

Suicidpreventiv strategi 2021 - 2030 för Region Uppsala

Innehåll

Suicidpreventiv strategi 2021 - 2030 för Region Uppsala.....	1
Inledning.....	2
Varför suicidprevention är viktigt.....	2
Region Uppsalas roll i det suicidpreventiva arbetet.....	3
Syfte.....	3
Avgränsningar.....	4
Strategier och önskade resultat.....	4
Vision för det suicidpreventiva arbetet.....	4
Övergripande målsättningar.....	4
Strategier för det suicidpreventiva arbetet.....	5
Bred preventiv ansats.....	6
Samverkan för samtidiga insatser.....	6
Insatser utifrån regionala behov.....	7
Kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser.....	8
Universell suicidprevention.....	8
Selektiv suicidprevention.....	9
Indikerad suicidprevention.....	10
Insatser för medarbetare inom Region Uppsala.....	11
Genomförande av strategin.....	11
Strategins revidering.....	12
Samordning och stöd.....	13
Dokumenthistorik.....	13
Referenser.....	14
Bilagor.....	19
Bilaga 1 Skydds- och riskfaktorer för suicidhandlingar.....	19
Bilaga 2 Definitioner och begrepp.....	22

För definitioner av begrepp se [Bilaga 2 Definitioner och begrepp](#)

Inledning

Att sträva efter att förebygga förlusten av människoliv är den viktigaste uppgiften som hälso- och sjukvården är ålagd. Varje människoliv som går förlorat i suicid är en förlust för individen, de närstående och samhället. Sveriges riksdag bestämde redan 2008 att ”ingen människa ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att självmord ses som den enda utvägen”. Region Uppsala står bakom den visionen. Dagligen gör medarbetare inom Region Uppsala sitt yttersta för att hjälpa medmänniskor som mår psykiskt dåligt. Att förebygga att en människa mår så dåligt att hen inte ser någon annan utväg än att avsluta sitt liv kan vara komplext. Ofta syns det inte på utsidan hur en människa mår på insidan och det kan vara svårt att prata med någon som mår dåligt, har självmordstankar eller kanske mist en närstående i självmord. Men att göra det är livsviktigt. De flesta som överväger att ta sitt liv är ambivalenta, ofta ända fram till sista minuten, och behöver påminnas om skäl att leva. En liten medmänsklig insats kan räcka långt. Det vetenskapliga stödet som finns kring självmord är tydligt – vi kan förhindra suicid. Vi vet också att vi gör störst skillnad i denna fråga om vi jobbar tillsammans i vårt län. Över tid visar suicidtal i Uppsala län att det finns utrymme för förstärkning och förbättring. Region Uppsalas suicidpreventiva strategi 2021–2030 visar avsikten att jobba systematiskt och långsiktigt i denna fråga.

Uppsala 2020-11-09

Regiondirektör Johan von Knorring

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 närstående och andra berörda.¹ Suicid representerar inte bara en individuell tragedi utan är också en förlust för samhället.² De senaste 20 åren har i genomsnitt 52 människor dött i suicid årligen i Uppsala län.³ Den nationella statistiken visar att det finns och har funnits en ökande suicidtrend i åldersgruppen 15–24 år sedan mitten på 1990-talet. I samma åldersgrupp är suicid idag den vanligaste dödsorsaken, och nästan 200 personer i åldern 15-19 år slutenvårdas årligen på för suicidhandlingar.⁴

¹ Folkhälsomyndigheten, 2019a.

² Socialdepartementet, 2008.

³ https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx.

⁴ <https://ki.se/forskning/det-vet-vi-om-sjalvmord-bland-unga>

Suicidhandlingar är oftast den yttersta konsekvensen av ett svårt lidande.⁵ Lidandet kan ha orsakats av att personen i fråga drabbats av exempelvis psykisk sjukdom, somatisk sjukdom, eller av svårt drabbande livshändelser. Se även Bilaga 1 Skydds- och riskfaktorer för suicidhandlingar.

Suicidproblematik innebär inte enbart ett lidande för den suicidnära personen utan också för dennes familj och andra närstående. Att leva som närstående till någon som mår så dåligt att hen har tankar på att inte orka leva längre är mycket stressande och sorgen efter en närståendes dödsfall i suicid är oftast mera traumatisk än vid dödsfall av andra orsaker.⁶ Sorgen kan kompliceras av de närståendes känsla av skam och skuld samt av tabun när det gäller suicid.⁷ Utöver närstående drabbas också personer som bevittnar suicid, exempelvis i trafiken och i hälso- och sjukvården. Forskning visar att det i stor utsträckning 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.⁸

Region Uppsalas 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.⁹ Folkhälsomyndigheten framhåller att suicidförebyggande insatser på både individ- och befolkningsnivå behöver intensifieras på alla samhällsnivåer.¹⁰ Region Uppsala har, med ansvarsområden inom hälso- och sjukvård, regional utveckling, kollektivtrafik och även som arbetsgivare, en ytterst viktig roll i Uppsala läns suicidpreventiva arbete.

Syfte

Syftet med föreliggande strategi är att fastslå strategier och insatser för ett effektivt och kunskapsbaserat suicidpreventivt arbete i Region Uppsala. Strategin är utformad på en övergripande nivå. Region Uppsala, samt verksamheter finansierade av Region Uppsala, ska tillämpa strategin inom ramen för ordinarie

⁵ Ungdomars suicidhandlingar kan även vara impulshandlingar efter starka känslor av exempelvis avvisande eller kränkningar.

⁶ Scocco m.fl. 2019; Larsson Omerov, 2014; Spillane m.fl., 2018.

⁷ NASP, 2002a; NASP 2002b; Spillane, 2018.

⁸ NASPc, 2019; FOHM, 2016; SBU, 2015b.

⁹ WHO, 2014; Socialdepartementet, 2008.

¹⁰ Folkhälsomyndigheten, 2019b.

verksamhetsplanering. För att tydliggöra insatser och förväntade mål ska lokala suicidpreventiva handlingsplaner upprättas.

Avgränsningar

Strategin innehåller följande avgränsningar:

- Strategin avser suicidprevention specifikt och baseras på en sammanställning av vetenskapliga artiklar som undersökt studier med suicid och suicidförsök som utfallsmått.¹¹
- Strategin omfattar inte kliniska behandlingsmetoder, då det är hälso- och sjukvårdens ansvar.

Strategier och önskade resultat

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.¹²

En nollvision för suicid är beslutad av Sveriges riksdag 2008. Nollvisionen syftar till att samla olika krafter i samhället åt ett gemensamt håll. Syftet med visionen är därmed *inte* att lägga hela ansvaret på någon av länkarna i kedjan, som hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolan eller familjen.¹³ Nollvisionen kräver insatser från flera aktörer i samhället. Region Uppsala arbetar utifrån nollvisionen, men behöver ha målsättningar längs vägen som sätts i paritet med vad som är rimligt att påverka genom genomförande av kunskapsbaserade insatser inom regionens ansvarsområden. Därutöver behöver verksamheter inom Region Uppsala stödja och samverka med andra lokala, regionala och nationella aktörer som finns kring suicidala individer.

Övergripande målsättningar

Övergripande målsättningar är att strategin ska bidra till följande:

- All verksamhet finansierad av Region Uppsala planerar och genomför kontinuerligt suicidpreventiva aktiviteter utifrån Region Uppsalas suicidpreventiva strategi 2021–2030.

Mäts genom: Ordinarie system för uppföljning av budget och bokslut, årligen.

¹¹ NASP 2019c.

¹² *Nationellt handlingsprogram för suicid*, Socialdepartementet 2008.

¹³ Socialdepartementet, 2008.

Målvärde: Region Uppsala återrapporterar genomförda aktiviteter inom suicidprevention i sina delårsrapporter och årsberättelser.

- Förekomsten av antalet suicid minskar i befolkningen i Uppsala län.

Mäts genom: Uppföljning av trenden för suicid över tid.

Målvärde: En statistiskt säkerställd minskning av trenden för suicid under en period av minst åtta år bakåt i tiden genomförs av Hälso- och sjukvårdsavdelningen.¹⁴ Mätningen genomförs 2025 och gäller perioden 2018–2025.

- Förekomsten av suicidförsök minskar i Uppsala läns befolkningen.

Mäts genom: Uppföljning av trenden av suicidförsök över tid.

Målvärde: En statistiskt säkerställd minskning av trenden för suicidförsök under en period av minst åtta år bakåt i tiden genomförs av Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Mätningen genomförs 2025 och gäller perioden 2018–2025.

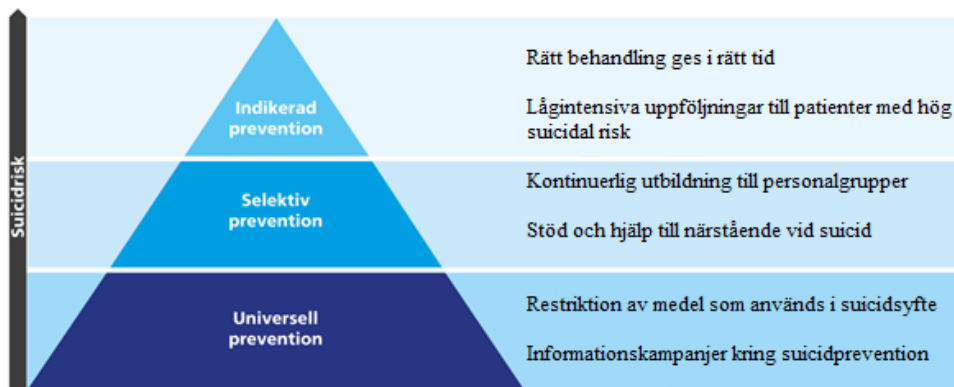
Strategier för det suicidpreventiva arbetet

I detta stycke presenteras den preventiva modell som ligger till grund för Region Uppsalas suicidpreventiva arbete. Olika evidensbaserade suicidpreventiva insatser finns att tillgå utifrån varje preventiv nivå.

Figur 1. Exempel på suicidpreventiva insatser. synliggör exempel på suicidpreventiva insatser utifrån respektive nivå. Den treskaliga preventiva modellen ska möjliggöra för alla aktörer i Uppsala län att se vilka suicidpreventiva insatser som är samstämmiga med deras verksamhet.

En fullständig förteckning över evidensbaserade suicidpreventiva insatser, som samstämmer med den preventiva modellen, återfinns på hemsidan <https://respi.se>.

¹⁴ 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 förvaltningar och verksamheters verksamhetsplaner/handlingsplaner. Kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser kan förväntas bidra till att trenderna påverkas i positiv riktning.



FIGUR 1. EXEMPEL PÅ SUICIDPREVENTIVA INSATSER.

Bred preventiv ansats

Det suicidpreventiva arbetet i Region Uppsala ska utgå från tre nivåer: universell, selektiv och indikerad prevention. Därutöver ska Region Uppsala, givet dess storlek som arbetsgivare, arbeta för att förebygga och hantera suicidrelaterad ohälsa hos Region Uppsalas medarbetare.

Suicidprevention inom Region Uppsalas förvaltningar och verksamheter kommer att se olika ut. En del förvaltningar kan och ska fokusera på alla tre preventiva nivåer medan andra förvaltningar har större påverkansmöjligheter inom en specifik preventiv nivå. Exempelvis berör Hälso- och sjukvårdsavdelningens, inom förvaltningen Regionkontoret, ansvarsområden alla tre preventionsnivåer, medan förvaltningen Trafik och samhälle huvudsakligen berör universell prevention, med åtgärder som att exempelvis minska tillgång till suicidmedel och etablera informationsskyltar på suicidtäta platser, samt selektiv prevention, exempelvis genom att utbilda personalgrupper som i sin profession kommer i kontakt med suicidnära individer.

Samverkan för samtidiga insatser

Region Uppsalas suicidpreventiva arbete ska, i enlighet med forskning, utgå ifrån en multikomponentstrategi. Det innebär att åtgärder om möjligt ska genomföras samtidigt i Uppsala län. Det kan till exempel handla om utbildningar som genomförs inom förvaltningar i Region Uppsala men även inom exempelvis kommunal verksamhet samtidigt. När olika risknivåer och arenor adresseras samtidigt kan insatserna förstärka varandra.¹⁵

- Hälso- och sjukvårdsavdelningen ska ta initiativ till övergripande samordning av Region Uppsalas samverkan, både mellan olika förvaltningar och med

¹⁵ NASP, 2019c.

externa aktörer, i det suicidpreventiva arbetet. Externa aktörer kan exempelvis gälla länets kommuner, statliga nyckelaktörer, privata vårdgivare, civilsamhället osv.

- Trafik och samhälle ska ta initiativ i den samverkan som avser bolag inom kollektivtrafik samt med Trafikverket gällande implementering av kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser.
- Regionkontorets HR-avdelning ska ta initiativ till samverkan med samtliga förvaltningar inom Region Uppsala kring chefsstöd riktat till att förebygga och hantera suicidhandlingar bland medarbetare.
- Region Uppsalas verksamheter ska arbeta utåtriktat gentemot relevanta samverkanspartners på lokal nivå i Uppsala län gällande suicidprevention.

Insatser utifrån regionala behov

Suicidpreventiva insatser ska vara relevanta för Uppsala län och utgå från regionala behov uppvisade exempelvis i kartläggningsstudier via register, händelseanalyser, journalgranskningar. Se [Suicidprevention - Kunskapsstöd suicidprevention Uppsala län](#).

Prioriteringar ska utgå från de suicidmetoder, riskgrupper, brister i vårdkedjan, i kollektivtrafiken och liknande som är mest aktuella för Uppsala län. Att exempelvis noga dra möjlig lärdom av en minderårigs suicid är särskilt viktigt och möjlighet för samverkan kring metoder för händelseanalyser av suicid bland minderåriga bör övervägas. Planering av insatser ska även baseras på analyser av de aktuella behoven hos de målgrupper som ska genomföra förändringen.¹⁶

Vetenskaplig grund

Suicidpreventiva insatser ska, så långt det är möjligt, utgå från 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 Forskning- och utbildningsverksamhet och därmed bidra till fortsatt kunskapsutveckling.

Personen i centrum

Det är inte bara *vad* som görs som är betydelsefullt, utan också *hur* det görs. När suicidpreventiva insatser planeras och genomförs ska innebörden av "personen i centrum" definieras utifrån patienters, brukares och närståendes perspektiv och

¹⁶ Grimshaw m.fl., 2012.

dessas erfarenheter ska tas tillvara. Det förhållningssätt som återfinns inom personcentrerad vård ska genomsyra Region Uppsalas suicidpreventiva arbete - oavsett om det gäller insatser inom eller utanför hälso- och sjukvården. Vid upprättande av lokala handlingsplaner ska detta förhållningssätt vara gällande.¹⁷

Kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser

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.¹⁸

Följande exempel på universella suicidpreventiva insatser är kunskapsbaserade och relevanta på länsnivå. För fullständig lista över rekommenderade suicidpreventiva insatser på universell nivå se **Error! Hyperlink reference not valid.**

- 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.) Utgångspunkt vid val av insatser bör vara data för suicidmetoder som är vanligast i Region Uppsala. Se [Suicidprevention - Kunskapsstöd suicidprevention Uppsala län.](#)
- Skolbaserade program för att förstärka skyddande faktorer och minska riskfaktorer (t.ex. Youth aware of mental health, YAM).
- 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.

¹⁷ 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).

¹⁸ NASP, 2019c.

- 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.
- Uppsättning av informationsskyltar på suicidtäta platser, som motiverar till hjälpsökande, exempelvis med telefonnummer till hjälplinjer.

Selektiv suicidprevention

Selektiv suicidprevention riktar sig till grupper med 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 psykisk sjukdom, beroendetillstånd¹⁹, allvarlig somatisk sjukdom som medför kraftigt lidande, funktionsförluster och/eller personlighetsförändringar, funktionsnedsättningar, samsjuklighet, plötsliga livskriser eller ackumulerande livsproblem, ärftlighet för suicid, närstående till svårt sjuka, efterlevande efter suicid, HBTQ+, äldre män, personer tillhörande vissa minoritetsgrupper m.fl. 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.²⁰

Följande exempel på generella selektiva suicidpreventiva insatser är kunskapsbaserade och relevanta på regional nivå. För fullständig lista över rekommenderade suicidpreventiva insatser på selektiv nivå se <https://www.respi.se>.

- Kontinuerlig 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.²¹
- Kontinuerlig utbildning av andra yrkesgrupper (så kallade "gatekeepers") kring bemötande och identifiering av suicidnära personer. Exempelvis personal i kollektivtrafik, frivilligorganisationer, religiösa samfund, blåljusverksamheter, skola, samordningsförbund, myndigheter med direktkontakt med medborgare, etc.

¹⁹ Diagnoser relaterade till beroende var de vanligaste vid suicid som inträffat i slutenvård i stockholmsregionen under 2011-2016, Narusyte m.fl., 2019. Personer med beroendetillstånd bör därmed vara en särskilt relevant målgrupp för selektiva insatser.

²⁰ Narusyte m.fl., 2019.

²¹ 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.

- Hjälp- och stödlinjer för suicidnära eller närstående till 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. Stödlinjerna fyller även en viktig funktion för närstående till suicidala personer.

Indikerad suicidprevention

Indikerad prevention riktar sig till personer med individuell risk för suicid. Exempel är personer som har genomfört ett suicidförsök eller som bedöms som suicidnära. Journalgranskningsstudier visar att patienter med förhöjd risk att ta sitt liv förekommer inom alla delar av Region Uppsala. Tidig upptäckt, diagnosticering, behandling och uppföljning är centralt för dessa personer, liksom åtgärder för att minska eventuell social problematik.

Följande exempel på indikerade suicidpreventiva insatser är kunskapsbaserade och relevanta på regional nivå. För fullständig lista över rekommenderade suicidpreventiva insatser på indikerad nivå se <https://www.respi.se>.

- Behandla de tillstånd eller minska de svårigheter som är riskfaktorer. Riskfaktorer Forskning visar att detta är ett viktigt sätt att förebygga suicid för personer med suicidrisk.
- I dagsläget är det svårt att förutse kommande suicidhandlingar hos personer, eller att skilja ut personer som är verkligt suicidnära från andra personer för att kunna rikta suicidpreventiva insatser till de som behöver dem allra mest.²² Ett sätt att hantera denna svårighet kan vara att erbjuda eller genomföra uppföljningar till många patienter som komplement till, eller 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 digitala besök. Uppföljning av personer som gjort ett 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.
- Andra insatser för att förbättra för personer med suicidrisk kan vara att förbättra vårdkedjan, exempelvis vad gäller kommunikationen mellan olika vårdgivare. Det kan exempelvis finnas oklarheter när det gäller vilka patienter som tillhör psykiatri respektive primärvården.²³ Brister kan finnas i vårdkedjor mellan specialistsjukvård i somatik och psykiatri, inom prehospitalet vård, liksom mellan vård och omsorg. Glapp kan också uppstå i övergången från barn- och

²² SBU, 2015a; NASP, 2019.

²³ Karlsson, 2009.

ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri eller från barnsjukvård till vården för vuxna. En fungerande vårdkedja är särskilt angelägen vid allvarigare ohälsa och suicidalitet som oftast kräver en längre behandling och uppföljning.

- Närstående bör så långt det är möjligt (med patientens samtycke vid vuxna patienter) alltid finnas med i behandlingen, både för att förstå värdet av de medicinska och psykologiska interventionerna och för att kunna vara till hjälp och larma vid en eventuell försämring.
- Hälso- och sjukvården har en särskild skyldighet att beakta barns behov av information, råd och stöd om förälder, syskon eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har allvarlig ohälsa och/eller suicidalitet.

Insatser för medarbetare inom Region Uppsala

Insatser för att förebygga suicidrelaterad ohälsa hos medarbetare i Region Uppsala rör bland annat krishantering vid suicidhändelser på arbetsplatser, stöd till medarbetare som är närstående 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.

Följande exempel på suicidpreventiva insatser för medarbetare är kunskapsbaserade och relevanta på regional nivå. För fullständig lista över rekommenderade suicidpreventiva insatser på indikerad nivå se <https://www.respi.se>.

- Genomföra en kartläggning av tillgängliga suicidpreventiva utbildningar och bedöma om det finns behov som inte är tillgodosedda via utbildningarna.
- Utarbeta en samlad, lättillgänglig, information om de suicidpreventiva utbildningar som tillhandahålls inom verksamheten och tydliggöra hur utbildningarna ska spridas inom verksamheten.
- Utarbeta centrala och lokala riktlinjer för hur anställdas självmordstankar, suicidförsök eller suicid ska hanteras i en verksamhet.
- Utarbeta centrala och lokala riktlinjer för hur medarbetare ska agera när någon (patient/klient/medarbetare) visar tecken på starka suicidtankar eller -planer.

Genomförande av strategin

Strategins genomförande ska ske enligt följande:

- All verksamhet i, eller finansierad av, Region Uppsala ska inkludera och genomföra suicidpreventiva aktiviteter kontinuerligt i sin

verksamhetsplanering. Detta i enlighet med verksamhetsuppdragen i Regionplan och budget för Region Uppsala. Strategier för det suicidpreventiva arbetet konkretiserar detta.

- All verksamhet i, eller finansierad av, Region Uppsala ska upprätta suicidpreventiva handlingsplaner som tydliggör aktiviteter, målsättningar, ansvarig avdelning/enhet samt tidsramar i en framtagna mall, [Suicidprevention 2021–2030 - Mall handlingsplan inom Region Uppsala](#) för detta ändamål. Hälso- och sjukvårdsavdelningen kan vid behov stödja och bistå detta arbete. Finansiering för insatser ska rymmas inom ordinarie budget eller hanteras inom ordinarie budgetprocess.
- Respektive förvaltningsdirektör inom Region Uppsala avgör om handlingsplanerna ska genomföras förvaltningsövergripande eller delegeras till verksamhetsnivå. Den framtagna handlingsplanen ska fastställas av förvaltningsdirektör eller verksamhetschef.
- Genomförandet av de framtagna handlingsplanerna ska ske inom ordinarie strukturer för respektive förvaltning/verksamhet. Uppföljning av arbetets utfall i respektive förvaltning integreras i ordinarie system för uppföljning av budget och bokslut. Respektive förvaltning/verksamhet ansvarar även för förbättringar utifrån utfallet i de konkreta aktiviteterna.
- I de målsättningar som definieras i de lokala handlingsplanerna ska främst *processmål* kopplat till genomförandet av specifika insatser anges. 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.

Strategins revidering

Strategin ska revideras enligt följande:

- Strategin i sin helhet ska följas upp i Regionstyrelsen vartannat år under sin giltighetstid (2023, 2025, 2027, 2029) med avseende på aktuellt evidensläge samt på relevans i föreslagna strukturer för ledning och styrning. Vid behov ska strategin revideras. Hälso- och sjukvårdsavdelningen ansvarar för att övergripande överse behovet av revidering.
- Hälso- och sjukvårdsavdelningen ansvarar för att följa upp och återkoppla utfallet av de Övergripande målsättningarna avseende suicidhändelser till

Regionstyrelsen.

Samordning och stöd

Samordning och stöd i arbetet med att genomföra strategin enligt följande:

- Hälso- och sjukvårdsavdelningen ansvarar för att vid behov bistå och stödja Region Uppsalas förvaltningars suicidpreventiva arbete utifrån strategin, i nära samverkan med övriga förvaltningar.
- Kunskapsstöd finns framtaget se, [Suicidprevention - Kunskapsstöd suicidprevention i Uppsala län](#) och [Suicidprevention - Kunskapsstöd utbildning](#), gällande Uppsala län och rekommenderade suicidpreventiva utbildningar.
- Hälso- och sjukvårdsavdelningens suicidpreventiva samordnare medverkar i Folkhälsomyndighetens nationella nätverk för regionala suicidpreventiva samordnare.

Dokumenthistorik

Författare

Erik Klingenberg med flera.

Datum

2020-11-11

Nytt dokument.

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) [korrigerig 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., Frisé, 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 litteraturoversikt.
- 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](https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld), Göteborgs universitet (2019). <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>. 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/fpsy.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 självskaðebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturoversikt (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-varuskador/varuskador/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/

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 en drabbats av svår sjukdom (psykisk eller somatisk fysisk) eller av olika trauman och drabbande livshändelser. En betydande andel av de som försökt ta sina liv har i olika studier konstaterats lida av depression, ångesttillstånd, schizofreni eller annan psykisk sjukdom.²⁴

Somatiska tillstånd som för med sig ett betydande lidande som kan resultera i suicidhandlingar är till exempel diabetes²⁵, maligna tumörsjukdomar²⁶ och kronisk smärta.²⁷ Konflikter i familjen²⁸, erfarenheter av mobbning²⁹, arbetslöshet³⁰ och ekonomiska svårigheter³¹, nedsatt beslutsfattande³², liksom ett stort antal olika riskbeteenden eller stressande livshändelser³³ 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 en genomför en suicidhandling även om risken finns. Svårigheten är att det på ett tillförlitligt sätt inte går att skilja de som kan komma att suicidera från de som inte kommer att göra det.³⁴ 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, närstående till personer 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.).

²⁴ Nock m.fl., 2009; Nock m.fl., 2010.

²⁵ Butwicka m.fl., 2015; Pompili m.fl., 2014.

²⁶ Hem m.fl., 2004; Vyssoki m.fl., 2015.

²⁷ Tang & Crane, 2006.

²⁸ Kazan m.fl., 2016.

²⁹ Holt m.fl., 2015.

³⁰ Milner m.fl., 2013.

³¹ Frasquilho m.fl., 2016.

³² Hadlaczký m.fl., 2018.

³³ Liu & Miller, 2014; Carli m.fl., 2014.

³⁴ Belsher m.fl., 2019; Large m.fl., 2016.

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)
- Funktionsnedsättningar (t.ex. autism)
- Hinder för vård sökande (t.ex. på grund av stigma, distans, oförmåga)
- Bristande följsamhet eller dålig motivation 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.)
- Närstående till person som har suiciderat/gjort suicidförsök, eller exponering för suicid på annat sätt

- Personlighetsdrag: introversion, hopplöshet, aversion mot förluster, impulsivitet, aggression, ängslighet³⁵
- Dålig problemlösningsförmåga
- Förlust så som exempelvis jobb, dödsfall, brutna relationer, pengar etc.
- Socioekonomisk status (fattigdom/låg utbildningsnivå/arbetslöshet)
- 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

³⁵ Denna är både skydds- och riskfaktor, beroende på vilken kön som har det och vilka andra drag det är kombinerat med.

Bilaga 2 Definitioner och begrepp

Då begreppen anhörig och närstående används inkonsekvent i officiella dokument, har vi i denna strategi valt att använda oss enbart av ordet närstående som inkluderar både anhöriga barn och vuxna och de relationer personen själv väljer och anser sig ha.

Copingförmåga	En individs förmåga att hantera negativ stress och trauman.
Efterlevande	De personer som är närstående till en avliden och som personen själv ansåg sig ha en nära relation till.
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.
Närstående	Här avses personens samtliga nära relationer som make/maka, registrerad partner/sammanboende, barn, syskon, föräldrar och andra närstående personer som personen själv väljer och anser sig ha en nära relation till.
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.
Vårdgivare	Statlig myndighet, 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.