



Departementene

Handlingsplan

Handlingsplan for forebygging av selvmord

2020–2025

Ingen å miste



Ingen å miste

Vi har ingen å miste.

Ingen.

*Hvert eneste menneske som tar sitt eget liv
etterlater seg et tomt rom som ingen andre kan flytte inn i.*

Vi vil alltid savne en latter ved bordet.

Vi vil alltid mangle en stemme i koret.

Vi bærer både lys og mørke i oss, vi mennesker.

Mørket kan vokse seg stort og legge seg tungt over livet.

Slik at du tror det er natt, selv om det er dag.

Slik at du tror alt er meningsløst, selv om det finnes mening.

Slik at du tror alt er håpløst, selv om det finnes håp.

Hvert år tar mange hundre mennesker sitt eget liv.

Hvert år blir mange hundre rom stående tomme i huset vi alle bor i.

Det er så vondt at det ikke er til å forstå.

Vi må gjøre livet til å leve med for dem som strever.

Denne planen handler om det.

Den handler om å høre hjemme og høre til.

Den handler om å bli sett slik du er og der du er.

Den handler om å søke hjelp og få hjelp som hjelper.

Den handler om å mestre oppoverbakkene og nedoverbakkene i livet.

Vi bærer både lys og mørke i oss, vi mennesker.

Lyset finnes, selv om mørket har vokst seg stort.

Så lev litt lenger.

Pust litt mer.

Til du ser meningen.

Til du finner håpet.

Til natta blir til dag.

For det blir den.

FORORD

Hvert eneste selvmord er en tragedie. For han og hun som opplevde livet så tungt og mørkt at det framsto som en løsning å forlate det. For familie og venner som står tilbake i sjokk og sorg. For det store fellesskapet som mistet en av sine. Selvmord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem.

Åtte departementer har vært med på å utarbeide regjeringens nye nasjonale handlingsplan for forebygging av selvmord. Med denne handlingsplanen innfører vi nullvisjon for selvmord i Norge. Vi ønsker å formidle et verdisyn om at vi som samfunn ikke har noen å miste i selvmord. Nullvisjonen skal bidra til at det arbeides mer kunnskapsbasert og systematisk for å redusere antall selvmord. Det er en visjon vi ikke skal tape av syne, selv om veien dit er lang og krevende.

Årsakene til selvmord er sammensatte og ofte resultat av ulike faktorer. Mye av

den viktigste selvmordsforebyggingen skjer derfor på arenaer utenfor helse- og omsorgstjenesten. Inkluderende lokalsamfunn, trygge arbeidsplasser og skoler der alle blir sett og hørt, er viktig for at vi skal trives og ha det bra. Samtidig har mange av dem som tar livet sitt hatt kontakt med hjelpeapparatet siste leveår. En nullvisjon skal bidra til at tjenester og sektorer i større grad setter av ressurser til å forbedre sitt selvmordsforebyggende arbeid. På den måten skal visjonen bidra til at selvmordsforebygging prioriteres høyere og til å tydeliggjøre vårt felles ansvar og langsiktige forpliktelse.

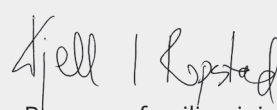
Nullvisjonen skal ikke bidra til frykt for å gjøre feil når noen er i selvmordsfare, eller skyldfølelse når noen dør i selvmord. Verken hos pårørende, etterlatte eller hos helsepersonell. Som samfunn og hjelpeapparat er det likevel vår plikt å lære av det som skjer og stadig strekke oss etter å forebygge selvmord bedre. Det håper vi denne handlingsplanen skal bidra til.



Helse- og omsorgsminister
Bent Høie



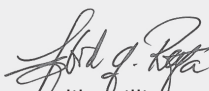
Forsvarsminister
Frank Bakke-Jensen



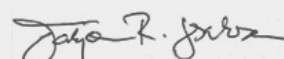
Barne- og familieminister
Kjell Ingolf Ropstad



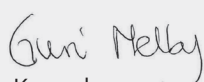
Justis- og beredskapsminister
Monica Mæland




Kultur- og likestillingsminister
Abid Q. Raja



Arbeids- og sosialminister
Torbjørn Røe Isaksen



Kunnskaps- og
integreringsminister
Guri Melby



Samferdselsminister
Knut Arild Hareide



Forsknings- og høyere
utdanningsminister
Henrik Asheim

Innledning

Det har de siste tiårene blitt lagt ned en betydelig innsats for å forebygge selvmord i Norge, og mange deltar i arbeidet. Til tross for dette har selvmordsraten holdt seg relativt stabil de siste 20 årene.

Regjeringen innfører nullvisjon for selvmord og ønsker med det å formidle et verdisyn om at vi som samfunn ikke har noen å miste i selvmord. Selvmordsforebygging er et felles ansvar for samfunnet og for tjenestene. Nullvisjonen skal være på samfunnsnivå.

Et viktig grep for å følge opp nullvisjonen er at det skal etableres en systematisk arbeidsmetode hvor hvert selvmord gjennomgås. Dette vil gi ny kunnskap om hvordan selvmord kan forebygges – både innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av funn i denne systematiske tilnærmingen vil regjeringen fremme nye tiltak.

Det er et mål at tiltakene i denne handlingsplanen skal være mest mulig kunnskapsbaserte. Folkehelseinstituttet (FHI) har levert en systematisk gjennomgang av internasjonale oversiktsartikler fra 2015–2018 om effekt av selvmordsforebyggende tiltak.¹ I gjennomgangen vises det også til funn i en omfattende oversiktsstudie over litteratur fram til 2015, som er gjort av et internasjonalt ekspertpanel.² Sentrale funn i kunnskaps-gjennomgangene er at behandling av psykiske lidelser, og særlig depresjon, har god selvmordsforebyggende effekt. Det har også gode behandlingsforløp i helsetjenesten.

I et folkehelseperspektiv viser oppsummeringen at å begrense tilgang til metode for selvmord, som sikring av jernbaner og begrense tilgang til skytevåpen, restriktiv alkoholpolitikk og skolebaserte intervensjoner, har selvmordsforebyggende effekt. Mediekampanjer kan ha effekt på kunnskap om og holdninger til selvmord og selvmordsatferd.

Menn har betydelig høyere selvmordsrate enn kvinner, særlig i gruppen mellom 40 og 60 år. FHI har derfor utarbeidet en egen kunnskapsoppsummering om menn og selvmord.³ Det er lite kunnskap om eldre og selvmord. FHI har derfor utarbeidet en kunnskapsoppsummering også om dette.⁴

Handlingsplanen tar også utgangspunkt i kunnskap og erfaringer fra Norge. Helsedirektoratet har levert en oversikt over verktøy på det selvmordsforebyggende området i Norge og har bidratt med innspill underveis i prosessen med denne handlingsplanen. Statens helse-tilsyn har bidratt med innspill basert på sine tilsynserfaringer. Det er videre innhentet innspill fra fagmiljøer, profesjonsorganisasjoner og en rekke organisasjoner for pasienter, pårørende, etterlatte og fra frivillige og ideelle organisasjoner. Innspillene er brukt i utarbeidelse av planen. For oversikt over sentrale innspill vises det til vedlegg 1.

På bakgrunn av funnene i kunnskapsoppsummeringene og innspillene er det laget seks mål med tilhørende tiltak:

Mål 1: Systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet

Mål 2: Trygg kommunikasjon om selvmord

Mål 3: Begrenset tilgang til metode for selvmord

Mål 4: God hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko

Mål 5: Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord

Mål 6: Bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging

Regjeringen vil konsentrere og samordne innsatsen for å forebygge selvmord. Dette gjøres ved at tiltakene i større grad målrettes mot befolkningen, nøkkelpersoner i lokalsamfunnet, tjenestene og pasienter, pårørende og etterlatte. Det skal arbeides for å sikre en språklig og kulturell tilpasning av de selvmordsforebyggende tiltakene, og for tilpasning for ulike grupper av befolkningen, blant annet for personer med funksjonsnedsettelse, personer som bryter med normer for kjønn og seksualitet og andre.

Flere av tiltakene vil gi ny kunnskap om selvmordsforebygging. Det legges derfor opp til at tiltak i planen kan justeres underveis. Det nye nasjonale forumet for forebygging av selvmord som etableres med denne handlingsplanen (se kap. 1.3) vil få som mandat å jevnlig vurdere måloppnåelse og å komme med forslag

til justering av tiltakene i lys av den nye kunnskapen. Forumet vil være bredt sammensatt av representanter fra nasjonale myndigheter, kunnskaps- og kompetansesentre, fylkesmennene, kommuner, spesialisthelsetjenesten og bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner.

Regjeringen vil prioritere tiltak og foreslå oppfølging av planen for Stortinget gjennom de ordinære budsjettene i planperioden.

Denne handlingsplanen er først og fremst rettet inn mot spesifikt selvmordsforebyggende arbeid. Den må samtidig ses i sammenheng med det generelle arbeidet som gjøres for å skape åpne og inkluderende samfunn, god folkehelse, trygge og gode oppvekstvilkår, gode velferdsordninger og et tilgjengelig og kompetent hjelpeapparat, særlig innen psykisk helse- og rusområdet.

Det er overlapp mellom en del tiltak for å forebygge selvskading og selvmord, og selvskading er en risikofaktor for selvmord. Selvskading er derfor berørt flere steder i denne planen. Selvskading er også et tema i Prop. 121 S (2018–2019) Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024).

For utfyllende informasjon om det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge, se vedlegg 1. I dette vedlegget omtales også de tre kunnskapssammenstillingene fra FHI, samt informasjon om forekomst av selvmord i Norge og risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for selvmord.

Innhold

Innledning	4
Mål 1: Systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet	8
1.1 Oversikt over det selvmordsforebyggende arbeidet	8
1.2 Systematisk kunnskap om alle selvmord i Norge	8
1.3 Etablere nasjonalt forum for forebygging av selvmord	9
Mål 2: Trygg kommunikasjon om selvmord	11
2.1 Åpenhet om selvmord	11
2.1.1 I befolkningen	11
2.1.2 I media	12
2.2 Selvskadings- og selvmordsinnhold på internett	13
2.3 Selvmordsforebygging i skole, på arbeidsplassen og på fritidsarenaen	16
2.3.1 Forebygging av psykisk uhelse og selvmord i skolen	16
2.3.2 Arbeidsgiver og psykisk helse	18
2.3.3 Fritid	19
2.4 Informasjonsplikt versus taushetsplikt	21
2.5 Hjelpetelefoner og nettjenester	22
Mål 3: Begrenset tilgang til metode for selvmord	25
3.1 Vegtrafikk	25
3.2 Jernbane, T-bane og trikk	27
3.3 Sikring av høybroer	27
3.4 Våpen	28
3.5 Legemidler og rusmidler	28
Mål 4: God hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko	31
4.1 Tydeliggjøring av ansvar i helselovgivningen	32
4.2 Livskrisetilbud	33
4.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester	34
4.4 Spesialisthelsetjenester	39
4.4.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	39
4.4.2 Somatiske enheter	42
4.5 Overganger	43
4.6 Den akuttmedisinske kjeden for pasienter i selvmordsfare	43
4.7 Pårørende ved selvmordsfare	44
4.8 Barnevern	46
4.9 Fengsel	46
Mål 5: Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord	49
Mål 6: Bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging	52
6.1 Mørketall	52
6.2 Selvskading og selvmordsforsøk	55
6.3 Forskning	55
6.4 Kompetanse	57
6.4.1 Kompetanse i helse- og sosialfaglige utdanninger og i tjenestene	57
6.4.2 Kompetanse om den samiske befolkningen	60



Systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Mål 1

Systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet

Det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge er sammensatt. Det er behov for å få oversikt over innsatsen, og for god koordinering av denne innsatsen på tvers av sektorer.

Det er i tillegg behov for en systematisk arbeidsmetode for å innhente kunnskap om omstendighetene rundt hvert enkelt selvmord, slik at selvmordsforebyggingen systematisk kan forbedres.

Regjeringens mål er systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet.

1.1 Oversikt over det selvmordsforebyggende arbeidet

Det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge har utviklet seg over flere tiår og involverer etter hvert mange aktører med ulike roller. Regjeringen vil få utarbeidet en visuell fremstilling av det selvmordsforebyggende arbeidet som viser hovedlinjene i innsatsen og de ulike aktørenes bistand til personer i selvmordsfare, deres pårørende og etterlatte. Formålet er å gi bedre oversikt og forståelse av sammenhenger i et komplekst fagfelt. Oversikten skal benyttes som et grunnlag for å forbedre det forebyggende arbeidet og være ett av verktøyene for vurderinger og prioriteringer. Den vil bli tilgjengelig på Helsedirektoratets nettside: www.helsedirektoratet.no. Arbeidet gjøres i samarbeid med kompetansemiljøene, tjenestene og bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner.

TILTAK

- Regjeringen vil få utarbeidet en visuell oversikt over det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge ved hjelp av systemorientert tjenstedesign.

1.2 Systematisk kunnskap om alle selvmord i Norge

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har etablert et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hensikten er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord under og inntil 12 måneder etter behandling i disse tjenestene, beskrive omstendigheter rundt hendelsene og systematisk kartlegge hva som kjennetegner pasientene. Målet er å identifisere nye områder for forebygging av selvmord på systemnivå i tjenestene og å evaluere effekten av ulike tiltak.

Det er likevel behov for ytterligere kunnskap om omstendighetene rundt det enkelte selvmord, uavhengig av om personene har hatt kontakt med hjelpeapparatet. Det trengs derfor en systematisk arbeidsmetode hvor hvert selvmord både utenfor og innenfor helse- og omsorgstjenesten gjennomgås, og hvor alle omstendigheter knyttet til det enkelte selvmord kartlegges og analyseres. På bakgrunn av analyser fra enkelthendelser vil det gjøres sammenstillinger av alle selvmord som igjen vil danne grunnlag for å iverksette tiltak som kan bidra til å forebygge nye selvmord. På denne måten blir forbedringen også på samfunnsnivå, ikke bare i helse- og omsorgstjenesten. Arbeidsmetoden kan ta utgangspunkt i modellen fra Statens vegvesen for dybdeanalyser av dødsulykker, der en tverrfaglig gruppe basert på varsling og registrering av alle dødsulykker, tekniske undersøkelser og beregninger og tilgang på informasjon fra ulike kilder, gjennomfører årsaksanalyser og definerer læringspunkter. I første omgang vil det gjennomføres en pilot. Erfaringene fra piloten vil deretter legges til grunn for en gjennomgang av alle selvmord på nasjonalt nivå.

TILTAK

- Regjeringen vil gjennomføre en pilot for hvordan hvert enkelt selvmord både utenfor og innenfor helse- og omsorgstjenesten kan kartlegges, og deretter utforme anbefalinger for videre kartlegging på nasjonalt nivå.

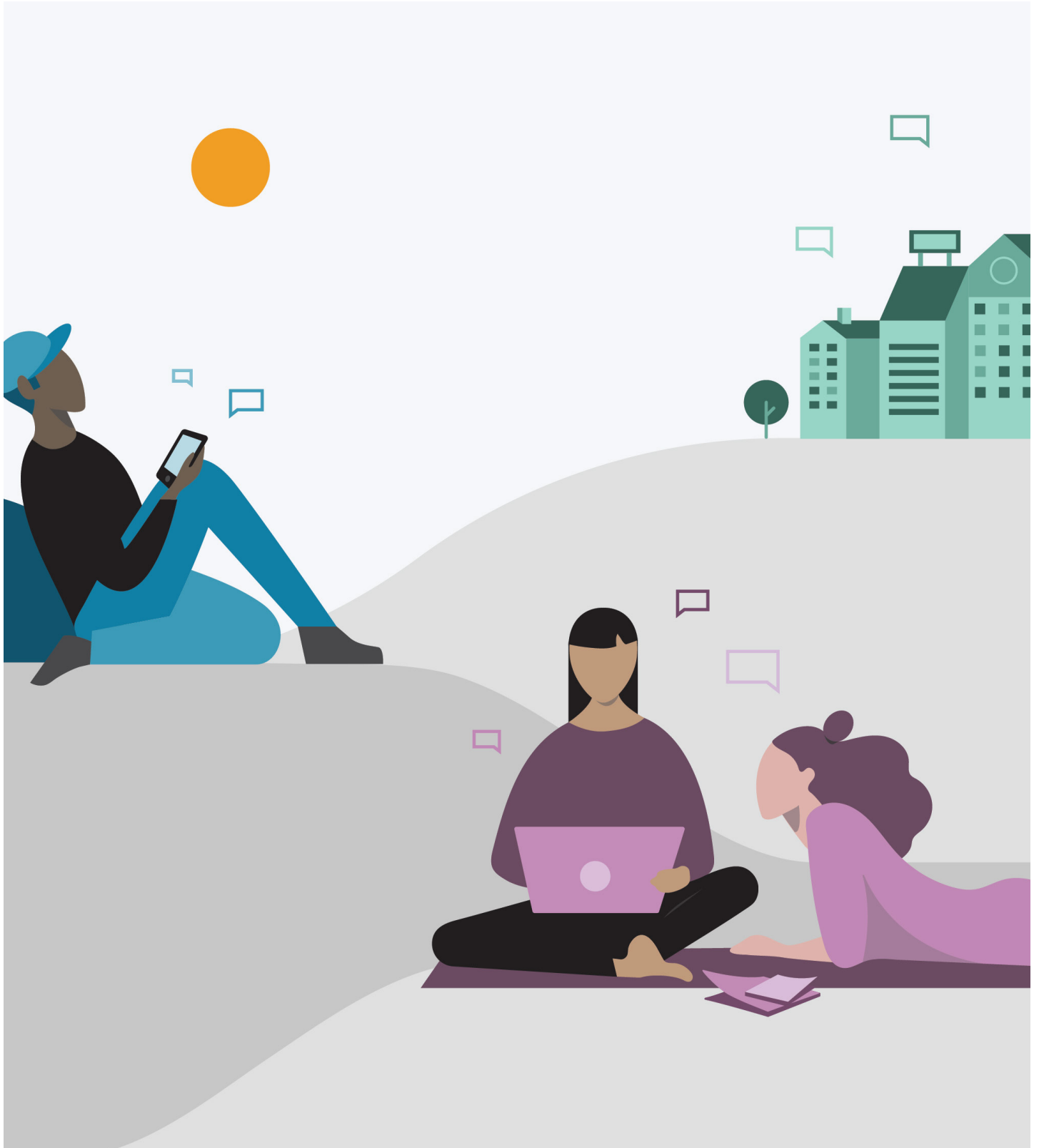
1.3 Etablere nasjonalt forum for forebygging av selvmord

For å sikre felles innsats og god koordinering på tvers av sektorer innen forebygging av selvmord, skal det etableres et tverrsektorielt forum med representanter fra nasjonale myndigheter, kunnskaps- og kompetansesentre, fylkesmennene, kommuner, spesialisthelsetjenesten og bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner. Forumet skal bidra til å samordne innsatsen, være en arena for kunnskapsutveksling, understøtte faglig normering og monitorering og ha et særskilt ansvar for å følge utviklingen på feltet. Forumet vil få som mandat å jevnlig vurdere handlingsplanens måloppnåelse og komme med forslag til justering av tiltakene i lys av ny kunnskap. Forumet skal også bidra til å ivareta det samiske perspektivet i arbeidet og bidra til at arbeidet tilpasses ulike grupper i samfunnet.

I tillegg vil det etableres et tilhørende direktoratsamarbeid ledet av Helsedirektoratet.

TILTAK

- Regjeringen vil etablere nasjonalt forum for forebygging av selvmord og et tilhørende direktoratssamarbeid.



Trygg kommunikasjon om selvmord.

Mål 2 Trygg kommunikasjon om selvmord

Å dele at man har selvmordstanker kan være livreddende. Det er behov for å øke kunnskapen om selvmordstematikk i befolkningen, redusere stigma og å få flere til å søke hjelp.

Det er økende åpenhet i samfunnet om temaet selvmord. Det er stor enighet om at selvmord er et folkehelseproblem, og som folkehelseproblem må også selvmord snakkes om, både i befolkningen og i media. Samtidig er det behov for mer kunnskap om hvilken type åpenhet som kan være selvmordsforebyggende.

Ulike fysiske og digitale arenaer kan gi rom for å ta opp temaet selvmord. Dette inkluderer skole, arbeidsplass, fritidsarenaer og sosiale medier. For barn og unge er internett og sosiale medier særlig viktige arenaer for utvikling og deling av innhold og kommunikasjon med andre. Samtidig eksponeres mange barn og unge for mulig skadelig innhold på digitale plattformer. Dette fordrer kompetanse hos ansatte som arbeider med barn og unge og blant foreldre. Barn og unge selv trenger alderstilpasset informasjon om tematikken.

Det er behov for å tydeliggjøre hvilke regler om informasjonsutveksling som gjelder ved mistanke om selvmordsfare.

Regjeringens mål er trygg kommunikasjon om selvmord på fysiske og digitale arenaer.

2.1 Åpenhet om selvmord

2.1.1 I befolkningen

I en befolkningsundersøkelse i 2019⁵ oppga 54 prosent at de kjenner til steder der personer som tenker på å ta livet sitt kan få hjelp, mens 26 prosent oppga at de ikke gjør det. Her er det et klart forbedringspotensial. Samtidig er det kjent at mange, særlig blant menn, kan ha høy terskel for å søke hjelp ved behov.

Regjeringen vil gjennomføre regionale folkeopplysningskampanjer med nasjonal overbygning om forebygging av selvmord.

Kampanjene skal bidra til å øke befolkningens kunnskap om selvmordstematikk og depresjon, redusere stigma og å få flere til å søke hjelp. Målet er også at flere skal våge å handle dersom de er bekymret for noen. Det kan være et familiemedlem, en venn, en kollega eller en kjent. Målgruppen for kampanjene er hele den voksne befolkningen. Samtidig skal de utformes slik at de når ulike grupper, særlig menn i alderen 40–60 år, og søke å tilpasse seg det kulturelle og språklige mangfold i befolkningen.

Folkeopplysningskampanjene skal utformes i et nært samarbeid mellom

nasjonale og lokale myndigheter, kompetansemiljøer og bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner. De skal tilpasses lokale forhold og gjennomføres regionalt. De vil være del av en større samlet innsats for å forebygge selvmord, en såkalt flernivåintervensjon, hvor tjenestene vil forberedes på at de kan få flere henvendelser om selvmord. Andre elementer i en flernivåintervensjon kan være opplæring av nøkkelpersonell i lokalsamfunnet i å fange opp og intervensere ved selvmordsfare, opplæring av fastleger i klinisk vurdering av selvmordsfare og behandling og oppfølging av suicidale pasienter, samt tilby personer med økt selvmordsrisiko og deres pårørende støtte gjennom kunnskapsbasert behandling og tilgang til selvhjelpsverktøy som for eksempel iFightDepression (selvhjelpsverktøy er også omtalt i kap. 4.3.). Utformingen vil bygge på en overordnet mal for folkeopplysningskampanje utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene), Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS), Mental helse og LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, samt erfaringene fra kampanjen Velg å leve som ble gjennomført i region Vest av Helse Vest i 2019 og 2020.

Prosjektet Folkeopplysning mot selvmord som nylig er igangsatt i Østfold i et samarbeid mellom NSSF, RVTS Øst, Mental Helse, LEVE, Røde Kors, Sykehuset Østfold og fem kommuner, har som mål å avklare hvordan en slik kampanje best mulig kan koordineres med samtidige opplæringstiltak og hvordan prosjektet bør organiseres

for å skape engasjement hos lokale aktører i kommuner og frivillige organisasjoner.

TILTAK

- Regjeringen vil gjennomføre regionale folkeopplysningskampanjer med nasjonal overbygning om forebygging av selvmord.

2.1.2 I media

Åpenhet om selvmord har vært diskutert både i media og i fagmiljøene. Utviklingen har gått fra en konsensus om at media ikke skal omtale selvmord til konsensus om at åpenhet i hovedsak er et gode, men at eksempelvis selvmordsmetoder ikke skal omtales. I en rekke studier er det observert en økning i forekomst av selvmord i kjølvannet av medieomtalte selvmord. Det er likevel usikkerhet forbundet med om og eventuelt hva det er ved medias omtale som er den utløsende faktor. Det er få studier som har sett på effekten av å innføre retningslinjer for hvordan selvmord bør omtales i media.

Saker om selvmordsforsøk og selvmord utløser ofte mange og store presseetiske dilemmaer. Vær Varsom-plakaten setter etiske normer for pressen. Den enkelte redaktør og medarbeider har ansvar for å kjenne pressens etiske normer og plikter og å legge disse til grunn for sin virksomhet. Presseetikken gjelder hele den journalistiske prosessen fra innsamling til presentasjon av det journalistiske materialet. Pkt. 4.9 i Vær Varsom-plakaten sier følgende: «Vær varsom ved omtale av selvmord og selvmordsforsøk. Unngå omtale som ikke er nødvendig for å opp-

fylle allmenne informasjonsbehov. Unngå beskrivelse av metode eller andre forhold som kan bidra til å utløse flere selvmords-handlinger.»

Norsk Redaktørforening har laget en veileder om hvordan norske medier bør omtale selvmord. Veilederen er et forsøk på å bidra til større åpenhet, men samtidig varsomhet, rundt hvordan det snakkes og skrives om selvmord i mediene.⁶ Veilederen inneholder ti råd om selvmords-omtale. Ved omtale av selvmord og selvmordsforsøk rådes mediene blant annet til å ta med informasjon om hvor man kan søke hjelp, f.eks. kontaktinformasjon til krisetelefoner.

TILTAK

- Regjeringen vil bidra til mer kunnskap om betydningen av omtale av selvmord i redaktørstyrte medier.

2.2 Selvskadings- og selvmordsinnhold på internett

Sosiale medier er en naturlig og integrert del av livet til de fleste barn og unge i Norge. Barn og medier-undersøkelsen 2020⁷ viser at hele 90 prosent av norske 9–18-åringer bruker ett eller flere sosiale medier. Internett og sosiale medier er viktige arenaer for utvikling og deling av innhold og kommunikasjon med andre. Mange barn og unge bruker også nettet til å søke etter informasjon. Ungdom søker særlig informasjon og råd om psykisk og seksuell helse, utdannings- og yrkesvalg og relasjoner til venner, foreldre og kjærester.⁸

Samtidig er internett en arena hvor

mange barn og unge eksponeres for mulig skadelig innhold. Den norske delen av EU Kids Online-undersøkelsen⁹ fra 2018 viser at 35 prosent av barn og unge mellom 9 og 17 år, og over halvparten av jentene (53 prosent) i 14–17-årsalderen, har vært på sider hvor man diskuterer eller viser måter å skade seg selv på fysisk. 32 prosent har sett nettinhold eller diskusjoner om måter å bli skadelig tynn på, og 26 prosent har vært på nettstedet hvor man diskuterer måter å ta livet sitt på. Undersøkelsen viser videre at en større andel barn og unge har sett denne typen skadelig innhold i 2018 enn i 2010.

Denne tematikken fikk mye medieoppmerksomhet gjennom NRK-prosjektet Trigger Warning¹⁰ høsten 2019, der det ble avdekket og dokumentert lukkede nettverk på Instagram som blir brukt til å dele metoder for selvskading og selvmord.

De fleste av jentene tilknyttet Instagram-nettverket var eller hadde vært i behandling i psykisk helsevern (PHV), og mange hadde tilknytning til barnevernet. Barneombudets ekspertgruppe har også satt søkelys på barn og unges eksponering for selvskadings- og selvmordsinnhold på internett. Ekspertgruppen uttrykker at sosiale medier kan bidra til at det er lettere å snakke om psykisk helse, men at det også kan ha negative konsekvenser, for eksempel ved at det i noen tilfeller fremstilles som «kult å slite». De er også opptatt av at dette er tema som må vies mer oppmerksomhet, og som foreldre og skole trenger mer kunnskap om.¹¹

Flere av virksomhetene som leverer og legger til rette for innhold på internett, har iverksatt tiltak for å hindre skadelig innhold på sine plattformer. Det dreier

seg blant annet om sletting av innhold som bryter med retningslinjene, merking av sensitivt innhold og hashtagger med sikkerhetsadvarsler og utvikling av teknologi i form av kunstig intelligens for å identifisere potensielt skadelig innhold raskere. Andre tiltak er å henvise brukere til eksperthjelp. Tiltak for å forebygge at barn og unge blir utsatt for skadelig innhold på internett bør utvikles videre i samsvar med risikobildet og i samarbeid med plattformene.

Arbeidet med å beskytte barn og unge mot selvskadings- og selvmordsinnhold på internett må ses i sammenheng med det øvrige arbeidet som gjøres for at barn og unge skal ha en trygg digital hverdag. Medietilsynet er nasjonal koordinator i arbeidet for at barn og unge skal ha en trygg digital hverdag, se boks 1.

BOKS 1

Trygg bruk

Medietilsynet Trygg bruk arbeider for at barn og unge skal få en tryggere og bedre digital hverdag. Trygg bruk-nettverket samler de fleste organisasjoner som arbeider på feltet. Nettverket omfatter både offentlige og private aktører, i tillegg til frivillige organisasjoner. Trygg bruk utvikler ressurser som veiledninger og undervisningsopplegg for å hjelpe barn og unge med å få et bedre digitalt liv.

Regjeringen har satt ned et utvalg som skal se på hvordan barn og unge kan vernes mot skadelig medieinnhold. Utvalget skal legge frem sin innstilling høsten 2020. Trygg nettbruk vil også være tema i den kommende stortingsmeldingen om barne- og ungdomskultur og i regjeringens strategi mot internettrelaterte overgrep. Det er viktig å involvere barn og unge selv i det videre arbeidet med å sikre en trygg digital hverdag.

Barn og unge trenger god, kvalitetssikret og alderstilpasset informasjon om denne tematikken. Mange kan også ha behov for råd i konkrete situasjoner. Ung.no er det offentliges informasjonskanal for ungdom, og inneholder blant annet artikler om ulike temaer og oversikt over ulike chatte- og telefontjenester der barn og unge kan ta kontakt for noen å snakke med. Nettsiden har også en egen spørretjeneste der ungdom kan spørre om det de lurte på. Barn og unge kommuniserer også mye seg imellom på internett om både det som er bra og det som er vanskelig. NSSF har oversatt og tilpasset veilederen #chatsafe, som inneholder tips og verktøy for hvordan unge kan snakke om selvmord på en trygg måte på internett, se boks 2.

Regjeringen vil styrke informasjon til barn og unge om forebygging av selvmord og trygg nettbruk, blant annet ved å bidra til å spre #chatsafe-retningslinjene.

Også foreldre må ha kunnskap om barn og unges digitale hverdag og om hvordan de skal forholde seg til potensielt problematiske sider ved barnas nettbruk. Medietilsynets Trygg bruk-sider har informasjon til foreldre til småbarn mellom 0 og 6 år og større barn mellom 7 og 12 år om barns nettbruk.

BOKS 2

#Chatsafe – en ung persons veiledning for å kommunisere trygt om selvmord på nettet

#Chatsafe – en ung persons veiledning for å kommunisere trygt om selvmord på nettet gir råd og tips om språkbruk og bildebruk, hvordan man deler personlige erfaringer med selvmordsatferd og hvordan man kan snakke med noen som er rammet av selvmordstanker, -følelser eller -atferd. #Chatsafe er utviklet av det australske forsknings- og intervensjonsmiljøet Orygen, og oversatt og tilpasset til norske forhold av NSSF i samarbeid med Psyktærlig, et Snapchat-kollektiv som deler erfaring og råd knyttet til psykisk helse. Facebook og Instagram har inkludert veilederen i sine sikkerhetsressurser.

Også foreldrehverdag.no, utviklet av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, gir råd til foreldre om blant annet digital hverdag og vanskelige følelser. Regjeringen vil styrke informasjon til foreldre om barn og unges eksponering for skadelig innhold på internett.

Det er viktig at de som arbeider med oppvekstfeltet og barn og unge forstår hvor sentralt sosiale medier er i barn og unges hverdag. De må også ha kjennskap til at det kan være arenaer med negative følger, som lukkede grupper, ekskludering, rasisme og deling av nakenbilder. Barnehage og skole har en viktig rolle i å bidra til at barn og unge utvikler digital dømmekraft som kan forebygge uønskede hendelser på nett. Barnehage- og skoleeiere må ha rutiner for å forebygge,

skjerme og håndtere tilgang til alvorlig skadelig innhold. Til hjelp for dette har Utdanningsdirektoratet utarbeidet en veileder om forebygging, skjerming og håndtering av alvorlig skadelig innhold.¹²

Det er også viktig at behandlingsapparatet har kompetanse om internettrelaterte risikofaktorer, slik at man kan ta tak i atferd som er problematisk og identifisere sårbare barn, uten at man ødelegger for de positive mulighetene for informasjon, sosialisering og læring som internett gir barn og unge. Regjeringen vil styrke denne kompetansen hos personell som møter barn og unge ved å øke RVTS-enes tjenestestøtte på området.

For kompetanse om selvmordsforebygging i barnevernet, se kap. 6.4.

TILTAK

- Regjeringen vil bidra til offentlig-privat samarbeid om tiltak for å sikre tryggere nettbruk for barn og unge.
- Regjeringen vil styrke informasjon til barn og unge om forebygging av selvmord og trygg nettbruk, blant annet ved å bidra til å spre retningslinjene #chatsafe – en ung persons veiledning for å kommunisere trygt om selvmord på internett.
- Regjeringen vil styrke informasjon til foreldre om barn og unges eksponering for skadelig innhold på internett.
- Regjeringen vil styrke kompetansen hos personell om selvskadings- og selvmordsinnhold på internett, og om hvordan de møter barn og unge.

2.3 Selvmordsforebygging i skole, på arbeidsplassen og på fritidsarenaen

Fordi årsaksforholdene bak selvmord og selvmordsforsøk er sammensatte, bør det forebyggende arbeidet skje på arenaer også utenfor helse- og omsorgstjenesten, blant annet i skole- og utdanningsinstitusjoner, arbeidsliv og på fritidsarenaer. Frivillige organisasjoner og andre aktører er viktige bidragsytere i det å skape et åpent og inkluderende samfunn. Fritidsaktiviteter, fritidsklubber, kirke og trosamfunn, foreninger, frivillighetssentraler og eldresenter, kan bidra til å skape tilhørighet. Sosialt fellesskap, opplevelse av tilhørighet og støtte er viktig for den enkeltes trivsel, mestring og følelse av egenverd.

2.3.1 Forebygging av psykisk uhelse og selvmord i skolen

Selvmordsforebyggende arbeid i skolen kan bidra til å redusere antall selvmordsforsøk og selvmord. Skolen kan ha en viktig rolle i å forebygge psykisk uhelse og har plikt til å legge til rette for trygge læringsmiljøer som fremmer helse, trivsel og læring.

Unge mennesker trenger kompetanse om hvordan de kan håndtere krav og forventninger som møter dem, både i skolen og ellers i livet. Her kan skolen bidra. I skolens formålsparagraf er det nedfelt at elevene skal utvikle kunnskap, ferdigheter og holdninger for å kunne mestre livene sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet.

Gjennom de nye læreplanene innføres folkehelse og livsmestring som et av tre tverrfaglige temaer fra høsten 2020.¹³ Dette skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. Temaet har både et individuelt perspektiv og et samfunnsmessig og sosialt perspektiv.

Ved å inkludere folkehelse og livsmestring som et tverrgående tema i læreplanverket, og å knytte dette opp mot nye og relevante læreplanmål i flere fag på ulike årstrinn, blir samtale, refleksjon og bevissthet om eget og andres følelsesliv, identitet og uttrykk tatt inn i alle klasserom. Det er opp til skolen og lærerne hvordan opplæringen utformes og hvordan tematikken legges inn. Dette er et prinsipp som videreføres med fagfornyelsen og de nye læreplanene. Hva som bør være konkret innhold i undervisningen og hvilke metoder som bør brukes, er først og fremst et faglig og pedagogisk spørsmål. Kompetansemålene i læreplanene i fag angir overordnede mål for hva slags kompetanse elevene skal oppnå i hvert enkelt fag, slik at skolene og lærerne kan velge innhold og metoder de mener fungerer best for sin elevgruppe.

Alle elever har en relasjon til læreren sin. Relasjonell kompetanse er avgjørende både for utvikling av et godt læringsmiljø og for elevenes læring, og er dermed svært viktig i læreryrket, på linje med faglig, pedagogisk og didaktisk kompetanse. Og på lik linje med andre kompetanser, må relasjonell kompetanse opparbeides og utvikles gjennom lærerutdanning og etter- og videreutdanning.

BOKS 3

YAM – Youth Aware of Mental health

Undervisningsprogrammet YAM er et helsefremmende og forebyggende undervisningsprogram for psykisk helse blant unge. I programmet forenes kognitiv, følelsesmessig og erfaringsbasert innlæring for å fremme psykisk helse og forebygge suicidale handlinger, depresjon og dårlig psykisk allmenntilstand. Det utvikles ferdigheter til å møte livets vanskeligheter. Hovedmålgruppen er skoleelever i alderen 14–16 år.

YAM gjennomføres i klassen over fem timer i løpet av tre uker. Undervisningen er interaktiv med elevmedvirkning, forelesninger, rollespill, skriftlig materiell og diskusjoner, og holdes av sertifiserte instruktører.

Multisenterstudien SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), som pågikk i elleve europeiske land og omfattet 11 110 ungdommer mellom 14–15 år, viste at YAM reduserte depresjoner, selvmordstanker og handlinger betydelig.

Mental Helse, i samarbeid med fagmiljøer og interesseorganisasjoner, implementerer nå YAM i Norge gjennom piloter i noen kommuner.

Det finnes mange ulike programmer som kan brukes til helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen og på andre

arenaer der unge samles. Flere skolebaserte intervensjoner har vist seg å ha god selvmordsforebyggende effekt. Et program som har vist seg effektivt i en europeisk multisenterstudie er YAM¹⁴, se boks 3. Tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen har gått over mange år, og forvaltes av Helsedirektoratet. I 2018 ble det gitt tilskudd til 13 programmer. Målet med ordningen er å styrke elevers psykiske helse, med vekt på bedre læringsmiljø, økt kompetanse, tidlig innsats og samhandling mellom sentrale instanser og tjenester for barn og unge. Primærmålgruppen er alle elever, elever med psykiske vansker og lidelser spesielt, samt lærere og skoleledelse. Ordningen ble evaluert i 2019, og evalueringen vil bli fulgt opp. En relativt stor andel av landets kommuner og skoler er på en eller annen måte involvert i programmer som mottar tilskudd fra ordningen. Utdanningsmyndighetene pålegger ikke skolene å ta i bruk programmer. Fra nasjonalt hold legges føringene gjennom læreplanene. Det er den enkelte skole som vurderer hvem og hva man vil trekke inn som hjelp i undervisningen.

Kunnskapsdepartementet har gitt Utdanningsdirektoratet i oppgave å utvikle en nettressurs¹⁵ for hvordan skolene kan arbeide forebyggende mot selvskading og selvmord. Nettressursen er utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. I nettressursen ligger eksempler på kostnadsfrie ressurser skolene kan velge å ta i bruk. Det er understreket at dersom skolene har behov for å arbeide med slike temaer, så anbefales det at skolene gjør dette tverrfaglig sammen med andre fagfelt og sektorer. Det vil arbeides for at denne nettressursen skal bli mer kjent for skolene.

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) gjennomføres hvert fjerde år og er en unik ressurs for alle studentsamskipnader, utdanningsinstitusjoner, studentpolitikere, kommuner og beslutningstakere generelt. Undersøkelsen fra 2018 viste at et høyt antall studenter har gjort selvmordsforsøk under studietiden. Regjeringen har en tilskuddsordning for å fremme god helse og trivsel blant studenter og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk som forvaltes av Helsedirektoratet. Tilskuddsordningen skal fremme nytenkning, samarbeid og kunnskapsdeling om forebyggende rusarbeid og psykisk helsearbeid mot studenter. Ordningen skal benyttes til å følge opp funnene i SHoT-undersøkelsen og er godt brukt av studentsamskipnader som mottar tilskudd fra tilskuddsordningen. Universiteter, høyskoler, fagskoler og studentorganisasjoner kan også søke tilskudd når det foreligger en samarbeidsavtale med studentsamskipnaden om det konkrete prosjektet/tiltaket. I tillegg er ANSA, studentorganisasjonen for norske studenter i utlandet, søknadsberettiget.

TILTAK

- Regjeringen vil arbeide for at nettressursen om skolens arbeid for forebygging av selvskading og selvmord blir kjent for alle skoler.

2.3.2 Arbeidsgiver og psykisk helse

Arbeidsgiver har ansvar for at arbeidsmiljøet er forsvarlig og i samsvar med arbeidsmiljøloven. Mobbing, trakassering, vold og trusler om vold er eksempler på psykososiale/organisatoriske risikoforhold knyttet til arbeidet som arbeidsgiver er forpliktet til å forebygge og følge opp.

Dette innebærer blant annet at arbeidsgiver, i samarbeid med arbeidstakerne, skal kartlegge og forebygge forhold i arbeidet som kan føre til at trakassering oppstår. Arbeidsgiver skal også sørge for at arbeidstaker som er utsatt for vold og trussel om vold får nødvendig oppfølging, både med hensyn til den fysiske og psykiske belastningen som slike hendelser kan ha medført.

Arbeidstaker har også plikt til å medvirke aktivt ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø. Blant annet må arbeidstaker sørge for at arbeidsgiver eller verneombudet blir underrettet dersom han/hun blir kjent med at det forekommer trakassering eller diskriminering på arbeidsplassen. Arbeidstaker har også plikt til å melde fra til arbeidsgiver dersom arbeidstaker blir skadet i arbeidet eller pådrar seg sykdom som han/hun mener kan skyldes arbeidet eller forholdene på arbeidsteden.

For å gi arbeidsgivere, tillitsvalgte og verneombud mer kunnskap om hvordan de kan møte medarbeidere som har psykiske helseproblemer, har Arbeids- og velferdsetaten i samarbeid med partene i arbeidslivet og brukerorganisasjoner utviklet kurspakken *Sees i morgen!*¹⁶ Kursene er tilgjengelig for alle virksomheter, er gratis og tilbys av NAV Arbeidslivssenter i alle fylker. Når arbeidsgivere har mer kunnskap om psykisk helse blir det lettere å snakke med og tilrettelegge for en medarbeider som strever. Det kan bidra til at flere lykkes med å stå i arbeid med psykiske helseplager.

Noen yrkesgrupper har høyere risiko for selvmord enn andre. Leger har forhøyet selvmordsrate.¹⁷

BOKS 4

Personell i Forsvaret

I førstegangstjenesten mottar soldatene grunnleggende opplæring om risikofaktorer og faresignaler knyttet til selvmordstanker og -handlinger. Fokus er rettet mot psykososiale utfordringer som kan oppstå ved innrykk og i førstegangstjeneste. Soldatene presenteres for helsepersonell i Forsvaret, personell tilknyttet tros- og livssynskorpset og vernetjenesten i starten av tjenesten. Disse personellgruppene har blant annet som oppgave å bidra til at soldater som har utfordringer i tjenesten får nødvendig hjelp og støtte til å takle disse. Ved innrykket organiseres soldatene i basisgrupper som skal bidra til rask sosialisering.

I samarbeid med Vivat selvmordsforebygging gjennomføres undervisning i Forsvaret om selvmordsfare.

Ved befalsskolen, krigsskolene og stabsskolen skal det være obligatorisk undervisning i selvmordsforebygging. Forsvaret tilbyr også Vivats todagerskurs til veteranorganisasjonene. Utdanning gis til de som ønsker å gjøre en innsats som frivillige kameratstøttehjelpere. Forsvaret samarbeider videre med Kirkens SOS om hjelpe-telefonen Grønn linje, der alle ansatte, soldater, tidligere ansatte og deres familier kan ta kontakt for hjelp og støtte. Tiltaket er basert på likepersonarbeid.

Forsvaret opplever at holdningen til kontakt med Forsvarets helsepersonell er i endring og at det i dag er større åpenhet og aksept for å ta kontakt og motta helsehjelp, enn hva som var tilfellet for noen tiår siden.

Også sykepleiere er blant de yrkesgruppene som er mest utsatt for selvmord i Norge.¹⁸ Noen arbeidsgivere har etablerte rutiner knyttet til selvmord. Forsvaret har etablert omfattende rutiner for selvmordsforebygging, se boks 4. Ved Klinikk psykisk helsevern voksne ved Stavanger universitetssjukehus er det opprettet kollegastøttegrupper som gir støtte til leger og psykologer etter at pasienter har tatt sitt liv.¹⁹

2.3.3 Fritid

Deltakelse i sosiale aktiviteter utenfor de formelle oppvekstarenaene kan være av stor betydning for en god oppvekst, og er

viktig for barn og unges sosiale tilhørighet og fysiske og psykiske helse. Fritidsarenaer gir barn og unge mulighet til å utvikle sosiale ferdigheter, vennskap og kan bidra til å forberede barn og unge for deltakelse på mer formelle arenaer senere i livet. Mulighet for deltakelse i fritidsaktiviteter er viktig for denne regjeringen. Til høsten skal det legges fram en samarbeidsstrategi for barn i lavinntektsfamilier som skal bidra til å øke deltakelsen og forebygge utenforskap blant barn og unge. Videre forvalter Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet flere tilskuddsordninger for inkludering og deltakelse blant barn og unge i fritidsaktiviteter, se boks 5.

BOKS 5

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet forvalter i dag flere tilskudsordninger som bidrar til inkludering og deltakelse blant barn og unge i fritidsaktiviteter. Nasjonal tilskudsordning for å inkludere barn og unge har økt med over 200 millioner kroner siden 2014 og er i dag på om lag 310 millioner kroner.

Regjeringen har også satt i gang forsøk med fritidskortordninger som skal bidra til å dekke deltakeravgifter til faste, organiserte fritidsaktiviteter for barn fra 6 til fylte 18 år. I tillegg støtter Barne- og familiedepartementet barne- og ungdomsfrivilligheten med over 170 millioner kroner i 2020 gjennom tilskudd til grunnstøtte til barne- og ungdomsorganisasjonene og driftsstøtte til Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU), Ungdom og Fritid og Unge funksjonshemmede.

Tilskudd i Kulturdepartementet skal bidra til gode rammebetingelser for frivilligheten, bred deltakelse og gode fritidsaktiviteter. Ordningen Merverdiavgiftskompensasjon til frivillige organisasjoner bidrar for eksempel til bedre rammebetingelser for frivilligheten. Dette er frie midler som setter organisasjonene i stand til å prioritere viktige oppgaver. Ordningen er i 2020 på 1,69 milliarder kroner og kommer hele frivillige sektoren til gode.

SPILL

Spill er en viktig fritidsaktivitet for mange barn og voksne, og mange bruker mye tid til å spille. De fleste som spiller – enten det er rene pengespill (tipping og lotteri) eller underholdningsspill med eller uten pengeinnsats (datamaskin, spillkonsoll, nettbrett og mobiltelefon) – gjør det som rekreasjon og avkobling i hverdagen. Spilling kan ha en viktig sosial funksjon med mulighet for å snakke og chatte mens man spiller. Med fremveksten av internett, nye mobile plattformer å spille på og en spillindustri i rask utvikling er det imidlertid ikke lenger like klare grenser mellom pengespill og andre typer spill. I økende grad tilbys barn, unge og voksne spill på ulike plattformer hvor det forutsettes eller oppfordres til å kjøpe oppgraderinger og gevinster. For noen kan spenningen og jaget etter gevinst bli så dominerende at spillingen kommer ut av kontroll og blir til en byrde både for personen selv og de nærmeste pårørende. I slike tilfeller kan betydelige beløp gå tapt, føre til gjeldsproblemer og fravær fra skole og arbeid. Pengespillavhengighet (pengespill-lidelse) har hatt formell status som psykiatrisk diagnose siden 1980. For omtale av selvmordsatferd blant pengespillavhengige, se vedlegg 1.

Det arbeides for reduksjon av spilleproblemer gjennom Kulturdepartementets Handlingsplan mot spilleproblemer 2019-2021. Det er blitt gjennomført undersøkelser om befolkningens spilleatferd for å vise omfanget av problemspilling i befolkningen. Den seneste undersøkelsen er fra 2020 og viser at 55 000 personer er problemspillere, mens 122 000 er i risikozonen for å bli det.²⁰ Det er en økning på 34 000 problemspillere siden forrige undersøkelse i 2015. Det er dermed mange personer i Norge som direkte strever med et pengespillproblem.

2.4 Informasjonsplikt versus taushetsplikt

Taushetsplikten vil ofte få direkte betydning for muligheten til å samarbeide både med pårørende og andre etater i enkelt-saker. En rekke ulike lovregler regulerer spørsmål knyttet til taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett. Noen er usikre på hvordan disse reglene skal forstås og praktiseres, for eksempel om og når man kan levere ut taushetsbelagte opplysninger til pårørende eller til samarbeidende personell eller etater.

I innspill til handlingsplanen har pårørende- og etterlatteorganisasjoner understreket pårørendes behov for informasjon fra helse- og omsorgstjenesten (se også kap. 4.6). Samtidig er det fra pasient- og brukerorganisasjoner kommet innspill om at det er forståelse for at pårørende kan være nøkkelpersoner i forebyggingsarbeidet, men at det ikke skal være automatikk i at pårørende kontaktes eller involveres ved for eksempel et selvmordsforsøk.

Mellom ulike instanser kan det være usikkerhet om hvem som kan og bør informeres ved mistanke om selvmordsfare. For eksempel kom det frem i en undersøkelse²¹ som ble gjort i forbindelse med utarbeidelsen av rundskrivet Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste, at regler om unntak fra taushetsplikten er lite kjent. Det pågår arbeid som tar sikte på å tydeliggjøre regelverket. Det er igangsatt en utredning som tar for seg temaet taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett innenfor det offentlige. Arbeidet skal resultere i en utredning som danner grunnlag for en veileder om hvordan regelverket om taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett skal forstås og praktiseres på tvers av ulike sektorer.

Utredningen tar utgangspunkt i forvaltningsloven og sektorregelverket. Det siste omfatter for eksempel særreglene for skolene, barnehagene, helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, arbeids- og velferdsforvaltningen, politiet, kriminalomsorgen og utlendingsmyndighetene.

I NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov er det foreslått å utvide adgangen til å dele opplysninger som er underlagt taushetsplikt etter forvaltningsloven. I gjeldende forvaltningslov finnes det ikke noen generell adgang for et forvaltningsorgan til å dele slike taushetsbelagte opplysninger for å ivareta andre organers (mottakerorganets) oppgaver. Utvalget foreslår blant annet en alminnelig bestemmelse om at det under gitte forutsetninger skal være adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger med personer i andre forvaltningsorganer, så langt dette er nødvendig for å utføre avsender- eller mottakerorganets oppgaver. På bakgrunn av dette er det utarbeidet et forslag til en ny hjemmel for utvidet adgang til deling av taushetsbelagte opplysninger mellom forvaltningsorganer. Dette vil kunne utvide muligheten for samarbeid.

Fordi reglene om informasjonsutveksling fremgår av forskjellige lovbestemmelser og legger opp til skjønnsmessige vurderinger av om hovedregelen om taushetsplikt kan eller skal fravikes, kan regelverket fremstå/oppfattes som uklart for personellet som skal forvalte det. Det kan i noen tilfeller medføre en risiko for at opplysninger som kan bidra til å forebygge selvmord ikke blir delt. Det er derfor nødvendig å se på hvordan en kan tydeliggjøre hvilke regler om informasjonsutveksling som gjelder spesifikt ved mistanke om selvmordsfare.

TILTAK

- Regjeringen vil tydeliggjøre hvilke regler om informasjonsutveksling som gjelder ved mistanke om selvmordsfare.

2.5 Hjelpetelefoner og netttjenester

Det finnes i dag en rekke hjelpetelefoner og netttjenester innen det psykiske helseområdet drevet av frivillige organisasjoner i Norge. Dette er lavterskeltjenester, og mange pasienter, pårørende og andre som har det vanskelig tar kontakt. Daglig mottas henvendelser om alvorlig selvskading og selvmordsfare. Hjelpetjenestene opplever stor pågang og ikke alle henvendelser blir besvart. Det finnes ikke oversikt over hvor mange som ringer videre og får hjelp ved andre tilbud.

Hjelpetelefoner og netttjenester er viktig supplement til det offentlige hjelpeapparatet. De som besvarer henvendelsene er sentrale for å kunne gi et godt tilbud, og må ha kompetanse til å gi tilpassede og kunnskapsbaserte råd og veiledning. Dette krever opplæring, rutiner og oppfølging. Det enkelte hjelpetilbudet har selv ansvar for opplæringen. Organisasjoner som Mental helse, Kirkes SOS og Røde Kors har prosedyrer for å sikre at de frivillige hjelperne har kompetanse om å møte personer i selvmordsfare.

Internasjonal litteratur om hjelpetelefoner viser at det er ulik kvalitet i tilbudene som gis.²² Regjeringen vil vurdere om det bør lages en trygg minstestandard for innhold

og kvalitet for opplæring av de som besvarer hjelpetelefoner og netttjenester på det psykiske helseområdet, og evt. andre relevante telefoner, og om opplæringen bør være felles.

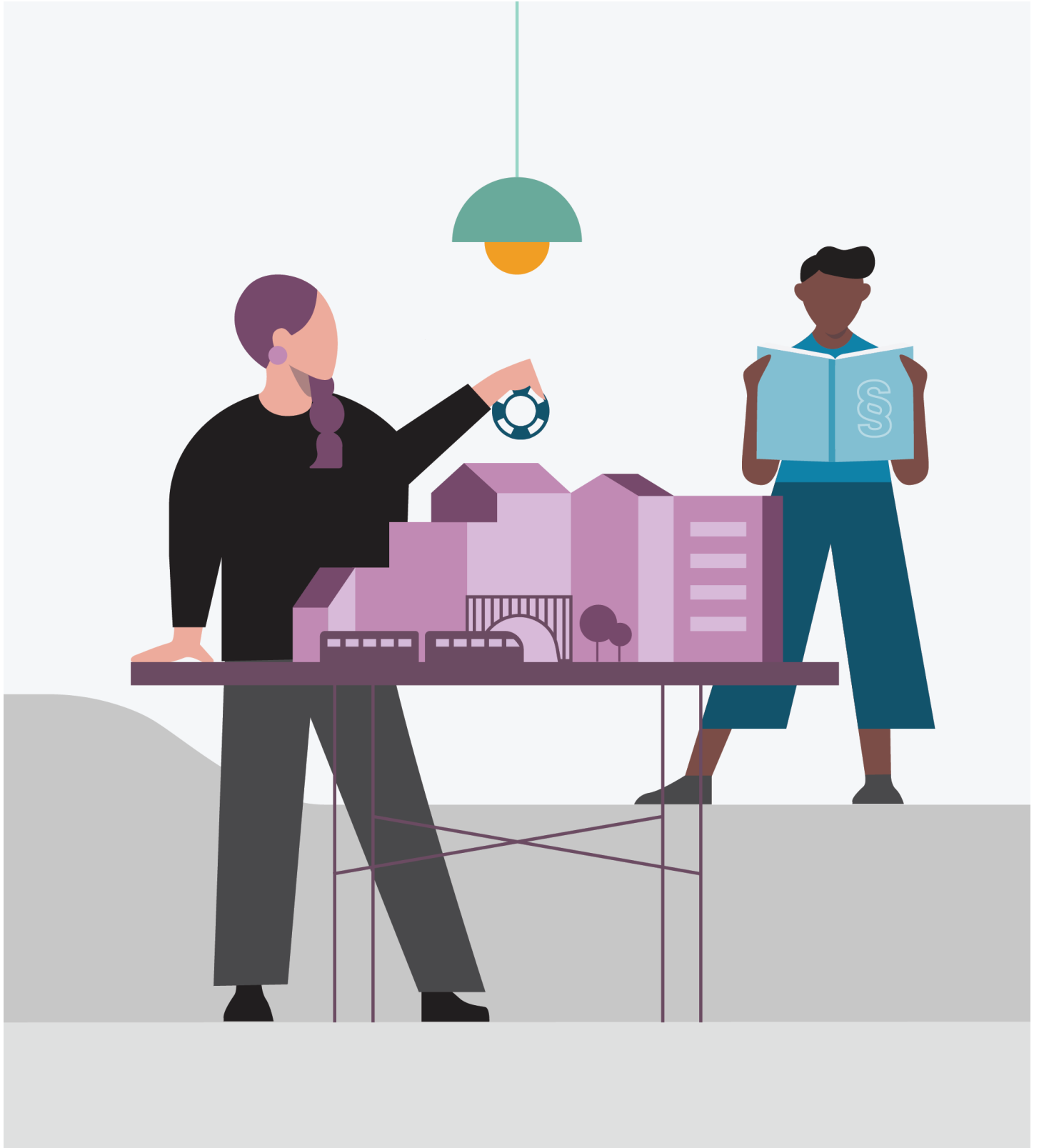
Regjeringen vil også vurdere om det er hensiktsmessig og teknisk mulig å samle flere av de mest sentrale hjelpetelefonene til ett døgnåpent nasjonalt felles nummer, men slik at innringerne blir rutet til ulike organisasjoner bakenfor fellesnummeret. Mulighet for felles markedsføring vil gjøre tilbudene mer publikumsvennlige ved at det blir enklere å finne frem til hvor man kan ringe. Det vil også kunne gjøre det lettere å få oversikt over hvor mange henvendelser som ikke blir besvart. Hvordan det offentlige i samarbeid med relevante organisasjoner kan bidra til å styrke det eksisterende telefontilbudet overfor mennesker i akutte kriser vil vurderes. Det vil også ses på om det er andre forhold der samordning kan gi fordeler for de som besvarer tjenestene.

Det skal vurderes om et eventuelt fellesnummer kan danne grunnlag for en nødknapp som kan brukes på for eksempel sosiale medier. Forholdet mellom en eventuell slik løsning og nødnummeret 113 og f.eks. legevakt skal vurderes.

Det skjer stor utvikling i digitalisering av tjenestetilbud i Norge, noe som er ytterligere forsterket gjennom koronapandemien. Alle vurderinger som gjøres må ses i sammenheng med øvrige relevante tilbud og utviklingsprosesser på området, og skal gjøres i samarbeid med de berørte organisasjonene.

TILTAK

- Regjeringen vil vurdere anbefalinger om minstestandard for opplæring av de som besvarer hjelpetelefoner og netttjenester på det psykiske helseområdet, og evt. andre relevante telefoner, og om opplæringen bør være felles.
- Regjeringen vil vurdere samordning av relevante hjelpetelefoner innen det psykiske helseområdet og evt. andre relevante telefoner, til ett felles nasjonalt nummer, og mulighet for etablering av nødknapp.



Begrenset tilgang til metode for selvmord.

Mål 3 Begrenset tilgang til metode for selvmord

Å begrense tilgang til metode for selvmord omfatter tiltak der man på ulikt vis forsøker å gjøre slike metoder mindre tilgjengelige. Sikringstiltak kan forebygge impulsive selvmord ved å bidra til å utsette den akutte selvmordsimpulsen og gi rom for livreddende hjelp. Å begrense tilgang til ulike selvmordsmetoder har vist seg å være godt dokumentert som selvmordsforebyggende tiltak.

Regjeringens mål er begrenset tilgang til metode for selvmord.

3.1 Vegtrafikk

Hvert år skjer det selvmord i trafikken. Det er imidlertid vanskelig å avdekke nøyaktige tall. I samsvar med internasjonal standard defineres ikke selvmord i trafikken som en trafikkulykke og inngår derfor ikke i offentlig statistikk over vegtrafikkulykker. Hvis derimot andre trafikanter omkommer eller skades i slike hendelser inkluderes disse blant de omkomne eller hardt skadde og hendelsen inngår i statistikken over vegtrafikkulykker.²³ Det er politiet som har mandat til å konkludere om en dødsulykke i trafikken skal klassifiseres som en trafikkulykke eller et selvmord. Dødsårsaksregisteret (DÅR) viser forekomst av selvmord i trafikken, men det er antatt underrapportering og mørketall.

Statens vegvesens analyser av alle dødsulykker i vegtrafikken tyder på at antall selvmord i trafikken kan være flere enn det som dokumenteres i selvmordsstatistikken. Datamaterialet for 2018 viser at det for om lag 6 prosent av dødsulykkene var mistanke om at ulykken var selvmord (6 dødsulykker). Tilsvarende gjennom-

snitt for hele tidsperioden 2005–2018 er også 6 prosent (117 dødsulykker). Dette er ulykker hvor mistanken om selvmord ikke er dokumentert og dødsulykker som derfor ikke er tatt ut av datamaterialet, men inngår i offentlig statistikk over vegtrafikkulykker. Det finnes ingen oversikt over antall selvmordsforsøk i trafikken.

Selvmord i trafikken skiller seg fra andre selvmordsmetoder fordi det også kan skade andre. Når det offentlige vegnettet brukes som en selvmordarena vil andres liv og helse også kunne stå i fare. Konsekvensene er ikke bare påført fysisk skade, men også psykisk belastning, både for vitner og motparter i ulykkene. Det gjelder for eksempel i selvmordsulykker ved påkjørsel av tunge kjøretøy.

Det er lite kunnskap om selvmord i trafikken. Statens vegvesen analyserer kun vegtrafikkulykker (dødsulykker), ikke selvmord i trafikken. Mens antall dødsulykker i trafikken har gått ned, har antall dokumenterte selvmord i trafikken vært relativt konstant. Med synkende antall drepte og hardt skadde i trafikken vil andelen selvmord kunne utgjøre en

større andel av hendelsene. Økt kunnskap om selvmord i trafikken og pålitelig statistikk er derfor viktig som en del av det forebyggende arbeidet.

En pålitelig statistikk er avhengig av et godt teoretisk rammeverk og en god registrerings- og klassifiseringsprosess. Selv om det kan være vanskelig å konkludere at en vegtrafikkulykke er et selvmord og ikke en ulykke, vil et godt faglig klassifiseringssystem være viktig for å redusere feilkilder og tallfeste usikkerheten. Indirekte blir dette et estimat på underrapportering. Det vil styrke datakvaliteten på både selvmords- og ulykkesstatistikken på vei at det innføres en god faglig og nasjonal klassifiseringsmetode. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra Statens vegvesen, politiet (Utrykningspolitiet), Helse- og helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistisk sentralbyrå har anbefalt at det etableres mer formaliserte og standardiserte kriterier for klassifisering av selvmord i trafikken i Norge.²⁴ Dette gjøres allerede i Sverige.

Et felles klassifiseringssystem vil sikre mer objektiv faglighet og nasjonal likhet enn det er i dag. Standardiserte kriterier bør være et minimum for håndtering av selvmord i trafikken og må implementeres av både politiet, helsesektoren og Statens vegvesen. Arbeidsgruppen har sett på hvordan selvmord i trafikken blir håndtert med hensyn til kriterier og klassifiseringer og kommet med anbefalinger om hvordan dette kan forbedres. Anbefalingene baserer seg på faglig krav til hva som minimum må til for å få mer pålitelig selvmordsstatistikk.

TILTAK

- Regjeringen vil etablere mer formaliserte og standardiserte kriterier for klassifisering av selvmord i trafikken.

3.2 Jernbane, T-bane og trikk

Antall dødsfall som følge av påkjørsel i sporet på norsk jernbane har økt kraftig de senere årene, skriver Jernbandedirektoratet og Bane NOR i sitt innspill til ny Nasjonal transportplan 2022–2033. Uvedkommende i sporet dominerer nå dødsfall og alvorlige skader på jernbanen. Denne uheldige utviklingen forventes å fortsette hvis ikke tiltak iverksettes. Mange av tilfellene kategoriseres som selvmord.

RESTRAIL (REduction of Suicides and Trespasses on RAILway property, EU) og GRASP (Global Railway Alliance for Suicide Prevention, USA) koordinerer internasjonal forskning på barrierer mot uvedkommende i sporet og på andre farlige områder. Redusert adkomst, som gjerder, grovere pukk eller andre hindre, fjerning av sikthindringer og overvåking av spesielle punkter, ser ut til å være effektive tiltak. Kunnskap og oversikt over utsatte områder er en forutsetning for effektive tiltak. Det vil ofte være stor overlapp i tiltak mot selvmord og mot ulovlig, farefull ferdsel.

Arbeidet med innhenting av kunnskap, kartlegging og gjennomføring av tiltak vil fortsette som del av det forebyggende sikkerhetsarbeidet på jernbanen, og vil også inkludere T-bane og trikk.

TILTAK

- Regjeringen vil fortsette arbeidet med å bidra til mer kunnskap og oversikt over utsatte områder og gjennomføre egnede og effektive tiltak som del av det forebyggende sikkerhetsarbeidet på jernbanen, T-bane og trikk.

3.3 Sikring av høybroer

Studier fra flere land tyder på at å sette opp gjerder på broer som har vært benyttet til selvmord, kan være en effektiv måte å forebygge fremtidige selvmord av denne typen. I en norsk studie²⁵ undersøkte man alle 319 selvmord fra høye steder som ble gjennomført i Norge i perioden 1999–2010. Nesten halvparten av disse selvmordene ble gjennomført fra seks broer. Tre broer ble sikret i løpet av observasjonsperioden. Forfatterne konkluderer med at selv om selvmord fra broer er en relativt sjelden hendelse, er det potensial for å redde liv ved å installere fysiske barrierer på de broene som er mest brukt for å gjennomføre selvmord.

Flere steder i Norge er det iverksatt sikring av bynære broer, både med montering av forhøyet brorekkverk eller andre tiltak som videoovervåking. Regelverk knyttet til sikring av bro er tydelig.²⁶

Hovedredningsentralen, som har som sitt samfunnsoppdrag å koordinere og lede redningsaksjoner (land-, sjø- og luftredningstjeneste), vurderer at sikrings tiltak som fysiske barrierer, videoovervåking og varsling har bidratt til å redde liv.

TILTAK

- Regjeringen vil kartlegge antall høybroer med potensial for sikring og vurdere tiltak for sikring av disse.

3.4 Våpen

Det registreres omtrent 75 selvmord med skytevåpen hvert år i Norge.²⁷ En norsk studie²⁸ viser at selvmordsraten for menn som tok sitt liv med skytevåpen gikk ned med 62 prosent fra 1991 til 2009. Studien viste effekt av to lover. Den ene var lovforskriften fra 1990 som krevde polititilatelsete før man skaffet seg hagle, og som førte til en reduksjon i antall selvmord totalt og i aldersgruppen 15–34 år spesielt. Mannlige skytevåpendødsfall kan også ha blitt redusert etter endringer i lov og forskrift om lagring og oppbevaring av militære våpen i private hjem. Dette betyr at innstramminger i regelverket kan føre til nedgang i selvmord.

Gjeldende våpenlov stiller krav til løyve for erverv og innehav av våpen, samt at våpen eller vital våpendel skal oppbevares nedlåst i godkjent våpenskap. Dette videreføres i ny våpenlov, som etter planen skal tre i kraft 1. januar 2021. I ny våpenlov er det presisert at helseforhold kan gi grunnlag for å nekte eller tilbakekalle våpenløyve, noe som er en presisering av gjeldende rett. Loven inneholder også endringer som vil styrke kontrollen med våpen. Det er som noe nytt åpnet for at politiet kan kreve våpen overlevert uten at det gis forhåndsvarsel, blant annet ved mistanke om at våpenet vil kunne misbrukes (jf. ny våpenlov § 31 fjerde ledd). Et annet viktig grep er at det i den nye loven stilles krav til løyve for å kunne låne skytevåpen (jf. ny våpenlov § 18). Etter gjeldende lov kreves det ikke løyve for å kunne låne våpen.

3.5 Legemidler og rusmidler

FHIs kunnskapssammenstilling om selvmordsforebyggende tiltak peker på forskningsmessig støtte for at en restriktiv alkoholpolitikk kan bidra til å redusere antall selvmord. Norge vil følge opp Verdens helseorganisasjons (WHOs) globale handlingsplan for forebygging og begrenning av ikke-smittsomme sykdommer (noncommunicable diseases, NCD) hvor det er et mål å redusere alkoholforbruket i befolkningen med minst 10 prosent innen 2025 sammenliknet med 2010. Som en del av dette arbeidet vil det bli lagt fram en nasjonal alkoholstrategi med tydelig mål om nedgang i alkoholkonsumet.

Forgiftning med legemidler, ofte i kombinasjon med alkohol og/eller andre rusmidler, er en hyppig benyttet selvmordsmetode, særlig blant kvinner. Dette gjelder både legemidler som er ordinert av lege til bruker, familiemedlemmer og venner, eller skaffet på det illegale markedet.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å sende forslag til endringer i rekvirerings- og utleveringsforskriften på høring høsten 2020. Ett av forslagene i høringen vil være å begrense tillatt mengde A/B-legemidler (narkotiske og vanedannende legemidler) på papirresepter og muntlige resepter til minste standardpakning eller en mengde tilsvarende vanlig terapeutisk dose i tre døgn. Dette er en innskjerping fra bruk i sju dager etter gjeldende forskrift. Hovedbegrunnelsen for innstramningen er å begrense rekvirering av legemidler i reseptgruppe A og B utenfor e-resept, samt presisere at det er pasientens faste lege som bør ha oversikt

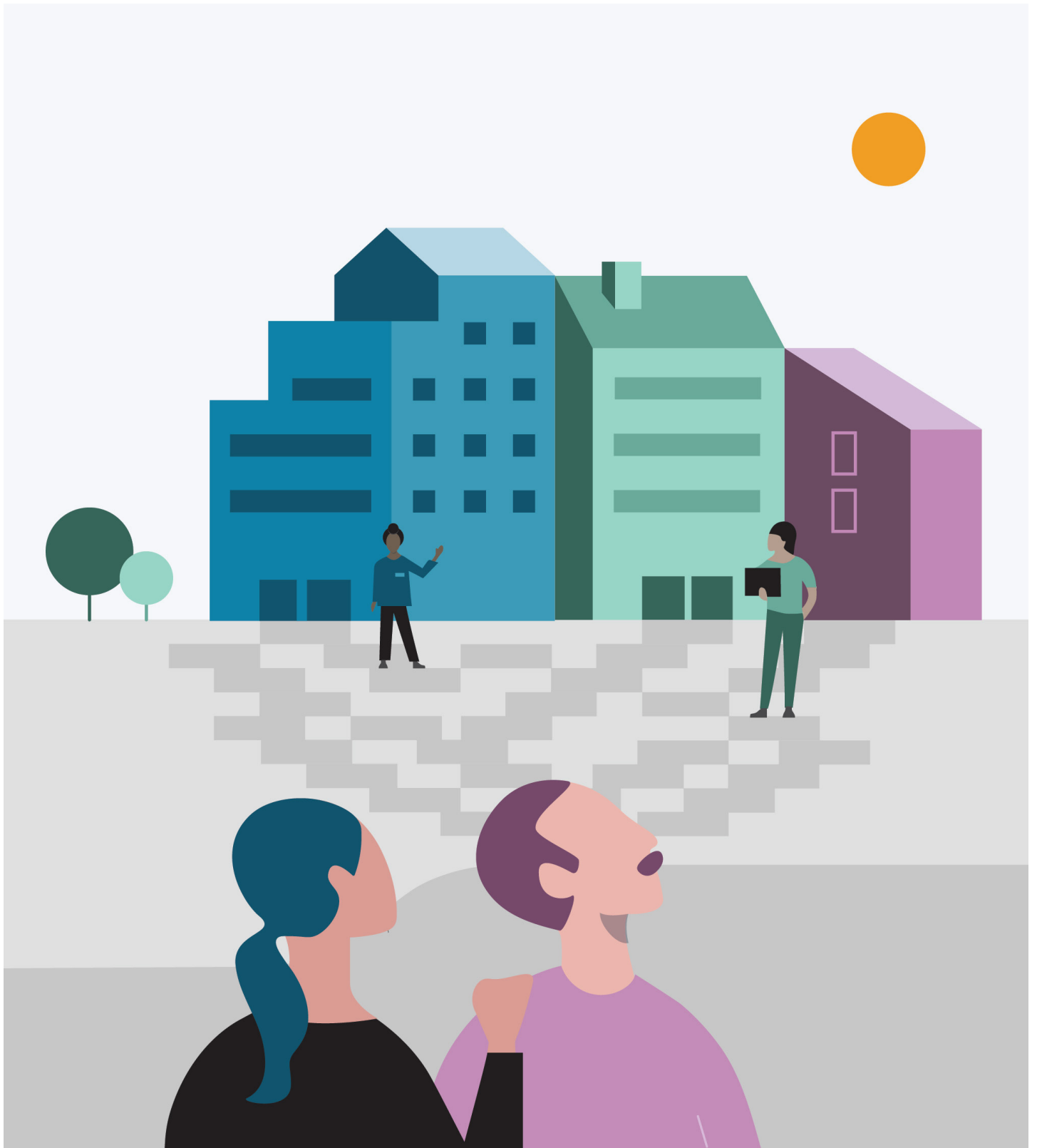
over og rekvirere slik behandling. Hovedregelen skal være at rekvirering av legemidler fra lege og tannlege skjer elektronisk via Reseptformidleren (nasjonal database for elektroniske resepter).

Enkelte legemidler er assosiert med økt forekomst av selvmordstanker. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten anbefaler tett oppfølging ved oppstart av behandling med antidepressiva på grunn av økt selvmordsrisiko. Ved initiering og ordinering av fast behandling med bestemte legemidler der det er vist assosiasjon til selvmordstanker, selvmordsrelatert atferd og lignende, er det viktig at forskriver/ behandler vurderer og følger opp denne risikoen hos den enkelte pasient. Kunnskap tyder på at fast bruk av

antidepressiva hos barn og unge gir økt risiko for selvmordstanker. Helsedirektoratet har et prosjekt som skal gi informasjon om dette til helsepersonell, pasienter og pårørende.

TILTAK

- Regjeringen vil legge fram en nasjonal alkoholstrategi med tydelig mål om nedgang i befolkningens alkoholkonsum.
- Regjeringen vurderer å begrense tillatt mengde A/B-legemidler (narkotiske og vanedannende legemidler) på papirsepter og muntlige resepter til tre døgns vanlig terapeutisk dose.



God hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko.

Mål 4

God hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko

Det er en utfordring å få personer, spesielt menn, til å søke hjelp ved krise. Det er behov for å vurdere nye måter å tilby hjelp på.

Mer enn en tredel av alle som tar livet sitt har vært i kontakt med fastlegen sin måneden før selvmordet. Nær halvparten av alle personer som dør i selvmord har vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste leveår. Dette tyder på stort potensial for å arbeide selvmordsforebyggende i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er det viktig å erkjenne at pasienter under behandling vil kunne ta livet sitt uten at dette skyldes svikt i tjenesten.

Tre elementer er sentrale ved selvmordsfare: Vurdering, behandling og beskyttelse.

Det er viktig at det benyttes kunnskapsbaserte intervensjoner i det selvmordsforebyggende arbeidet. Det er god dokumentasjon for at behandling av psykiske lidelser, spesielt depresjon, og gode behandlingsforløp i helsetjenesten har selvmordsforebyggende effekt. En viktig del av god hjelp er derfor at det sikres at pasienter får riktig behandling for sin underliggende psykiske lidelse. Det er ulik effekt av ulike terapeutiske tilnærminger avhengig av den underliggende diagnosen.

Selvmordsproblematikken er også en selvstendig problematikk. De siste årene er det introdusert kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for suicidalitet med høy relevans for vide pasientgrupper. I disse tilnærmingene er man opptatt av individets autonomi og medbestemmelsesrett og styrking av den enkeltes ressurser knyttet til relasjonell kompetanse, emosjonsregulering og problemløsningsferdigheter.

Behandling og oppfølging må tilpasses pasienters behov, samt kulturelle og språklige bakgrunn. Psykososiale forhold har stor betydning.

Mange av dem som har gjort selvmordsforsøk kommer til somatiske enheter. Det er behov for kompetanse og systematikk i det selvmordsforebyggende arbeidet også her.

Overganger er høyrisikoperioder, særlig den første tiden etter utskriving etter selvmordsforsøk. Trygge overganger må sikres.

Regjeringens mål er god hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko.

4.1 Tydeliggjøring av ansvar i helselovgivningen

Dagens regulering av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra til forebygging av selvskading og selvmord er på systemnivå overordnet og generell. Ansvaret til den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan først og fremst utledes av helse- og omsorgstjenesteloven. Spesialisthelsetjenestens ansvar kan primært utledes av spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg regulerer tannhelsetjenesteloven fylkeskommunens ansvar.

Ansvaret på individnivå er mer konkretisert. Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonells utførelse av arbeidet. Dette skal være faglig forsvarlig og helsepersonellet skal gi omsorgsfull hjelp. Helsepersonellet skal innhente nødvendig bistand og viderehenvise pasienter der egne kvalifikasjoner ikke strekker til. Helsepersonell har videre en plikt til å varsle nødetater dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

Kommunen, fylkeskommunen og statlige myndigheters ansvar etter folkehelse- loven følger av hhv. §§ 4, 20 og 22. Etter folkehelse- loven har kommunen ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og

forhold som påvirker denne. Dette kan omfatte omfang og risikofaktorer for selvmord. I den grad selvmord i en kommune defineres som en folkehelseutfordring, må kommunene iverksette nødvendige tiltak med de virkemidlene kommunen har. Dette omfatter også tiltak utenfor helsesektoren som f.eks. sikring av broer. Da det til tross for omfattende tiltak som er iverksatt for å forebygge selvmord i Norge ikke kan registreres en effekt som viser nedgang i selvmordsraten, er det nødvendig å vurdere å tydeliggjøre ansvar i lov. En tydeliggjøring av regelverket på systemnivå, slik det ble gjort med hensyn til vold og overgrep i 2018, vil kunne bidra til at kommunene, fylkeskommunene og helseforetakene får en sterkere oppfordring til å sørge for at de har system og rutiner for å bidra til å forebygge selvskading og selvmord. De ansvarlige for virksomheten må sørge for at ansatte blir kjent med plikten og får tilstrekkelig kompetanse til at de blir i stand til å kunne bidra til å forebygge og avverge, og slik også bli i stand til å oppfylle sin lovpålagte plikt til forsvarlig oppfølging av den enkelte. Dette innebærer ikke å vurdere å lovfeste en ny plikt, men å tydeliggjøre i lovgivningen et ansvar som allerede kan utledes av dagens lovgivning.

Særlig vil en tydeliggjøring av ansvaret på systemnivå kunne bidra til at det i tjenestene utvikles en kultur hvor arbeidet med å bidra til å forebygge og avverge selvsykdom og selvmord blir en mer naturlig del av det å yte helse- og omsorgstjenester. En eksplisitt tydeliggjøring i loven vil også medføre at tjenestenes innsats for å bidra til å forebygge og avverge selvsykdom og selvmord blir et mer aktuelt og egnet tilsynsystem, ikke bare for tilsyn med spesialisthelsetjenesten, men også med kommunen. Tydeliggjøring av ansvaret på systemnivå vil også bidra til at dette temaet blir en naturlig del av kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheters arbeid med å fremme folkehelse.

TILTAK

- Regjeringen vil vurdere å tydeliggjøre i helselovgivningen helse- og omsorgstjenestenes ansvar for å bidra til å forebygge selvsykdom, selvmordsforsøk og selvmord, samt om forebygging på gruppe- og samfunnsnivå kan omfattes av folkehelse-loven.

4.2 Livskrisetilbud

Livskriser, for eksempel ved tap av noen som står en nær eller å miste arbeidet, kan utløse selvmordstanker. Ikke alle søker hjelp i krise, og menn i mindre grad enn kvinner. Det mangler fortsatt kunnskap om hvorfor det er slik. Det trengs mer kunnskap om hjelpesøking blant menn, grunner til at menn ikke søker hjelp og eventuelt hvilke andre arenaer man kan nå menn på.

Steder som legevakt i Bergen (se boks 3), Stavanger og Tromsø, og sosial vaktjeneste ved legevakten i Oslo og Drammen gir livskrisehjelp. Disse tilbudene er noe ulikt organisert og noen har endret seg over tid. I Skottland har personell i frontlinjen sett behov for bedre tilbud til personer i krise. Skotske myndigheter har derfor utviklet pilotprosjektet "Distress Brief Interventions (DBI)". Det innebærer at personer i krise møter trent personell i frontlinjen som politi, ambulansepersonell og fra primærhelsetjenesten, som forsøker å avhjelpe situasjonen. De spør om det er ønskelig med videre støtte og henviser i tilfellet til DBI-tilbudet med lovnad om kontakt innen 24 timer for videre oppfølging. Her tilbyr trent personell inntil 14 dagers støtte og krisemestring. I Danmark har regionene egne tilbud hvor personer med selvmordstanker kan henvende seg.

Regjeringen vil utrede kunnskapsgrunnlaget for å etablere livskrisetilbud og utvikle anbefalinger om å opprette slike funksjoner.

BOKS 3

Livskrisehjelpen ved Bergen legevakt

Livskrisehjelpen i Bergen åpnet i 2005 som del av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette er et gratis lavterskeltilbud som gir samtaletilbud til enkeltpersoner i akutte psykososiale kriser, f.eks. ved konfliktpregede samlivsbrudd, lettere psykiske lidelser eller sammensatte problemstillinger, til etterlatte etter selvmord og ved brå død.

Målet er å hjelpe de som henvender seg til økt mestring og hjelp til selvhjelp. Avdelingen kan hjelpe med informasjon om og eventuell kontakt med andre hjelpeinstanser. Man kan møte opp med eller uten avtale, eller få hjelp på telefon. Det er utført to brukerundersøkelser som viser at pasientene i stor grad er fornøyde med tilbudet. Mange fremhever personalets profesjonalitet, gode kunnskap og gode omsorg, samt hjelpens tilgjengelighet og korte ventetid.

TILTAK

- Regjeringen vil utrede kunnskapsgrunnlaget for å etablere livskrisetilbud og utvikle anbefalinger om å opprette slike funksjoner.

4.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunene er sentrale i det selvmordsforebyggende arbeidet, og arbeider i økende grad med dette. Personellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjør sammen en stor selvmordsforebyggende innsats. Mange pasienter og pårørende kontakter fastlege ved akutte selvmordstanker, og fastleger vurderer ofte selvmordsrisiko. Vurderingene kan være vanskelige, men ofte har fastlegene gjennom mangeårig kjennskap til pasienten og situasjonen rundt pasienten, gode forutsetninger for å finne egnede tiltak. Fysioterapeuter og andre yrkesgrupper har behov for å vite hvem de skal ta kontakt med når de oppdager faresignaler hos personer de møter.

Analyser av norske registerdata for både siste år og siste måned før selvmord, viser at de som tar livet sitt hadde betydelig høyere kontaktrater med helsetjenesten enn befolkningen for øvrig.²⁹ 80 prosent av menn og 89 prosent av kvinner som tar livet sitt hadde vært hos fastlegen året forut for selvmordet, mens 35 prosent av menn og 46 prosent av kvinner som hadde tatt livet sitt hadde vært hos fastlegen måneden forut for selvmordet.

Forebyggingsstrategier for selvmord har hittil i hovedsak vektlagt rollen til spesialisthelsetjenesten og behandling av psykiske lidelser, mens primærhelsetjenesten er blitt viet mindre oppmerksomhet. Noen studier tyder på store variasjoner i kvalitet på behandling ved selvmordsproblematikk, og mange kommuner i Norge mangler systemer for

behandling og oppfølging av mennesker i selvmordsfare. Folkehelseinstituttet (FHI), i samarbeid med SINTEF og Oslo universitetssykehus, undersøker nå helse- og velferdstjenestenes betydning i arbeidet med å forebygge selvmord.³⁰ Det vil være særlig oppmerksomhet på fastlegenes koordinerende rolle. Det vil også bli identifisert og beskrevet ulike behandlingsforløp forut for selvmord og hvordan ulike forløp henger sammen med trekk ved de som dør i selvmord og ved tjenestene. Internasjonalt har man pekt på primærhelsetjenesten som en sentral arena for selvmordsforebygging. At mer enn 80 prosent av dem som tar livet sitt i Norge har vært i kontakt med primærhelsetjenesten i løpet av det siste året før selvmordet, tyder på et potensial for selvmordsforebygging i denne tjenesten også i Norge. Det kan skje gjennom å identifisere mennesker i krise og å sikre at de får rask og god oppfølging i hjelpeapparatet.

Helsedirektoratet har i samarbeid med kompetansemiljøene, tjenestene og bruker- og pårørendeorganisasjoner utarbeidet veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord.³¹ Materialet skal bidra til økt kvalitet og mer enhetlig praksis i tjenestene. Det omfatter også omsorgstjenestene i kommunen, og gjelder både personer i selvmordsfare og deres pårørende.

Dette veiledende materialet, som ble utgitt i 2017, skal videreutvikles for å ivareta nye nasjonale føringer og understøtter tjenestenes behov for råd og veiledning. Gjennomgangen skal ses i lys av den pågående revideringen av Nasjonale retningslinjer for forebygging

av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) og revideringen av lokal veileder for psykisk helsearbeid i kommunen Sammen om mestring. Videreutviklingen vil gjøres av Helsedirektoratet i samarbeid med andre aktører.

Det arbeides systematisk for å gjøre det veiledende materialet kjent og lett tilgjengelig for tjenestene. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har utviklet demonstrasjonsvideoer for å løfte fram sentrale temaer i materialet, som utarbeidelse av sikkerhetsplan og kartlegging av selvskading.³²

Helsedirektoratet anbefaler i det veiledende materialet kommunene å utarbeide en plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk. Planen skal tydeliggjøre hvilke tjenester/enheter som skal inneha hvilke oppgaver/roller. Den kan utvikles som en egen plan eller integreres som en delplan i annet planverk. Å sørge for nødvendig og tilstrekkelig planverk er et ledelsesansvar.

Det er generelt en positiv utvikling når det gjelder rutiner og prosedyrer for oppfølging etter selvmordsforsøk, selvskading og overdoser i kommunene.³³ Det er likevel kun 42 prosent av kommunene som rapporterer at de har etablert rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk. For selvskadingsproblematikk er det kun 23 prosent av kommunene som oppgir at de har etablert dette. 27 prosent av kommunene oppgir at de har rutiner/prosedyrer for samarbeid med

spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk. 84 prosent av kommunene oppgir at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet, men bare hver tredje kommune har lagt en plan for hvordan de skal gjøre materialet kjent for relevant helsepersonell. På landsbasis svarer 73 prosent av kommunene at de ansatte har kurs i selvmordsforebygging. Personell i mange kommuner har deltatt på kurs i regi av Vivat selvmordsforebygging (se kap. 6.4.1.).

Kompetansemiljøene har som en av sine oppgaver å understøtte tjenestene i deres arbeid med å utarbeide planer ut ifra den enkelte kommunes behov, organisering, ressurser og kompetanse. For å bistå kommunene ytterligere i arbeidet har alle de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTsene) i samarbeid med Bergen kommune, igangsatt arbeid med å utarbeide en elektronisk veiledning for utvikling av kommunale handlingsplaner.

Rask psykisk helsehjelp er et lett tilgjengelig kommunalt behandlingstilbud til personer over 16 år med milde og moderate angst- og depresjonslidelser, søvnvansker og stress. Hjelpen er basert på kognitiv terapi og veiledet selvhjelp, uten lang ventetid eller krav til henvisning fra lege. Kartlegging og behandling av begynnende alkohol-/rusmiddelrelatert problematikk inngår i tilbudet. RVTsene understøtter Rask psykisk helsehjelp med kompetanse i oppfølging og forebygging av selvskading og selvmordsproblematikk.

I dag er det 62 kommuner og bydeler som tilbyr Rask psykisk helsehjelp. Det er ønskelig å spre tilbudet til langt flere

kommuner. Fra 2021 foreslås det derfor en gradvis omlegging av tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp. Midlene vil bli foreslått gradvis dreid over til å legge til rette for raskere implementering av tilbudet gjennom opplæringstilbud, utarbeidelse av veiledningsmaterieil og andre kompetansebyggende tiltak.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten når nesten alle barn og unge i Norge og har stor oppslutning. Ifølge retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør skolehelsetjenesten ha fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser og være oppmerksom på mulige bakenforliggende årsaker ved alle henvendelser fra barn og ungdom. Selvmordstanker inngår i dette. Barn og unge gir selv uttrykk for at de ønsker tjenester som er tilgjengelig på digitale flater. Regjeringen vil derfor utvikle digitale tjenester, herunder gjøre helsestasjons- og skolehelsetjenesten mer digitalt tilgjengelig. Særlig relevant er det å fortsette arbeidet med prosjektet Digi-helsestasjon.

Kunnskapsoppsummeringen fra FHI om eldre og selvmord³⁴ viser at også blant eldre har menn en høyere selvmordsrisiko og benytter selvmordsmetoder med høyere dødelighet enn kvinner. Å leve i et samliv og å ha gode sosiale relasjoner ser ut til å være forbundet med en redusert selvmordsrisiko blant eldre. Sammenhengen mellom samlivsstatus og selvmord er sterkere for eldre menn enn eldre kvinner. Kunnskapsoppsummeringen viser også at det å avdekke depresjon eller andre psykiske plager hos eldre kan ha en selvmordsforebyggende effekt. Forebyggende hjemmebesøk er et tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og

omsorgsarbeidet rettet mot eldre. Dette kan bidra til økt mestring i eget liv og redusere risiko for blant annet funksjonstap, ensomhet, psykiske og rusmiddelrelaterte plager. Hjemmebesøk er rettet mot eldre som bor hjemme og har begrensede tjenester fra kommunen.

Rundskriv I-2/2016 Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene beskriver hvordan kommunene kan bruke forebyggende hjemmebesøk som del av sitt tjenestetilbud til eldre. Helsedirektoratet har laget veiledningsmaterieil til kommunene om forebyggende hjemmebesøk³⁵ og også samlet mye tilleggsinformasjon om temaet på sine nettsider (om blant annet risikogrupper, gjennomføring av møter, sjekklister og samarbeid med andre aktører). Forebyggende hjemmebesøk til eldre har de siste årene fått økende utbredelse i Norge.

Forebyggende hjemmebesøk er ett av eksemplene som trekkes fram i Meld.St 15 (2017–2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. De kommunene som omstiller seg i tråd med reformen vil bli prioritert innenfor en rekke relevante tilskuddsordninger fra og med 2021.

Det er viktig at de som gjennomfører hjemmebesøk har nødvendig kompetanse til å avdekke psykiske plager og rusmiddelproblemer hos eldre og å kunne viderehenvise ved behov.

Alkohol-/og rusbrukslidelser øker risiko for selvmord. Samtidig psykisk lidelse og alkohol-/rusbrukslidelse øker selvmordsrisikoen ytterligere. Fastlegene er sentrale i kunne å fange opp og gi hjelp ved alkoholproblemer. Regjeringen vil

øke fastlegenes bevissthet om pasienters alkoholproblemer og utvikle verktøy for å håndtere dette.

Internettbaserte selvhjelpsverktøy kan bidra til å senke terskelen for å søke hjelp for psykiske problemer. Flere aktører deltar i utviklingen av digitale lavterskeltilbud for forebygging, mestring og behandling av psykiske plager og lidelser. Utviklingen har akselerert under koronapandemien, og flere norske fagmiljø tilbyr nå digitale selvhjelps løsninger. Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har utviklet en plattform hvor digitale verktøy er tilgjengelige med digital henvisning fra behandler. Nyere erfaringer fra videobasert oppfølging tyder på at tjenestene kan effektiviseres med digitale løsninger. Geografisk avstand, stigma og andre forhold fører til at mange ikke oppsøker behandling. Digitale tjenester kan gjøre terskelen lavere og nå flere. iFightDepression er eksempel på et internettbasert selvhjelpsverktøy til hjelp ved depresjon, se boks 4.

BOKS 4

iFightDepression – et nettbasert selvhjelpsprogram mot depresjon

iFightDepression er et nettbasert selvhjelpsprogram mot depresjon utviklet av European Alliance Against Depression (EAAD). EAAD er en allianse med eksperter fra 18 land som driver med opplæring, hjelp til å screene og avdekke depresjon, og utvikling av ulike behandlingsverktøy.

- Verktøyet retter seg mot personer med milde og moderate former for depresjon og deres pårørende.
- En veileder inviterer egne pasienter som brukere av programmet etter å ha gjort en vurdering av om dette kan være nyttig. Veiledere i verktøyet må ha gjennomgått opplæring, som blant annet kan skje gjennom et e-læringsprogram.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging står ansvarlig for den norske versjonen av *iFightDepression*, og implementering og evaluering av dette i Norge. I dette arbeidet samarbeider de med Sørlandet sykehus. *iFightDepression* er under løpende evaluering. Evalueringen vil være grunnlaget for videre utvikling og tilpasning ved den nasjonale implementeringen av *iFightDepression*.

TILTAK

- Regjeringen vil videreutvikle veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord.
- Regjeringen vil tilrettelegge for at kommunene utarbeider plan/delplan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk, herunder understøtte implementering av elektronisk veiledning for utvikling av kommunale handlingsplaner.
- Regjeringen vil øke utbredelsen av tilbudet Rask psykisk helsehjelp.
- Regjeringen vil gjøre helsestasjons- og skolehelsetjenesten mer digitalt tilgjengelig.
- Regjeringen vil stimulere til at flere kommuner gjennomfører forebyggende hjemmebesøk for eldre, blant annet for å kunne avdekke depresjon, andre psykiske plager og rusmiddelrelaterte problemer, og gjennom dette bidra til å redusere risiko for selvmord.
- Regjeringen vil øke fastlegenes bevissthet om pasienters alkoholproblemer og utvikle verktøy for å håndtere dette.
- Regjeringen vil styrke befolkningens tilgang til digitale mestringsverktøy innen psykisk helse for å øke og tilpasse tilbudene til befolkningen, samt senke terskelen for å få hjelp.

4.4 Spesialisthelsetjenester

God kvalitet i behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og alvorlige somatiske sykdommer er av stor betydning for å forebygge selvmord.

Regjeringen vil arbeide for gode sammenhengende helse- og omsorgstjenester slik at personer med selvmordsrisiko blir ivaretatt og gitt hjelp. Det er behov for et godt samarbeid mellom psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), somatiske avdelinger og kommuner for å identifisere pasienter med skader som kan være en følge av selvmordsforsøk, og sørge for at disse får tilbud om oppfølging.

4.4.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Forebygging av selvmord er et prioritert område i PHV. Nesten halvparten av de som dør i selvmord i Norge har hatt kontakt med PHV eller TSB siste leveår.³⁶ Særlig tiden etter utskrivelse fra døgnopphold er høyrisikoperiode for selvmord. Dette viser viktigheten av selvmordsforebygging og aktiv oppfølging av pasienter med selvmordsrisiko.

Riktig behandling av psykiske lidelser, spesielt depresjon, kan redusere selvmordsfare og forebygge selvmord. En viktig del av god hjelp og gode behandlingsforløp er derfor å sikre at pasienter får riktig behandling for sin underliggende psykiske lidelse. En helhetlig, individuelt tilpasset behandling forutsetter at pasientens selvmordsproblematikk også tas med i betraktning, og at pasientsikkerheten ivaretas under behandling.

PHV redder liv hver eneste dag. Tjenesten har gjennomgående høy kompetanse, samtidig er det grunn til å anta at det er forskjeller mellom behandlingsstedene i hvordan selvmordsrisiko vurderes og følges opp, både institusjonelt og på individnivå. Statens helsetilsyn har pekt på at helseforetakene i for liten grad lærer av tidligere kjente feil, som mangler i utredning/behandling, variabel kvalitet på selvmordsrisikovurderinger, svikt i samhandling og mangel på behandlingsplaner/kriseplaner. Eksempelvis tyder en gjennomgang av varsler etter selvmord på at pasienter med psykotisk depresjon i for liten grad utredes og behandles for denne potensielt livstruende tilstanden.³⁷ Pakkeforløpene møter i stor grad disse utfordringene. Pakkeforløpene skal gi pasienter og pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Oppfølging underveis og etter utskrivelse er sentralt, og hver pasient får sin koordinator som skal være kontaktperson for pasienten og for pårørende. Selvmord er i større grad omtalt i pakkeforløp for psykisk helse enn for rus. I arbeidet med revisjon av pakkeforløpene vil det vurderes om pakkeforløpene for rus kan ivareta selvmordstematikk bedre.

Det er behov for økt selvmordsforebyggende innsats innen TSB. Internasjonalt har det vært lite forskning og oppmerksomhet på selvmordsforebygging under og etter rusbehandling. Den første norske rapporten som beskriver selvmord blant personer i kontakt med TSB ble utgitt i januar 2020.³⁸ Rapporten viser at selvmord er et like alvorlig problem blant brukere av TSB som PHV, men det har vært mindre oppmerksomhet om dette også i Norge.

Ifølge rapporten skjedde svært få selvmord under en innleggelse i TSB, men en stor andel (68 prosent) av dem som døde innen ett år etter kontakt med TSB hadde hatt ett eller flere døgnopphold i TSB eller PHV siste år før dødsfallet. Forberedelse før og oppfølging etter utskrivelse er derfor viktig. Rapporten viser også at alkoholbrukslidelser er den vanligste ruslidelsen blant de som dør i selvmord etter kontakt med TSB, hele 46 prosent hadde fått denne diagnosen det siste året. Depresjon eller angst i kombinasjon med en ruslidelse er svært vanlig. Halvparten av kvinnene og en tredel av mennene var diagnostisert med angst eller depresjon siste år før selvmordet. To tredeler hadde også hatt kontakt med PHV siste leveår. Behandling av angst og depresjon til personer i kontakt med TSB vil ifølge rapporten ha potensial som et selvmordsforebyggende tiltak. Det er behov for økt selvmordsforebyggende innsats i TSB og å sørge for at de som trenger det blir tilbudt psykisk helsehjelp. Det er også et mål å få flere med alkoholproblemer til å søke hjelp.

Mange overdosedødsfall synes å ha bakgrunn i likegyldighet til om en lever eller dør.³⁹ Dette peker på behovet for å snakke med brukere om eksistensielle utfordringer i det forebyggende arbeidet. En opplevelse av likegyldighet til om man lever eller dør, kan henge sammen med at livssituasjonen oppleves som håpløs eller brått har blitt forverret. Det kan være knyttet til bosituasjon, somatiske plager, psykiske plager eller andre viktige forhold i livet. Dette understreker at hele spekteret av innsatser på psykisk helse- og rusmiddelfeltet har betydning i både selvmords- og overdoseforebyggende arbeid.

Teambaserte arbeidsformer gir gode resultater når man skal tilby helhetlige og integrerte tilbud. Det er etablert ACT- og FACT-team i alle helseregioner, og i tråd med ny Nasjonal helse- og sykehusplan⁴⁰ vil regjeringen at ambulante team på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste innføres der det er befolkningsmessig grunnlag for det. Tilgang på brukerstyrt innleggelse anbefales i retningslinjer for TSB, og nytten av dette som selvmordsforebyggende tiltak bør undersøkes videre.

Det skal være god kompetanse og rutiner for selvmordskartlegging og oppfølging både i PHV, TSB og somatikken. Dette forutsetter oppdatert kunnskap. Helseledelse arbeider med revisjon av Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) som ble utgitt i 2008.⁴¹ Revisjonen vil inkludere forebygging av selvmord i TSB. I arbeidet skal selvmordsrisikovurderinger inngå, og det vurderes om kunnskapsbaserte tilbud til enkelte grupper, for eksempel personer med vedvarende forhøyet selvmordsrisiko, bør inngå. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger omfattes av arbeidet. I den oppdaterte retningslinjen vil også ivaretagelse av pårørende og etterlatte inngå.

Utforming, innredning og sikring av bygger av stor betydning for forebygging av selvmord i institusjon, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Undersøkelseskommissjonen for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) har på bakgrunn av en hendelsesanalyse publisert en skriftlig tilråding rettet til alle kommune- og

sykehusledere om å gjennomgå sine helsebygg for å forhindre ulykker knyttet til usikrede bygg.⁴² Sikring av bygg som ledd i forebygging av selvmord vil også inngå i Helsedirektoratets reviderte retningslinje.

Regjeringen vil at økt kunnskap om omstendighetene rundt selvmord skal brukes for å lære og forbedre tjenestene. Data fra NSSFs nye nasjonale kartleggingssystem for selvmord under og inntil 12 måneder etter behandling i PHV og TSB, vil gi økt kunnskap om selvmord i disse tjenestene. Hensikten med systemet er å sikre oversikt over antall selvmord, omstendigheter rundt hendelsene, typiske områder for svikt og identifisere forbedringsmuligheter for å medvirke til å redusere antall mennesker som dør i selvmord under og etter behandling i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus.

Teknologiutvikling og innovasjon er en sentral del av den moderne helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen ønsker å få vurdert om ny teknologi kan bidra til å forebygge selvmord. Et pilotprosjekt med sensorteknologi gjennomføres ved Klinikk for psykisk helse (KPH) ved Sørlandet sykehus. Aktuelle pasienter har samtykket til å ha en sensor på veggen på rommet og på badet. Sensoren måler pasienters pust, søvnrytme og tilstedeværelse. Ved blant annet pustestans går det direkte melding til vaktrommet slik at personalet kan agere raskt. På den måten forbedres pasientsikkerheten og gir økt mulighet for å forebygge selvskading, selvmordsforsøk og selvmord når pasienten er alene på rommet.

TILTAK

- Regjeringen vil revidere nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord og legge til rette for implementering i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Regjeringen vil sikre at økt kunnskap om omstendighetene rundt selvmord brukes for å lære og for å forbedre tjenestene.
- Regjeringen vil arbeide for at flere kan få hjelp for sin alkoholavhengighet på riktig behandlingsnivå.
- Regjeringen vil legge til rette for tettere oppfølging av pasienter før og etter utskrivning fra døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, herunder økt tilgang til brukerstyrt seng.
- Regjeringen vil be de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet, vurdere om bruk av sensorteknologi i døgnavdelinger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et relevant hjelpemiddel for å forebygge pasientskader og selvmord.

4.4.2 Somatiske enheter

Mange mennesker kommer til behandling i akuttmottak og ulike sykehusavdelinger etter selvskadning, forgiftninger (overforbruk av legemidler, alkohol eller illegale rusmidler) eller ved at de har vært involvert i skader/ulykker. Episodene kan være et resultat av en villet handling, i større eller mindre grad, og noen ganger ser man et repeterende mønster.

Mens prosedyrer for selvmordsforebygging og selvmordsrisikovurderinger står sentralt i PHV, er det ikke tilstrekkelig kartlagt i hvilken grad helseforetakene har prosedyrer for selvmordsforebygging og selvmordsrisikovurderinger i somatiske enheter. Ved spørsmål om eller bekymring rundt hvorvidt en pasientkontakt i somatisk akuttmottak eller sykehusavdeling kan ha bakgrunn i et selvmordsforsøk, er det viktig at dette vurderes. Spesielt viktig er vurderingen av om det foreligger en akutt selvmordsfare når pasienten utskrives, og at den endelige vurderingen av selvmordsfare gjøres av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse. Noen helseforetak har konsultasjon-liaison-enheter som tilbyr psykiatriske tilsyn i somatiske avdelinger. Andre helseforetak har organisert psykiatriske tilsyn i somatiske enheter som en del av vaktordningen til PHV.

Alle helseforetak bør ha prosedyrer ved behandling av skade/ulykke med mistanke om selvmordsintensjon og for selvmordsforebygging for pasienter som utskrives etter et erkjent eller mistenkt selvmordsforsøk.

I tillegg er det viktig å ha nødvendig kunnskap om selvmordsrisiko i forbindelse med somatisk sykdom, både på bakgrunn av alvorlige diagnoser som for eksempel kreftsykdom og ALS (håpløshet rundt dyster prognose), og sykdommer som medfører alvorlig depresjon og selvmordsrisiko som en del av symptom-bildet.

I tillegg til å revidere Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511), vil Helsedirektoratet vurdere om det er behov for å utarbeide nye, nasjonale faglige råd om behandling og oppfølging etter selvmordsforsøk i somatiske avdelinger.

TILTAK

- Regjeringen vil sørge for at somatiske enheter har selvmordsforebyggende kompetanse og samarbeid med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling om pasienter med somatiske tilstander.
- Regjeringen vil sørge for at pasienter som innlegges og behandles for somatiske tilstander som kan relateres til et selvmordsforsøk blir vurdert for selvmordsrisiko av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse.

4.5 Overganger

Personer som har vært innlagt etter selvmordsforsøk har en klart forhøyet risiko for selvmordsforsøk, særlig det første året etter utskrivningen, og den første tiden spesielt. Tidligere episoder med selvskading og selvmordsforsøk er den viktigste risikofaktoren for både selvmord og nye episoder med selvskading og/eller selvmordsforsøk.

Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen bør sikres før utskrivning av pasienter som har vært innlagt etter alvorlige selvmordsforsøk eller annen selvmordsatferd, i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Noen personer vil være i behov av samtidig hjelp fra spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester for å motta nødvendig hjelp og oppfølging.

For at pasienter som har vært innlagt skal få nødvendig oppfølging etter utskrivning, må det finnes strukturer som sikrer at det opprettes nødvendig kontakt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Anbefalinger om rutiner for samarbeidet skal tas inn i revisjonen av det veiledende materialet for kommunen om forebygging av selvskading og selvmord. I tillegg vil forebygging av selvmord etter utskrivning fra døgnenheter og hvordan man kan sikre nødvendig oppfølging og god samhandling med pasient, pårørende, spesialisthelsetjeneste og kommunen, være ett av fokusområdene i revideringen av nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i PHV og TSB.

TILTAK

- Regjeringen vil sikre gode overganger og samarbeid mellom tjenester, ved utskrivning og i videre oppfølging. Pasienter som skrives ut etter selvmordsforsøk skal få tilbud om kriseplan og oppfølging i tråd med pakkeforløpene.

4.6 Den akuttmedisinske kjeden for pasienter i selvmordsfare

Selvmordsfare kan være en akutt og livstruende tilstand. Ulike deler av den akuttmedisinske kjeden vil ofte være det første kontaktpunktet med hjelpeapparatet for personer i selvmordsfare. Det er viktig at disse personene blir møtt på rett måte. Det forutsetter rett kompetanse, blant annet om kommunikasjon, forståelse for kulturelle forhold og gode verktøy for å kunne vurdere alvorlighetsgrad og å beslutte behandlingsnivå.

Det fremgår av ny Nasjonal helse- og sykehusplan at RHFenes utviklingsplaner og Helsedirektoratets strategiske plan for akuttmedisinske tjenester danner grunnlaget for å videreutvikle de akuttmedisinske tjenestene fremover. Blant annet handler det om å sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede utenfor sykehus, legge til rette for gode pasientforløp i akuttmottakene, fortsette satsingen på førstehjelp i befolkningen og utvikle god styringsinformasjon og bedre kunnskap om tjenestene fremover.

Dette er et viktig utviklingsarbeid også for å styrke de akutte tjenestenes evne til å forebygge selvmord, selvskading og selvmordsforsøk.

I en akutt krise trengs det rask og mest mulig treffsikker hjelp med involvering av flere ledd i kjeden. I NOU 2015: 17 Først og fremst – et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skade utenfor sykehus foreslås flere tiltak, herunder å knytte akutt-teamene i psykisk helsevern tettere til legevakter slik at de fungerer som psykiatriske legevakter, dvs. uten henvisning og forhåndsavtale.

Regjeringen vil gjennomgå og forbedre den akuttmedisinske kjeden for personer i selvmordsfare. Dette inkluderer også ambulante akutt-team ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) og akutte rustjenester. Noen forbedringspunkter er allerede identifisert, som mangler i beslutningsstøttesystemer og behov for kommunikasjonsferdigheter i akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) og legevaktsentraler. Det vil iverksettes tiltak knyttet til disse.

TILTAK

- Regjeringen vil gjennomgå og forbedre den akuttmedisinske kjeden for personer i selvmordsfare, herunder bruken av ambulante akutt-team.
- Regjeringen vil videreutvikle og implementere beslutningsstøtteverktøy i akuttmedisinsk kommunikasjonsentraler (AMK) og legevaktsentraler.
- Regjeringen vil utarbeide kurs for personell i akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) og legevaktsentraler om selvmordsfare, inkludert opplæring i beslutningsstøttesystemer og praktiske kommunikasjonsferdigheter.

4.7 Pårørende ved selvmordsfare

Å være pårørende til noen som kan være i risiko for selvmord eller har gjort selvmordsforsøk er svært krevende. Det er viktig at pårørende blir lyttet til, tatt på alvor og anerkjent når de er bekymret og redde for en av sine nære. Pårørende har behov for tilpasset informasjon for å trygges på hvordan de skal forholde seg til situasjonen og for å få støtte. God kommunikasjon, oppfølging og ivaretagelse av pårørende til personer i selvmordsfare må sikres i tråd med nasjonale føringer. God hjelp til den som strever med selvmordstanker, og eventuelt har gjort selvmordsforsøk, er ofte den beste hjelpen også for pårørende.

For omtale av informasjonsplikt versus opplysningsplikt, se kap. 2.4.

Barn er særlig sårbare. Barn som pårørende har krav på tilpasset informasjon og nødvendig oppfølging når foresatte strever med selvmordsatferd.⁴³ Dette er barn som selv kan stå i fare for belastningsproblematikk, også på lengre sikt. Til tross for tydelig lovgivning og en prioritert politikk er ivaretagelse av barn som pårørende for dårlig implementert.⁴⁴ Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) og RVTS Øst har utviklet kurs i ivaretagelse av barn som pårørende når mor eller far strever med selvmordsatferd, se boks 5.

Pårørende er en viktig ressurs i det selvmordsforebyggende arbeidet. Pårørende kan være kilde til essensiell informasjon. De er ofte de første til å merke at noe er galt, og til å mistenke tanker om selvmord hos de nærmeste. Pårørende kan også være god støtte for den som strever, samtidig som de kan trenge støtte og veiledning selv for å kunne være nettopp dette.

Regjeringen vil arbeide for ivaretagelse av pårørende gjennom ny nasjonal pårørendestrategi og handlingsplan, og gjennom implementering av den nasjonale pårørendeveilederen.⁴⁵ Pårørende er også en del av alle pakkeforløp for psykisk helse og rus. Det er igangsatt arbeid med en familiemodul, for å ivareta pårørende bedre.

Den gjeldende pårørendeveiledere beskriver hvordan man på en faglig og forsvarlig måte skal samarbeide med og involvere pårørende. Behovet for egen omtale av temaet selvmord vil bli vurdert. Pårørendeorganisasjoner skal involveres i denne vurderingen.

BOKS 5

Ivaretagelse av barn som pårørende ved selvmordsatferd

Kurset Ivaretagelse av barn som pårørende ved selvmordsatferd er et samarbeidsprosjekt mellom Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Øst (RVTS Øst).

Målet med prosjektet er at flere barn skal tas inn til barnesamtaler i voksenfeltet og at kvaliteten på samtalene skal øke.

Det gis undervisning om vanlige reaksjoner hos barn som pårørende, planlegging og gjennomføring av barnesamtaler, aktuell jus (lovgivning og innhold i barnekonvensjonen) og tverrfaglig samarbeid mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og evt. barneverntjenesten.

Ferdigheter oppøves gjennom bruk av filmer, refleksjonsøvelser og praktiske øvelser, og skal gjøre ansatte i voksenfeltet tryggere på å gjennomføre barnesamtaler.

TILTAK

- Regjeringen vil styrke fokuset på tjenestenes ivaretagelse av barn som pårørende etter alvorlige selvska­ding eller selvmordsforsøk.
- Regjeringen vil styrke fokuset på pårørende som ressurs i selvmordsforebygging.
- Regjeringen vil vurdere behovet for egen omtale av selvmord i den nasjonale pårørendeveilederen.

4.8 Barnevern

Noen ungdommer retter psykisk smerte og fortvilelse mot seg selv i form av selvska­ding og selvmordsforsøk. For ansatte ved barnevernsinstitusjoner er dette en av mange farlige former for følelsesregulering de til enhver tid må være oppmerksomme på og vurdere risikoen ved. Dette er ungdom som trenger helsehjelp og hjelp til å mestre livet og hverdagen sin bedre. Derfor må ansatte på den enkelte barnevernsinstitusjon arbeide tett og systematisk med hver enkelt ungdom. Barne-, ungdoms- og familieetaten har en rekke tiltak for å forebygge selvmord og selvska­ding. De viktigste er knyttet til kartlegging og identifisering av behov og risiko før unge plasseres i barnevernsinstitusjon.

Satsingen Bedre helsehjelp til barn i barnevernet har pågått siden 2017, og er et samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helse­direktoratet. Bakgrunnen var blant annet en rapport fra 2015, som viste at over 70 prosent av barn i barnevernsinstitusjoner

rapporterer symptomer som er forenlige med psykiske lidelser de siste 3 måneder.⁴⁶ Omlag 30 prosent hadde fått behandling i psykisk helsevern for barn og unge de siste tre måneder. Satsingen inneholder flere tiltak for å bidra til bedre psykisk helsehjelp til barn og unge i barnevernet. Det er blant annet opprettet helseansvarlig i alle barne­verninstitusjoner og barnevernansvarlig i alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Det er utarbeidet pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet. Videre er det etablert to institusjoner som er bemannet av både barnevernfaglig og helsefaglig personell. Det er tydelig fokus på selvska­ding og selvmordsatferd i de to pilotinstitusjonene, hvor dialektisk atferdsterapi er det faglige grunnlaget for behandlingstilbudet.

4.9 Fengsel

Forebygging av selvska­ding og selvmord er en prioritert oppgave i kriminalomsorgen. Det er utarbeidet og implementert retningslinjer for arbeid med forebygging og håndtering av selvmord, selvmordsforsøk og selvska­de.⁴⁷ Det er stilt krav til kartlegging av risiko, til utarbeidelse av tiltaksplan ved identifisert risiko og samarbeid med helsetjenesten. Retningslinjene kommer i tillegg til annet arbeid med å redusere isolasjon og å aktivisere innsatte. Dersom det skjer et selvmord gjennomgås de aktuelle forholdene. Ansatte i enkelte enheter har opplæring av Vivat selvmordsforebygging og bruker dette som metode i kontakten med innsatte. Kriminalomsorgens utdannings­sen­ter og høgskole har gjennomført Vivat-kurs. Innsatte har rett på primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester på linje med

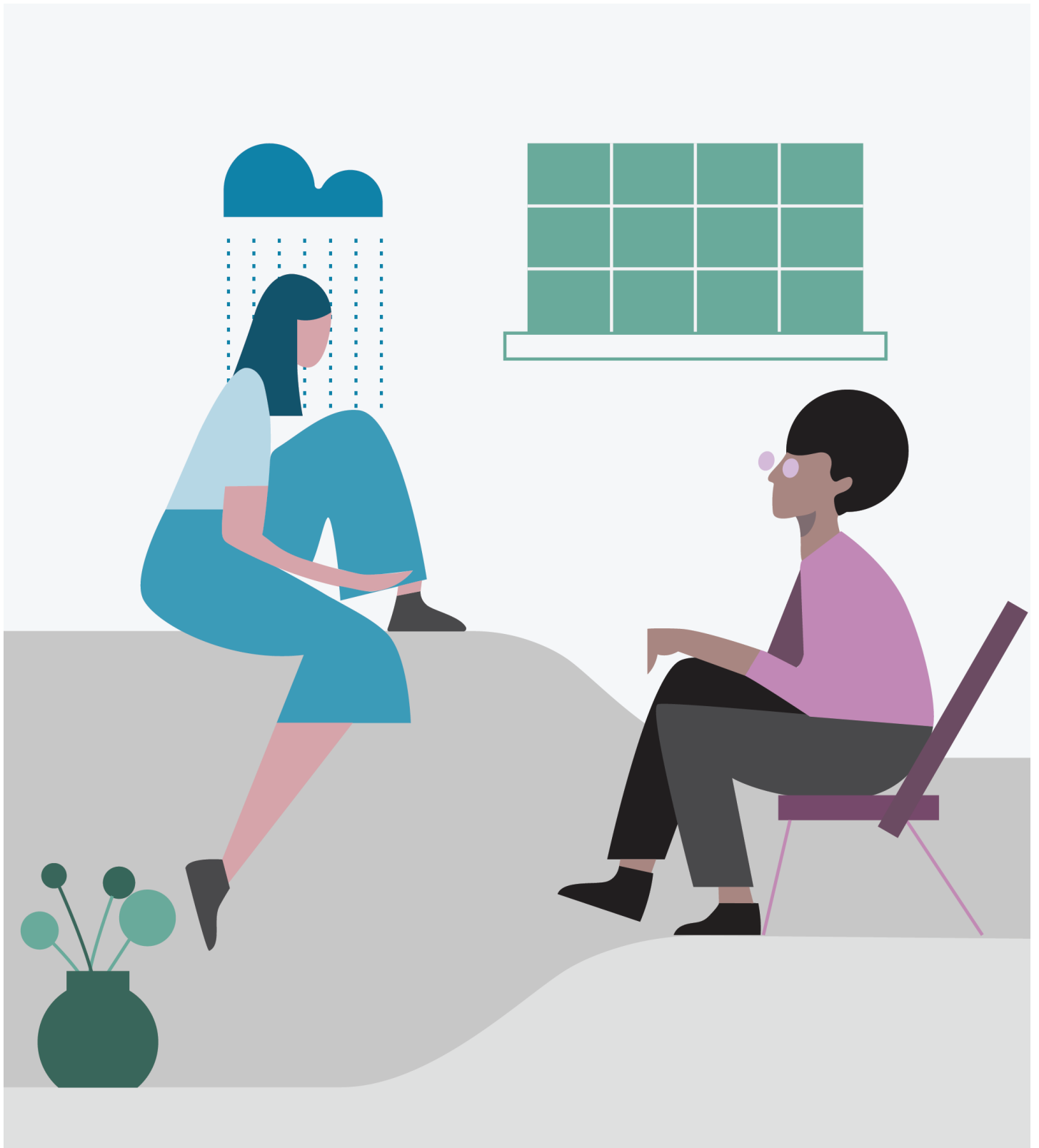
andre deler av befolkningen. Helse- og omsorgsdepartementet har sammen med kriminalomsorgen fått i oppdrag å revidere den gjeldende nasjonale veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler. I den vil arbeid med forebygging av selvmord og selvskaade, samt reduksjon i bruken av isolasjon bli tematisert.

Risiko for selvmord er særlig høy i den første fasen av et fengselsopphold. Videre kan risikoen være stor i forbindelse med at innsatte mottar negative beskjeder eller ved endringer som overføring til annet fengsel og overgang fra varetekt til dom. I nye Agder fengsel vil det bli prøvd ut en pust- og bevegelsessensor som kan bidra til å forhindre selvmord. På bakgrunn av erfaringene fra dette fengselet vil det bli vurdert om man skal utvide bruken. Dersom det oppnås gode erfaringer med bruk av pust- og bevegelsessensor i fengselsceller kan det være aktuelt å ta dette hjelpemiddelet i bruk i flere fengsler.

Det er igangsatt tiltak knyttet til overdoseproblematikk i forbindelse med løslatelse. Overdoseprosjektet er implementert i rundt halvparten av fengslene. Prosjektet består av fem tiltak: Kartlegging av overdoserisiko, informasjon om hjerte-lunge-redning (HLR), gjennomføring av løslatelsessamtale, «Time i hånden» og utdeling av Naloxon. Dette arbeidet videreføres.

TILTAK

- Regjeringen vil revidere den gjeldende nasjonale veilederen for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler.
- Regjeringen vil vurdere å utvide bruken med pust- og bevegelsessensor i fengselsceller, når det er oppnådd tilstrekkelig erfaring med bruken av det.



Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord.

Mål 5

Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord

Hvert år blir mange i Norge etterlatte etter selvmord. Familie og venner står igjen med sorg, fortvilelse og ubesvarte spørsmål. Barn er spesielt sårbare når en som står dem nær tar livet sitt. Hvordan den enkelte reagerer og bearbeider sorgen, er forskjellig. Felles for alle er at det tar tid å bearbeide reaksjonene.⁴⁸ Det er viktig at etterlatte får nødvendig hjelp og støtte.

Umiddelbar og langvarig oppfølging er også selvmordsforebyggende ettersom selvmordsetterlatte har økt risiko for selv å ta sitt liv. Tilbakemelding fra etterlatte er at det i dag er tilfeldig hva slags hjelp man får i etterkant av et selvmord.

Regjeringens mål er umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord.

Å miste en nærstående i selvmord er en ekstrem menneskelig erfaring. En rekke studier finner høyere forekomst av post-traumatiske stressreaksjoner, forlenget sorg, depresjon, angst og selvmordstanker og/eller -forsøk hos etterlatte etter selvmord.

For etterlatte i krise kan det være vanskelig å vite hvilken type hjelp man trenger og bør oppsøke, og hvilken type hjelp som er tilgjengelig. Behovet for hjelp kan være langvarig.

Mange opplever at de ikke får nødvendig informasjon eller nødvendig oppfølging, og at de ikke klarer å håndtere skolegang eller arbeidshverdag.

Det mangler studier om helsetjenestebruk og oppfølging av etterlatte ved selvmord.

Ved bruk av registerdata og kvalitative intervjuer med etterlatte og ansatte i helsevesenet undersøker Folkehelseinstituttet nå betydningen av helse- og velferdstjenestene i oppfølgingen av etterlatte ved selvmord. Det er et mål å frembringe ny og helhetlig kunnskap.⁴⁹

I tillegg til tilbud fra helse- og omsorgstjenesten, kan familieverntjenesten tilby samtaler til barn som etterlatte etter selvmord, og til voksne etterlatte hvis et barn eller ungdom har tatt sitt liv. Samtalene kan bidra til bearbeiding av følelser knyttet til selvmordet. Tjenesten er et gratis lavterskeltilbud og er tilgjengelig i hele landet. De statlige og kirkelige familievernkontorene er også et sted der etterlatte etter selvmord kan søke hjelp.

Flere steder i landet er det opprettet selvhjelpsgrupper og sorggrupper for etterlatte. LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord er en landsdekkende organisasjon som støtter etterlatte og berørte ved selvmord.

Veilederen Etter selvmordet – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord ble utgitt i 2011.⁵⁰ Det er behov for å gjennomgå denne og vurdere om det trengs oppdateringer. Det er viktig at veilederen gjøres kjent i relevante tjenester, herunder også Den norske kirke og andre tros- og livssynssamfunn som bistår etterlatte ved selvmord.

Det skal også vurderes om det bør utformes standardisert oppfølgingsløp for etterlatte ved selvmord. Etterlatteorganisasjoner skal involveres i vurderingen. Kunnskap fra FHIs prosjekt om etterlatte vil kunne bli svært nyttig i det videre arbeidet med å utvikle bedre oppfølging.

TILTAK

- Regjeringen vil styrke tjenestenes arbeid med ivaretagelse og oppfølging av etterlatte, inkludert barn, ved selvmord og bidra til at dette inngår i tjenestenes helhetlige arbeid.
- Regjeringen vil gjennomgå veileder Etter selvmordet – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord og vurdere behov for oppdateringer og behov for å utforme standardisert oppfølgingsløp for etterlatte ved selvmord.



Bedre forekomstall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging.

Mål 6

Bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging

Det mangler sikre tall for hvor mange som faktisk tar livet sitt i Norge hvert år. Det mangler også nasjonale tall for hvor mange som skader seg selv og som gjør selvmordsforsøk.

Et godt kunnskapsgrunnlag er basis for godt selvmordsforebyggende arbeid.

Både kunnskapssammenstillingene fra Folkehelseinstituttet og tilbakemeldinger fra fagmiljøer og ulike organisasjoner viser at det trengs mer kunnskap om selvmordsforebygging.

Kompetanse er også en forutsetning for god selvmordsforebygging. Mange i hjelpeapparatet vil kunne møte personer i krise. Det er behov for å bygge kompetanse i tjenestene og å øke lokalsamfunnets samlede kunnskap og evne til å forebygge selvmord.

Regjeringens mål er bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging.

6.1 Mørketall

Det er mørketall når det gjelder antall selvmord i Norge. Man vet ikke hvor mange som faktisk tar sitt eget liv hvert år. Mørketallene antas å være størst utenfor sykehus og i gruppen av dødsfall som skyldes overdoser og hos eldre som dør hjemme. Et mest mulig korrekt tallgrunnlag er en forutsetning for å kunne iverksette effektive forebyggende tiltak.

Registrering av dødsårsaker i Dødsårsaksregisteret (DÅR) ved FHI gjøres på bakgrunn av dødsmeldinger utfylt av leger og obduksjonsrapporter. DÅR mottar obduksjonsrapporter fra både sykehus og rettsmedisinske institutter. Alle tilstandene som er beskrevet på dødsmeldingen registreres i DÅR, men for hvert dødsfall velges det ut en under-

liggende dødsårsak etter regler fastsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO). Det er den underliggende dødsårsaken som vises i den offisielle statistikken. For dødsfall som skyldes en ytre årsak og ikke sykdom alene (ulykke, drap, selvmord osv.) er det omstendighetene rundt denne ytre årsaken som registreres som underliggende dødsårsak, f.eks. selvmord.

Det er flere feilkilder ved innmelding og registrering som kan påvirke forekomsttallene av selvmord. Dette kan være at dødsmeldingene er dårlig eller mangelfullt utfylt, slik at det ikke kommer frem at det er et selvmord. Det kan også være at legen oppgir en feil, men plausibel dødsårsak på dødsmeldingen, eller at det er oppgitt korrekt skadediagnose (f.eks. forgiftning), men feil døds måte (ulykke). Videre kan det bli oppgitt en

ukjent eller uspesifisert dødsårsak. For eldre hvor det er mindre fokus på selvmord som dødsårsak vil det være en større risiko for å overse selvmord, spesielt forgiftningsdødsfall, som har få utvendige funn.

FHI er i en overgangsfase fra innmelding av dødsårsak på papirskjema til elektronisk innmelding. Fortsatt mottas de fleste meldinger på papir, men antall elektroniske meldinger er raskt økende. De elektroniske meldingene har mange fordeler: De mottas umiddelbart etter at legen har sendt dem og blir i de fleste tilfeller kodet i løpet av få dager. Ved mangler har DÅR i den elektroniske løsningen mulighet til å sende rask tilbakemelding til legen dersom det er behov for utfyllende opplysninger. Løsningen er også interaktiv og åpner opp for tilleggsspørsmål ved avkrysning i gitte felter. Når FHI mottar opplysning om dødsårsak for alle dødsfall elektronisk, blir det mulig å telle opp foreløpige tall for selvmord hvor dette er registrert på dødsmeldingen. Mange selvmord obduseres og obduksjonsresultat kan ha betydning for registrering av selvmord som dødsårsak eller for spesifisering av selvmordsmetode. DÅR mottar ofte obduksjonsresultater flere måneder etter at dødsfallet skjedde, og disse opplysningene vil derfor som oftest ikke registreres før senere. Elektronisk innmelding blir obligatorisk fra 1.1.2021.

Sammenliknet med dødsfall registrert i Folkeregisteret mangler DÅR melding om dødsårsak for rundt 2–3 prosent hvert år. Over halvparten av disse dødsfallene skjer i utlandet. Dødsfall i utlandet er oftere uventede dødsfall og gjennomsnittsalderen er lavere enn for dødsfall i Norge. Det er derfor sannsynlig at det prosentvis er flere selvmord her enn i den tilsvarende

gruppen med manglende dødsmeldinger i Norge, hvor man ikke har indikasjoner på at prosenten er høyere for selvmord enn for andre dødsårsaker.

En arbeidsgruppe ledet av Samferdselsdepartementet, med deltagere fra Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet, Vegdirektoratet, Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe (UAG), Statens havarikommisjon for transport (SHT), politiet, Riksadvokaten og Oslo universitetssykehus, kom i 2018 med en rapport med forslag om rettsmedisinsk obduksjon av alle trafikkdrepte og adgang for Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe til å innhente helseopplysninger om den trafikkdrepte. Fra 1. mai 2020 trådte bestemmelsene om at det skal gjennomføres rettsmedisinsk obduksjon av alle drepte i veitrafikken i kraft. Dette vil gi mer kunnskap om hvorfor trafikkulykker skjer og øke sannsynligheten for å avdekke skjulte selvmord. Politiet har ansvar for å sørge for obduksjoner ved trafikkulykker.

Alle unaturlige dødsfall er meldepliktige til politiet. Politiet bestemmer om det skal gjøres en rettsmedisinsk obduksjon. Obduksjonsfrekvensen varierer mye mellom ulike politidistrikter, både generelt og for selvmord. Ved registrerte selvmord varierer frekvensen mellom 25 og 95 prosent, med et landsgjennomsnitt for 2014–2018 på 77 prosent. Tilsvarende regler for alle mistenkte selvmord og rusrelaterte dødsfall, som i den nylige lovendringen for trafikkdødsfall, ville kunne ha betydning for selvmordsstatistikken.

Regjeringen vil vurdere spørsmålet om det bør etableres en ekspertgruppe og om det skal utredes en coroner-ordning

i Norge, samt vurdere om det er grunnlag for å etablere faste mortalitetskomiteer som overvåker dødsfall på sykehus mv. Hva som ligger i begrepet coroner varierer mellom land. Mange steder, f.eks. i Storbritannia, er det en juridisk myndighet uavhengig av politiet, ledet av en jurist/dommer, som har ansvaret for håndtering av dødsfall i henhold til gjeldende regler fastsatt for coronerordningen. Coroner har i utgangspunktet ikke noen medisinsk kompetanse, men kan foreta avhør, innhente tilleggsopplysninger, be om rettsmedisinsk obduksjon med videre. Det blir mange steder en slags mellomstasjon som tar seg av en stor del av de meldepliktige dødsfallene som ikke krever en full politietterforskning. Tall fra England og Wales angir at rundt 40 prosent av alle dødsfall blir rapportert til coroner (også der med lokal variasjon) og at om lag 35–40 prosent av disse igjen blir obdusert. Mortalitetetskomiteer består av personer med relevant faglig kompetanse som overvåker dødsfall på sykehus og gir en vurdering av hvilke dødsfall som bør utvelges til obduksjon etter patologiforeningens retningslinjer. På sykehus hvor det finnes patologiavdelinger kan det være naturlig at patologer leder disse komiteene.

TILTAK

- Regjeringen vil vurdere om det er grunnlag for å utvide plikten til å utføre rettsmedisinsk obduksjon ved mistenkt selvmord og rusrelaterte dødsfall for å redusere usikkerheten i selvmordstallene.
- Regjeringen vil vurdere muligheten og behovet for å obdusere flere eldre for å få mer kunnskap om dødsfallene, herunder dødsårsak, i denne gruppen.
- Regjeringen vil vurdere spørsmålet om det bør etableres en ekspertgruppe og om det skal utredes en coronerordning i Norge, samt vurdere om det er grunnlag for å etablere faste mortalitetskomiteer som overvåker dødsfall på sykehus mv.
- Regjeringen vil sørge for at Dødsårsaksregisteret mottar fullstendige obduksjonsrapporter for å sikre tilstrekkelig informasjon.

6.2 Selvskading og selvmordsforsøk

Det finnes ikke nasjonale tall på forekomst og utvikling over tid for selvskading og selvmordsforsøk. Internasjonale tall anslår at 13–23 prosent av ungdom i alderen 12–18 år og 4 prosent av voksne har skadet seg selv med vilje.⁵¹ Både kvinner og menn skader seg selv, men forekomsten er høyest blant unge kvinner i tenårene. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Ung-HUNT 4) viser at 29 prosent av jentene og 10 prosent av guttene i alderen 13–19 år hadde skadet seg selv.⁵² En nylig publisert studie fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) viser at i perioden fra 2002 til 2018 økte andelen ungdom som rapporterte å ha skadet seg selv med vilje fra 4 prosent til 16 prosent.⁵³

For å få nasjonale tall på selvskading og selvmordsforsøk vil det være nødvendig å etablere et register eller på annen måte samle registerdata over selvskading og selvmordsforsøk som er av en så alvorlig grad at personene kommer i kontakt med legevakt eller andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Et slikt register eller samling av registerdata er særlig viktig fordi både selvskading og selvmordsforsøk er risikofaktorer for å gjennomføre selvmord. Både Danmark og Irland har etablert egne registre over selvmordsforsøk.

TILTAK

- Regjeringen vil vurdere etablering av et register for selvskading og selvmordsforsøk, eventuelt se på andre muligheter for å få god oversikt og følge utviklingen av selvskading og selvmordsforsøk.

6.3 Forskning

Forskning på selvmord i Norge gjennomføres i hovedsak ved NSSF, FHI og de regionale helseforetakene (RHFene). Flere store forskningsprosjekter om selvmord er i gang, se vedlegg 1.

De regionale sentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) har en viktig rolle som brobygger mellom forskningsmiljøene og tjenestene. De gir ansatte i spesialisthelsetjeneste, kommunale tjenester og statlig barnevern kunnskapsbasert kompetanse om selvskading og selvmordsatferd. De samarbeider tett med LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, Vivat selvmordsforebygging, NSSF og FHI.

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) gjennomførte i 2019 en kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge.⁵⁴ Kartleggingen viste at forskning på og publikasjoner om selvmord utgjør en liten del av den samlede forsknings- og ressursinnsatsen innenfor forskning på psykisk helse. I 2017 var det 52 millioner kroner som gikk til forskning relatert til selvmord innenfor psykisk helse-forskning, noe som utgjør 4 prosent av driftsutgiftene til forsknings- og utviklingsarbeid (FoU) innen psykisk helse dette året. Helseforetakene står for en stor del av denne forskningen. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer flere store helseforskningsprogrammer i Norges forskningsråd. Disse er innenfor tjenesteforskning, forebygging og folkehelse og behandling. Alle programmene er relevante for forskning på selvmord.

Det er behov for en gjennomgang av hvordan forskningsressursene på selvmord kan utnyttes best mulig, og hvordan forskere kan stimuleres til å søke på tematikken når Forskningsrådet gjennomfører nasjonale utlysninger og EU har relevante utlysninger gjennom sitt forsknings- og innovasjonsprogram.

Regjeringen vil sørge for at det etableres en samarbeidsmodell for optimal arbeidsdeling mellom NSSF og FHI for å sikre ny kunnskap og spredning av denne kunnskapen i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med FHI vurdere hvilke temaer i kunnskapsoppsummeringene som er utarbeidet om selvmord blant menn og selvmord blant eldre som bør utforskes mer i dybden.

Mer kunnskap om selvmordsatferd i ulike deler av befolkningen kan bidra til bedre forebygging. Regjeringen vil gjennomføre et FoU-oppdrag om kunnskap om selvmordsatferd, årsaker til selvmord og forebygging av selvmord i innvandrerbefolkningen. Det gjennomføres også en landsdekkende undersøkelse av levekårene til lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og personer med variasjon i kroppslig kjønnsutvikling. Selvmord og selvmordsforskning er et av temaene i undersøkelsen. Den nye levekårsundersøkelsen gjennomføres av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet på oppdrag fra Kulturdepar-

tementet, og er forventet ferdigstilt i desember 2020.

Det er mye usikkerhet knyttet til følgene av den nye situasjonen med koronapandemi. Pandemien ser ut til å bli langvarig og man vet lite om hvordan den eventuelt kan påvirke befolkningens selvmordsatferd. Det antas likevel at man kan komme til å se en økning i selvmordsratene etter hvert som pandemien sprer seg.⁵⁵ I Norge har DÅR foreløpig ikke tall som kan si noe om dette, men regjeringen vil følge med på utviklingen.

Flere internasjonale studier viser til at naturlig forekomst av litium i drikkevann har sammenheng med lavere forekomst av selvmord. Dette er et område som bør følges opp av forskningsmiljøene også i Norge.

I arbeidet med handlingsplanen er det kommet en rekke innspill om behov for forskning om ulike temaer knyttet til selvmord fra fagmiljøer og organisasjoner. Regjeringen vil derfor be NSSF og FHI i samarbeid med RHFene om en vurdering av eksisterende, publisert forskning på selvmord, herunder hvilke temaer og grupper i befolkningen som det er lite forsket på. Oppgaven skal gjøres i samarbeid med bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner.

TILTAK

- Regjeringen vil sørge for at det etableres en samarbeidsmodell for optimal arbeidsdeling mellom Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging og Folkehelseinstituttet for å sikre ny kunnskap og spredning av denne kunnskapen i det selvmordsforebyggende arbeidet.
- Regjeringen vil be Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging og Folkehelseinstituttet i samarbeid med de regionale helseforetakene om en vurdering av eksisterende, publisert forskning på selvmord, herunder hvilke temaer og grupper i befolkningen som er lite forsket på.
- Regjeringen vil følge opp kunnskapsoppsummeringer fra Folkehelseinstituttet om selvmord blant menn og blant eldre.
- Regjeringen vil gjennomføre et FoU-oppdrag om kunnskap om selvmordsatferd, årsaker til selvmord og forebygging av selvmord i innvandrerbefolkningen.
- Regjeringen vil gjennomføre en levekårsundersøkelse på lhbtqi-feltet, der selvmord og selvmordsforsøk er et av temaene.

6.4 Kompetanse

6.4.1 Kompetanse i helse- og sosialfaglige utdanninger og i tjenestene

En forutsetning for forsvarlige tjenester er at personellet har den nødvendige kompetansen. Kompetanse om selvmordsforebygging bør i tillegg til behandlingskompetanse inkludere relasjons-, kommunikasjons- og refleksjonskompetanse. Det er også viktig at ansatte i tjenestene har kunnskap om ulike grupper i befolkningen, slik at det kan iverksettes tilpassede forebyggende tiltak og gis hjelp tilpasset den enkeltes behov.

For at utdanningene skal være framtidrettede og i tråd med tjenestenes og brukernes behov, har regjeringen etablert et nytt styringssystem for de helse- og sosialfaglige utdanningene, RETHOS. Gjennom styringssystemet får både tjenestene, pasienter og brukere økt innflytelse på det faglige innholdet. Som en del av systemet er det fastsatt en forskrift som regulerer felles læringsutbyttebeskrivelser for alle helse- og sosialfaglige grunnutdanninger. Alt personell innen helse-, omsorgs- og sosialtjenester kan i sitt virke møte personer i selvmordsfare. Det er viktig at utdanningene gir tilstrekkelig kunnskap om selvmordsatferd, årsaker til selvmord og forebygging av selvmord.

Regjeringen har besluttet å etablere et nytt kompetanseløft for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2025. I dette kompetanseløftet vil det inngå tiltak som skal bidra til en faglig sterk tjeneste og til å sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Dette gjelder også innenfor områdene psykisk helse og rusbehandling.

Det pågår kompetansebygging om selvmordsforebygging for de kommunale helse- og omsorgstjenestene i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, fylkesmennene, kompetansemiljøer og helse- og omsorgstjenestene. Dette arbeidet vil videreutvikles og vil gjennom planperioden rette seg mot ulike målgrupper med kompetansebehov, ut fra en felles prioritering/ vurdering.

Regjeringen vil også sørge for at personellet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har selvmordsforebyggende kompetanse. For kompetansetiltak i somatiske enheter, se kap. 4.4.1. For RVTSenes rolle i tjenestenes kompetansebygging, se kap. 6.3. om forskning.

I Helse Sør-Øst er det gode erfaringer med selvmordsforebyggende nettverk. Nettverket har en spesialrådgiver innen selvmordsforebygging fra hvert helseforetak i regionen og møtes regelmessig flere ganger årlig. Koordineringen av nettverket er lagt til RVT Sør-Øst. Regjeringen vil vurdere hvordan selvmordsforebyggende kompetansenettverk kan opprettes i alle landets helseregioner. En sentral oppgave for slike nettverk vil være erfarings- og kunnskapsutveksling om selvmordsforebyggende intervensjoner og innsatser i helseforetakene.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (K-ROP), RVT Sør-Øst, Kompetansesentre rus (KoRusene), helseforetakene og fylkesmenn samarbeider om videreføring og etablering av regionale nettverk for å understøtte kompetanse i oppfølging og forebygging av selvskading og selvmords-

problematikk i tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgings-team, etter ACT- og FACT-modellene.

I tillegg til helse- og omsorgspersonell kan arbeidstakere med stor publikumskontakt være nøkkelpersoner i det lokale selvmordsforebyggende arbeidet og som ved opplæring kan bidra i å forhindre at personer i selvmordsfare tar sitt eget liv. Vivat selvmordsforebygging tilbyr kurs og selvhjelpsverktøy i førstehjelp ved selvmordsfare, se boks 6. Vivat er nylig evaluert. Rapporten konkluderer med at «Vivats organisering og Vivats kursinnretning, innhold i og tilgjengeligheten av disse er hensiktsmessig og kursenes måloppnåelse er tilfredsstillende».⁵⁶

Tilskuddsordningen Nasjonale tiltak for forebygging av selvmord og selvskading forvaltes av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet mottar hvert år mange gode og faglige relevante søknader for utvikling av selvmordsforebyggende tiltak. Regjeringen vil styrke denne tilskuddsordningen og gjennomgå regelverket for ordningen.

Alle statlige og mange private barneverninstitusjoner har gjennomført opplæring i traumesensitiv tilnærming i samarbeid med RVT Sør-Øst. Alle ansatte i statlige barneverninstitusjoner har gjennomført kurs i trygghet og sikkerhet, der unge som skader seg selv er ett av flere tema. En digital brosjyre, Vett på nett, kan lastes ned fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdirs) nettsider. Brosjyren er utarbeidet av Bufdir i samarbeid med Kripos, Medietilsynet og Redd Barna. Flere barneverninstitusjoner har også gjennomført et selvmordsforebyggende kurs (Vivat selvmordsforebygging).

TILTAK

- Regjeringen vil tilrettelegge for at kommunale helse- og omsorgstjenester innehar nødvendig kompetanse for å forebygge, avdekke, avverge og følge opp selvskadings- og selvmordsproblematikk.
- Regjeringen vil sørge for at personellet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern har selvmordsforebyggende kompetanse.
- Regjeringen vil vurdere hvordan selvmordsforebyggende kompetansenettverk kan etableres i alle landets helseregioner.
- Regjeringen vil videreføre og styrke Vivat selvmordsforebyggingsarbeid med å øke lokalsamfunnets samlede kunnskap og evne til å forebygge selvmord.
- Regjeringen vil styrke tilskudsordningen Nasjonale tiltak for forebygging av selvmord og selvskading.

BOKS 6

VIVAT selvmordsforebygging

VIVAT selvmordsforebygging tilbyr opplæring i hvordan man kan bli mer oppmerksom, fange opp faresignaler og yte førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Kursdeltakerne får felles kompetanse uavhengig av profesjon og faglig bakgrunn, og kursene stimulerer til økt samhandling mellom ulike tjenester og kompetansemiljøer.

Målgruppen for kursene er ansatte i tjenesteapparatet som helse- og sosialarbeidere, lærere, politi, brann- og redningspersonell, forsvaret, studenter til disse yrkene, samt frivillige og private aktører som møter mennesker i selvmordsfare i sitt arbeid. I tillegg nås enkeltmennesker og grupper som ikke innehar formelle hjelperoller.

Siden oppstart i 1998 har mer enn 55 000 personer deltatt på Vivats kurs. Vivat er en del av Universitetssykehuset Nord-Norge, psykisk helse og rus-klinikken. Vivat ledes fra Tromsø og har veiledere tilknyttet alle helseregionene. Organisasjonen finansieres av helsemyndighetene og samarbeider med andre selvmordsforebyggende miljøer.

Under koronaepidemien har Vivat utviklet en undervisningsfilm som er digitalt tilgjengelig for alle, se <https://vivatselvmordsforebygging.net/undervisningsfilm/>

6.4.2 Kompetanse om den samiske befolkningen

Den første handlingsplanen om forebygging av selvmord blant samer ble lansert i 2017⁵⁷ og inneholder strategier som skal forbedre samers psykiske helse og forhindre selvmord. Planen retter seg mot samer både i Norge, Sverige og Finland og ble utviklet av Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) og Samerådet.

De som møter mennesker i krise trenger kunnskap og forståelse for at det kan være forskjeller mellom en del samiske pasienter/brukere og majoritetsbefolkningen, men også om samisk befolkning, knyttet til samisk historie, sykdomsforståelse, tradisjoner, kjønn, alder, næringsvirksomhet og hva språklig og kulturell tilpasning betyr i praksis.

Tilgjengelig materiell/verktøy i hvordan oppdage, avdekke og intervenere ved selvmordsfare er i liten grad oversatt og tilpasset de samiske språkene. Det finnes lite opplæringsmateriell tilrettelagt for samisk.

TILTAK

- Regjeringen vil oversette, tilpasse kulturelt og implementere opplæringsmateriell i hvordan oppdage, avdekke og intervenere ved selvmordsfare til nord-, sør- og lulesamisk.

Litteraturliste

- 1 Folkehelseinstituttet. (2019). *En systematisk gjennomgang av oversiktsartikler om selvmordsforebyggende tiltak (2015-2018)* [Upublisert notat]
- 2 Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659; Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., & Purebl, G. (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: a consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology*, 27(4).
- 3 Folkehelseinstituttet. (2020). *En kunnskapsoppsummering om selvmord hos menn: En gjennomgang av risikofaktorer, årsaker, tiltak og behandling (2000-2020)* [Upublisert notat, er under bearbeidelse som publisert rapport]
- 4 Folkehelseinstituttet. (2020). *En kunnskapsoppsummering om selvmord hos eldre: En gjennomgang av risikofaktorer, årsaker, tiltak og behandling (2000-2020)* [Upublisert notat, er under bearbeidelse til publikasjon i fagfelleverdert tidsskrift]
- 5 Mindshare/Norstat. (2019). *Tanker og holdninger rundt selvmord, samt kunnskap om hvor man kan henvende seg.* [Upublisert]
- 6 Norsk redaktørforening. (2019). *Slik omtaler du selvmord.* Hentet fra <https://www.nored.no/NR-dokumentasjon/Rapporter-og-veiledere/Slik-omtaler-du-selvmord>
- 7 Medietilsynet. (2020). *Barn og medier 2020: Om sosiale medier og skadelig innhold på nett* (Delrapport 1). Hentet fra https://medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200211-barn-og-medier-2020-delrapport-1_-februar.pdf
- 8 Lassemo, E., Tøndel, G., & Sand, K. (2019). *Innsiktsarbeid ung.no* (SINTEF Delrapport 2 2019:00213). Trondheim: SINTEF Digital/Helse & NTNU samfunnsforskning AS
- 9 Staksrud, E. & Ólafsson, K. (2019). *Tilgang, bruk, risiko og muligheter: Norske barn på Internett: Resultater fra EU Kids Online-undersøkelsen i Norge 2018.* EU Kids Online
- 10 Gander, F. (2019, 30. oktober), *Slik har vi jobbet med prosjekt «Trigger Warning».* NRK. Hentet fra <https://www.nrk.no/dokumentar/etikk-valgene-vi-har-tatt-1.14747863>
- 11 Barneombudet. (2019). *Ungdom om digitale medier: Vurderinger og forslag fra Barneombudets ekspertgruppe om en tryggere digital hverdag.* Hentet fra <https://barneombudet.no/wp-content/uploads/2019/06/digitaltrygghet.pdf>
- 12 Utdanningsdirektoratet. (2019). *Hvordan beskytte barn mot skadelig innhold på nett? Hva skal barnehager og skoler gjøre for å hindre at barn og elever får tilgang til skadelig innhold på nett?* Hentet fra <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/veileder-hvordan-beskytte-barn-mot-skadelig-innhold-pa-nett/>
- 13 Utdanningsdirektoratet. (2020). *Fagfornyelsen – Prosess for å utvikle nye læreplaner.* Hentet fra: <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/fagfornyelsen/>
- 14 Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... & Bobes, J. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.
- 15 Utdanningsdirektoratet. (2018). *Arbeid med å forebygge selvskading og selvmord – ressurser.* Hentet fra: <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/skolens-selvmordsforebyggende-arbeid/forebygge-selvmord-ressurser-til-bruk-i-arbeid-med-personale/>

- 16 NAV. (2020, 27. april). Kom på rett kurs med «Sees i morgen!» Hentet fra:
[https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/arbeid-og-psykisk-helse/
arbeidslivspakken-sees-i-morgen](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/arbeid-og-psykisk-helse/arbeidslivspakken-sees-i-morgen)
- 17 Hem, E. (2015). Selvmord blant leger. *Tidsskrift for Den norske legeförening*
2015;135: 305. doi: 10.4045/tidsskr.15.0176
- 18 Norsk sykepleierforbund. (2020). Høy selvmordsrisiko blant leger og sykepleiere.
Hentet fra: [https://www.nsf.no/vis-artikkel/115584/10518/--Hoy-selvmordsrisiko-blant-
leger-og-sykepleiere](https://www.nsf.no/vis-artikkel/115584/10518/--Hoy-selvmordsrisiko-blant-leger-og-sykepleiere)
- 19 Bjørke-Bertheussen, J., Hagerma, A., Hegelstad, W. t.V., & Fredriksen, K. J.
Kollegastøtte når pasienten tar sitt liv (2018). *Tidsskr Nor Legefören* 138(10). doi:
10.4045/tidsskr.17.0908
- 20 Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Torsheim, T., Erevik, E., Molde, H., & Morken, A. M. (2020).
Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2019. (Rapport). Bergen: Universitetet
i Bergen, Institutt for samfunnspsykologi
- 21 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet. (2020). *Samarbeid mellom
barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste* (Rundskrivnr.:
21/2015).
- 22 Folkehelseinstituttet. (2019). *En systematisk gjennomgang av oversiktsartikler om
selvmordsforebyggende tiltak (2015-2018)* [Upublisert notat]
- 23 Statistisk sentralbyrå. (2020, 29. mai). *Trafikkulykker med personskade*.
Hentet fra [https:// www.ssb.no/transport-og-reiseliv/statistikker/vtu/aar](https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/statistikker/vtu/aar)
- 24 Arbeidsgruppe "Håndtering av selvmord i trafikken i Norge". (2018). *Selvmord i trafikken.
Vurdering av kriterier og klassifisering i Norge*. Arbeidsdokument.
- 25 Sæheim, A., Hestetun, I., Mork, E., Nrugham, L., & Mehlum, L. (2016). A 12-year National
Study of Suicide by Jumping From Bridges in Norway. *Archives of Suicide Research:
Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 21(4), 568-576. doi.
[org/10.1080/ 13811118.2016.1199988](https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1199988)
- 26 Vegnormal N101 Rekkverk og vegens sideområde pkt. 3.4.3
- 27 Folkehelseinstituttet. (2019). *Dødsårsaksregisterets statistikkbank*.
Hentet fra [http:// statistikkbank.fhi.no/dar/](http://statistikkbank.fhi.no/dar/)
- 28 Gjertsen, F., Leenaars, A. & Vollrath, M. E. (2014). Mixed Impact of Firearms Restrictions
on Fatal Firearm Injuries in Males: A National Observational Study. *Int J Environ Res
Public Health*, 11(1), 487-506. doi.org/10.3390/ijerph110100487
- 29 Hauge, L. J., Stene-Larsen, K., Grimholt, T.K., Øien-Ødegaard, C. & Reneflot, A. (2018).
Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population
2006-2015. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 619. doi:10.1186/s12913-018-3419-9
- 30 Folkehelseinstituttet. (2019). *Treatment pathways for suicide victims and suicide
bereaved - prosjektbeskrivelse*. Hentet fra [https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/
treatment-pathways-for-suicide-victims-and-suicide-bereaved/](https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/treatment-pathways-for-suicide-victims-and-suicide-bereaved/)
- 31 Helsedirektoratet. (2017). Selvskading og selvmord – veiledende materiell for
kommunene om forebygging. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/tema/
selvskading-og-selvmord](https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvmord)
- 32 Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2020). *Demonstrasjonsfilm
om sikkerhetsplan*. Universitet i Oslo. Hentet fra [https://www.med.uio.no/klinmed/
forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/e-leringskurs-i-
selvmordsrisikovurdering/demonstrasjonsfilm-om-sikkerhetsplan/index.html](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/e-leringskurs-i-selvmordsrisikovurdering/demonstrasjonsfilm-om-sikkerhetsplan/index.html)

- 33 Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Hilland, G. H., Kalseth, J. & Ådnanes M. (2019). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF rapport). Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf) endelig_rapport_2019_01307.pdf
- 34 Folkehelseinstituttet. (2020). *En kunnskapsoppsummering om selvmord hos eldre: En gjennomgang av risikofaktorer, årsaker, tiltak og behandling (2000-2020)* [Upublisert notat, er under bearbeidelse til publikasjon i fagfelleverdert tidsskrift]
- 35 Helsedirektoratet. (2019). *Forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/](https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen) forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen
- 36 Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008-2015 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet
- 37 Ness, E., Skotte, J. R. Christensen, T. B. & Andresen J. F. (2020). Kan vi redde flere liv? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2020(8). doi.org/10.4045/tidsskr.19.0804
- 38 Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2020). *Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra: www.uio.no/kartleggingssystemet
- 39 Biong, S. (2013). Overdoser som selvmord: en fenomenologisk casestudie. *Suicidologi* 2013, 18(3). doi.org/10.5617/suicidologi.2246
- 40 Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)* (Meld. St. 7 (2019-2020)).
- 41 Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1511).
- 42 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). (2020). *Fall fra høyde i helsebygg - enkle tiltak redder liv! Fem dødsfall på ett år* (Ukom Pasientsikkerhetsmelding 1-2020). Hentet fra: <https://www.ukom.no/media/1497/pasientsikkerhetsmelding-1-2020.pdf>
- 43 Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>; Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- 44 Ruud, T., m.fl. (2015). *Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie*. Hentet fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Rapporter/Barn-som-parorende--resultater-fra-en-multisenterstudie/>
- 45 Helsedirektoratet. (2019). *Pårørendeveileder*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- 46 Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner*. Trondheim: NTNU
- 47 Kriminalomsorgen. (2020). Årsrapport 2019. Hentet fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/4685011.823zpzabbunkuptz/%C3%85rsrapport+2019+v.+1.0.1+%281%29.pdf>
- 48 Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (u.å.). *Til etterlatte ved selvmord*. Hentet 22. august 2020 fra <https://nssfinfo.no/selvmord/>

- 49 Folkehelseinstituttet. (2019). *Treatment pathways for suicide victims and suicide bereaved - prosjektbeskrivelse*. Hentet fra <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/treatment-pathways-for-suicide-victims-and-suicide-bereaved/>
- 50 Helsedirektoratet. (2011). Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord.
- 51 Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2020, 27. mars). *Fakta om selvskading*. Universitetet i Oslo. Hentet fra https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/selvskading/nssf_hva-er-selvskading.pdf
- 52 Rangul, V., & Kvaløy, K. (2020). *Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017–2019*. (Helsestatistikk-rapport nummer 1 fra Ung-HUNT4). Trondheim: HUNT forskningssenter
- 53 Tørmoen, A. J., Myhre, M., Walby, F. A., Grøholt, B. & Rossow, I. (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European Journal of Public Health, 30*(4), 688-692. doi.org/10.1093/eurpub/ckaa042
- 54 Rørstad, K., Aksnes, D. W., Ramberg, I. & Wiig, O. (2019). *Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge* (NIFU-rapport 2019:4). Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifuxmlui/bitstream/handle/11250/2601685/NIFUrapport2019-4.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- 55 Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton K., John, A., Kapur, N., ... Pirkis., J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry, 7*(6), 68-471. doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1.
- 56 BDO. (2019). *Evaluering av Vivat selvmordsforebygging for Helsedirektoratet* (Rapport). Hentet fra <https://vivatselv-mordsforebygging.net/wp-content/uploads/2019/12/Evalueringsrapport-fra-BDO-1-1.pdf>
- 57 Samisk nasjonal kompetansetjeneste– psykisk helsevern og rus (SANKS) & Samerådet. (2017). Plan för suicidprevention bland samer i Norge, Sverige och Finland. Hentet fra: <https://finnmarkssykehuset.no/Documents/SANKS/Plan%20för%20suicidprevention%20bland%20samer%20i%20norge%20sverige%20och%20finland.pdf>

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonen er tilgjengelig på:
www.regjeringen.no

Publikasjonskode: I-1200 B
Design: Gjerholm Design
Illustrasjoner: EGGS Design v/Henriette Marki
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
09/2020 – opplag 20

