

Strategi för suicidprevention

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Suicidhandlingar är den yttersta konsekvensen av ett svårt lidande. Lidandet kan ha orsakats av svår sjukdom (psykisk eller somatisk), eller av olika trauman och svårt drabbande livshändelser, som exempelvis arbetslöshet, ekonomiska svårigheter, social isolering, förlust av närstående etc. Förutom att suicid leder till förlust av människoliv innebär det ett omfattande lidande för den som tar sitt liv liksom för närstående och andra berörda. Vidare ger suicidförsök ofta negativa psykologiska och somatiska konsekvenser som kan vara bestående.

Enligt Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) sker det varje år cirka 320 suicid i Stockholmsregionen¹. Vanligast är suicid bland män och i åldersgruppen 65 år och äldre. Den nationella statistiken visar att suicid minskar i den totala befolkningen men att det finns en ökande suicidtrend bland unga personer. Vad gäller suicidförsök vårdas cirka 1800 personer årligen i slutenvård i Stockholmsregionen². Suicidförsök är vanligast bland kvinnor och i åldersgruppen 15 till 24 år³.

Suicidproblematik innebär inte enbart ett lidande för den suicidnära personen utan också för dennes närstående. Forskning visar att sorgen efter en närståendes suicid ofta är mer traumatisk än vid dödsfall av andra orsaker⁴. Sorgen kompliceras av de närståendes känsla av skam och skuld samt av tabun när det gäller suicid. Att leva med någon som är suicidnära är mycket stressande. Utöver närstående drabbas också personer som bevittnar suicid, exempelvis anställda i hälso- och sjukvården samt resenärer och anställda i kollektivtrafiken.

Forskning visar att det är möjligt att förebygga suicidhandlingar. Såväl NASP som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Folkhälsomyndigheten har i olika genomgångar av vetenskaplig litteratur visat att olika typer av insatser minskar utfall av suicid, suicidförsök och/eller suicidtänkar⁴. Eftersom en komplex problematik och ett brett spektrum av riskfaktorer ligger bakom suicidhandlingar, kräver suicidprevention en bred ansats.

¹ NASP Självmord i Stockholms län, 2019.

² Folkhälsorapport 2019, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.

³ NASP Självmordsförsök i Stockholms län, 2019.

⁴ NASP, Rekommendationer för suicidpreventiva insatser på befolkningsnivå-RESPI, 2019. Se också Folkhälsomyndigheten. Effekter av insatser för att förebygga suicid - Resultat från en kartläggande litteraturöversikt (2016) samt SBU, Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturöversikt (2015). 2015. SBU-rapport nr 241.

Region Stockholm har, genom uppdrag inom hälso- och sjukvård, regional utveckling, kultur och kollektivtrafik, en ytterst viktig roll i arbetet med suicidpreventionen såväl gentemot invånarna som de egna medarbetarna. Ett brett suicidpreventivt arbete bidrar till uppfyllelsen av regionfullmäktiges inriktningsmål om hållbar regional utveckling och hållbar arbetsgivare samt de underliggande nämndspecifika målen.

1.2 Syfte

Strategi för suicidprevention syftar till att stärka Region Stockholms suicidpreventiva arbete och utifrån en behovsbedömning ge vägledning till nämnder och bolag vid valet av aktiviteter och insatser.

Strategin utgår från ett kunskapsstöd utvecklat av NASP på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden. Kunskapsstödet utgörs av en genomgång av vetenskaplig litteratur om suicidpreventiva metoder⁴ samt en statistisk analys av samtliga suicidfall i regionen 2011-2016⁵.

Genom att Region Stockholms verksamheter utgår från den kunskapsbaserade strategin vid genomförande av suicidpreventiva insatser och aktiviteter samt samverkar inom och utanför Region Stockholm vid genomförandet av strategin, stärks det suicidpreventiva arbetet vilket är till nytta för Region Stockholms invånare och medarbetare samt kan bidra till att antalet suicid och suicidförsök minskar i Stockholmsregionen.

1.3 Tillämpning

Strategi för suicidprevention gäller för nämnder och bolag i Region Stockholm. Genom att ställa relevanta krav i avtal utifrån strategin över tid, får strategin i tillämpliga delar även genomslag i verksamheter som utförs med finansiering av Region Stockholm såsom vårdgivare, trafikbolag, vaktbolag m.fl.

Det kunskapsstöd som ligger till grund för strategin omfattar vetenskaplig litteratur som visat effekt på minskning av suicidförsök och/eller suicid. Forskning som enbart rör effekter i form av minskning av psykisk ohälsa utgör inte underlag för strategin. Strategin omfattar inte heller kliniska behandlingsmetoder, dels därför att kunskapsstyrningsorganisationen inom hälso- och sjukvården ansvarar för riktlinjer kring det, men också för att strategier som ska gälla på sikt inte ska innehålla metoder som kan ändras.

⁵ 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).

2. Övergripande inriktningar för strategin

2.1 Insatser från flera aktörer i samverkan

Socialdepartementet fastställde år 2008 i Nationellt handlingsprogram för suicid en vision för det suicidpreventiva arbetet. Visionen innebär att ingen människa ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord.

En nollvision för suicid beslutades även av dåvarande Stockholms läns landsting år 2006 och av Sveriges riksdag år 2008. Strategi för suicidprevention ska bidra till att uppnå nollvisionen.

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

Region Stockholm arbetar mot nollvisionen utifrån vad som är möjligt och rimligt att påverka genom implementering av kunskapsbaserade insatser inom regionens ansvarsområden. Region Stockholms suicidpreventiva arbete ska, grundat i forskning och erfarenhet, utgå ifrån att flera olika åtgärder på olika nivåer behöver vidtas samtidigt⁴. För att uppnå störst effekt behöver insatser planeras strategiskt i samverkan med olika aktörer.

Verksamheter inom Region Stockholm behöver därför samverka i planeringen och genomförande av olika aktiviteter och insatser. Verksamheter inom Region Stockholm behöver också stödja och samverka med lokala, regionala och nationella aktörer i det suicidpreventiva arbetet. Nämner och bolag ska när så är tillämpligt arbeta utåtriktat gentemot relevanta samverkanspartners på lokal nivå i det suicidpreventiva arbetet, såsom kommuner, civilsamhälle, blåljusverksamheter (Polismyndighet, Räddningstjänst och SOS Alarm), lokalt verkande myndigheter med direktkontakt med medborgare, samordningsförbund, religiösa samfund samt media. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt NASP medverkar för Region Stockholms räkning i Folkhälsomyndighetens nationella nätverk för regionala suicidpreventiva samordnare.

2.2 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 FOU-verksamhet och därmed bidra till fortsatt kunskapsutveckling.

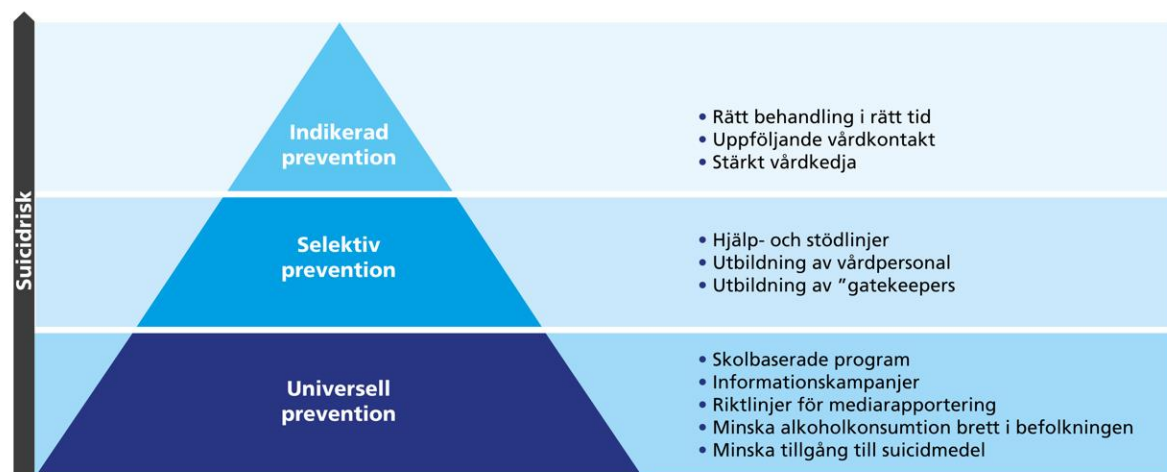
3. Strategier för det suicidpreventiva arbetet

Följande strategier ska ligga till grund för Region Stockholms suicidpreventiva arbete:

- Bred ansats utifrån universell, selektiv och indikerad prevention
- Insatser utifrån behov
- Personen i centrum
- Stöd till Region Stockholms medarbetare

3.1 Bred ansats utifrån universell, selektiv och indikerad prevention

Kunskapsbaserad suicidprevention och en nollvision för suicid kräver en bred preventiv ansats. Det suicidpreventiva arbetet i Region Stockholm ska utgå från tre nivåer: universell, selektiv och indikerad prevention (se figur 1 nedan). Detta innebär att insatserna ska rikta sig till olika målgrupper i befolkningen, med avseende på risknivå.



Figur 1. Exempel på insatser inom de olika preventionsnivåerna.

Insatser för respektive preventionsnivå, samt evidensklassning för de olika kunskapsbaserade insatserna, beskrivs närmare nedan. Fokus ser olika ut för olika verksamheter i Region Stockholm med avseende på de preventiva nivåerna. Exempelvis berör hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområden alla tre preventionsnivåer. Prioritering, konkretisering och förankring ska göras avseende behovet av insatser i respektive verksamhet.

3.1.1 Nivå 1 - universell suicidprevention

Universell suicidprevention riktar sig till hela befolkningen oavsett risknivå. Universella insatser når fler personer och ger därmed större effekt än insatser riktade till enbart riskgrupper. Universella suicidpreventiva insatser handlar inte bara om att förebygga psykisk ohälsa, utan även om att förebygga andra orsaker till lidande såsom kränkande särbehandling,

trakasserier och diskriminering, social isolering och andra typer av utsatthet. Barn och ungdomar är viktiga målgrupper för de universella insatserna som i bästa fall även ger skyddande effekter livet ut.

Insatser för att begränsa tillgången till suicidmedel inkluderas också i denna preventionsnivå. Den teoretiska utgångspunkten med dessa insatser är att, ju längre det tar och ju svårare det är för en person att anskaffa ett dödligt medel (t.ex. klättra över ett broräcke, eller få i sig läkemedel), desto mer tid finns det för personen att bli kvitt sina mest intensiva suicidtankar eller bli omhändertagen av andra. 6

Följande universella suicidpreventiva insatser är kunskapsbaserade och relevanta för Region Stockholms verksamheter⁴:

- 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. olika former av hinder vid suicidtäta platser, eller avlägsnande av fästen för hängsnaror i tak på vårdavdelningar etc.) (*Stark evidens*). Utgångspunkter vid val av insatser bör vara data för suicidmetoder och platser för suicid 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 riskfaktor för suicid (*Måttlig evidens. Studier avser dock främst metoder för restriktioner på nationell nivå*).
- Informationskampanjer riktade till invånarna 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*).
- Samarbete med medier för ansvarsfull medierapportering kring suicid. Medias rapportering av suicidrelaterade händelser kan få negativa konsekvenser om den sker på fel sätt. WHO har utvecklat riktlinjer för ansvarsfull medierapportering⁷. Implementering av dessa riktlinjer bör stärkas genom samverkan med medier. (*Måttlig evidens*).

⁶ Se NASP, 2019c.

⁷ Att förebygga självmord - ett stödmaterial för professionella inom media, Karolinska institutet 2009 (översättning av WHO 2008).

3.1.2 Nivå 2 - selektiv suicidprevention

Selektiv suicidprevention riktar sig till grupper i särskild utsatthet för suicidrisk, det vill säga de som på gruppnivå har en känd förhöjd risk, men därmed inte säkert har förhöjd risk som individer. Exempel är personer med psykiatrisk sjukdom, beroendetillstånd⁸, allvarlig somatisk sjukdom som medför kraftigt lidande, funktionsförluster och/eller personlighetsförändringar, personer med funktionsnedsättningar, samsjuklighet, plötsliga livskriser eller ackumulerande livsproblem, ärftlighet för suicid, anhörig till person som suiciderat eller gjort suicidförsök eller exponering för suicid på annat sätt, anhöriga/närstående till svårt sjuka, HBTQ+, äldre män, personer tillhörande vissa minoritetsgrupper m.fl.⁴

Insatserna vad gäller selektiv suicidprevention syftar till att fånga upp de personer som är i behov av hjälp, stöd och vård för sjukdom, beroende och/eller livsproblem, samt att stärka personernas förmåga att hantera livskriser. Ju tidigare insatser sätts in, desto större chans finns att förebygga suicid.

Strategin vad gäller selektiv suicidprevention innebär primärt att säkra att personer som arbetar i kontaktyrken uppmärksammar de grupper som är särskilt utsatta för risk och i relevanta fall identifierar och hänvisar vidare till hälso- och sjukvård för suicidriskbedömning, samt att hälso- och sjukvården har beredskap och kapacitet att ta emot patienterna. Personer i kontaktyrken i, av Region Stockholms finansierade verksamheter såsom hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och kultur, liksom andra aktörer i samhället såsom kommunalt finansierade verksamheter (t.ex. skola) och frivilligorganisationer, kan erbjudas utbildningar i detta syfte.

Det finns inte alltid behov av särskilda insatser som är anpassade för en specifik grupp⁴. Inom strategin ryms dock även vidareutveckling och utvärdering av insatser för olika riskgrupper där det idag finns initiativ men där det saknas evidens vad gäller minskning av suicidhandlingar. Insatser att utveckla är exempelvis sådana som syftar till att minska social isolering hos äldre, utveckla krisomhändertagande för efterlevande (som i sig är en riskgrupp för suicidhandlingar) m.m.

Följande generella selektiva suicidpreventiva insatser är kunskapsbaserade och relevanta för Region Stockholms verksamheter⁴:

- Utbildning av och stöd till hälso- och sjukvårdspersonal kring identifiering respektive behandling av suicidnära patienter. Stödet bör

⁸ Diagnoser relaterade till beroende var de vanligaste vid suicid som inträffat i slutenvård Stockholmsregionen under 2011-2016 (Narusyte m.fl, 2019⁷). Personer med beroendetillstånd bör därmed vara en särskilt relevant målgrupp för selektiva insatser i Stockholmsregionen.

vara kollegialt men även komma från ledningen. Stöd kan innebära att införa rutiner för stöd till medarbetare efter suicid och kan förstärkas av samtidig utbildning kring suicidprevention. Forskning visar att vårdpersonal som får stöd för att hantera suicidfall bland sina patienter är mer benägna att arbeta med suicidprevention⁹. (*Måttlig evidens*)

- Utbildning av andra yrkesgrupper ("gatekeepers") kring bemötande och identifiering av suicidnära personer (exempelvis personal i kollektivtrafik, vaktbolag, frivilligorganisationer, religiösa samfund, blåljusverksamheter, skola, samordningsförbund, myndigheter med direktkontakt med medborgare etc.) Behovsanalys av kompetensutveckling bör göras i samverkan med relevanta aktörer och utbildningar erbjudas av regionen, med stöd av NASP. (*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. (*Svag evidens. Det är dock möjligt att insatser är effektiva trots att evidens saknas på grund av svårigheter att utvärdera när användare ringer anonymt.*)

Därutöver behöver planering och utformning av vård ske utifrån kunskap om hur olika grupper söker vård 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 suicidgrupper⁷.

3.1.3 Nivå 3 - indikerad suicidprevention

Indikerad prevention riktar sig till personer med individuell risk för suicid. En betydande andel av de personer som försökt ta sina liv har i olika studier konstaterats lida av depression, ångesttillstånd, schizofreni eller annan psykisk sjukdom. Därutöver finns det somatiska tillstånd som för med sig ett betydande lidande som kan resultera i suicidhandlingar såsom diabetes, KOL, maligna tumörsjukdomar, epilepsi och kronisk smärta. Samsjuklighet av alla slag är också viktigt att identifiera och behandla för att förebygga suicidhandlingar. Patienter med förhöjd risk att ta sitt liv förekommer

⁹ Ramberg IL, Di Lucca MA, Hadlaczky G. 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 4;13(2):195

Samuelsson, M., & Åsberg, M. Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 115-121, 2002; 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. *Br J Psychiatry*. 2017 Oct;211(4):252.

därmed inom alla delar av hälso- och sjukvården. För att minska risken för suicid behöver verksamheter inom hälso- och sjukvården arbeta systematiskt, med evidensbaserade behandlingsmetoder och med god samverkan mellan olika instanser.

Tidig upptäckt, diagnostisering, behandling och uppföljning är centralt, liksom åtgärder för att minska eventuell social problematik.

Exempel på indikerade kunskapsbaserade suicidpreventiva insatser relevanta på regional nivå är följande⁴:

- Erbjuda lågintensiva uppföljningar till många patienter. I dagsläget är det inte möjligt att skilja ut personer som är verkligt suicidnära och därmed rikta insatser enbart till dem⁴. Ett sätt att hantera detta kan vara att erbjuda lågintensiva uppföljningar till många patienter istället för att identifiera individer med hög risk och tillhandahålla resursintensiva insatser till dem. En lågintensiv insats kan vara att ha kontakt med en patient på regelbunden basis genom exempelvis telefonsamtal eller digitala kanaler. Uppföljning av personer som gjort suicidförsök är särskilt angeläget. Insatser bör initieras omedelbart efter att ett suicidförsök kommit till vårdens kännedom och bör sannolikt ges till alla patienter efter ett suicidförsök. (*Stark/måttlig evidens*)
- Förbättra vårdkedjan. 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 allvarigare ohälsa och suicidalitet som oftast kräver en längre behandling och uppföljning. Det kan bland annat finnas oklarheter när det gäller vilka patienter som tillhör psykiatrin respektive primärvården¹⁰. Brister kan även finnas i vårdkedjor mellan specialistsjukvård i somatik och psykiatri, inom prehospital vård, liksom mellan vård och omsorg.

3.2 Insatser utifrån behov

Suicidpreventiva insatser ska vara relevanta för Region Stockholm och utgå från regionala behov uppvisade exempelvis i kartlägningsstudier via register, risk- och händelseanalyser, journalgranskningar, etc. Nämnder och bolag som planerar suicidpreventiva insatser ska därför i sina prioriteringar utgå från sådana underlag rörande exempelvis suicidmedel, platser där det sker suicid, riskgrupper, brister i vårdkedjan etc. och som är mest aktuella för Region Stockholm. Planeringen av insatser ska även, i

¹⁰ Karlsson, L. (2009). Experienced needs amongst staff in primary care to work suicide preventive. A qualitative study based on 14 deep interviews. Magisteruppsats. Karolinska Institutet.

enlighet med implementeringsforskning, baseras på analyser av de aktuella behoven i respektive verksamhet som ska genomföra strategin¹¹.

3.3 Personen i centrum

Det är inte bara *vad* som görs som är betydelsefullt, utan också *hur* det görs.

När nämnder och bolag planerar och implementerar suicidpreventiva insatser ska innebörden av ”personen i centrum” definieras utifrån invånarnas perspektiv, dvs. patienters, närståendes, resenärers och besökares perspektiv. Barns perspektiv ska särskilt beaktas, liksom ett familje- och närståendeperspektiv. Det förhållningssätt som återfinns inom personcentrerad vård¹² ska genomsyra Region Stockholms suicidpreventiva arbete, oavsett om det gäller insatser inom eller utanför hälso- och sjukvården.

3.4 Stöd till Region Stockholms medarbetare

Insatser för att förebygga suicidrelaterad ohälsa hos berörda medarbetare i Region Stockholm ryms inom ramen för det arbetsmiljöansvar som Region Stockholm redan har. Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall¹³. Vid psykiskt påfrestande situationer ska arbetsgivaren vidta åtgärder som exempelvis att tillhandahålla handledning, ge stöd och hjälp från chef och kollegor för att minska risk för ohälsa¹⁴. Arbetsgivaren ska även vidta åtgärder för att motverka att arbetsuppgifter och arbetssituationer som är starkt psykiskt påfrestande leder till ohälsa hos arbetstagarna. Exempel på arbetsuppgifter och arbetssituationer som kan vara starkt psykiskt påfrestande är att bemöta människor i svåra situationer, utsättas för trauman, lösa konflikter, fatta svåra beslut under press där också etiska dilemman ingår.

Utifrån ett suicidpreventionsperspektiv ska arbetsgivaren ge stöd och utbildning till medarbetare som i sitt yrke kommer i kontakt med suicidnära personer (se även 3.1.2 ovan), krishantering vid suicidhändelser på arbetsplatser samt stöd till medarbetare som är närstående vid suicidhändelser.

¹¹ 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.

¹² Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt med en ökande aktualitet. Det bygger på en jämbördig dialog där personens egen berättelse står i centrum. Enligt Beskow & Nyberg finns det mycket som talar för att ett personcentrerat bemötande ökar möjligheterna att upptäcka riskfaktorer för suicid (Beskow & Nyberg, *Läkartidningen* 12-13/2016).

¹³ Arbetsmiljölagen (1977:1160), kap 3, 2§.

¹⁴ Organisatorisk och social arbetsmiljö (2015:4).

4. Genomförande och uppföljning

4.1 Nämnder och bolags konkretisering av strategin

Varje nämnd och bolag ska följa strategin men bedömer själva behovet av aktiviteter och insatser utifrån strategin och planerar för dessa inom ramen för ordinarie verksamhetsplanering. Vid behov kan en separat handlingsplan tas fram för planering av insatser och åtgärder.

4.2 Uppföljning

Uppföljning av det konkreta arbetet i nämnder och bolag ska integreras i ordinarie system för rapportering och uppföljning av verksamheten i enlighet med Region Stockholms integrerade ledning och styrning samt regionledningskontorets anvisningar för rapportering. Respektive bolag och nämnd ansvarar även för förbättringar utifrån utfallet av de konkreta aktiviteterna.

Förekomsten av suicid och suicidförsök i samhället kan mätas. Vårdens kunskapsstyrningsnämnd avser att genomföra mätningar som visar trender för suicidhandlingar över tid¹⁵. Förutsatt att nämnder och bolag återrporterar sina respektive insatser i bokslut, kan det även vägas in i uppföljningen huruvida insatserna bidragit till en minskning av förekomsten av suicid och suicidförsök på lång sikt i Stockholmsregionen.

4.3 Samordning och stöd

NASP ansvarar för bevakning av epidemiologisk utveckling kring suicid och suicidförsök, systematisk bevakning av forskning kring metoder för suicidprevention samt utvärdering av nya metoder och insatser. NASP utgör expertstöd inom det suicidpreventiva området och kan, via avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden, bistå med stöd i planering och uppföljning.

¹⁵ Eftersom området suicid är komplext och antalet suicid varierar stort från år till år, är det inte lämpligt att använda suicidtal och suicidförsökstal som specifika årliga målsättningar. Istället lämpar det sig följa trender av dessa tal över tid på övergripande nivå. Nämnder och bolag bör använda processmål som riktar fokus på genomförandet av kunskapsbaserade insatser. Insatser med stöd i forskning förväntas bidra till att trenderna påverkas i positiv riktning.

Definitioner och begrepp

Anhörig	Avser här make/maka/ registrerad partner/sammanboende och barn, samt syskon, föräldrar och partners föräldrar.
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.
FOU	Forskning och utveckling. Med FOU-verksamhet avses här exempelvis Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, Centrum för yrkes- och miljömedicin, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Centrum för psykiatriforskning, etc.
Gatekeeper	Avser här personal utanför vården som i sin profession kommer i kontakt med suicidnära individer (ej detsamma som någon som hindrar eller fördröjer).
Händelseanalys	Den analys som genomförs av vårdgivaren vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Analysmetoderna är utvecklade för att bidra till förebyggande av vårdskador, genom identifiering av brister.
Kunskapsstyrning	Sveriges regioner etablerar med stöd av SKR ett gemensamt system för nationell kunskapsstyrning. Systemet syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstyrningen utgörs av kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.
NASP	Nationellt centrum för suicidforskning och prevention, vid Karolinska Institutet samt Stockholm Läns Sjukvårdsområde (SLSO).
Närstående	Avser här anhöriga (se ovan) och andra närstående personer t.ex. fosterföräldrar, fosterbarn, särboende, nära vänner.

Prehospital vård	Omedelbara medicinska insatser som utförs utanför vårdenhet av hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. ambulans.
Prevention	Åtgärd/insats för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.
Psykisk ohälsa	Ett sammanfattande begrepp som inkluderar både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symptom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos.
Somatisk sjukdom	Kroppslig sjukdom.
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:
<i>Universell</i>	<i>Riktade till hela befolkningen.</i>
<i>Selektiv suicidrisk.</i>	<i>Riktade till grupper i särskild utsatthet för</i>
<i>Indikerad</i>	<i>Riktade till individer med risk för suicid.</i>

Suicidal	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.
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.