

Suicidprevention handlingsplan, Akademiska sjukhuset

Innehåll

Suicidprevention handlingsplan, Akademiska sjukhuset.....	1
Bakgrund.....	2
Beskrivning.....	2
Målgrupper	2
Avgränsningar	2
Region Uppsalas suicidpreventiva strategi 2021 - 2030.....	2
Uppdraget.....	3
Personen i centrum.....	3
Handlingsplanens användande	4
Hjälp och stöd	4
Roller och ansvar	4
Dokumenthistorik.....	5
Suicidpreventiv handlingsplan	6
Insatser riktade till hela befolkningen (Universella insatser).....	6
Insatser riktade till grupper i utsatthet för suicidrisk (Selektiva insatser)	7
Insatser riktade till individer med suicidrisk (Indikerade insatser).....	15
Insatser för medarbetare.....	18

Bakgrund

Regionstyrelsen för Region Uppsala har antagit [Suicidpreventiv strategi 2021 - 2030 för Region Uppsala](#). Strategin klargör att all verksamhet finansierad av Region Uppsala ska upprätta lokala suicidpreventiva handlingsplaner där pågående insatser tydliggörs. Inom Region Uppsalas offentliga förvaltningar avgör respektive förvaltningsdirektör om handlingsplanen ska vara övergripande för förvaltningen eller delegeras till verksamhetschefer. Handlingsplanen ska vara fastställd av förvaltningsdirektör, verksamhetschef eller motsvarande.

Beskrivning

Målgrupper

Denna handlingsplan gäller för följande förvaltning/verksamhet: Akademiska universitetssjukhuset.

Avgränsningar

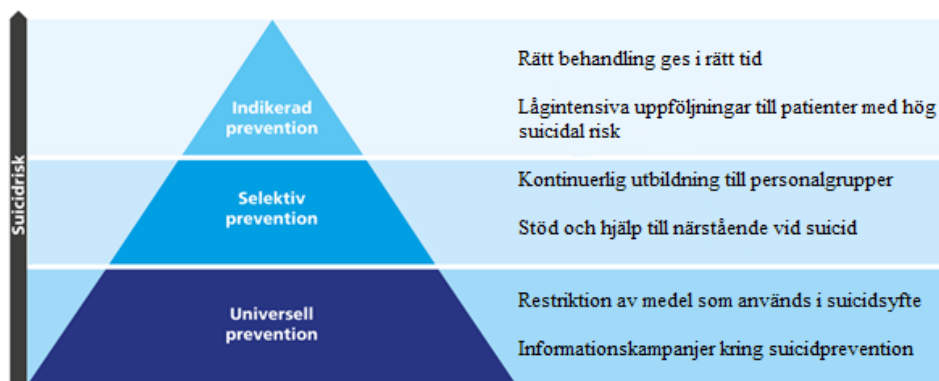
Handlingsplanen innehåller följande avgränsningar:

- Handlingsplanen ska baseras på Region Uppsalas suicidpreventiva strategi 2021–2030.
- Handlingsplanen omfattar inte kliniska behandlingsmetoder då det är hälso- och sjukvårdens ansvar. Se DocPlus-dokumentet [Suicidrisk och suicidförsök – omhändertagande av patienter inom Region Uppsala](#) för mera information kring vilka rutiner som gäller i kontakten med suicidala patienter.

Region Uppsalas suicidpreventiva strategi 2021 - 2030

[Suicidpreventiv strategi 2021 - 2030 för Region Uppsala](#) baseras på en sammanställning av vetenskapliga artiklar som undersökt studier med suicid och suicidförsök som utfallsmått. Varje förvaltning/verksamhet utgår ifrån de tre strategiska preventionsnivåerna + insatser för medarbetare utifrån det framtagna kunskapsunderlaget för att utforma lokala suicidpreventiva handlingsplaner:

- *Universella* insatser riktade till hela befolkningen så som exempelvis restriktion av medel som används i suicidsyfte, eller informationskampanjer kring suicidprevention.
- *Selektiva* insatser riktade till de som på gruppnivå har en särskild utsatthet för suicidrisk så som exempelvis kontinuerlig utbildning till personalgrupper, eller stöd och hjälp till närstående vid suicid.
- *Indikerade* insatser riktade till individer med suicidrisk så som exempelvis att rätt behandling ges i rätt tid, eller lågintensiva uppföljningar till patienter med hög suicidal risk.



Figur 1. Några exempel på insatser inom de olika preventionsnivåerna. Komplet listor finns på <https://respi.se/>

Uppdraget

Uppdraget innebär att:

- All verksamhet i, eller finansierad av, Region Uppsala ska inkludera och genomföra suicidpreventiva aktiviteter i sin verksamhetsplanering.
- All verksamhet i, eller finansierad av, Region Uppsala ska upprätta suicidpreventiva handlingsplaner som tydliggör aktiviteter, målsättningar, ansvarig avdelning/enhet samt tidsramar i denna mall. (Om mallen önskas kompletteras med exempelvis underrubriker eller andra kolumner än de som presenteras är det görbart.)
- Respektive förvaltningsdirektör inom Region Uppsala avgör om handlingsplanerna ska genomföras förvaltningsövergripande eller delegeras till verksamhetsnivå. Den framtagna handlingsplanen ska fastställas av förvaltningsdirektör/verksamhetschef eller motsvarande.
- 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.

Personen i centrum

Det är inte bara *vad* som görs som är betydelsefullt, utan också *hur* det görs. Personcentrerad vård kallas det etiska förhållningssätt som bygger på en jämbördig dialog där personens egen berättelse står i centrum. Det finns forskning som talar för att ett personcentrerat bemötande ökar möjligheterna att upptäcka riskfaktorer för suicid.

När suicidpreventiva insatser planeras och genomförs ska innebörden av "personen i centrum" definieras utifrån patienters, brukares och närståendes perspektiv och dessas erfarenheter ska tas tillvara. Detta förhållningssätt 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.

Handlingsplanens användande

Utgå ifrån innehållet i [Suicidpreventiv strategi 2021 - 2030 för Region Uppsala](#). Exempel på kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser, arbeten inom andra regioner samt andra relevanta uppgifter kring suicid finns på <https://respi.se/>.

Fastställ vilka insatser som ska genomföras, vad insatserna förväntas uppnå och hur detta ska mätas, vem som är ansvarig för insatsens verkställande, samt insatsens startpunkt (och eventuell slutpunkt).

Förvaltningen/verksamheten avgör själv vilka insatser som är aktuella samt om det finns insatser kopplat till samtliga tre preventiva nivåer eller endast någon/några av dem. Insatser kopplat till medarbetare är aktuellt för samtliga verksamheter.

Hjälp och stöd

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 kring suicidpreventiva utbildningar finns att tillgå, se [Suicidprevention - Kunskapsstöd utbildning](#). Kunskapsstöd kring suicid i Uppsala län finns att tillgå, se [Suicidprevention - Kunskapsstöd suicidprevention i Uppsala län](#)

Roller och ansvar

Upprättad handlingsplan är fastställd av förvaltningsdirektör, Akademiska sjukhuset.

Verksamhetschefens ansvar är att:

- Författningar och lagar följs

Avdelningschef/chefen för enhetens ansvar är att:

- Författningar och lagar följs
- Enheten arbetar för enhetlig dokumentation

Dokumenthistorik

Författare

Birgit Vahlberg, Erik Klingenberg.

Datum

2020-11-09 Nytt dokument.

2021-11-22 Uppdaterade länkar, ändrad rubriksättning

2021-12-22 Handlingsplan klar för godkännande.

Granskare: Marie Sjödin, Johan Lugnegård, Åsa Törnkvist.

Suicidpreventiv handlingsplan

Insatser riktade till hela befolkningen (Universella insatser)

Under *Aktiviteter* ska det framgå vilka insatser som kommer att genomföras. Under *Målsättningar* ska det framgå vad aktiviteten förväntas uppnå och hur det ska mätas. Under *Ansvarig för aktiviteten* ska det framgå vem som säkerställer aktivitetens genomförande. Under *Start för aktivitet* uppges när aktiviteten ska påbörjas. Under *Slut för aktivitet* uppges när (om möjligt) aktiviteten ska vara avslutad.

	Aktiviteter	Målsättningar (inkl. mätmetod och målvärde)	Ansvarig för aktiviteten	Start för aktivitet	Slut för aktivitet
1.					

Insatser riktade till grupper i utsatthet för suicidrisk (Selektiva insatser)

Under *Aktiviteter* ska det framgå vilka insatser som kommer att genomföras. Under *Målsättningar* ska det framgå vad aktiviteten förväntas uppnå och hur det ska mätas. Under *Ansvarig för aktiviteten* ska det framgå vem som säkerställer aktivitetens genomförande. Under *Start för aktivitet* uppges när aktiviteten ska påbörjas. Under *Slut för aktivitet* uppges när (om möjligt) aktiviteten ska vara avslutad.

	Aktiviteter	Målsättningar (inkl. mätmetod och målvärde)	Ansvarig för aktiviteten	Start för aktivitet	Slut för aktivitet
1.	Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Den upprättade vägledningen Suicidrisk och suicidförsök – omhändertagande av patienter inom Region Uppsala ska utgöra grunden för omhändertagande av suicidala personer och beskrivna åtgärder och rutiner ska tillämpas inom Akademiska sjukhuset.	Målsättning: Vägledningen Suicidrisk och suicidförsök – omhändertagande av patienter inom Region Uppsala och beskrivna rutiner ska vara kända för omhändertagande av suicidala patienter och eventuella lokala riktlinjer ska länkas till dokumentet. Mätmetod: Beskrivna rutiner tydliggörs och sprids till verksamheterna i lämpligt forum. Muntlig avstämning årligen vad gäller följsamhet till rutiner. Årlig uppföljning vid ledningens genomgång. Målvärde: Tydliga rutiner finns vid vård av suicidala	Verksamhetschef ansvarar för att rutiner är kända av medarbetarna och att rutinerna följs.	Januari 2022	Kontinuerligt

		<i>patienter, vilket möjliggör god patientsäkerhet.</i>			
2.	<p>Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Utbildningsbehov identifieras och berörd personal som behöver får vidareutbildning.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) PingPong utbildningen "Suicidprevention, del I-II", blir obligatorisk för alla som arbetar patientnära. 2) Filmerna "Stör döden" och "Ett steg för livet" visas på APT eller annat gruppforum. 3) Yrkesspecifika fördjupade utbildningar i suicidriskbedömning (exempelvis: Första hjälpen till psykisk hälsa/MHFA, Psyk-E bas Suicid) <p>Utbildning för vårdpersonal i hela region. Uppsala i hur man kan ha samtal med personer som har suicidtankar erbjuds. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kommer att göra en stor intern utbildningsinsats för personalen rörande suicidprevention.</p>	<p>Målsättning: Alla medarbetare har grundläggande kunskaper kring suicidprevention adekvata för sina uppdrag och i sin roll som medarbetare. Detta utifrån aktuellt kunskapsstöd utbildning, se Suicidprevention - Kunskapsstöd utbildning för patienter inom Region Uppsala.</p> <p>Mätmetod: Antal utbildningsinsatser registreras i det rapportverktyg som finns kopplat till PingPong och följs upp i verksamhetsuppföljningen Även muntlig avstämning av måluppfyllelse. Årlig uppföljning vid ledningens genomgång.</p> <p>Målvärde: <i>Höjd kunskapsnivå hos samtliga yrkeskategorier vad gäller suicidprevention.</i></p>	<p>Verksamhetschef följer upp att berörd personal tar del av adekvat utbildning. Verksamheten följer upp slutförda utbildningar årligen och på sjukhusövergripande nivå samt identifierar nya behov. Avdelningschefer eller motsvarande följer upp antal genomförda utbildningsinsatser i PingPong. VO psykiatri erbjuder samtalsutbildning för vårdpersonal under år 2022. BUP utbildar sin personal i suicidprevention, under år 2022. Förvaltningsdirektör beslutar om</p>	<p>Januari 2022</p>	<p>Kontinuerligt</p>

			obligatorisk PingPong utbildning kopplat till suicidprevention.		
3.	<p>Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Tydliggörande av diagnoskodning för suicid, suicidtankar, suicidförsök och självskadebeteende. Rutin runt diagnoskodning i patientjournalen ska ske enligt Socialstyrelsens rådande riktlinjer och vara känd i verksamheten.</p> <p><u>Diagnoskoder:</u> "Självdestruktiv handling" X60-X84: säkra suicid Y10-Y34: osäkra suicid https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/</p>	<p>Målsättning: Definitioner rörande suicid, suicidförsök och självskadebeteende ska vara kända i verksamheten liksom rådande rutin för diagnoskodning. Rutinen för diagnoskodning i patientjournalen vad gäller fullbordat suicid, suicidförsök och självskadebeteende ska vara känd och göras enligt Socialstyrelsens rådande riktlinjer (i nuläget ICD-10-SE). I vilka situationer diagnoskoderna ska användas ska också vara känt i verksamheten.</p> <p>Mätmetod: Diagnoskodning sker enligt gällande rutin vilket blir tydligt och märks i patientjournalen.</p>	<p>Verksamhetschef ansvarar för att rutinen är känd i läkargruppen.</p> <p>Chef för vårdadministrativ service (VAS) ansvarar för att rutin för diagnoskodning är känd.</p> <p>DRG/klassifikationskoordinator.</p>	Januari 2022	December 2022

		Målvärde: <i>Enhetlig diagnoskodning vilket möjliggör vidare behandling och korrekt datauttag.</i>			
4.	<p>Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Rutin för omhändertagande och bedömning av suicidrisk i behandlingsplaneringen ska vara känd och tillämpas i verksamheten. Se, Suicidrisk och suicidförsök – omhändertagande av patienter inom Region Uppsala Exempel på skattningsskalor som kan användas vid bedömning av suicidnära patienter ska tydliggöras i verksamheten.</p> <p>Se, https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/skattningsskalor/skattningsskalor</p>	<p>Målsättning: Suicidriskbedömning i behandlingsplaneringen ska ske på ett likartat och strukturerat sätt. Skattningsskalor ska användas som komplement till övrig bedömning, vilket dokumenteras i patientjournalen. Målvärde: <i>Personer med risk för suicid omhändertas på ett patientsäkert sätt och bedöms på ett strukturerat och likartat sätt där validerade skattningsskalor utgör del av bedömningen.</i></p>	Verksamhetschef ansvarar för att rutiner är kända.	Januari 2022	Kontinuerligt
5.	<p>Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Dokumentation ska göras enligt rutin systematiskt och med en bestämd struktur, under lämpliga sökord i Cosmic och inte i löpande text. Obligatoriska sökord kopplat till suicid eller suicidförsök ska ses över och användas vid dokumentation i Cosmic.</p>	<p>Målsättning: Strukturerade suicidriskbedömningar görs. Mätmetod: Suicidriskbedömningar sker strukturerat och dokumenteras enligt framtagna sökordsstruktur i Cosmic (psykiatri).</p>	Verksamhetschef inom somatisk vård känner till sökordsstruktur.	Januari 2022	Kontinuerligt

	<p>Följande sökord finns redan i läkarmallarna för psykiatri:</p> <p><u>Status:</u> Suicidal beteende: #Suicidalitet</p> <p>Aktuell suicidstege, Aktuellt suicidförsök, Aktuell suicidal kommunikation</p> <p><u>Bedömning (suicidrisk):</u> D NY Öppenvård psykiatrisk bedömning: Mycket låg suicidrisk, Viss suicidrisk, Hög suicidrisk, Mycket hög suicidrisk</p>	<p>Uppföljning kan ske genom exempelvis journalgranskning.</p> <p>Målvärde: <i>Vården blir mer patientsäker och jämlik genom att risken minskar för att viktig information saknas.</i></p>			
6.	<p>Specialiserad psykiatrisk vård: Rutiner för samverkan internt och externt utifrån ett suicidperspektiv ses över. En vårdplan upprättas tillsammans med patient och dokumenteras i patientjournalen. Upprätta samordnad individuell plan (SIP) i samråd med patient och vårdgrannar vid behov. Vid behov, utarbetande av individuella säkerhetsplaneringar för patienter med suicidrisk.</p>	<p>Målsättning: Alla suicidnära patienter ska ha en tydlig och dokumenterad vårdplan och vid behov samordnad individuell plan (SIP) inför utskrivning från sjukhuset.</p> <p>Mätmetod: I den interna verksamhetsuppföljningen årligen efterfråga hur många SIP och vårdplaneringar som genomförts. Kan t ex fås via kommunikationsverktyget mellan kommun och region.</p> <p>Målvärde: <i>Säkerställer kontinuitet och samverkan i samband med vårdövergångar mellan olika vårdgivare och olika huvudmän inför in- och</i></p>	<p>Verksamhetschef följer kontinuerligt upp rutin och ansvarar för att system och rutiner är kända av medarbetarna.</p>	<p>Januari 2022</p>	<p>Kontinuerligt</p>

		<i>utskrivning från Akademiska sjukhuset.</i>			
7.	<p>Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Allvarlig händelse som leder till vårdskada ska alltid rapporteras, utredas och åtgärdas samt följas upp. Registrering av suicid/suicidförsök som avvikelshändelse ska ske i MedControl. Alla medarbetare ska kunna rapportera avvikelser i MedControl. Utbildning finns i PingPong.</p>	<p>Målsättning: Rutin för hur allvarliga händelser som suicid och suicidförsök ska registreras i MedControl är kända i verksamheten och följs. Mätmetod: Suicid/Suicidförsök dokumenteras alltid i journal med diagnoskod och registreras som en avvikelse i MedControl även om patienten inte tidigare haft någon tidigare psykiatrisk kontakt. Målvärde: Skapar underlag för förbättrad och säkrare vård och i förlängningen nöjdare kunder.</p>	Verksamhetschef ansvarar för att system och rutiner är kända av medarbetarna. Alla medarbetare är skyldiga att rapportera när en skada, eller risk för skada upptäcks.	Januari 2022	Kontinuerligt
8.	<p>Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Rutin för efterlevandesamtal används då en person suiciderat. Anhöriga till någon som suiciderat informeras om befintliga hjälp- och stödlinjer;</p>	<p>Målsättning: Rutin för information till anhöriga med kontaktvägar för långsiktigt omhändertagande i efterförloppet efter suicid finns i verksamheterna.</p>	Verksamhetschef ansvarar för att rutin svarar mot behov samt eventuell revidering av rutin.	Januari 2022	Kontinuerligt

	<p>t.ex. Anhörigcenter i kommunen, jourhavande medmänniska, jourhavande präst, telefonjouren från Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandes Stöd (SPES).</p> <p>https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/stod-till-anhoriga-efter-suicid/</p>	<p>Mätmetod: Efterlevandesamtal efter suicid genomförs och dokumenteras i patientjournalen. Information ges till vuxna anhöriga om befintliga hjälp- och stödlinjer, vilket dokumenteras i patientjournalen.</p> <p>Målvärde: <i>Akademiska sjukhuset ska ge information om vidare kontaktvägar så att vuxna anhöriga får långsiktigt stöd som underlättar krisbearbetning och nöjdhet samt motverkar framtida psykisk ohälsa.</i></p>			
9.	<p>Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Riktlinje för vilken information, råd och stöd som barn bör och kan få efter att någon förälder eller motsvarande suiciderat ska vara känd och tillämpas i verksamheten.</p>	<p>Målsättning: Akademiska sjukhuset ska utifrån hälso- och sjukvårdslagen särskilt beakta barnens behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider på grund av suicid.</p> <p>Mätmetod: Det finns en riktlinje för omhändertagande av barn vid förlust av vuxen</p>	Verksamhetschef ansvarar för att riktlinje svarar mot behov samt eventuell revidering.	Januari 2022	December 2021

		<p>anhörig som tagit sitt liv eller är suicidal att tillämpa i verksamheten.</p> <p>Målvärde: <i>Barn som anhörig får lämpligt stöd som underlättar krisbearbetning och motverkar framtida psykisk ohälsa.</i></p>			
--	--	---	--	--	--

Insatser riktade till individer med suicidrisk (Indikerade insatser)

Under *Aktiviteter* ska det framgå vilka insatser som kommer att genomföras. Under *Målsättningar* ska det framgå vad aktiviteten förväntas uppnå och hur det ska mätas. Under *Ansvarig för aktiviteten* ska det framgå vem som säkerställer aktivitetens genomförande. Under *Start för aktivitet* uppges när aktiviteten ska påbörjas. Under *Slut för aktivitet* uppges när (om möjligt) aktiviteten ska vara avslutad.

	Aktiviteter	Målsättningar (inkl. mätmetod och målvärde)	Ansvarig för aktiviteten	Start för aktivitet	Slut för aktivitet
1.	<p>Specialiserad psykiatrisk vård: Översyn av vårdprocesser och rutiner för att underlätta övergång till och från annan vårdaktör eller vårdnivå vid ut-respektive inskrivning från Akademiska sjukhuset. Detta gäller remittering och vidare vård av suicidnära patienter till/från primärvårdsverksamhet eller kommunalpsykiatri. Tydliggöra ansvar för specialiserad psykiatrisk och somatisk vård vad gäller rutiner att identifiera, hänvisa, bedöma, behandla och följa upp självmordsrisk samt ha kännedom om primärvårdens ansvar.</p>	<p>Målsättning: Att identifiera vilken hjälp primärvården och kommunal psykiatri kan ge vid risk för suicid, dvs hur snabb hjälp, på vilket sätt samt vilken utbildning de har samt vice versa.</p> <p>Mätmetod: En översyn av vårdprocessen genomförs under år 2022.</p> <p>Målvärde: <i>Hjälp, stöd och uppföljning så att suicidala patienter snabbt kommer i kontakt med adekvat vårdnivå vid Akademiska sjukhuset.</i></p>	Verksamhetschef är ansvarig för att se över om rutiner svarar mot behov.	Januari 2022	December 2022

	Rutin för uppföljning efter suicidförsök i primärvård/öppenvård ska vara känd.				
2.	<p>Specialiserad psykiatrisk och somatisk vård: Händelseanalys genomförs vid allvarlig händelse (vårdskada) som fullbordat suicid, enligt gällande rutin. Allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO.</p> <p>Se, Händelseanalys vid allvarlig händelse Akademiska sjukhuset</p> <p>Lex Maria anmälan - rutin vid allvarlig händelse</p> <p>Mindre allvarliga händelser kan utredas med händelseanalys, i första hand av verksamheten själv.</p>	<p>Målsättning: Rutin för genomförande av händelseanalys vid allvarlig händelse (vårdskada) är känd. Mätmetod: Att händelseanalys genomförts efter fullbordat suicid och åtgärder har dokumenterats följs upp i verksamhetsberättelsen. Målvärde: <i>Förbättrad patientsäkerhet.</i></p>	<p>Om patienten haft psykiatrisk kontakt månaden/månaderna innan suicid bör en bedömning göras av VO psykiatri om det ska göras en händelseanalys.</p> <p>Om en patient haft kontakt med somatisk mottagning i nära anknytning (inom en månad från besök eller inläggning) till suicid så bör en bedömning göras av chefsläkare inom förvaltningen om det ska utföras en händelseanalys.</p> <p>Om suicidet inte varit i nära anslutning till ett mottagningsbesök behöver inte en händelseanalys utföras.</p>	Januari 2022	Kontinuerligt

			<p>Chefsläkare är anmälningsansvarig och samordnar arbetet.</p> <p>Verksamhetschef utformar anmälan och de bilagor som krävs.</p> <p>Vid slutförd händelseanalys ska verksamhetschef besluta om vidare åtgärder samt hur dessa åtgärder implementeras i verksamheten så att förändring uppnås.</p>		
--	--	--	--	--	--

Insatser för medarbetare

Under *Aktiviteter* ska det framgå vilka insatser som kommer att genomföras. Under *Målsättningar* ska det framgå vad aktiviteten förväntas uppnå och hur det ska mätas. Under *Ansvarig för aktiviteten* ska det framgå vem som säkerställer aktivitetens genomförande. Under *Start för aktivitet* uppges när aktiviteten ska påbörjas. Under *Slut för aktivitet* uppges när (om möjligt) aktiviteten ska vara avslutad.

	Aktiviteter	Målsättningar (inkl. mätmetod och målvärde)	Ansvarig för aktiviteten	Start för aktivitet	Slut för aktivitet
1.	HR: Den upprättade vägledningen till chefer: <i>Suicidprevention – Att förebygga suicid och psykisk ohälsa, samt främja psykisk hälsa på arbetsplatsen ska vara känd av chefer inom förvaltningen.</i>	Mätmetod Avstämning i slutet av året via Verksam. Målvärde Chefer ska känna till stödet och dess innehåll.	Respektive chef inom förvaltningen ansvarar för att gå igenom vägledningmaterialet. Kommunikation om vägledningmaterialet går i linje via HR till chefer.	Januari 2022	Kontinuerligt