Region Stockholm
RSSL

BESLUT
2020-04-01

HDIR
HSTV
HSN

Beslutande	Patrik Söderberg
Föredragande	Sara Wiklund Cardell
Samråd	Maria Hägerstrand, Anna Roland Andersson
Delges	Samtliga RSSL-funktioner, samtliga förvaltningar och bolag i Region Stockholm
Ärende	**Beslut om strategi för suicidprevention Region Stockholm 2020-2028**

Bakgrund

Varje år tar cirka 320 personer sina liv i Stockholmsregionen. Suicid är ett folkhälsoproblem som förutom förlust av människoliv innebär ett omfattande lidande för den som tar sitt liv liksom för anhöriga, närstående och andra berörda. En ökning av suicidtalen kan förväntas som en konsekvens av Covid-19-pandemin. Region Stockholm har, med ansvarsområden inom hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och regional utveckling och även som arbetsgivare, en ytterst viktig roll i det suicidpreventiva arbetet. Regionen bör också stödja och samverka med andra aktörer regionalt och nationellt.

Det finns flera exempel, dokumenterade i forskning[1], som pekar på att suicidhandlingar tillfälligt minskar under perioder då samhällen befinner sig i kris. Dessa tillfälliga minskningar tenderar dock att kompenseras - och även överkompenseras- med en ökning i suicid efter att den omedelbara krisen har gått över. Riskfaktorer för suicid som kan förväntas av Covid-19-epidemin är bland annat förlust av anhöriga, ofrivillig social isolering, ekonomiska problem, tillgång till toxiska medel efter eventuell bunkring, samt en eventuell minskad tillgång till vårdresurser.

[1] Se aktuell sammanställning från NASP, https://ki.se/nasp/coronaviruset-risk-for-okande-sjalvmord-och-sjalvskador-i-samhallet-efter-pandemin.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram ett förslag till övergripande strategi för suicidprevention, utifrån kunskapsunderlag utvecklat av NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention[2]. Förslaget till strategi baseras på forskning om effektiv suicidprevention och omfattar därmed en bred preventiv ansats inom och utanför hälso- och sjukvården. Denna övergripande strategi behöver kompletteras med konkretiserande handlingsplaner för berörda verksamhetsområden inom Region Stockholm.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagit in synpunkter på strategiförslaget från en mängd berörda intressenter såsom kunskapsstyrningsorganisationen för hälso- och sjukvården, trafikförvaltning, kommuner, patient- brukar- och anhörigorganisationer, blåljusverksamheter med flera.

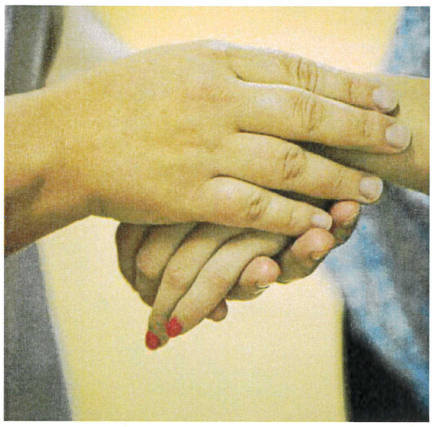
Förslag till beslut

Att anta förslaget om strategi för suicidprevention och ge berörda verksamheter i uppdrag att ta fram konkretiserande handlingsplaner.

Beslutas

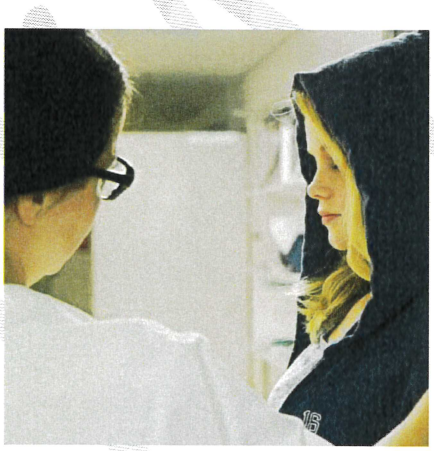
Patrik Söderberg
Beslutsfattare RSSL

[2] I kunskapsstödet ingår dels en genomgång av vetenskaplig litteratur om suicidpreventiva metoder, dels en statistisk analys av samtliga suicidfall i regionen 2011-2016.



Strategi för suicidprevention

Region Stockholm 2020-2028



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2020-04-01
Diarienummer: HSN 2019-1376

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Anna Roland Andersson
08- 123 137 31
anna.roland-andersson@sll.se

Sara Wiklund Cardell
08- 123 133 54
sara.wiklund-cardell@sll.se

Förord

I Stockholmsregionen dör nästan en person varje dag till följd av suicid. Region Stockholm har sedan 2006 en nollvision för suicid. Ingen människa ska behöva känna att suicid är den enda utvägen.

Idag finns det kunskap om hur suicidhandlingar kan förhindras. Det bästa är att genom flera samtidiga insatser agera för medvetandegörande, förebyggande, samt tidig upptäckt och behandling. Invånare kan då få verktyg att hantera livets utmaningar. Personer som inte mår bra kan få hjälp att i tid hantera det lidande som annars kan leda till suicidhandlingar.

Eftersom det talas mycket om psykisk ohälsa i Sverige idag, är det viktigt att betona att det svåra lidande som ligger bakom suicidhandlingar inte bara är kopplat till psykiatriska diagnoser. Det som orsakar lidandet kan också vara sådant som kroppsliga sjukdomar och allvarliga livskriser. Om suicidtalen ska kunna minska behöver fokus vidgas och inte bara omfatta insatser kring psykisk ohälsa och psykiatrisk vård.

En nollvision kräver ett brett suicidpreventivt arbete. Hälso- och sjukvården kan inte ensam ansvara för att förstärka skyddande faktorer och minska riskfaktorer för suicid. Insatser på flera samhällsnivåer krävs. Denna strategi pekar ut riktningen för ett brett suicidpreventivt arbete. Det är min förhoppning att den ska fungera som en tydlig riktning för Region Stockholms suicidpreventiva arbete och även tydliggöra Region Stockholms önskan om samverkan. Det är många verksamheter som är med och strävar mot samma mål - att ingen människa ska behöva ta sitt liv.

Björn Eriksson

Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Stockholm

Stockholm 1 april 2020

Innehållsförteckning

Förord 1
Sammanfattning 3
1 Bakgrund 7
1.1 Varför suicidprevention är viktigt 7
1.2 Suicid eller självmord 8
1.3 Vision för det suicidpreventiva arbetet 8
1.4 Övergripande mål för det suicidpreventiva arbetet 9
1.5 Syftet med strategin 9
1.6 Avgränsningar 10
2 Utgångspunkter för det suicidpreventiva arbetet 11
2.1 Bred ansats utifrån tre strategiska preventionsnivåer 11
2.2 Samtidiga insatser på olika nivåer och arenor 16
2.3 Insatser utifrån regionala behov 16
2.4 Vetenskaplig grund och kontinuerlig kunskapsutveckling 17
3 Ledning och styrning av det suicidpreventiva arbetet 19
3.1 Ansvarsfördelning och intressenter 19
3.2 Konkretisering av strategin 20
3.3 Genomförande via befintliga strukturer 20
3.4 Uppföljning 20
3.5 Samverkan 21
4 Bilagor 23
Bilaga 1: Definitioner och begrepp 23
Bilaga 2:WHO:s ramverk för suicidprevention 28
Bilaga 3: Nationellt handlingsprogram för suicidprevention 29
Bilaga 4: Aktuell statistik för suicidhandlingar 30
Bilaga 5: Skydds- och riskfaktorer för suicidhandlingar 31
Bilaga 6: Deltagare i framtagandet av strategin 34
5 Referenser 35

Sammanfattning

Varje år sker i Stockholmsregionen cirka 320 suicid och 1800 personer vårdas för suicidförsök. Suicid är ett folkhälsoproblem som förutom förlust av människoliv innebär ett omfattande lidande för den som suiciderar liksom för anhöriga och andra berörda.

Region Stockholms vision för det suicidpreventiva arbetet är att ingen person ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att suicid upplevs som den enda utvägen.

Det långsiktiga målet för det suicidpreventiva arbetet är att antalet suicidhandlingar inom Stockholmsregionen ska minska. Målsättningar är att:

- Bryta den ökande trenden vad gäller suicid hos unga.
- Minska förekomsten av suicid i övriga åldersgrupper
- Minska förekomsten av suicidförsök (specifikt hos yngre och kvinnor).

Som en konsekvens av Covid-19-pandemin under 2020 har det vidare blivit angeläget att säkra att risken för ökning av suicidhandlingar minimeras.

Forskning visar att det är möjligt att förebygga suicidhandlingar. En effektiv suicidpreventiv strategi kräver en bred ansats som inkluderar insatser på flera nivåer i samhället. Region Stockholm har, med ansvarsområden inom hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och regional utveckling och även som arbetsgivare, en ytterst viktig roll i detta arbete. Regionen behöver också stödja och samverka med andra aktörer regionalt och nationellt.

Syftet med denna strategi är att lägga fram utgångspunkter för ett effektivt och kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete, samt att upprätta långsiktigt bärande strukturer för det suicidpreventiva arbetet i Region Stockholm inom, såväl som utanför, hälso- och sjukvården.

Strategin är utformad på en övergripande nivå. Inför genomförandet krävs prioritering och konkretisering inom strategins områden i nära samverkan med intressenter, framtagande av underlag för bedömning av kostnader, samt etablering av strukturer och stöd för effektiv implementering. Berörda bolag och förvaltningar ska ta fram konkretiserade handlingsplaner.

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

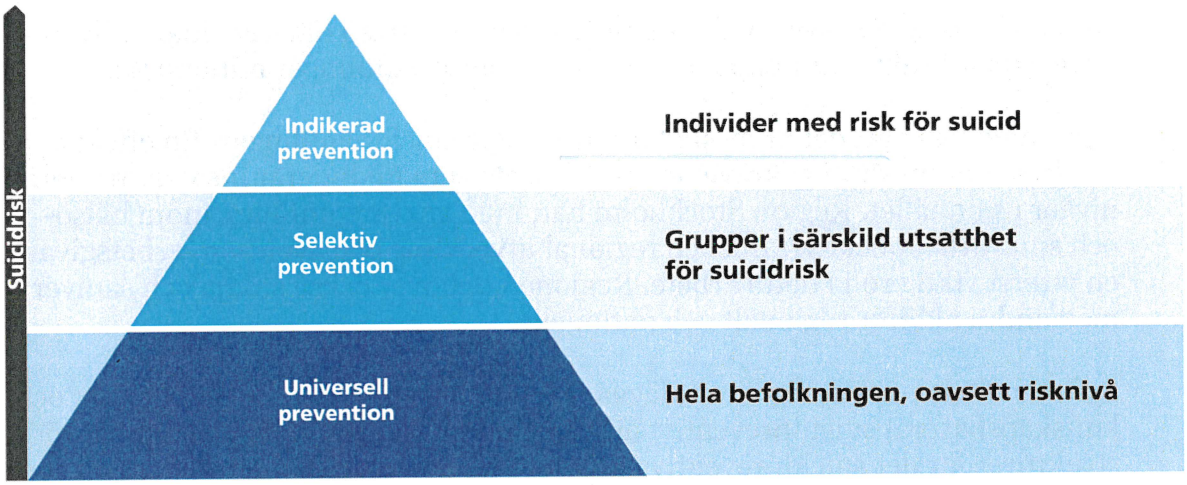
- *Bred ansats utifrån tre strategiska nivåer; universell, selektiv och indikerad prevention*

  Bakom suicidproblematik finns ett brett spektrum av riskfaktorer. En effektiv suicidpreventiv strategi omfattar därmed en bredd av insatser, riktade till olika målgrupper.

  Universella insatser riktar sig till hela befolkningen oavsett risknivå och kan syfta till att öka kunskap och minska stigma, samt att stärka personer innan lidande uppstår.

  Selektiva insatser riktar sig till grupper i särskild utsatthet för suicidrisk och kan exempelvis syfta till att uppnå tidig upptäckt.

  Indikerade insatser riktar sig till individer med risk för suicid. Insatser kan exempelvis syfta till att uppnå tidig upptäckt, vård och behandling.



Figur 1. Suicidpreventiva insatsnivåer och dess målgrupper

- *Samtidiga insatser på olika nivåer och arenor*
  Insatserna ska utgå ifrån en multikomponentstrategi, det vill säga omfatta flera olika åtgärder som implementeras simultant. När olika risknivåer och bestämningsfaktorer adresseras samtidigt kan synergieffekter uppstå. För störst effekt planeras insatser strategiskt i samverkan med andra aktörer.

- *Insatser utifrån regionala behov*
  Suicidpreventiva insatser ska vara relevanta för Region Stockholm och utgå ifrån regionala behov uppvisade exempelvis i kartläggningsstudier via register, händelseanalyser eller journalgranskningar. Insatser ska prioriteras utifrån exempelvis de suicidmetoder, riskgrupper, brister i vårdkedjan och i kollektivtrafiken etc. som är mest aktuella i Region Stockholm, samt utifrån behoven hos de målgrupper som ska göra de faktiska förändringarna.

- *Vetenskaplig grund och kontinuerlig kunskapsutveckling*
  Det suicidpreventiva arbetet ska så långt det är möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Fortsatt bevakning av kunskapsutveckling utgör en viktig grund och är en förutsättning för ett långsiktigt effektivt suicidpreventivt arbete. Behov finns bland annat av tillgång till bevakning av epidemiologisk utveckling, forskning kring metoder för suicidprevention, utveckling av förbättrade insatser, samt tillvaratagande av patienters och efterlevandes erfarenheter.

- *Personen i centrum*
  Det är inte bara *vad* som görs som är betydelsefullt, utan också *hur* det görs. En tydlig värdegrund för bemötande och synsätt krävs om suicidala processer ska kunna förstås och liv ska kunna räddas. Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt som har en ökande aktualitet inom hälso- och sjukvården. Enligt Nyberg & Beskow finns det mycket som talar för att ett personcentrerat bemötande ökar möjligheterna att upptäcka riskfaktorer och få en ökad kvalitet i suicidriskbedömningar. Förhållningssätt från personcentrerad vård bör genomsyra Region Stockholms suicidpreventiva arbete - oavsett om det gäller insatser inom eller utanför hälso- och sjukvården.

För att uppnå ett långsiktigt bärande suicidpreventivt arbetet i Region Stockholm krävs välfungerande strukturer för ledning och styrning. Ansvarig för att samordna det suicidpreventiva arbetet är hälso- och sjukvårdsförvaltningen, i nära samverkan med övriga berörda förvaltningar och bolag.

I arbetet som rör hälso- och sjukvården representeras med fördel psykiatri, primärvård, somatisk specialistvård, prehospital vård, habilitering, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, patientsäkerhet, strategisk personalförsörjning, blåljusverksamheter, kommuner, samordningsförbund, patient- brukar- anhörigföreningar samt expertis inom suicidprevention. Arbetet utförs i nära samverkan med kunskapsstyrningsorganisationen via alla relevanta Regionala programområden (RPO).

I arbetet som rör suicidprevention utanför hälso- och sjukvården involveras med fördel representanter från trafikförvaltning, kommuner, regionalt verkande myndigheter, frivilligorganisationer, religiösa samfund, media m.fl.

För att suicidpreventiva åtgärder ska kunna implementeras effektivt är vidare ett väl fungerande samarbete med en mängd aktörer i regionen av största vikt. Ett långsiktigt mål bör vara att etablera ett gemensamt suicidpreventivt arbete med alla berörda intressenter i regionen, samt även verka för nationell helhet inom området.

1 Bakgrund

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 suicidtalen fluktuerar något mer här.

Vad gäller suicidförsök 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 extremt 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 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 (FHM) har i olika genomgångar av vetenskaplig litteratur visat att olika typer av insatser minskar utfall av suicid, suicidförsök och/eller suicidtankar (NASPc, 2019; FHM, 2016; SBU, 2015b).

[1] Se även Bilaga 5.

Suicidprevention kräver en bred preventiv ansats (WHO, 2014[2]; Socialdepartementet, 2008). Folkhälsomyndigheten framhåller att suicidförebyggande insatser på både individ- och befolkningsnivå behöver intensifieras på alla samhällsnivåer (Folkhälsomyndigheten, 2019b)[3]. I Agenda 2030 är minskad suiciddödlighet en indikator inom mål 3.4[4] (United nations, 2019).

Region Stockholm har, med ansvarsområden inom hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och regional utveckling och även som arbetsgivare, en ytterst viktig roll i det suicidpreventiva arbetet. Regionen bör också stödja och samverka med andra aktörer i frågan, regionalt och nationellt. En ändamålsenlig suicidpreventiv strategi för Region Stockholm behöver inkludera insatser inom såväl som utanför hälso- och sjukvården.

1.2 Suicid eller självmord

Suicid och självmord är synonymer och det finns olika uppfattningar huruvida suicid eller självmord bör användas som begrepp. I den här strategin används företrädesvis begreppet suicid.

1.3 Vision för det suicidpreventiva arbetet

> Visionen för det suicidpreventiva arbetet är att ingen person ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att suicid upplevs som den enda utvägen
>
> *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).

Visionen syftar till att samla kraften åt ett gemensamt håll och rikta fokus på det lidande som leder till suicid. Visionen ska förstås som att ingen person ska behöva uppleva sådana livsomständigheter som skapar ett sådant kraftigt lidande att suicid begås.

---

[2] Se bilaga 2

[3] Se bilaga 3

[4] Målområde 3.4. handlar om att genom förebyggande insatser och behandling minska förtida död till följd av icke smittsamma sjukdomar samt främja psykisk hälsa och välbefinnande

Syftet med visionen är därmed *inte* att lägga det hela ansvaret på någon av länkarna, som hälso- och sjukvården, skolan eller familjen. Var och en behöver bidra, på politisk nivå, i sin profession eller som medmänniska.

I mötet med varje enskild människa med risk för suicid behöver målsättningen vara att rädda liv. Samtidigt behöver det finns en beredskap för att vi inte alltid kommer att lyckas. Den enskilde länken i kedjan har inte makt över alla delar.

1.4 Övergripande mål för det suicidpreventiva arbetet

Det långsiktiga målet för det suicidpreventiva arbetet är att antalet suicidhandlingar inom Stockholmsregionen ska minska. Då området suicid är komplext och antalet suicid varierar stort från år till år används här inte suicidantal som specifika årliga mål. Istället görs en uppföljning av trender[5].

Målsättningarna är att:

- Bryta den ökande trenden vad gäller suicid hos unga.
- Minska förekomsten av suicid i övriga åldersgrupper
- Minska förekomsten av suicidförsök (specifikt hos yngre och kvinnor).

Som en konsekvens av Covid-19-pandemin under 2020 har det vidare blivit angeläget att säkra att risken för ökning av suicidhandlingar minimeras. Det finns flera exempel, dokumenterade i forskning (NASP 2020), som pekar på att suicidhandlingar tillfälligt minskar under perioder då samhällen befinner sig i kris. Dessa tillfälliga minskningar tenderar dock att kompenseras - och även överkompenseras - med en ökning i suicid efter att den omedelbara krisen har gått över. Riskfaktorer för suicid som kan förväntas av Covid-19-epidemin är bland annat förlust av anhöriga, ofrivillig social isolering, ekonomiska problem, tillgång till toxiska medel efter eventuell bunkring, samt en eventuell minskad tillgång till vårdresurser.

1.5 Syftet med strategin

Syftet med denna strategi är att lägga fram utgångspunkter för ett effektivt och kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete, samt att upprätta långsiktigt bärande strukturer för det suicidpreventiva arbetet i Region Stockholm inom, såväl som utanför, hälso- och sjukvården.

Strategin är utformad på en övergripande nivå. Inför genomförandet krävs prioritering och konkretisering inom strategins områden i nära samverkan med intressenter, framtagande av underlag för bedömning av kostnader, samt etablering av strukturer och stöd för effektiv implementering.

[5] För aktuell statistik för suicidhandlingar, se Bilaga 4.

1.6 Avgränsningar

- Strategin innehåller inte insatser som endast kan genomföras på nationell nivå.
- Frågor som berör kommuner, frivilligorganisationer och andra externa verksamheter nämns men är inte beslutade i respektive verksamheter. I sådana frågor fokuseras det istället på hur Region Stockholm kan samverka med dessa aktörer
- Strategin avser suicidprevention specifikt. De insatser som presenteras som evidensbaserade metoder för suicidprevention baseras på en sammanställning av vetenskapliga studier[6] som undersökt insatser med suicid och suicidförsök som utfallsmått (NASP 2019c). Insatser med exempelvis enbart psykisk ohälsa eller minskat stigma som utfallsmått exkluderades i sökningen och ingår därför inte i strategin. Däremot ingår vissa insatser som förutom för suicidhandlingar också har visat effekt på exempelvis minskning av psykisk ohälsa och stigma.
- Strategin omfattar inte kliniska behandlingsmetoder. Studier på kliniska behandlingsmetoder exkluderades i sammanställningen av vetenskaplig litteratur som nämndes ovan, eftersom kunskapsstyrningsorganisationen ansvarar för riktlinjer kring detta.
- Strategier och insatsområden för främjande av psykisk hälsa behandlas inte i föreliggande strategi, utom istället inom ramen för *Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande* (som behandlas i HSN 2020).

[6] Systematiska översikter/sammanställningar och metaanalyser (n = 43), samt enskilda originalstudier (n = 15).

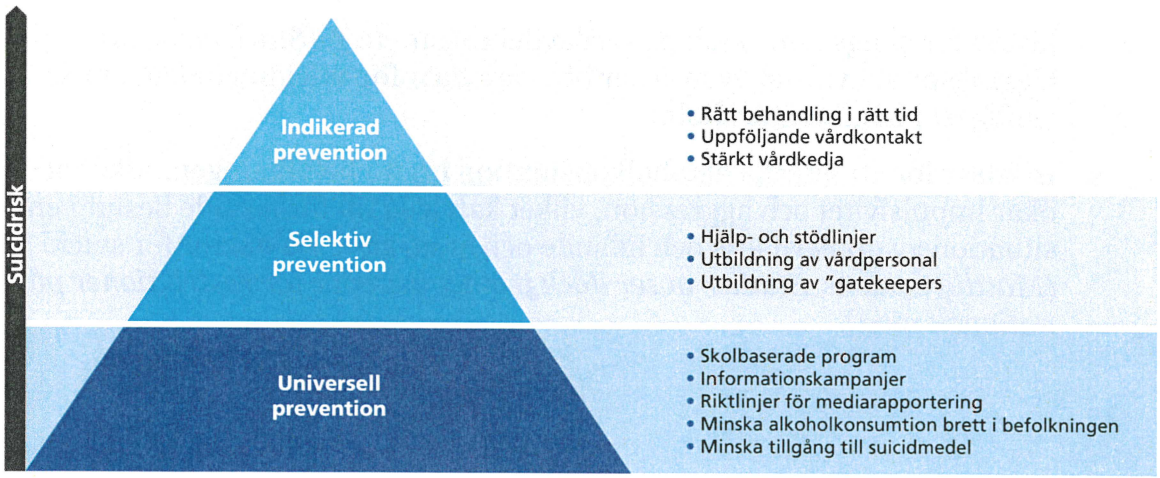
2 Utgångspunkter för det suicidpreventiva arbetet

Nedanstående utgångspunkter bör ligga till grund för Region Stockholms suicidpreventiva arbete.

2.1 Bred ansats utifrån tre strategiska preventionsnivåer

Bakom suicidhandlingar finns en komplex problematik och ett brett spektrum av riskfaktorer. Effektiv suicidprevention med en nollvision för suicid kräver en bred preventiv ansats som inkluderar insatser på flera nivåer i samhället.

Det suicidpreventiva arbetet i Region Stockholm ska ha sådan bred preventiv ansats och utgå från tre nivåer; universell, selektiv och indikerad prevention. Detta innebär att insatser ska rikta sig till olika målgrupper, med avseende på risknivå.



Figur 2. Exempel på insatser inom de olika preventionsnivåerna

2.1.1 Universell suicidprevention

Universell suicidprevention riktar sig till hela befolkningen oavsett risknivå. Med stöd i den så kallade preventiva paradoxen[7] når befolkningsinriktade insatser fler personer och ger därmed större effekt än insatser riktade till enbart riskgrupper.

Eftersom suicid inte är enbart en konsekvens av psykisk sjukdom utan även kan uppstå till följd av lidande som orsakats av exempelvis allvarlig livskris eller somatisk sjukdom, krävs att orsaker till lidande såsom kränkande särbehandling, trakasserier och diskriminering, social isolering och andra typer av utsatthet också förebyggs. Insatser behöver göras för att stärka individen innan lidandet inträffar eller medan det pågår (WHO, 2014). Sårbarhet för lidande som följd av livskriser och motgångar grundläggs tidigt. Barn och ungdomar är därför viktiga målgrupper för de befolkningsinriktade insatserna, som i bästa fall även ger skyddande effekter livet ut (NASP, 2019c).

Exempel på universella suicidpreventiva insatser som är evidensbaserade och relevanta på regional nivå är följande (NASP, 2019c):

- Skolbaserade program för att förstärka skyddande faktorer och minska riskfaktorer (t.ex. Youth aware of mental health, YAM) *(Stark evidens)*
- Insatser för att begränsa tillgången till medel som används i suicidsyfte (t.ex. genom att införa förhöjda broräcken vid suicidtäta platser, eller ta bort fästen för hängsnaror i tak på vårdavdelningar etc.)[8] *(Stark evidens).* Utgångspunkt vid val av insatser bör vara data för suicidmetoder som är vanligast i Region Stockholm
- 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 känd riskfaktor för suicid *(Måttlig evidens. Studier avser dock främst metoder för restriktioner på nationell nivå).*

---

[7] Den preventiva paradoxen innebär att effekten blir störst vid satsningar på förebyggande insatser mot befolkningen i stort, trots att de flesta enbart har en lätt förhöjd risk, jämfört med satsningar som koncentreras på individer med hög risk för sjukdom. Högriskinterventioner är angelägna för individer med hög risk, men den totala sjukligheten/ohälsan i befolkningen kommer inte att minska så mycket om man enbart satsar på dem. Detta beror på att antalet individer med måttligt förhöjd relativ risk är mycket högre än antalet individer med hög risk.

[8] Detta område kategoriseras som universell insats i bl.a. WHO:s ramverk, men kan sägas frångå principen om att universella insatser riktar sig till hela befolkningen oavsett risk. De som skyddas från suicid via exempelvis förhöjda broräcken är personer med suicidrisk att begå suicid/suicidförsök.

- 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)*.
- Uppsättning av informationsskyltar på suicidtäta platser, som motiverar till hjälpsökande, exempelvis med telefonnummer till hjälplinjer) *(Måttlig evidens)*.
- Arbete för ansvarsfull medierapportering kring suicid *(Måttlig evidens)*.

2.1.2 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 som individ har en förhöjd risk. Exempel är grupper av personer med psykiatriska sjukdomar, beroendetillstånd, allvarliga somatiska sjukdom som medför kraftigt lidande 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[9].

Selektiva suicidpreventiva åtgärder handlar om att fånga upp de personer som är i behov av hjälp, ge stöd och vård för bakomliggande faktorer som sjukdom, beroende eller livsproblem, samt att stärka personernas förmåga att hantera livskriser. I detta är det viktigt att fokusera på den existentiella aspekten. Ju tidigare insatser sätts in, desto större chans finns att förebygga suicidhandlingar.

Centralt i selektiv prevention är att personer i 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 anhöriga/närstående/efterlevande m.m. Det finns exempel på metoder som har utvärderats, dock ej specifikt avseende suicidhandlingar (NASP 2019c).

[9] Se Bilaga 5.

Regionala data visar att för de personer som suiciderat i Region Stockholm under åren 2011-2016 var diagnoser relaterade till substansberoende de vanligaste vid suicid som inträffat i slutenvård[10] (Narusyte m.fl., 2019). Personer med beroendetillstånd bör därmed vara en särskilt relevant målgrupp för selektiva insatser i Region Stockholm. Det är angeläget att minimera riskerna för att personer med beroendeproblem bollas mellan olika vårdinstanser eller "hamnar mellan stolarna" mellan vård- och omsorgsinsatser från region respektive kommun.

Inom selektiv suicidprevention bör även adresseras det faktum att olika grupper söker vård i olika utsträckning vid suicidnärhet. Exempelvis visade kartläggningen av 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).

Exempel på generella selektiva suicidpreventiva insatser relevanta på regional nivå är följande (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*).
- Utbildning av andra yrkesgrupper ("gatekeepers") kring bemötande och identifiering av suicidnära personer (exempelvis personal i kollektivtrafik, frivilligorganisationer, religiösa samfund, blåljusverksamheter, skola, samordningsförbund, handläggare på myndigheter som har direktkontakter med klienter, etc. (*Måttlig evidens*).
- 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. Att döma av den stora mängden personer som ringer in till hjälp- och stödlinjer i Sverige fyller dessa en viktig funktion (*Svag evidens. Det är dock möjligt att insatser är effektiva trots att evidensunderlag saknas, pga. svårigheter att utvärdera när användare ringer anonymt).*

[10] Av de individer som avled i suicid i Stockholmsregionen under åren 2011-2016 och som vårdades inom slutenvården (vid minst ett tillfälle under det sista halvåret) hade totalt 57 procent av männen och 31 procent av kvinnorna diagnosen "psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser".

2.1.3 Indikerad suicidprevention

Indikerad prevention riktar sig till personer med risk för suicid. Exempel är personer som försökt ta sina liv samt personer med svår depression och/eller bipolär sjukdom. Tidig upptäckt, diagnosticering, behandling och uppföljning är centralt för dessa personer, liksom åtgärder för att minska eventuell social problematik.

Exempel på indikerade 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[11] eller minska de svårigheter som är orsaken till lidandet.
- 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)[12]. 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. Aktuella data för Stockholms län (Narusyte m.fl 2019) visar att personer som avlidit i suicid har en betydligt förhöjd förekomst av suicidförsök (*Stark/måttlig evidens*).
- 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. Att det kan finnas brister visar en inventering som genomförts i regionens primärvård (Karlsson, 2009) där det framkom att det fanns oklarheter när det gäller vilka patienter som tillhör psykiatrin och vilka som tillhör primärvården. Brister kan även finnas i övergångar mellan vård och omsorg.

---

[11] Specifika evidensbaserade kliniska behandlingsmetoder vid suicidalitet redovisas inte i denna strategi, då det ligger inom kunskapsstyrningsorganisationens mandat att peka på vilka metoder som ska användas.

[12] SBU har visat att det vetenskapliga stödet för de riskbedömningsinstrument för suicid som används i dag är undermåligt (SBU, 2015a). Detta gäller såväl skalor som används i Sverige (t.ex. MADRS, Beck Suicide Intent Scale, SAD PERSONS) som internationellt. Två stora metaanalyser har också bekräftat SBU:s slutsatser (Belsher m.fl., 2019; Large m.fl., 2016) och visat att suicidriskbedömningar via alla typer av statistiska metoder är opålitliga. Omkring hälften av suiciden skedde i gruppen som bedömts ha låg risk för suicid, samtidigt som ca 95 % av individer som bedömdes ha hög risk inte dog av suicid (Large m.fl., 2016). För utveckling av detta resonemang, se Bilaga 6 Kvalitativa riskbedömningar.

2.2 Samtidiga insatser på olika nivåer och arenor

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

Synergieffekter kan antas uppstå vid vissa kombinationer av insatser, som exempelvis när mediekampanjer som uppmanar till vårdsökande implementeras parallellt med utökad kapacitet i vården. Synergieffekter kan även uppstå exempelvis i form av ett ökat medvetandegörande hos medborgare när till exempel skolbaserade program implementeras samtidigt som förhöjda broräcken. För att uppnå störst effekt av en multikomponentstrategi planeras insatser strategiskt i samverkan med andra aktörer.

2.3 Insatser utifrån regionala behov

Suicidpreventiva insatser ska vara relevanta för Region Stockholm och utgå ifrån regionala behov uppvisade exempelvis i kartläggningsstudier via register, händelseanalyser eller journalgranskningar. Insatser ska prioriteras utifrån suicidmetoder, riskgrupper, brister i vårdkedjan, i kollektivtrafiken etc. som är mest aktuella för Region Stockholm. I enlighet med implementeringsforskning, bör insatser även utgå ifrån analyser av de aktuella behoven hos de målgrupper som ska genomföra den faktiska förändringen (Grimshaw m.fl, 2012).

2.4 Vetenskaplig grund och kontinuerlig kunskapsutveckling

2.4.1 Vetenskaplig grund

Det suicidpreventiva arbetet ska så långt det är möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Evidensklassning bör anges för insatser som rekommenderas. Insatser som saknar evidens kan rekommenderas om de bygger på ett logiskt orsakssamband i linje med annan forskning/teori. Om evidens saknas ska insatsen bedrivas i liten skala och utvärderas.

2.4.2 Kontinuerlig kunskapsutveckling

Kunskapsområdet suicidprevention utvecklas ständigt. Region Stockholm bör även fortsatt säkra tillgång till expertis som kan leverera kunskapsunderlag och bidra i utvärdering och utveckling av metoder inom suicidprevention. Behov finns, även fortsättningsvis, av följande:

- Bevakning av epidemiologisk utveckling kring suicid och suicidförsök, inklusive utvecklingen vad gäller grupper i särskild utsatthet för risk.
- Systematisk bevakning av forskning kring metoder och insatser för suicidprevention inom såväl som utanför hälso- och sjukvården.
- Utvärdering av befintliga metoder och insatser för suicidprevention, samt utveckling av nya och/eller förbättrade insatser.

Ett ytterligare behov är systematik för tillvaratagande av patienters och efterlevandes erfarenheter.

2.5 Personen i centrum

Det är inte bara *vad* som görs som är betydelsefullt, utan också *hur* det görs. En tydlig värdegrund för bemötande och synsätt krävs om suicidala processer ska kunna förstås och liv ska kunna räddas.

Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt som har en ökande aktualitet inom hälso- och sjukvården. Personcentrerad vård bygger på en jämbördig dialog mellan självständiga, reflekterande individer och där patientens egen berättelse står i centrum.

Personcentrering för en suicidnära person kan handla just om att utgå från personens berättelse, att i partnerskap med person och anhöriga/närstående dela lidandet, samt att lindra lidandet genom medkänsla. För detta krävs kunskap om hur bemötandet påverkar möjligheten för personen att tala om sina svåraste tankar och känslor, och hur avgörande detta är för att väcka hopp. Enligt Nyberg & Beskow finns det mycket som talar för att ett personcentrerat bemötande ökar möjligheterna att upptäcka riskfaktorer och få en ökad kvalitet i suicidriskbedömningar (Nyberg & Beskow 2016).

Det förhållningssätt som återfinns inom personcentrerad vård bör genomsyra Region Stockholms suicidpreventiva arbete - oavsett om det gäller insatser inom eller utanför hälso- och sjukvården. Innebörden av "personen i centrum" bör definieras i varje sammanhang där suicidpreventiva insatser ska implementeras utifrån patienters, brukares, anhörigas/närståendes/efterlevandes och andra medborgares perspektiv.

3 Ledning och styrning av det suicidpreventiva arbetet

3.1 Ansvarsfördelning och intressenter

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för att samordna arbetet utifrån strategin, i nära samverkan med övriga berörda förvaltningar och bolag.
- Arbetet kan delas upp i två spår som samordnas; dels det som direkt rör hälso- och sjukvården, dels det som rör insatser utanför hälso- och sjukvården.
- I arbetet som rör hälso- och sjukvården representeras med fördel psykiatri, primärvård, somatisk specialistvård, prehospital vård, habilitering, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, patientsäkerhet, strategisk personalförsörjning, blåljusverksamheter, kommuner, samordningsförbund, patient- brukar- anhörigföreningar samt expertis inom suicidprevention. Arbetet utförs i nära samverkan med kunskapsstyrningsorganisationen via alla relevanta Regionala programområden (RPO).
- I arbetet som rör suicidprevention utanför hälso- och sjukvården involveras med fördel representanter från trafikförvaltning, tillväxt- och regionsplaneförvaltning, kommuner, regionalt verkande myndigheter, frivilligorganisationer, religiösa samfund, media m.fl.
- Vad gäller samverkan med kommuner i ledning och styrning kring psykisk hälsa bör befintliga ordinarie strukturer såsom Vård i samverkan (VIS) samt samverkansgrupper inom Storsthlm nyttjas i det suicidpreventiva arbetet[13]. Därutöver finns två pågående försök som också kan nyttjas:
  - Det länsgemensamma nätverket för *Uppdrag psykisk hälsa,* som bl.a. kan användas för avstämningar med kommunsamordnare.
  - De arbetsformer och strukturer som etableras inom *Strategi för främjande av psykisk hälsa och välbefinnande*, som kan bl.a. kan användas i frågor som berör både suicidprevention och psykisk hälsa/välbefinnande.

  Därutöver finns behov av en etablerad struktur för samverkan med skolhuvudmän; kommunala såväl som fristående. Det bör även undersökas om Länsstyrelsens kommunnätverk kan förstärka samverkansarbetet.

[13] Se även 3.2 och 3.3. nedan.

Arbete för fördjupning och permanentande av former för samverkan med kommuner kring ledning och styrning med personen i centrum pågår inom Enheten för Samverkan och stöd, Avdelningen för Närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

- Representant/representanter från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen medverkar i det nationella nätverket för suicidpreventiva samordnare, som hålls ihop av Folkhälsomyndigheten.

3.2 Konkretisering av strategin

Prioritering, konkretisering och förankring behöver göras utifrån strategin. Strategin behöver kompletteras med konkreta planer för varje berörd förvaltning och bolag där mål, ansvar och tidsramar tydligt framgår. Insatser eller fokusområden kan prioriteras under olika delperioder under 2020-2028. Kopplat till planeringsarbetet tas även underlag för bedömningar av kostnader fram.

I konkretiserade planer bör mätbara delmål definieras - främst processmål som gör det möjligt att följa upp huruvida insatserna har utförts. I vissa fall, där det finns möjlighet att följa upp faktiskt effekt, kan även specifika effektmål kopplas till insatserna.

3.3 Genomförande via befintliga strukturer

Genomförandet ska ske inom ordinarie strukturer för respektive förvaltning och bolag. Finansiering kan utgöras av ordinarie budget eller statliga stimulansmedel. Etablering av strukturer och stöd för effektiv implementering krävs även.

3.4 Uppföljning

Uppföljning av det konkreta arbetet i olika verksamheter ska integreras i ordinarie system för uppföljning av budget och bokslut. Respektive verksamhet ska även ansvara för förbättringar utifrån utfallet i de konkreta aktiviteterna.

Strategin i sin helhet bör följas upp vart annat år under sin giltighetstid (2022, 2024, 2026, 2028) med avseende på aktuellt evidensläge samt på relevans i föreslagna strukturer för ledning och styrning. Vid behov ska strategin revideras. Utfallet av de övergripande målen i strategin bör följas upp 2025 (2024 års data) samt 2030 (2028 års data), genom att trender för suicidhandlingar (suicid respektive suicidförsök) jämförs och eventuella signifikanta skillnader identifieras. I uppföljningsmodellen läggs även genomförda insatser in, för att möjliggöra studier av relationen mellan

genomförda insatser och faktisk påverkan på trender (uppfyllelse av övergripande effektmål). Ansvarig för övergripande uppföljning av strategin är hälso- och sjukvårdsförvaltningen, med stöd av NASP.

3.5 Samverkan

För att suicidpreventiva åtgärder ska kunna implementeras effektivt är det av största vikt att ett väl fungerande samarbete med en mängd aktörer i regionen fortsätter att utvecklas. Ett långsiktigt mål bör vara att etablera ett gemensamt sammanhållet suicidpreventivt arbete med alla berörda nämnder, förvaltningar och bolag inom Region Stockholm, samt med kommuner, blåljusorganisationer, frivilligorganisationer och andra relevanta aktörer i regionen, samt även verka för nationell helhet inom området.

3.5.1 Samverkan kring universell prevention

Vad gäller universell prevention kan hälso- och sjukvårdsförvaltningen utveckla en utökad samverkan internt med trafikförvaltningen kring åtgärder i kollektivtrafiken.

För att utveckla det hälsofrämjande och preventiva arbetet riktat till hela befolkningen, kan regionen skapa möjligheter för samverkan mellan primärvård och lokalsamhälle genom att låta samverkan ingå i vårdgivares uppdrag/avtal.

I den närliggande *Strategi för psykisk hälsa och välbefinnande* utvecklas möjligheter för samverkan med bland andra arbetsgivare, skolor, universitet och högskolor samt föreningsliv för att stärka kapacitet för psykisk hälsa.

Inom universell prevention är flera suicidpreventiva insatsområden helt beroende av andra aktörer som utförare. Exempel på insatser där kommunen har beslutsmandat är skolbaserade program, begränsning av suicidmedel genom införande av skyddsbarriärer på exempelvis broar, samt vissa delar av det alkohol- och drogförebyggande arbetet. I dessa fall handlar det för regionen om att samverka och erbjuda stöd. Genom samverkan med kommuner får även regionen den kunskap om lokala behov som krävs för att insatserna ska kunna anpassas utifrån aktuella förhållanden.

Från en workshop i det länsgemensamma nätverket Uppdrag psykisk hälsa i maj 2019 framgick att samordnare i Stockholmsregionens kommuner önskar stöd i bland annat behovskartläggningar och strategisk planering av evidensbaserade insatser för suicidprevention.

Vidare finns en potential i samverkan med, och stöd till, frivilligorganisationer som arbetar utåtriktat med budskap om suicidprevention, samt med media kring ansvarsfull medierapportering.

3.5.2 Samverkan kring selektiv prevention

Vad gäller selektiv prevention framhålls i strategin insatser för stöd till personal i hälso- och sjukvård genom bl.a. utbildning och rutiner. Detta kan utvecklas i samverkan med vårdgivare samt med Regionledningskontoret (Strategisk personalförsörjning).

Som selektiv insats framhålls även utbildning till "gatekeepers" – personer i kontaktyrken eller i frivilligorganisationer som exempelvis först upptäcker personers behov av hjälp och stöd. Regionen kan, genom samverkan med personal i skola, ungdomsmottagningar, frivilligorganisationer, föreningsliv, religiösa samfund och lokalt verkande myndigheter stödja sådana aktörer. Även Hjälp- och stödlinjer samt stöd till anhöriga är vidare exempel på selektiva stödinsatser som ofta utförs av frivilligorganisationer och som regionen kan stödja. Patient- brukar -och anhörigorganisationer kan även genom samverkan och brukarinflytande bidra i vårdens utveckling samt delta som experter i utbildningar.

3.5.3 Samverkan kring indikerad prevention

Vad gäller indikerad prevention framhålls insatser såsom adekvat vård och behandling, uppföljning av personer som gjort suicidförsök samt stärkt vårdkedja. För sådana insatser krävs en utvecklad samverkan mellan primärvårdens alla delar, med den specialiserade psykiatrin, den somatiska vården (inkl. palliativa vården), akutsjukvården och prehospitala akutsjukvården (PAM, ambulans, m.fl.), 1177 Vårdguiden, stöd- och hjälplinjer, kommunal socialtjänst, med mera.

Även Polismyndighet, Räddningstjänst, SOS Alarm, trafikföretag, vaktbolag med fler är inblandade i akuta suicidrelaterade händelser. Ett samarbete - det så kallade SPIS-projektet – har tidigare funnits i regionen och har bland annat utvecklat det så kallade SPIS-larmet, suicidspecifika utbildningar till blåljusgrupper samt PAM. Idag återstår endast samverkan kring suicidstatistik mellan dessa parter. Behov finns enligt parterna av en mer uppstyrd och finansierad samverkan kring rollfördelning mellan blåljusverksamheter och hälso- -och sjukvård i de akuta situationerna i direkt anslutning till suicidförsök, samt kring hantering av suicidnära personer efter avbrutna suicidförsök.

4 Bilagor

Bilaga 1: Definitioner och begrepp

Anhörig	Här avses make/maka/ registrerad partner/sammanboende och barn, samt syskon, föräldrar och partners föräldrar.
APC	Akademiskt primärvårdscentrum. USV-enhet som servar personal och studenter vid primärvårdsenheter (oberoende av driftsform) med utbildning, forskning och utvecklingsarbete.
Arena	I det hälsofrämjande perspektivet talas det om olika arenor, eller vardagsmiljöer, där människor samlas och kan nås och påverkas till ett mer hälsosamt liv. Exempel på arenor är skolan, arbetsplatsen, affären, föreningen, kollektivtrafiken, sociala medier etc.
Befolkningsinriktad	Primärpreventiv insats, det vill säga insats som syftar till att förhindra att sjukdom över huvud taget uppträder, som riktar sig till alla invånare inom ett visst område.
Bestämningsfaktorer	De faktorer som har störst betydelse för hälsotillståndet. Exempel är arv, kön och ålder, strukturella faktorer som samhällsekonomi, fysisk och social miljö, boende, utbildning, arbete, samt levnadsvanor såsom mat, alkohol, droger, motion mm.
BUSSAM	Tjänstemannagrupp med chefstjänstemän från Storsthlm och Region Stockholm som svarar för det regionala arbetet med barn och ungdomar som behöver särskilt stöd.
Copingförmåga	En individs förmåga att hantera negativ stress och trauman.
CPF	Centrum för psykiatriforskning. USV-enhet som är den kliniska psykiatrins enhet för forskning, utbildning och utveckling i Region Stockholm.
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.

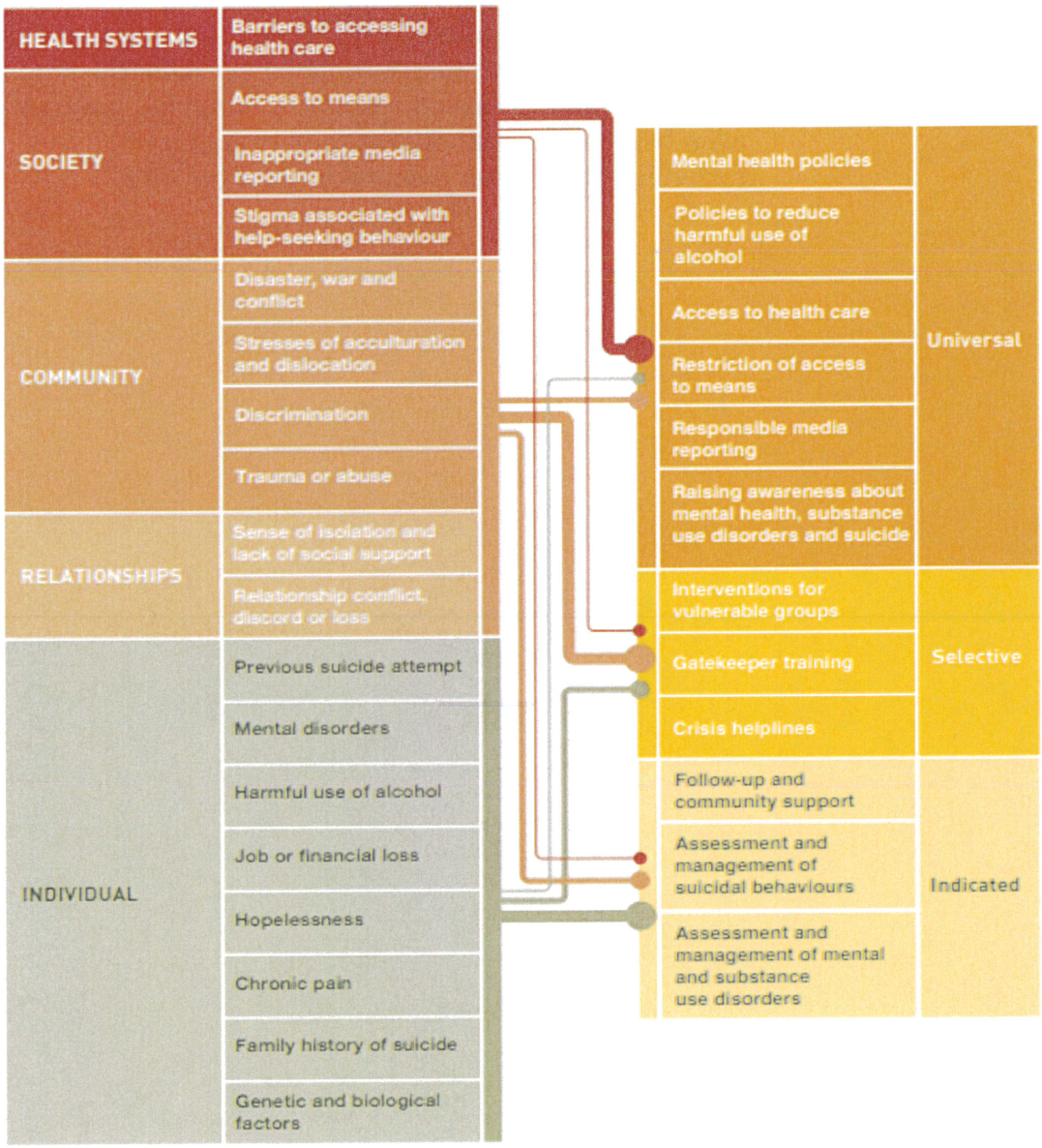
Epidemiologi	Läran om förekomst av sjukdomar och olycksfall i befolkningen, med hänsyn tagen till exempelvis kön, ålder och andra omständigheter av betydelse för prevention och behandling.
Förebyggande	Åtgärd/insats för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.
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.
Hälsofrämjande	Åtgärd/insats för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska eller sociala välbefinnande.
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Stockholm. Ansvarar för att det finns ett utbud av hälso- och sjukvård som svarar mot befolkningens behov. Ansvarar även för tandvård och insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade mm.
Kunskapsstyrning	Sveriges regioner etablerar med stöd av SKL 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.
Lokalsamhälle	Mindre område, exempelvis bostadsområde eller kommun.
NASP	Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, vid Karolinska Institutet samt Stockholm Läns Sjukvårdsområde (SLSO).
NPO	Nationella programområden inom den nationella kunskapsstyrningen.
Närstående	Här avses anhöriga (se ovan) och andra närstående personer t.ex. fosterföräldrar, fosterbarn, särboende.

Osäkra suicid	Skadehändelser med oklar avsikt (ICD-10-diagnoser Y10-Y34).
PAM	Psykiatrisk akut mobilitet, utryckningsfordon som hanterar suicidlarm och psykiatriska ärenden som kräver akut bedömning.
Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada.
Prehospital vård	Omedelbara medicinska insatser som utförs utanför vårdenhet av hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. ambulans.
Prevention	Används synonymt med Förebyggande, se ovan.
PSK	Patientsäkerhetskommittén i Region Stockholm.
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.
RCPH	Resurscentrum för psykisk ohälsa Stockholm -Gotland.
RPO	Regionala programområden inom den nationella kunskapsstyrningen.
Samverkan	Övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för visst syfte.
SKL	Sveriges kommuner och landsting.
Somatisk sjukdom	Kroppslig sjukdom.
SPES	Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd
SPIS-larm	Räddningstjänst, polis och ambulans larmas samtidigt vid hot om suicid. Den som är först på plats söker upp personen och försöker via samtal förhindra suicid.
SPIS-projekt	Samarbete mellan dåvarande Stockholms läns landsting/hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Räddningstjänsten, Polismyndigheten, SOS Alarm, Hälso- och sjukvården (psykiatrin), NASP och SPES.
Stigma	En oönskad social stämpling som orsakar bland annat skam, lidande och minskad självuppskattning.
Storsthlm	Förbund för kommunerna i Stockholms län.
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.*
Suicidprocess	Utvecklingen från en utlösande faktor till dess att suicid eller suicidförsök har begåtts.
Suicidrisk	Risken för att i en nära framtid begå 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.
Säkra suicid	Avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden (ICD 10-diagnoser X60-X84).
Uppdrag psykisk hälsa	Resultatet av en överenskommelse mellan regeringen och SKL om insatser och stimulansmedel inom området psykisk hälsa
USV-enhet	Universitetsjukvårdsenhet utsedd av Socialstyrelsen. Är förutom inom hälso- och sjukvård verksam inom klinisk forskning, utbildning och kunskapsspridning.
VKN	Vårdens kunskapsstyrningsnämnd i Region Stockholm. Ansvarar för att leda kunskapsstyrningsorganisationen inom Region Stockholms hälso- och sjukvård samt tandvård.
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.

Bilaga 2:WHO:s ramverk för suicidprevention



Figur 3. Översikt över riskfaktorer och därtill kopplade interventionsstrategier inom suicidprevention, på universell, selektiv och indikerad nivå (WHO, 2014).

Bilaga 3: Nationellt handlingsprogram för suicidprevention

Nedan beskrivs de nio nationella målområdena i det nationella handlingsprogrammet för suicidprevention (Socialdepartementet, 2008).

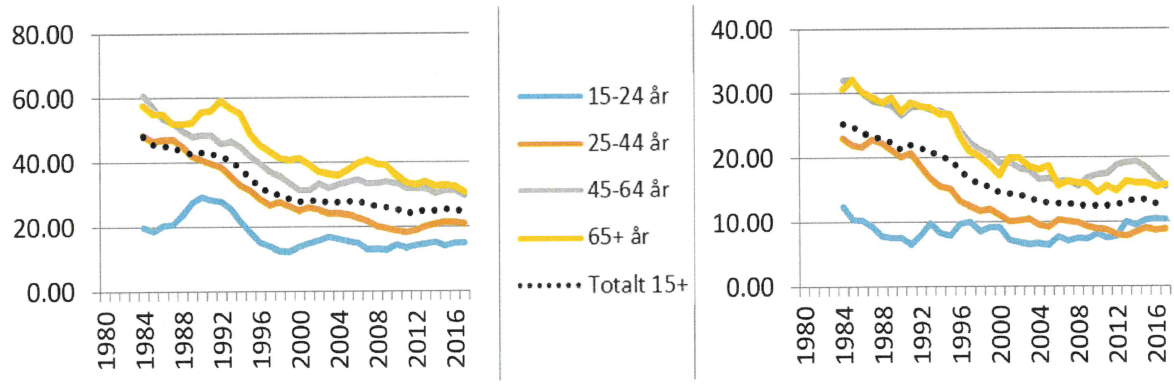
- Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper
- Insatser som minskar alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid
- Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid
- Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag
- Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser
- Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid
- Kompetenshöjning hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik
- Händelseanalyser av lex Maria-anmälningar efter suicid
- Stöd till frivilligorganisationer

Bilaga 4: Aktuell statistik för suicidhandlingar

År 2017 tog 315[14] personer sina liv i Stockholmsregionen, varav 65 procent var män. Suicidtalet, det vill säga antalet suicid per 100 000 i befolkningen, var 16,9. Det är ett lägre tal jämfört med hela riket (18,6). I Stockholmsregionen sågs högst suicidtal i den äldsta åldersgruppen (65 år och äldre) vilket är något högre jämfört med riket. Det är framför allt bland männen i denna åldersgrupp som de höga suicidtalen finns, i synnerhet bland män 85 år och äldre. Suicid bland barn under 15 år är mycket ovanligt (cirka två suicidfall varje år i Stockholmsregionen) och visas inte i figurerna nedan.

Vad gäller suicidförsök slutenvårdades 1 478 personer för självskador under 2017 i Stockholmsregionen (personer över 15 år). Av dessa var 65 procent kvinnor. Antalet suicidförsök per 100 000 invånare var 78,8, vilket kan jämföras med 91,0 i riket. När det gäller suicidförsök återfinns det högsta talet i åldersgruppen 15-24 år. Suicidförsökstalet bland barn 0-14 år var 8,4 under 2017.

Den nationella statistiken visar att suicidtalen minskar i den totala befolkningen. Emellertid finns en ökande suicidtrend bland unga personer (15-24 år), där suicidtalet ökade med 0,85 procent varje år mellan åren 1994-2017. I Stockholmsregionen finns en liknande trend, som dock är svårare att fastslå eftersom suicidtalen fluktuerar något mer där.



Figur 1. Utvecklingen i suicid i Stockholmsregionen mellan 1980 och 2017. Suicidtal (per 100 000 invånare) i olika åldersgrupper, bland män (*till vänster*) och kvinnor (*till höger*). Graferna visar 5 års glidande medelvärden för att tydliggöra trender. Observera att grafernas Y-axlar är olika.

[14] Både *säkra* och *osäkra* suicid är medräknade i denna statistik. Enlig den Internationella klassifikationen av dödsorsaker och sjukdomar och tillstånd som medför behov av kontakt med hälso- och sjukvården (ICD) , är *säkra* självmord de fall där inget tvivel råder om att avsikten varit att ta sitt liv, medan klassificeringen *osäkra* självmord används när man är osäker på uppsåtet bakom dödsfallet, dvs om det var en avsiktlig handling eller ett olycksfall. De flesta osäkra fallen kan hänföras till olika typer av förgiftningar. Man får en underrapportering av självmord om man väljer att räkna bara säkra diagnoser. Så mycket som 70 till 75 procent av de osäkra självmorden har efter psykologiska undersökningar skattats som självmord. Det finns alltså skäl till att slå ihop säkra och osäkra självmord för att få en mer rättvisande bild.

Bilaga 5: 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.cancerepilepsi, 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[15]
- Dålig problemlösningsförmåga
- Förlust (jobb/dödsfall/brutna relationer/pengar etc.), sorg, ofrivillig ensamhet, abort, sorg
- Socioekonomisk status (fattigdom/låg utbildningsnivå/arbetslöshet)
- Social isolering/ensamhet

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

- 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 6: Deltagare i framtagandet av strategin

Arbetet har genomförts av Sara Wiklund Cardell, hälso- och sjukvårdsförvaltningen (projektledare/folkhälsovetare) och Gergö Hadlaczky, NASP (verksamhetschef /suicidforskare), med medarbetare vid NASP Inga-Lill Ramberg (folkhälsovetare/suicidforskare), Sebastian Hökby (suicidforskare) och Bianca Blazevska (suicidforskare). Vidare har medarbetare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen; Johanna Broms (medicinsk rådgivare/psykiater) och Rosmarie Ciznisky Sjödahl (avtalshandläggare/specialistsjuksköterska i psykiatri), samt Ullakarin Nyberg (överläkare, suicidforskare/psykiater), SLSO deltagit i arbetet.

Styrgrupp för arbetet på hälso- och sjukvårdsförvaltningen har varit Maria Hägerstrand (enhetschef psykiatri), Anna Roland Andersson (enhetschef hälsoutveckling), Patrik Söderberg (chefläkare/medicinsk rådgivare prehospital vård) samt Ameli Norling (enhetschef kunskapsstyrning & stöd).

Underlaget har därutöver underhandsberetts med ett stort antal berörda intressenter inom och utanför Region Stockholm, såsom kunskapsstyrningsorganisationen för hälso- och sjukvården, trafikförvaltning, kommuner, patient- brukar- och anhörigorganisationer, blåljusverksamheter med flera. Dessa har ombetts att lämna synpunkter samt inkomma med inspel och önskemål inför konkretisering av strategin.

5 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 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.

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).

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