergripande målsättningar

Övergripande målsättningar är att strategin ska bidra till följande:

Bolag och nämnder genomför kunskapsbaserade suicidpreventiva aktiviteter

- Bolag och nämnder inom Region Stockholm planerar och genomför suicidpreventiva aktiviteter utifrån sina uppdrag, inom ramen för ordinarie verksamhetsplanering och -uppföljning, i enlighet med de strategier och insatser som framhålls i föreliggande styrande dokument.

  Mäts genom: Ordinarie system för uppföljning av budget och bokslut, årligen.
  Målvärde: Samtliga bolag och nämner inom Region Stockholm återrapporterar genomförda aktiviteter inom suicidprevention, i linje med strategin, i sina bokslut (i avsnitt om folkhälsoarbete).

Antalet suicid minskar

- Förekomsten av suicid minskar i befolkningen i Stockholmsregionen.

  Mäts genom: Uppföljning av trenden för suicid över tid, med start 2025.
  Målvärde: En statistiskt säkerställd minskning av trenden för suicid under en period av minst åtta år bakåt i tiden[2].

Antalet suicidförsök minskar

- Förekomsten av suicidförsök minskar i befolkningen i Stockholmsregionen.

  Mäts genom: Uppföljning av trenden av suicidförsök över tid, med start 2025.
  Målvärde: En statistiskt säkerställd minskning av trenden för suicidförsök under en period av minst åtta år bakåt i tiden.

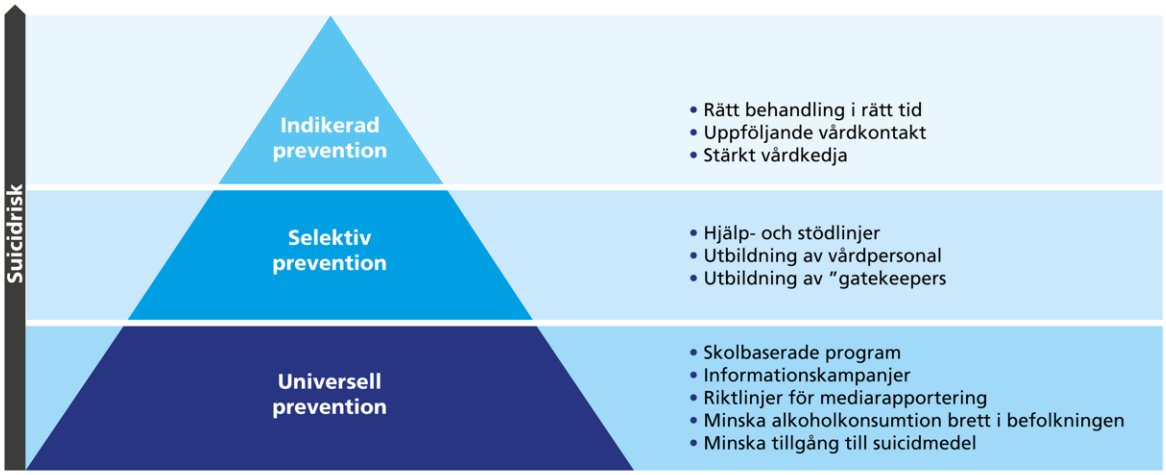
[2] Eftersom området suicid är komplext och antalet suicid varierar stort från år till år, är det inte lämpligt att använda suicidantal som specifika årliga målsättningar. Istället lämpar det sig följa trender över tid. Viktiga målsättningar för uppföljning är även de processmål som ska anges i bolags och nämnders verksamhetsplaner/handlingsplaner. Kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser kan förväntas bidra till att trenderna påverkas i positiv riktning.

4.3 Strategier för det suicidpreventiva arbetet

Nedanstående strategier ska ligga till grund för Region Stockholms suicidpreventiva arbete.

4.3.1 Bred preventiv ansats

Kunskapsbaserad suicidprevention och en nollvision för suicid kräver en bred preventiv ansats. Det suicidpreventiva arbetet i Region Stockholm ska utgå från tre nivåer; universell, selektiv och indikerad prevention. Detta innebär att insatserna ska rikta sig till olika målgrupper i befolkningen, med avseende på risknivå. Därutöver ska Region Stockholm, givet dess storlek som arbetsgivare, arbeta för att förebygga och hantera suicidrelaterad ohälsa hos regionens medarbetare.



Figur 2. Exempel på insatser inom de olika preventionsnivåerna.

För nämnder och bolag i Region Stockholm ser fokus olika ut med avseende på de preventiva nivåerna. Exempelvis berör Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområden alla tre preventionsnivåer, medan Trafiknämndens endast berör universell prevention (med åtgärder som t.ex. att minska tillgång till suicidmedel och etablera informationsskyltar på suicidtäta platser) samt selektiv prevention (t.ex. utbilda ”gatekeepers”). Insatser för respektive preventionsnivå beskrivs närmare i 4.4 nedan.

4.3.2 Samverkan för simultana insatser

Region Stockholms suicidpreventiva arbete ska, i enlighet med forskning, utgå ifrån en multikomponentstrategi. Det innebär att flera olika åtgärder implementeras simultant. När olika risknivåer och arenor adresseras samtidigt kan insatserna förstärka varandra (NASP, 2019c).

För att uppnå störst effekt av en multikomponentstrategi behöver insatser planeras strategiskt i samverkan med olika aktörer. Olika nämnder och bolag inom Region Stockholm behöver samverka i planeringen.

- Hälso- och sjukvårdsnämnd ska ta initiativ till samverkan med bland annat Trafiknämnd och Locum kring hur insatser inom hälso- och sjukvård kan förstärkas av insatser i kollektivtrafik och i vårdfastigheter, samt med nämnder och bolag inom hälso- och sjukvård och tandvård, Patientnämndens förvaltning, Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje, samt med hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrningsorganisation, kring implementering av kunskapsbaserade insatser.

- Hälso- och sjukvårdsnämnd ska ta initiativ till övergripande samordning av regionens (framför allt Hälso- och sjukvårdsnämnds, Trafiknämnds och Tillväxt- och regionplanenämnds), samverkan med externa parter i det suicidpreventiva arbetet, såsom kommuner (socialnämnd, trafiknämnd, utbildningsnämnd, äldre/omsorgsnämnd, kultur och fritidsnämnd etc), privata vårdgivare, trafikbolag, vaktbolag, civilsamhälle, blåljusverksamheter (Polismyndighet, Räddningstjänst, SOS Alarm), lokalt verkande myndigheter med direktkontakt med medborgare, samordningsförbund, religiösa samfund samt media.

- Trafiknämnd ska ta initiativ i den samverkan som avser bolag inom kollektivtrafik gällande implementering av kunskapsbaserade insatser.

- Regionstyrelse ska ta initiativ till samverkan med samtliga bolag och nämnder kring insatser för att förebygga och hantera suicidhandlingar bland medarbetare.

- Bolag och nämnder ska arbeta utåtriktat gentemot relevanta samverkanspartners på lokal nivå.

4.3.3 Insatser utifrån regionala behov

Suicidpreventiva insatser ska vara relevanta för Region Stockholm och utgå från regionala behov uppvisade exempelvis i kartläggningsstudier via register, händelseanalyser, journalgranskningar, etc. Nämnder och bolag som planerar suicidpreventiva insatser ska i sina prioriteringar utgå från de suicidmetoder, riskgrupper, brister i vårdkedjan, i kollektivtrafiken etc. som är mest aktuella för Region Stockholm. Planeringen av insatser ska även, i enlighet med implementeringsforskning, baseras på analyser av de aktuella behoven hos de målgrupper som ska genomföra förändringen (Grimshaw m.fl, 2012).

4.3.4 Vetenskaplig grund

Nämnder och bolag som planerar suicidpreventiva insatser ska, så långt det är möjligt, utgå kunskapsbaserade insatser som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Insatser som saknar gedigen evidens kan planeras om de bygger på orsakssamband i linje med forskning/teori och därmed kan anses vara kunskapsbaserade. I dessa fall ska insatserna bedrivas i liten skala och utvärderas i samarbete med lämplig FOU-verksamhet och därmed bidra till fortsatt kunskapsutveckling.

4.3.5 Personen i centrum

Det är inte bara *vad* som görs som är betydelsefullt, utan också *hur* det görs. När nämnder och bolag planerar och implementerar suicidpreventiva insatser ska innebörden av ”personen i centrum” definieras utifrån patienters, brukares, anhörigas/närståendes/efterlevandes och andra medborgares perspektiv, och dessas erfarenheter tas tillvara. Det förhållningssätt som återfinns inom personcentrerad vård[3] ska genomsyra Region Stockholms suicidpreventiva arbete - oavsett om det gäller insatser inom eller utanför hälso- och sjukvården.

4.4 Kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser

Som ovan nämnts ska insatser i Region Stockholms suicidpreventiva arbete ha vetenskaplig grund (se 4.3.1). Nedanstående avsnitt anger ramar för vilken typ av insatser som kan genomföras i Region Stockholm, utifrån det nuvarande kunskapsläget. Det innebär inte att alla nedanstående insatser ska implementeras. Prioritering, konkretisering och förankring ska göras i respektive nämnd/bolag (se 5.1 nedan). I avsnittet nedan anges inom parentes, för varje insats, evidensklassning samt relevanta bolag och nämnder förvaltningar, som underlag för planering.

4.4.1 Universell suicidprevention

Universell suicidprevention riktar sig till hela befolkningen oavsett risknivå. Universella insatser når fler personer och ger därmed större effekt än insatser riktade till enbart riskgrupper. Universella suicidpreventiva insatser handlar inte bara om att förebygga psykisk ohälsa, utan även om att förebygga andra orsaker till lidande såsom kränkande särbehandling, trakasserier och diskriminering, social isolering och andra typer av utsatthet. Barn och ungdomar är viktiga målgrupper för de universella insatserna som i bästa fall även ger skyddande effekter livet ut (NASP, 2019c).

Insatser för att begränsa tillgången till suicidmedel inkluderas också i denna nivå. Den teoretiska utgångspunkten med dessa insatser är att, ju längre det tar, och ju svårare det är för en person att anskaffa ett dödligt medel (t.ex. klättra över ett broräcke, eller få i sig läkemedel), desto mer tid finns det för personen att bli kvitt sina mest intensiva suicidtankar eller bli omhändertagen av andra (NASP, 2019c).

Följande universella suicidpreventiva insatser är kunskapsbaserade och relevanta på regional nivå (NASP, 2019c):

- Skolbaserade program för att förstärka skyddande faktorer och minska riskfaktorer (t.ex. Youth aware of mental health, YAM) *(Stark evidens)*
  (Hälso- och sjukvårdsnämnd i samverkan med kommuner).

[3] Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt med en ökande aktualitet. Det bygger på en jämbördig dialog där personens egen berättelse står i centrum. Enligt Nyberg & Beskow finns det mycket som talar för att ett personcentrerat bemötande ökar möjligheterna att upptäcka riskfaktorer för suicid (Nyberg & Beskow 2016).

- Insatser för att begränsa tillgången till medel som används i suicidsyfte (t.ex. olika former av hinder vid suicidtäta platser, eller avlägsnande av fästen för hängsnaror i tak på vårdavdelningar etc.) *(Stark evidens)*. Utgångspunkt vid val av insatser bör vara data för suicidmetoder som är vanligast i Region Stockholm.
  (*Hälso- och sjukvårdsnämnd, Locum, samt bolag och nämnder inom hälso- och sjukvård, Trafiknämnd, bolag inom trafik, samt Tillväxt- och regionplanenämnd i samverkan med kommuner*).

- Insatser för att minska alkoholkonsumtion brett i befolkningen. Alkohol ökar impulsivitet och aggression, vilket kan leda till förhastade beslut i en situation av upplevd kris och lidande, och är en riskfaktor för suicid *(Måttlig evidens. Studier avser dock främst metoder för restriktioner på nationell nivå).*
  (Hälso- och sjukvårdsnämnd och SLSO, i samverkan med kommuner).

- Informationskampanjer som utbildar befolkningen om att det är möjligt att få hjälp vid lidande och suicidalitet. Sådana insatser kan även bidra till minskad stigmatisering kring suicidalitet *(Måttlig evidens)*
  (Hälso- och sjukvårdsnämnd i samverkan med Trafiknämnd).

- Uppsättning av informationsskyltar på suicidtäta platser, som motiverar till hjälpsökande, exempelvis med telefonnummer till hjälplinjer (*Måttlig evidens)*
  (Trafiknämnd i samverkan med Hälso- och sjukvårdsnämnd).

- Samarbete med medier för ansvarsfull medierapportering kring suicid.
  Medias rapportering av suicidrelaterade händelser kan få negativa konsekvenser om den sker på fel sätt. World Health Organization (WHO) publicerade senast 2017 riktlinjer för hur suicid bör och inte bör rapporteras (WHO, 2017).
  (*Måttlig evidens) Hälso- och sjukvårdsnämnd).*

4.4.2 Selektiv suicidprevention

Selektiv suicidprevention riktar sig till grupper i särskild utsatthet för suicidrisk. Det vill säga de som på gruppnivå har en känd förhöjd risk, men därmed inte säkert har förhöjd risk som individer. Exempel är personer med psykiatrisk sjukdom, beroendetillstånd[4], allvarlig somatisk sjukdom som medför kraftigt lidande, funktionsförluster och/eller personlighetsförändringar, funktionsnedsättningar, samsjuklighet, plötsliga livskriser eller ackumulerande livsproblem, ärftlighet för suicid, anhöriga/närstående till svårt sjuka, efterlevande efter suicid, HBTQ+, äldre män, personer tillhörande vissa minoritetsgrupper m.fl.

[4] Diagnoser relaterade till beroende var de vanligaste vid suicid som inträffat i slutenvård Stockholmsregionen under 2011-2016 (Narusyte m.fl, 2019). Personer med beroendetillstånd bör därmed vara en särskilt relevant målgrupp för selektiva insatser i Stocksholmsregionen.

Selektiva suicidpreventiva åtgärder handlar om att fånga upp de personer som är i behov av hjälp, ge stöd och vård för sjukdom, beroende och/eller livsproblem, samt att stärka personernas förmåga att hantera livskriser. Ju tidigare insatser sätts in, desto större chans finns att förebygga suicid.

Centralt i selektiv prevention är att personer i vård- omsorgs- och kontaktyrken och inom frivilligorganisationer är särskilt uppmärksamma på de grupper som identifierats som särskilt utsatta för risk. Varje enskild riskgrupp kräver dock inte nödvändigtvis insatser som är anpassade för den specifika gruppen. Det finns exempel på specifika insatser för olika riskgrupper, exempelvis som syftar till att minska social isolering hos äldre, utveckla ett krisomhändertagande för efterlevande m.m. som har utvärderats, dock ej specifikt avseende suicidhandlingar (NASP 2019c). Insatser för dessa grupper kan dock vara viktiga att utveckla och utvärdera. En möjlighet är också att rikta generella insatser mot specifika grupper.

Följande generella selektiva suicidpreventiva insatser är kunskapsbaserade och relevanta på regional nivå (NASP, 2019c):

- Utbildning av och stöd till hälso- och sjukvårdspersonal kring identifiering och behandling av suicidnära patienter. Forskning visar även att vårdpersonal som får stöd för att hantera suicidfall bland sina patienter är mer benägna att arbeta med suicidprevention (Ramberg, m.fl. 2016; Awenat m. fl., 2017, Samuelsson, 2002)). Stödet bör vara kollegialt men även komma från ledningen. Stöd kan innebära rutiner för stöd till medarbetare efter suicid och kan förstärkas av samtidig utbildning kring suicidprevention (*Måttlig evidens*)
  (*Hälso- och sjukvårdsnämnd i samarbete med Regionstyrelse, Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje, samt bolag och nämnder inom hälso- och sjukvård och tandvård).*

- Utbildning av andra yrkesgrupper (”gatekeepers”) kring bemötande och identifiering av suicidnära personer (exempelvis personal i kollektivtrafik, frivilligorganisationer, religiösa samfund, blåljusverksamheter, skola, samordningsförbund, myndigheter med direktkontakt med medborgare, etc. (*Måttlig evidens*)
  (*Hälso- och sjukvårdsnämnd, Patientnämnd, Trafiknämnd, bolag inom kollektivtrafik).*

- Hjälp- och stödlinjer för suicidnära personer. Eftersom många suicidnära personer undviker att söka formell hjälp, kan kontakt via hjälp- och stödlinjer vara den enda möjligheten för vissa att tala med någon om sina problem. (*Svag evidens. Det är dock möjligt att insatser är effektiva trots att evidens saknas, pga. svårigheter att utvärdera när användare ringer anonymt) (Hälso- och sjukvårdsnämnd).*

Inom selektiv suicidprevention bör även adresseras det faktum att olika grupper söker vård i olika utsträckning vid suicidnärhet. Exempelvis visar regionala data att det är mindre vanligt att män har vårdkontakter under de sista sex månaderna i livet före suicid, jämfört med andra suicidgrupper (Narusyte m.fl., 2019).
(Hälso- och sjukvårdsnämnd, Patientnämnd, bolag och förvaltningar inom hälso- och sjukvård).

4.4.3 Indikerad suicidprevention

Indikerad prevention riktar sig till personer med individuell risk för suicid. Patienter med förhöjd risk att ta sitt liv förekommer inom alla delar av hälso- och sjukvården. För att minska risken för suicid behöver hälso- och sjukvården arbeta systematiskt och förebyggande med god samverkan mellan olika instanser (Socialstyrelsen, 2020). Tidig upptäckt, diagnosticering, behandling och uppföljning är centralt för dessa personer, liksom åtgärder för att minska eventuell social problematik.

Exempel på indikerade kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser relevanta på regional nivå är följande (NASP, 2019c):

- Ett viktigt sätt att förebygga suicid för personer med suicidrisk är att försöka minska lidandet genom att behandla de tillstånd[5] eller minska de svårigheter som är orsaken till lidandet.
  (*Hälso- och sjukvårdsnämnd, bolag och förvaltningar inom hälso- och sjukvård).*

- I dagsläget är det inte möjligt att skilja ut personer som är verkligt suicidnära och därmed rikta insatser enbart till dem (SBU, 2015a; NASP, 2019). Ett sätt att hantera detta kan vara att erbjuda lågintensiva uppföljningar till många patienter i stället för att identifiera individer med hög risk och tillhandahålla resursintensiva insatser till dem. En sådan insats kan vara att ha kontakt med en patient på regelbunden basis genom exempelvis telefonsamtal eller digitalt. Uppföljning av personer som gjort suicidförsök är särskilt angeläget. Insatser bör initieras omedelbart efter att ett suicidförsök kommit till vårdens kännedom och bör sannolikt ges till alla patienter efter ett suicidförsök (*Stark/måttlig evidens*)
  (Hälso- och sjukvårdsnämnd, bolag och förvaltningar inom hälso- och sjukvård).

- Andra insatser för att förbättra för personer med suicidrisk kan vara att förbättra vårdkedjan, exempelvis vad gäller kommunikationen mellan olika vårdgivare (*Måttlig evidens*). En fungerande vårdkedja är särskilt angelägen vid allvarligare ohälsa och suicidalitet som oftast kräver en längre behandling och uppföljning.

[5] Se kliniska (vårdrelaterade) riskfaktorer i Bilaga 1.
Specifika evidensbaserade kliniska behandlingsmetoder vid suicidalitet redovisas inte i denna strategi, då det ligger inom hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrningsorganisations mandat att peka på vilka metoder som ska användas. Se även 3.2 Avgränsningar.

Det kan bland annat finnas oklarheter när det gäller vilka patienter som tillhör psykiatrin respektive primärvården (Karlsson, 2009).
Brister kan även finnas i vårdkedjor mellan specialistsjukvård i somatik och psykiatri, inom prehospital vård, liksom mellan vård och omsorg.
(*Hälso- och sjukvårdsnämnd, Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje).*

4.4.4 Insatser för medarbetare inom Region Stockholm

Insatser för att förebygga suicidrelaterad ohälsa hos medarbetare i Region Stockholm rör bland annat krishantering vid suicidhändelser på arbetsplatser, stöd till medarbetare som är anhöriga vid suicidhändelser, samt stöd och utbildning till medarbetare i kontaktyrken inom bland annat hälso- och sjukvård och kollektivtrafik som kommer i kontakt med suicidnära personer. Se även ”Utbildning av och stöd till hälso- och sjukvårdspersonal” ovan (4.4.2).
(Regionstyrelse samt samtliga nämnder och bolag).

5 Genomförande och uppföljning

5.1 Nämnder och bolags konkretisering av strategin

- Samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm ska inkludera och genomföra suicidpreventiva aktiviteter i sin verksamhetsplanering, i enlighet med de strategier och insatser som framhålls i 4 och 5 nedan. För vissa nämnder och bolag är endast medarbetarperspektivet relevant, medan andra verksamheter ska planera för mer omfattande insatser.

- De nämnder och bolag som har att göra ett större planeringsarbete kopplat till suicidprevention ska ta fram en specifik handlingsplan. Bedömning vilka nämnder och bolag det gäller görs utifrån 4. och 5 nedan.

- I handlingsplanerna ska anges specifika aktiviteter, målsättningar, ansvarig avdelning/enhet, samverkansparter, tidsramar samt kostnader och finansiering. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen stödjer detta arbete genom att tillhandhålla en mall för handlingsplan utifrån föreliggande strategi. Finansiering kan utgöras av ordinarie budget eller av statliga stimulansmedel.

- I de målsättningar som definieras i verksamhetsplanering och/eller handlingsplan, ska främst *processmål* anges, som kopplar till genomförandet av specifika insatser. I vissa fall, där det finns möjlighet att följa upp faktiskt effekt, kan även specifika effektmål kopplas till insatserna. Specifika målsättningar som avser antalet suicidhandlingar ska ej ingå i handlingsplanerna.

5.2 Genomförande via ordinarie strukturer

Genomförandet ska ske inom ordinarie strukturer för respektive nämnd och bolag. Centralt i framtagande och genomförande av handlingsplanerna är delaktighet från ett antal berörda intressenter, samt etablering av strukturer och stöd för effektiv implementering. Detta ansvarar respektive nämnd och bolag för.

5.3 Uppföljning

Uppföljning av det konkreta arbetet i bolag och nämnder ska integreras i ordinarie system för uppföljning av budget och bokslut. Respektive bolag och nämnd ansvarar även för förbättringar utifrån utfallet i de konkreta aktiviteterna.

5.4 Samordning och stöd

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för att samordna och stödja arbetet utifrån strategin, i nära samverkan med övriga nämnder och bolag.

- NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention) utgör Region Stockholms expertstöd inom det suicidpreventiva området och bistår, via avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnder och bolag med stöd i planering av suicidpreventiva insatser. NASP ansvarar vidare för bevakning av epidemiologisk utveckling kring suicid och suicidförsök, systematisk bevakning av forskning kring metoder och insatser kring suicidprevention samt utvärdering av nya metoder och insatser.

- Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att, med stöd av NASP, följa upp utfallet av de övergripande målsättningarna avseende suicidhändelser, samt att i en analysmodell koppla utfallet till faktiskt genomförda insatser.

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt NASP medverkar i Folkhälsomyndighetens nationella nätverk för regionala suicidpreventiva samordnare.

6 Bilagor

Bilaga 1: Skydds- och riskfaktorer för suicidhandlingar

Orsaker till suicidhandlingar

Suicidhandlingar är den yttersta konsekvensen av ett stort lidande. Lidandet kan ha orsakats av att man drabbats av svår sjukdom (psykisk eller somatisk fysisk) eller av olika trauman och drabbande livshändelser.

En betydande andel av dem som försökt ta sina liv har i olika studier konstaterats lida av depression, ångesttillstånd, schizofreni eller annan psykisk sjukdom (Nock m.fl., 2009; Nock m.fl, 2010).

Somatiska tillstånd som för med sig ett betydande lidande som kan resultera i suicidhandlingar är till exempel diabetes (Butwicka m.fl, 2015; Pompili m.fl., 2014), maligna tumörsjukdomar (Hem m.fl., 2004; Vyssoki m.fl., 2015) och kronisk smärta (Tang & Crane, 2006).

Konflikter i familjen (Kazan m.fl., 2016), erfarenheter av mobbning (Holt m.fl., 2015), arbetslöshet (Milner m.fl., 2013) och ekonomiska svårigheter (Frasquilho m.fl., 2016), nedsatt beslutsfattande (Hadlaczky m.fl., 2018), liksom ett stort antal olika riskbeteenden eller stressande livshändelser (Liu & Miller, 2014; Carli m.fl., 2014) är exempel på tillstånd som också kan leda till att man inte längre upplever att livet är värt att leva.

Att vara suicidnära behöver i sig inte innebära att man genomför en suicidhandling även om risken finns. Svårigheten är att det på ett tillförlitligt sätt inte går att skilja dem som kommer att suicidera från dem som inte kommer att göra det (Belsher m.fl., 2019; Large m.fl., 2016). Till exempel är många suicidhandlingar impulsiva och utförs i anslutning till en drabbande livshändelse som utlöser en akut kris.

En rad kliniska riskfaktorer är kända, såsom tidigare självmordsförsök, psykiatrisk sjukdom, beroende, allvarlig somatisk sjukdom, samsjuklighet, ärftlighet etc. Därutöver behöver också icke-kliniska riskfaktorer uppmärksammas som i kombination med andra riskfaktorer kan utgöra en förhöjd risk (manligt kön, äldre ålder, HBTQ+, vissa minoritetsgrupper, anhörig till person som har suiciderat, vissa personlighetsdrag, social isolering mm.). Förekomsten av skyddande faktorer som kan uppväga vissa av riskfaktorerna behöver också beaktas (såsom copingförmåga, socialt stöd etc.).

Skydds- och riskfaktorer för suicid kan åskådliggöras på olika sätt. Nedan följer en förteckning över skydds- och riskfaktorer som satts samman av NASP som ett led i arbetet med strategin.

Skyddsfaktorer

- Personlighetsdrag: utåtriktad, varm/vänlig, ängslig, optimistisk
- Hög problemlösningsförmåga
- Högt självförtroende, hög självkänsla
- Tillgång till natur (t.ex. träd, parker mm.)
- Hög copingförmåga
- Meningsfullt liv/känsla av sammanhang (t.ex. ha personliga relationer, partner, vara förälder, ha en karriär, känna egenmakt mm.)
- Starka moraliska eller religiösa invändningar mot suicid
- Tryggt anknytningsmönster till viktiga personer (vårdnadshavare/partner)
- Aktivt föräldraskap (skyddsfaktor för barnet)
- God skol-/arbetsmiljö

Riskfaktorer

Kliniska (vårdrelaterade) faktorer

- Tidigare suicidförsök
- Beroendesjukdom
- Somatisk sjukdom (t.ex.cancer, epilepsi, diabetes, KOL, smärttillstånd, m.fl)
- Psykiatrisk sjukdom (alla, men t.ex. psykossjukdom, bipolaritet, personlighetssyndrom)
- Samsjuklighet (av alla slag)
- Funktionshinder (t.ex. autism)
- Hinder för vårdsökande (t.ex. på grund av stigma, distans, oförmåga)
- Dålig följsamhet till vård/behandling
- Ärftlighet för suicid (samt för alla ovan listade sjukdomar)

Icke-kliniska faktorer

- Hög ålder
- Manligt kön
- HBTQ+
- Ursprung från vissa minoritetsgrupper
- Ursprung från länder som har höga suicidtal (Ungern, Ryssland, baltiska länder m.fl.)
- Anhörig eller närstående till person som har suiciderat/gjort suicidförsök, eller exponering för suicid på annat sätt
- Personlighetsdrag: introversion, hopplöshet, aversion mot förluster, impulsivitet, aggression, ängslighet[6]
- Dålig problemlösningsförmåga
- Förlust (jobb/dödsfall/brutna relationer/pengar etc.), sorg, ofrivillig ensamhet, abort, sorg
- Socioekonomisk status (fattigdom/låg utbildningsnivå/arbetslöshet)

[6] Denna är både skydds- och riskfaktor, beroende på vilken kön som har det och vilka andra drag det är kombinerat med.

- Social isolering/ensamhet
- Erfarenhet av krig/väpnad konflikt/katastrof
- Migration/Asylprocess (stressorer i samband med acklimatisering men också erfarenhet av krig/vapen konflikt/katastrof)
- Diskriminering/kränkande särbehandling/ trauma/våld/sexuella övergrepp/våld i nära relationer
- Dålig sömn (subklinisk nivå)
- Intoxikationsinriktad alkoholkonsumtion (som t.ex. vid nyårsfirande)
- Existentiell ångest

Bilaga 2 Definitioner och begrepp

Anhörig	Här avses make/maka/ registrerad partner/sammanboende och barn, samt syskon, föräldrar och partners föräldrar.
Copingförmåga	En individs förmåga att hantera negativ stress och trauman.
Efterlevande	De personer som är närmast anhöriga till en avliden. Som regel avses de närmast anhöriga, men även andra personer kan inräknas i begreppet, såsom fosterföräldrar och fosterbarn, särboende.
Gatekeeper	Här avses personal utanför vården som i sin profession kommer i kontakt med suicidnära individer. Exempel är personal inom Polis, Räddningstjänst, trafikföretag, vaktbolag, Försäkringskassa, hjälplinjer, skolor, kyrkosamfund med flera. (Ej detsamma som någon som hindrar eller fördröjer).
Händelseanalys	Den analys som genomförs av vårdgivaren vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Analysmetoderna är utvecklade för att bidra till förebyggande av vårdskador, genom identifiering av brister.
Kunskapsstyrning	Sveriges regioner etablerar med stöd av SKR ett gemensamt system för nationell kunskapsstyrning. Systemet syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstyrningen utgörs av kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.
NASP	Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, vid Karolinska Institutet samt Stockholm Läns Sjukvårdsområde (SLSO).
Närstående	Här avses anhöriga (se ovan) och andra närstående personer t.ex. fosterföräldrar, fosterbarn, särboende, nära vänner.
Prehospital vård	Omedelbara medicinska insatser som utförs utanför vårdenhet av hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. ambulans.
Prevention	Åtgärd/insats för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.

Psykisk ohälsa	Ett sammanfattande begrepp som inkluderar både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symptom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos.
Somatisk sjukdom	Kroppslig sjukdom.
SPES	Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd
Stigma	En oönskad social stämpling som orsakar bland annat skam, lidande och minskad självuppskattning.
Suicidförsök	Avsiktlig självdestruktiv handling med avsikten att dö, men som inte leder till döden (ICD-10-diagnoser X60-X84 och Y10-Y34).
Suicidhandling	Suicid eller suicidförsök.
Suicidmedel	Tillvägagångsättet vid en avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden (och därmed oftast även dödsorsaken), t.ex. hängning, förgiftning, föremål i rörelse, hopp från höjd, dränkning, skjutning, skärande/stick, m.fl.
Suicidnära	Används för personer som 1.) Nyligen (inom senaste året) har gjort ett suicidförsök. 2.) Har allvarliga suicidtankar och där suicidrisk bedöms föreligga under den närmaste tiden framöver. 3) Utan att ha allvarliga suicidtankar ändå bedöms vara i riskzonen för suicid på grund av omständigheterna i övrigt, t.ex. att utsättas för starkt negativa livshändelser. Synonym till suicidal.
Suicidprevention	Åtgärder för att förebygga suicidhandlingar:
Universell	*Riktade till hela befolkningen.*
Selektiv	*Riktade till grupper i särskild utsatthet för suicidrisk.*
Indikerad	*Riktade till individer med risk för suicid.*
Suicidtal	Antal suicid per 100 000 invånare och år. Det kan anges för hela befolkningen eller specifikt för vissa köns- och åldersgrupper för att möjliggöra jämförelser.
Uppdrag psykisk hälsa	Resultatet av en överenskommelse mellan regeringen och SKL om insatser och stimulansmedel inom området psykisk hälsa
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting/region eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget/regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och

	sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare). (Ej det samma som person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård).
Vårdkedja	Använt i betydelsen av vårdprocess, det vill säga ”process avseende hälso- och sjukvård som hanterar ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd i syfte att främja ett avsett resultat”. I vissa fall används även begreppet vård- och omsorgskedja för att förtydliga att insatser även inkluderar omsorg.

7 Referenser

Awenat Y, Peters S, Shaw-Nunez E, Gooding P, Pratt D, Haddock G. Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis (2017) [korrigering publicerad i Br J Psychiatry. 2017 Oct;211(4):252]. Br J Psychiatry. 2017;211(2):103–108. doi:10.1192/bjp.bp.116.191817

Beskow, J., Nyberg, U (2016). Suicidpreventionen kan bli evidensbaserad och effektiv. Inifrån- i stället för utifrånperspektiv återupprättar patienten. Läkartidningen 12-13/2016.

Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., & Skopp, N. A. (2019). Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. JAMA psychiatry.

Butwicka, A., Frisén, L., Almqvist, C., Zethelius, B., & Lichtenstein, P. (2015). Risks of psychiatric disorders and suicide attempts in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based cohort study. Diabetes care, dc140262.

Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Postuvan V, Saiz P, Varnik A, Wasserman D. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. World Psychiatry. 2014 Feb;13(1):78-86. doi:10.1002/wps.20088. PubMed PMID: 24497256; PubMed Central PMCID: PMC3918027.

Folkhälsomyndigheten, Suicidprevention.se (2019a). 2019-08-15 https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/

Folkhälsomyndigheten (2019b). Psykisk hälsa och suicidprevention - Lägesrapport 2018.

Folkhälsomyndigheten (2016). Effekter av insatser för att förebygga suicid -Resultat från en kartläggande litteraturöversikt.

Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2015). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. BMC public health, 16(1), 115.

GPCC, 2019. Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs universitet (2019). https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-vard. Besökt 2019-09-07.

Grimshaw J M, Eccles M P, Lavis J N, Hill S J, Squires J E, Knowledge translation of research findings. Implementation science 2012 7, 50.

Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, Wasserman D, Balazs J, Machín N, Sarchiapone M, Sisask M, Carli V. Decision-Making in Suicidal Behavior: The Protective Role of Loss Aversion. Front Psychiatry. 2018 Apr 5;9:116. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00116. eCollection 2018. PubMed PMID: 29674980; PubMed Central

Hem, E., Loge, J. H., Haldorsen, T., & Ekeberg, Ø. (2004). Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. Journal of clinical Oncology, 22(20), 4209-4216.

Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., ... & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis. Pediatrics, 135(2), e496-e509.

Janlert, U (2000). Folkhälsovetenskapligt lexikon. Natur & Kultur Akademisk.

Karlsson, L. (2009). Experienced needs amongst staff in primary care to work suicide preventive. A qualitative study based on 14 deep interviews. Magisteruppsats. Department of Public Health Sciences Mental health promotion and suicide prevention. Karolinska Institute.

Karlsson P, Helgesson G, Titelman D, Sjöstrand M, Juth N (2018). Skepticism towards the Swedish vision zero for suicide: interviews with 12 psychiatrists. BMC Med Ethics. 2018 Apr 10;19(1):26. doi: 10.1186/s12910-018-0265-6.

Kazan, D., Calear, A. L., & Batterham, P. J. (2016). The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: a systematic review. Journal of Affective Disorders, 190, 585-598.

Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. PloS one, 11(6), e0156322.

Larsson Omerov, P. (2013). Parents who have lost a son or daughter through suicide: towards improved care and restored psychological health. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm). Hämtad från: http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A849735&dswid=4550

Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. Clinical psychology review, 34(3), 181-192.

Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PloS one, 8(1), e51333.

Narusyte J., Kosidou K., Dalman C. En beskrivning av personer som dött i suicid i Stockholms län under åren 2011 till 2016: sociodemografiska karaktäristika, tidigare

sjukfrånvaro och vårdkonsumtion samt jämförelse med kontroller. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter (2019).

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, Coronaviruset: Risk för ökande självmord och självskador i samhället efter pandemin https://ki.se/nasp/coronaviruset-risk-for-okande-sjalvmord-och-sjalvskador-i-samhallet-efter-pandemin. 2020-03-24 (uppdaterad 2020-03-26).

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, (2002a). Det går att leva vidare. Ferm M (ed). Promoting mental health – Preventing suicides and suicide attempts. 3. https://ki.se/sites/default/files/2002-3_det_gar_att_leva_vidare.pdf

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (2002b). När livet inte längre är värt att leva. Lindblad F (ed). Promoting mental health – Preventing suicides and suicide attempts. 4.
https://ki.se/sites/default/files/nar_livet_inte_langre_ar_vart_att_leva_2002.pdf

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. Statistik över självmord i Stockholms län (2019a) https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-stockholms-lan Hämtat 2019-09-09.

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. Statistik över självmordsförsök i Stockholms län (2019b) https://ki.se/nasp/sjalvmordsforsok-i-stockholms-lan Hämtat 2019-09-09.

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, vid Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS), SLSO (2019c). Underlag till handlingsplan för suicidprevention 2019-2022. 2019-06-03. Tillgänglig via hälso- och sjukvårdsförvaltningens diarium, HSN 2019-1376. En mer utvecklad version av materialet finns även att tillgå via https://ki.se/nasp/rekommendationer-for-suicidpreventiva-insatser-pa-befolkningsniva-respi

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. Molecular psychiatry, 15(8), 868.

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & De Graaf, R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS medicine, 6(8), e1000123.

Pompili, M., Forte, A., Lester, D., Erbuto, D., Rovedi, F., Innamorati, M., ... & Girardi, P. (2014). Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: a systematic review. Journal of psychosomatic research, 76(5), 352-360.

Ramberg IL, Di Lucca MA, 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. Int J Environ Res Public Health. 2016 Feb 4;13(2):195. doi: 10.3390/ijerph13020195. PubMed PMID: 26861362; PubMed Central PMCID: PMC4772215.

Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. International Journal of Nursing Studies, 39(1), 115-121.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt (2015a). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 242. ISBN 978-91-85413-86-7.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturöversikt (2015b). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 241. ISBN 978-91-85413-85-0.

Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Corrigan, P. W., Castriotta, C., & SOPROXI Team. (2019). Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. Journal of affective disorders, 244, 223-230.

SKL, Sveriges kommuner och landsting. Förebygga insatser i fysisk miljö (2019). Ett inspirationsmaterial till kommunernas arbete. ISBN: 978-91-7585-777-0.

SKL, Sveriges kommuner och landsting. Patient- och brukarmedverkan, positionspapper (2010).

SLL, Stockholms läns landsting. Policy Folkhälsa 2017-2021 (2017). https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/halsoframjande-arbete/policy-folkhalsa-2017-2021.pdf

SLL, Stockholms läns landsting. Nollvision för suicid (2006). https://sammantradeshandlingar.sll.se/sites/sammantradeshandlingar.sll.se/Handlingar/Landstingsfullmaktige/2006/06-12-12/061212-13.pdf

Socialdepartementet; Proposition 2007/08:110 – En förnyad folkhälsopolitik (inkluderar Nationellt handlingsprogram för suicidprevention (2008).

Socialstyrelsen 2020 https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/vardskador/suicid/

Socialstyrelsens termbank. http://termbank.socialstyrelsen.se/ 2019-09-08.

Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., & Arensman, E. (2017). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? Protocol for an observational and interview mixed-methods study in Ireland. BMJ open, 7(3), e014707.

Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychological medicine, 36(5), 575-586.

Vyssoki, B., Gleiss, A., Rockett, I. R., Hackl, M., Leitner, B., Sonneck, G., & Kapusta, N. D. (2015). Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: Who is at risk?. Journal of affective disorders, 175, 287-291.

Wellander (2017). A Cost-effectiveness Model for Reducing Suicidal Behaviour in Sweden: Using YAM as an Example. [Masters Thesis] Karolinska Institutet, Dept. Learning, Informatics, Management and Ethics.

United nations, 2019. Global indicator framework for the sustainable development goals and targets of the 2030 Agenda for sustainable development.

WHO, World health organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/iris/handle/10665/131056

WHO. Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MSD/MER/17.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Hämtad från: http://www.who.int/ mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/

Regionstyrelsen
Rotel II

REMISS
2020-06-16

Diarienummer
RS 2020-0456

Enligt sändlista

Strategi för suicidprevention

Rotel II remitterar för yttrande hälso- och sjukvårdsnämndens förslag till Strategi för suicidprevention. I remissen ligger att roteln vill ha remissinstansernas synpunkter på förslaget till strategi.

Remissen är ett led i beredningen av ett ärende avsett att beslutas vid regionfullmäktiges sammanträde **den 17–18 november 2021**. Mer information om förslaget finns i hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänsteutlåtande daterat 2020-05-15.

Remisstiden sträcker sig till **den 27 augusti.** Yttranden ska skickas till regionledningskontorets registrator, epost: registrator.lsf@sll.se. Ange diarienummer RS 2020-0456.

Frågor kring remissen kan besvaras av Hanna-Charlotta Nielsen, regelefterlevnadschef, epost: hanna-charlotta.nielsen@sll.se, telefon: 070-737 64 74**.**

Joel Furvik
Regionrådssekretrare

Sändlista

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB
Danderyds Sjukhus AB
Centrala samverkansgruppen (CSG)
Fastighets- och servicenämnden
Färdtjänstnämnden
Karolinska Universitetssjukhuset
Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje
Locum AB
Patientnämnden
Stockholms läns sjukvårdsområde
Södersjukhuset AB
Södertälje Sjukhus AB
TioHundra AB
Trafiknämnden
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd