



# Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017

Publikasjonens tittel: Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017

Utgitt: 04/2014

Publikasjonssnummer: IS-2182

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling Psykisk helse og rus  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2182

Illustrasjon: © Copyright Johnér Bildbyrå AB (illustrasjonsbilde)  
Trykk og design: Andvord Grafisk AS

# Forord

Tapte liv er et stort samfunnsproblem og en stor smerte for de etterlatte. Hvert år dør i overkant av 500 mennesker av selvmord i Norge, 70 prosent av disse er menn. Selvmordsforsøk og selvskading er mer vanlig blant kvinner. Vi regner med at mellom 3 500 og 7 500 personer årlig forsøker å ta sitt eget liv. Tallene for selvskading er mer usikre, men sannsynligvis høyere enn omfanget av selvmordsforsøk.

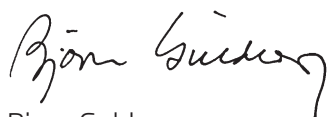
Det er behov for å styrke det selvmordsforebyggende arbeidet. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet, i samarbeid med brukerorganisasjoner, profesjonsforeninger, praksisfeltet, kompetansemiljøer og andre direktorater, utarbeidet en handlingsplan for å forebygge selvmord og selvskading i perioden 2014–2017.

Det overordnede målet er å redusere omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen. Dette skal nås gjennom: God psykisk helse og mestring i befolkningen, redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper, god oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, et kunnskapsbasert tjenesteapparat og kunnskapsbaserte strategier og tiltak.

Planen peker på nye tiltak og viderefører og videreutvikler pågående arbeid. Det er viktig å se synergieffektene av iverksatte tiltak. 29 nye tiltak skal styrke innsatsen for å forebygge selvmord og selvskading, og øke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i tjenesteapparatet.

Gjennomføring av planens ulike tiltak forutsetter at det avsettes midler i de årlige budsjettene. Planen kan utvides med nye tiltak i planperioden, i tråd med føringer i statsbudsjettet og Helse- og omsorgsdepartementets årlige tildelingsbrev til Helsedirektoratet.

Vi takker for mange og gode innspill i utarbeidelsen av handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017. En spesiell takk til Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging, som på oppdrag fra Helsedirektoratet ledet arbeidet med å lage et utkast til handlingsplan. Utkastet er ferdigstilt av Helsedirektoratet, som står ansvarlig for sluttproduktet.



Bjørn Guldvog  
Helsedirektør

Oslo, april 2014

# Innhold

<b>Forord</b> .....	3
<b>Innledning</b> .....	6
<b>DEL I: Status og utfordringsbilde</b> .....	9
<b>Problemets omfang</b> .....	10
Selv mord i Norge .....	10
Selv mordsforsøk og selvskading .....	11
Kjønnsforskjeller .....	11
<b>Risiko- og beskyttelsesfaktorer</b> .....	12
Tidligere selv mordsforsøk .....	12
Psykiske helseproblemer .....	12
Psykososiale risikofaktorer .....	13
Biologiske risikofaktorer .....	14
Somatiske sykdommer .....	14
Utsatte grupper .....	15
Beskyttende faktorer mot selv mord .....	17
<b>DEL II: Pågående arbeid og tiltak i planperioden 2014-2017</b> .....	19
<b>Delmål 1: God psykisk helse og mestring i befolkningen</b> .....	20
Pågående arbeid .....	21
Tiltak .....	23
<b>Delmål 2: Redusert forekomst av selv mord og selvskading i risikogrupper</b> .....	25
Pågående arbeid .....	26
Tiltak .....	28
<b>Delmål 3: God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte</b> .....	31
Pågående arbeid .....	32
Tiltak .....	32
<b>Delmål 4: Et kunnskapsbasert tjenesteapparat</b> .....	34
Pågående arbeid .....	35
Tiltak .....	36

<b>Delmål 5: Kunnskapsbaserte strategier</b> .....	38
Pågående arbeid .....	39
Tiltak .....	40
<b>Vedlegg: Oversikt over virkemiddelapparatet</b> .....	41
<b>Referanser</b> .....	47

# Innledning

Myndighetene har de siste tiårene lagt ned en betydelig innsats for å forebygge selvmord. Som ett av de første land i verden iverksatte Norge nasjonale tiltak for å forebygge selvmord tidlig på 1990 tallet. I 1993 utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet et nasjonalt program for forebyggelse av selvmord i Norge (2). Programmet ble fulgt opp med en handlingsplan mot selvmord i 1994 (3). I 2006/2007 foretok Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten en oppsummering av effektene av ulike selvmordsforebyggende tiltak, primært innen spesialisthelsetjenesten (4;5). Kunnskapsoppsummeringen dannet grunnlaget for utarbeidelsen av Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (6). I 2011 ga Helsedirektoratet ut en veileder om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord (7).

Til tross for innsatsen, er forekomsten av selvmord fremdeles høy i Norge. I 2012 ble det registrert 515 selvmord i Norge. Omfanget av selvskading, med liten eller ingen intensjon om å dø, er usikkert, men sannsynligvis høyere enn omfanget av selvmordsforsøk, som stipuleres til å være 7-15 ganger høyere enn for selvmord (1). Helsedirektoratet viderefører innsatsen gjennom en ny handlingsplan, som utvides til også å omfatte selvskading.

## Om handlingsplanen

Helsedirektoratets handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017 gir en samlet framstilling av mål og tiltak for å forebygge selvmord og selvskading, og skal tjene som et hjelpemiddel for å gjennomføre og videreutvikle innsatsen på området i årene framover. Planen berører flere sektors ansvarsområder og har et særlig fokus på tidlig intervensjon og forebygging på arenaer hvor barn, unge, voksne og eldre lever sine liv. Planen inneholder universelle tiltak, som retter seg mot hele befolkningen, selektive tiltak, rettet mot sårbare og utsatte grupper og indikative tiltak, rettet mot enkeltpersoner med selvmordsatferd og selvskading.

### Handlingsplanen er bygget opp på følgende måte:

- **Del I:** «Status og utfordringsbilde» gir en kort beskrivelse av fagområdet, som et grunnlag for tiltakene som presenteres i handlingsplanen (del II). Avsnittet beskriver omfanget av selvmord og selvskading i Norge, peker på utsatte grupper og angir noen sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer.
- **Del II** presenterer handlingsplanens mål og tiltak for å nå målene. Planen, som har som hovedmål å redusere selvmordsratene og forekomsten av selvskading i Norge, er delt inn i følgende fem målområder:
  - Delmål 1: God psykisk helse og mestring i befolkningen
  - Delmål 2: Redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper
  - Delmål 3: God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte
  - Delmål 4: Et kunnskapsbasert tjenesteapparat
  - Delmål 5: Kunnskapsbaserte strategier og tiltak

Hvert målområde beskrives i et eget kapittel, som redegjør for pågående arbeid og tiltak som skal videreføres eller iverksettes i løpet av planperioden.

## **Kunnskapsbasert**

Planen er, i den grad det er mulig, basert på kunnskapsbasert praksis. Til tross for både norsk og internasjonal forskning er det fremdeles en viss usikkerhet knyttet til hvilke intervensjoner og tiltak som er effektive i å redusere selvmord og selvskading i befolkningen. Dette skyldes hovedsakelig begrensinger i tilgangen på gode evalueringer og studier av effekten av tiltak og intervensjoner. Det er likevel viktig å understreke at mangelfull dokumentasjon på effekt av enkelte tiltak, ikke nødvendigvis er ensbetydende med at tiltaket er ineffektivt.

## **Myndighetskrav**

Ansvar for psykisk helsearbeid og forebygging av selvmord og selvskading hviler på både primær- og spesialisthelsetjenesten. Aktuelle lover som regulerer dette ansvaret er helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og tilhørende helselovgivning. Barnevernloven regulerer barnevernets ansvar for å forebygge problemutvikling, og å sørge for nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, herunder at barns interesser ivaretas av andre offentlige organer.

## **Gjennomføring og oppfølging av handlingsplanen**

Helsedirektoratet er, i samarbeid med relevante departement, direktorat, kunnskaps- og kompetansemiljø, ansvarlig for at det pågående arbeidet videreføres og at tiltak i handlingsplanen gjennomføres. Bruker- og pårørendeorganisasjonene er sentrale samarbeidspartnere i oppfølgingen av handlingsplanens ulike satsningsområder, og i videreutviklingen av feltet. Organisasjonene innehar kunnskap og erfaringer som er viktige å inkludere i arbeidet med å forebygge selvmord og selvskading. God samhandling mellom tjenesteapparatet og pasient/bruker og pårørende er et viktig prinsipp i helse- og omsorgspolitikken, og ofte en forutsetning for et godt behandlingsresultat.

Gjennomføring og omfanget av tiltakene som beskrives i handlingsplanen vil tilpasses de årlige budsjettforslagene, og Stortingets behandling av disse. Helsedirektoratet vil samle og sammenstille statusrapporter underveis i planperioden.

### Sentrale begreper

- **Suicidologi** er læren om det som har med selvmordsproblematikk å gjøre. Suicidologi omfatter hyppighet, utbredelse, årsaksforhold, tiltak, prognose og forebygging samt forhold som har med pårørende / sosiale omgivelser å gjøre
- **Selv mord** defineres som en handling som individet foretar for å skade seg selv med intensjon om å dø, og hvor skaden har ført til døden
- **Selv mordsforsøk** defineres som selvpåført forgiftning eller selvpåført skade med intensjon om å dø
- **Selv mordsatferd** er en samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord
- **Selv skading** defineres som skade en person påfører seg med vilje, men uten hensikt å dø
- **Villet egenskade** defineres som en bevisst og villet skade en person påfører seg med eller uten hensikt å dø
- **Etterlatte og andre berørte ved selvmord** er her forstått som barn, foreldre, ektefelle/samboer/ partner, søsken, besteforeldre og andre slektninger. Andre berørte inkluderer venner, kjærester, klassekamerater, medpasienter, terapeuter, arbeidskollegaer og andre som opplever å ha nære bånd til den som er død



# DEL I: Status og utfordringsbilde

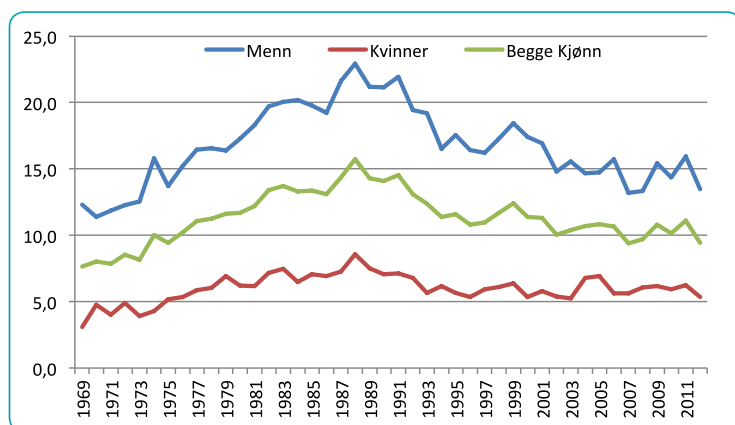


# Problemets omfang

På verdensbasis tar omtrent en million mennesker livet sitt hvert år (14). Det er imidlertid store forskjeller i selvmordsratene mellom land. Norge ligger i likhet med Sverige og Danmark i mellomstjiktet, med en forekomst på over 500 selvmord i året og en rate på 12 selvmord per 100 000 innbyggere per år. I flere av de østeuropeiske landene er ratene mye høyere. Russland, Ukraina, Serbia, Kroatia, Ungarn og Hviterussland har alle rundt 20 selvmord per 100 000 innbyggere, mens Litauen har 28 selvmord per 100 000 innbyggere. I middelhavsland som Spania, Italia og Hellas er selvmordsraten på om lag fem til åtte selvmord per 100 000 innbyggere. Forskjellene mellom landene ses i sammenheng med kulturelle forhold, som variasjoner i sosialt nettverk som er tettere i middelhavslandene.

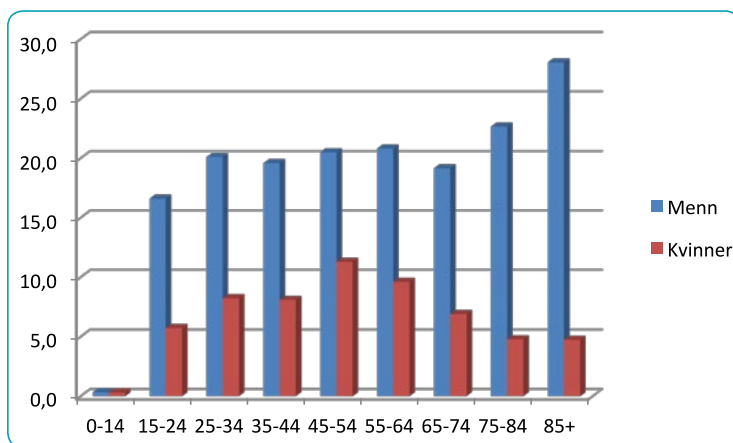
## Selv mord i Norge

I Norge ble det i 2012 registrert 515 selvmord (10,4 selvmord per 100 000 innbyggere), fordelt på 369 menn og 146 kvinner. Etter en dobling av selvmordsraten for både menn og kvinner fra slutten av 1960-årene og frem til slutten av 1980-tallet, med en topp i 1988, sank selvmordsraten for begge kjønn med ca. 25 prosent over de neste syv årene. Fra 1994 har vi hatt en relativ stabilitet i selvmordsraten, for både menn og kvinner. Det kan være store svingninger i selvmordsraten fra år til år, men vi ser ingen statistisk trend de siste 10 år (figur 1).



**Figur 1. Selvmordsrate for menn, kvinner og begge kjønn i perioden 1969-2012 i Norge (per 100 000 innbyggere)**

Det er store forskjeller i selvmordsrisiko mellom aldersgrupper og kjønn. Fra 15 til 64 år er risikoen for selvmord konstant 2-3 ganger høyere for menn enn for kvinner. Etter 65 års-alder synker risikoen for kvinner, mens risikoen stiger for menn. Før 15 års-alder er det knapt noen selvmord i befolkningen (figur 2).



**Figur 2. Selvmordsrisiko for henholdsvis menn og kvinner etter alder for perioden 2008-2012 (per 100 000 innbyggere).**

## Selvmordsforsøk og selvskading

Selvmordsforsøk er mer vanlig blant kvinner. Vi regner med at det er mellom 7-15 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Omfanget av selvskading er usikkert, men sannsynligvis høyere enn omfanget av selvmordsforsøk. Selvskading er vanligere blant ungdom enn blant voksne, og mer utbredt hos jenter enn hos gutter (11-13). Det er vanskelig å avdekke gruppens problemer, da de i liten grad oppsøker hjelp. Gutter søker sjeldnere enn jenter hjelp på egen hånd. Selvskading er ofte skambelagt, og pasientene kan forsøke å bagatellisere hendelsene overfor behandlerne. I mange tilfeller er det skolen, fastlegen eller legevaktlege som først oppdager selvskading. Det er høy risiko for gjentatte episoder med selvskading, og mange påfører seg skader med omfattende og skjemmende arr.

### Villet egenskade blant ungdom

I en norsk studie (13) oppgir 10,7 prosent av i overkant 4000 spurte norske ungdommer at de har skadet seg med vilje. Det er uklart om ungdommene har skadet seg selv ut fra hensikt om å dø eller ikke.

## Kjønnsforskjeller

I vestlige land er det flest kvinner som selvskader uten dødelig utgang, mens menn i større grad tar livet av seg ved første selvmordsforsøk (8). Dette omtales ofte som et kjønnsparadoks, og kan forklares med ulike kjønnsrollemønstre mellom kvinner og menn. Kvinner snakker, i større grad enn menn, med familie og venner når de er i livskriser, og de oppsøker i større grad profesjonell hjelp. Den tradisjonelle maskuline rollen innehar sperrer mot å erkjenne og søke hjelp for psykiske problemer (9). Det ligger også en mulig forklaring i metodevalg, hvor menn er mer tilbøyelige til å benytte voldsomme metoder, som bruk av skytevåpen.

### Kjønnsparadokset

I den vestlige verden tar flere menn enn kvinner sitt eget liv. Registeringer av selvmordsforsøk viser et motsatt bilde, at kvinner oftere enn menn gjør selvmordsforsøk. Denne motsetningen innenfor selvmordsatferd omtales som kjønnsparadokset.

Kjønnsparadoksets tre hovedhypoteser:

1. Høyere forekomst av depresjon blant kvinner enn menn
2. Menn velger mer dødelige metoder enn kvinner
3. Kjønnsrollesosialiseringen styrer maskulinitet i retning av selvstendighet og handlekraft (10).

# Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Risikofaktorene for selvmord og selvmordsforsøk er ganske like. Selvmord er ofte et resultat av et komplekst samspill mellom en rekke risikofaktorer og belastende livshendelser. Selvmord skjer i en kulturell sammenheng, og må forstås både ut i fra den familiebaserte og den samfunnsbaserte kulturen. Selvmordsforebygging bør inkludere forståelse av kontekstuelle forhold, og ikke ha fokus på individets psykiske tilstand alene (6;19). Den psykiske smerten enkelte mennesker kan føle ved å komme til kort i livet kan i gitte situasjoner være en hoveddrivkraft ved selvmordsatferd, selv der det ikke foreligger en diagnostiserbar psykisk lidelse (20).

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (6) understreker at selvmordsrisikovurderinger må inneholde både en vurdering av person og situasjon.

Det foreligger vanligvis en betydelig ambivalens ved selvmordsatferd. Intensjonen varierer, og i visse tilfeller kan handlingen ligge tett opp mot ulykke.

Kunnskapsgrunnlaget om selvskading og årsaker til selvskading er begrenset. Studier peker likevel mot en ikke-ubetydelig overlapping med risiko for selvmordsatferd (16-18). Medfødte eller tidlig etablerte psykologiske og biologiske forhold i form av impulsivitet, aggressivitet eller følelsesmessig ustabilitet kan gjøre enkeltmennesker sårbare for selvmord og selvskading. Personer som blir utsatt for belastende livshendelser, har økt sannsynlighet for å utvikle en opplevelse av håpløshet og psykisk smerte eller en manglende evne til å regulere følelser, som igjen øker risikoen for selvmordsatferd.

Motivene for selvskading varierer. Behovet for å regulere smertefulle følelser er blant de vanligste. Slike følelser kan dempes gjennom handling. Ungdommer som skader seg har ofte erfart at de ikke har blitt hørt eller sett når de har forsøkt å uttrykke følelser. De har forsøkt å undertrykke følelsene til de ikke orker lenger, og lar dem komme til uttrykk ved selvskading. Andre opplever at smerten ved selvskade kan redusere en følelse av tomhet eller uvirkelighet. Forskning, selvrappotering og klinisk erfaring indikerer at hjelp til selvregulering kan forebygge selvskading.

Under presenteres noen kjente risikofaktorer:

## Tidligere selvmordsforsøk

Tidligere selvmordsforsøk regnes som en av de viktigste risikofaktorene for selvmord (5). En 20-års oppfølging av alle pasientene (946 pasienter) som ble utskrevet etter behandling for selvpåført forgiftning fra medisinske avdelinger i Oslo i 1980, viste at 45 prosent av mennene og 30 prosent av kvinnene var døde (21). Av de døde var det 7 prosent som hadde tatt livet sitt, de fleste ved forgiftning. Langtidsprognosen er med andre ord svært alvorlig.

## Psykiske helseproblemer

Psykiske lidelser, inkludert ruslidelser, er blant de sterkeste risikofaktorene for selvmord (5, 85). Om lag 90 prosent av de som har tatt livet sitt har hatt en psykisk lidelse. De fleste psykiske lidelser er assosiert med forhøyet selvmordsrisiko (22;23). En stor andel av personer med psykisk lidelse som dør ved selvmord, er ikke i behandling for psykisk lidelse når de dør (30). I 2011 ble 21 prosent av alle registrerte selvmord registrert blant personer

under behandling i psykisk helsevern (84). Samtidig har mange som gjør et selvmordsforsøk, eller som dør ved selvmord, vært i kontakt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tiden før selvmordet (24;25). Mer enn 80 prosent av de som tar sitt eget liv, har vært i kontakt med allmennlege det siste året, derav nærmere 66 prosent i løpet av siste måned (83).

## Depresjon

Depresjon er til stede i 40–70 prosent av tilfellene (22;23). Risikoen øker med økende grad av symptomer, som følelse av håpløshet, overdreven skyldfølelse og selvanklager, og ved biologiske forandringer som alvorlige søvnproblemer, konsentrasjonsproblemer og energitap.

## Psykoser

Psykoser er forbundet med økt risiko for selvmord og selvmordsforsøk. Selvmordsrisikoen synes å være høyest i det første året etter sykdomsdebut, det første året etter innleggelse i sykehus og blant yngre pasienter. Risikoen er høyere den første uken etter innleggelse i sykehus og den første uken etter utskrivning. I det første året etter et selvmordsforsøk er det også betydelig forhøyet risiko, særlig etter forsøk med voldsomme metoder.

## Personlighetsforstyrrelser

30–40 prosent av personer som har tatt livet sitt, har hatt en personlighetsforstyrrelse. Selvmordsrisikoen er forhøyet ved flere personlighetsforstyrrelser, særlig de av ustabil og antisosial type.

## Rusmiddelproblemer

Forekomsten av rusmiddelproblemer, i første rekke alkoholproblemer, er høy hos personer som dør i selvmord eller har gjort selvmordsforsøk (89–92). Rusmiddelproblemer får ofte negative konsekvenser, som relasjonelle, økonomiske og sosiale problemer. Alkohol fremmer depressivt tankeinnhold og mestringsnivået blir dårligere. Omtrent halvparten av de som legges inn i medisinsk avdeling på grunn av selvpåført forgiftning har alkohol i blodet (26). Det samme er tilfellet for 30–40 prosent av dem som har tatt livet sitt. Mange personer med rusmiddelproblemer har en eller flere ganger satt overdose med hensikt om å dø (93–98). Ved dødelige forgiftninger som følge av illegal rusmiddelmisbruk skiller det mellom selvmord og forgiftning «uten intensjon» (overdose). Av 246 narkotikadødsfall i 2012 ble 29 av disse registrert som selvmord (tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning). Dette må ses som minimumstall fordi registrering av selvmord forutsetter klare indikasjoner, for eksempel et selvmordsbrev. Flere undersøkelser påpeker at grensen mellom uhell og selvmord er flytende. De fleste overdosedødsfall er uhell, forbundet med rusmiddelproblemer. På den annen side oppgir mange brukere av illegale rusmidler at de har forsøkt å ta livet sitt. Mange brukere har flere andre risikofaktorer for selvmord, som personlighetsforstyrrelser, affektive lidelser og økonomiske, sosiale og relasjonelle problemer.

## Psykososiale risikofaktorer

Selvmoedsatferd må ses i lys av både individ og livshendelser. Å forklare selvmord med psykisk sykdom alene, er ikke tilstrekkelig (27–29). Flere internasjonale studier viser at selvmord kan skje hos mennesker hvor man ikke finner indikasjoner på psykisk lidelse til avdøde (20;30).

## Kriser og relasjonsproblemer

Konflikter, tap, trusler om tap eller krenkelser i forhold til ektefelle, kjæreste, nære slektninger eller kolleger er vanlige årsaker til selvmordsatferd. Sosiale krenkelser og tap av anseelse kan også øke selvmordsfaren.

## Sosial isolasjon

Ensomhet og isolasjon er kjente risikofaktorer for selvmord. Det kan skyldes utstøting eller manglende initiativ, som følge av depresjon eller at man har en personlighet som gjør det vanskelig å delta i sosiale sammenhenger. Dette gjelder ikke minst mange eldre, som har en forventning om å klare seg selv uten å skulle be om noe.

## Arbeidsledighet

Det kan spores en sammenheng mellom arbeidsledighet og selvmordsatferd. Det synes å være høyere risiko når arbeidsledigheten er langvarig eller når det er få arbeidsledige i nærområdet, slik at det kan virke mer stigmatiserende. Manglende kontakt med kolleger og sekundære økonomiske problemer øker risikoen for motløshet og oppgitthet (42).

## Biologiske risikofaktorer

### Lav serotoninomsetning

5-hydroksy-indoleddiksyre (5-HIAA) er nedbrytningsproduktet av signalsubstansen serotonin. Lavt nivå av 5-HIAA i cerebrospinalvæsken er forbundet med økt risiko for impulsiv og aggressiv atferd, selvmord og selvmordsforsøk, særlig bruk av impulsive og voldssomme metoder (44). Medikamenter av typen serotoninreopptakshemmere (SSRI) har klinisk dokumentert effekt ved alvorlige depresjoner. Genetisk forskning peker på en mulig sammenheng mellom serotoninomsetning og selvmord (45), men forskningen er fortsatt på et tidlig og usikkert stadium.

## Somatiske sykdommer

Studier dokumenterer en forhøyet forekomst av selvmord ved en rekke alvorlige somatiske sykdommer (52;79-81) Selvmord i denne gruppen er relatert til følelser av isolasjon og håpløshet (52;82).

## Kreft

Blant norske kreftpasienter i perioden 1960-1999 var den relative risikoen for selvmord blant menn 3,5 ganger høyere enn i den generelle befolkning i perioden 1960-69 og 2,1 ganger høyere i perioden 1990-99 (46). Blant kvinner var risikoen 3,1 ganger høyere i perioden 1960-69, mens den ikke var signifikant forhøyet i perioden 1981-99. Risikoen er høyest de første månedene etter at diagnosen er stilt. Det antas at nedgangen i selvmordsraten er knyttet til bedre prognose ved kreft og bedre psykososial oppfølging av kreftpasientene.

## Nevrologiske lidelser

Det er økt selvmordsrisiko ved flere nevrologiske lidelser, særlig hvis lidelsen er forbundet med redusert førlighet og kroniske smerter. Store nordiske studier har vist omtrent dobbelt risiko for selvmord ved *multippel sklerose* (47;48), *epilepsi* (49) og *hjerneslag* (50). En amerikansk studie viste at selvmordsrisikoen var omtrent tre ganger forhøyet blant pasienter med *tverrsnittslammelser* (51).

## Hiv/Aids

En dansk registerstudie blant pasienter med hiv/aids viste at selvmordsrisikoen var 3,8 ganger høyere (52). Risikoen var særlig høy for nylig diagnostiserte, for pasienter med hyppige sykehusinnleggelseser og komorbide psykiske lidelser.

## Andre somatiske sykdommer

Selvmondsrisikoen blant pasienter med alvorlige somatiske sykdommer underrapporteres trolig når det foreligger somatiske årsaker som kan forklare dødsfallet. I en stor svensk studie ble det funnet en moderat forhøyet selvmordsrisiko blant pasienter med *kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)* og blant pasienter med *astma* (53). Det mangler gode studier av kroniske *smertetilstander*, men det er sannsynlig at det foreligger økt risiko for selvmord. Det er det ikke noen sikker dokumentert forhøyet selvmordsrisiko ved *hjerter- og kar-sykdommer og nyresykdommer*.

De fleste alvorlige somatiske sykdommer disponerer for depresjon, som er en viktig risikofaktor for selvmord. Utredning, diagnostisering og behandling av depresjon bør inngå som en del av den somatiske behandlingen.

## Utsatte grupper

Det er økt risiko for selvmord og selvskading i noen grupper i befolkningen.

### Eldre menn

I Norge er selvmordsraten høy blant eldre menn, men ikke blant eldre kvinner. Mange eldre som har tatt livet sitt, har vært hos fastlegen kort tid før selvmordet uten at temaet ble brakt på banen.

Lege og spesialist i geriatri Ildri Kjølseth (31) beskrev i sin doktoravhandling kjennetegn ved eldre som hadde tatt livet sitt. Hun peker på at mange hadde hatt en vanskelig oppvekst og fått tidlig ansvar - «måtte ut for å overleve». De hadde slitt og strevd, klart mye og var opptatt av å ha kontroll. De hadde problemer med å be om hjelp og ønsket å opprettholde selvfølelsen når de ble syke og hjelpetrengende.

### Barn og ungdom

Selvmond blant ungdom skjer sjeldnere enn i eldre aldersgrupper. Blant barn under 15 år er selvmord svært sjelden. Selvmordsforsøk og selvskading er langt vanligere og skjer hyppigst i ungdomsårene, spesielt blant jenter (12;13). Om lag en av ti 15-17 åringer i Norge rapporterer at de har gjort selvmordsforsøk eller skadet seg selv en eller flere ganger (13). Selvskading og selvmordsforsøk er mer utbredt blant barn og unge som har vært utsatt for overgrep (13). De fleste ungdommer som har forsøkt å ta livet sitt har psykiske lidelser, særlig depresjoner, atferdsforstyrrelser og rusmiddelproblemer (32;33). Blant unge under 20 år var opp mot halvparten rusmiddelpåvirket da de døde ved selvmord (89). Om lag en tredjedel av ungdom som har tatt livet sitt, hadde imidlertid ingen sikker psykisk lidelse (33). Barn med langvarig opphold på institusjon, eller som mottar tiltak fra barnevernet, har økt risiko for selvskading og selvmordsatferd (34).

## Innvandrere og asylsøkere

Det finnes ingen oversikt over forekomst av selvmord blant innvandrere og asylsøkere. Helsestatistikken, inkludert dødsårsaksstatistikken, inneholder ikke informasjon om innvandringsbakgrunn. En dansk studie (35) fant at antall selvmordsforsøk var 3.4 ganger høyere blant asylbefolkningen, enn i den bosatte befolkningen. Dette er en gruppe som i tillegg til kulturelle utfordringer ofte har hatt betydelige traumatiske opplevelser, som de strever med.

## Lesbiske, homofile og bifile

Det er påvist forhøyet forekomst av selvmordstanker og selvmordsforsøk blant homofile, lesbiske og bifile (37). Andelen som rapporterer om selvmordsforsøk er høyere blant lesbiske (12 prosent) og bifile kvinner (19 prosent) enn blant heterofile kvinner (5 prosent). Blant mennene er andelen høyere blant homofile (10 prosent) og bifile menn (11 prosent) enn blant heterofile menn (4 prosent) (38). Forskning viser at lesbiske, homofile og bifile har forhøyet risiko for psykiske vansker, rusmiddelmisbruk, selvskading og selvmordsforsøk, særlig blant unge og blant bifile (38). Dette synes særlig å gjelde transpersoner og andre med kjønnsidentitetstematikk (39).

## Pasienter innlagt i døgneheter

Pasienter i døgntilrettelagt behandling, personer som nylig er utskrevet fra døgntilrettelagt behandling og personer som avbryter eller ikke følger opp behandling, har en forhøyet selvmordsrisiko (75). Mange døgneheter mangler rutiner som sikrer at nødvendige tiltak er iverksatt og vedlikeholdt. I tillegg til behandlings- og beskyttelsestiltak, herunder fysiske sikringstiltak, er det viktig med kompetent og tilgjengelig personell som møter pasienten med omsorg og respekt (6).

## Innsatte i fengsler

Innsatte i fengsel har nesten åtte ganger høyere forekomst av selvmord enn øvrig befolkning (40;41). Risikoen er særlig høy i varetektsperioden. Mange innsatte har psykiske problemer som personlighetsforstyrrelser, rusmiddelproblemer og krisereaksjoner. Noen kan også være preget av skyldfølelse som følge av handlingen de er dømt for. Dette gjelder spesielt de som er dømt for å ha skadet eller drept et menneske som har stått dem nær. Blant rusmisbrukerne som sitter i fengsel er risikoen for overdose mindre enn en tiendedel av risikoen ellers. På den annen side viser studier at risikoen for å dø av en overdose er nesten ti ganger høyere de to første ukene etter løslatelse (78).

## Yrkesgrupper

**Leger.** Flere internasjonale studier har vist at det er høy selvmordsrate blant leger, også i Norge (43). I perioden 1960–2000 var selvmordsraten blant norske kvinnelige leger på 26 selvmord per 100 000 innbygger pr år, mens selvmordsraten blant norske kvinner generelt var på åtte selvmord per 100 000. For alle norske menn var raten på 24 selvmord per 100 000 innbygger, mens den for mannlige leger var på 46 selvmord per 100 000 innbyggere. Den vanligste selvmordsmetoden blant leger er forgiftning. Det antas at tilgjengelighet og kunnskap om medikamenters virkning er en viktig årsak til den økte risikoen.

**Personell i internasjonale operasjoner (veteraner).** I 2003 ble det funnet en moderat økt risiko for selvmord blant norske FN/NATO-veteraner sammenliknet med andre norske menn (63). I en undersøkelse av veteraner, som hadde tjenestegjort i Afghanistan, rapporterte syv prosent av 4053 veteraner psykiske plager etter hjemkomsten. Om lag fire prosent av veteranene hadde hatt tanker om tanker om å ta sitt eget liv og 0,6 prosent (N=26) oppga at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv (64).



## Beskyttende faktorer mot selvmord

Tilstedeværelse av beskyttende faktorer kan redusere en persons sårbarhet for risiko-faktorer og gjøre personen bedre i stand til å mestre vanskelige livssituasjoner. Forebygging av selvmord og selvskading innebærer både å redusere risiko og fremme beskyttende faktorer på individ og samfunnsnivå.

Verdens helseorganisasjon (2012) har identifisert følgende beskyttende faktorer for selvmord:

- sterk tilhørighet til familie og støtte fra lokalsamfunn (barnehage, skole, arbeidsplass og tros- og livssynssamfunn)
- gode problemløsningsferdigheter, konfliktløsningsevne og ikke voldelig håndtering av konflikter
- personlig, kulturell, sosial eller religiøs overbevisning som motvirker selvmord og styrker individets ønske om å leve
- begrenset tilgang på selvmordsmidler (skytevåpen, toksiske medikamenter mm.)
- evne til å søke hjelp for problemer
- lett tilgang til tjenester for psykisk og fysisk sykdom



# DEL II: Pågående arbeid og tiltak i planperioden 2014-2017



# Delmål 1: God psykisk helse og mestring i befolkningen

Psykiske helseproblemer er en av de store folkehelseutfordringene i Norge, og forebygging av selvmord og selvskading er en viktig del av folkehelsearbeidet. God kunnskap om psykisk helse i befolkningen, sosial inkludering av personer med psykiske lidelser og rask og god hjelp fra tjenesteapparatet bidrar til god psykisk helse, og reduserer risikoen for selvmord og selvskading. Politiske prioriteringer, holdningsskapende arbeid og økonomiske konjunkturer kan ha effekt på selvskading og selvmord.

Strukturer og tiltak som bidrar til å forhindre at mennesker faller ut av skole og arbeidslivet er blant de viktigste tiltakene for å sikre god helse og god fordeling av helse i et generasjonsperspektiv. Et godt lærings- og sosialt miljø i barnehage og skole kan forebygge utvikling og hindre forverring av psykiske problemer (54). Tiltak som fremmer psykisk helse og mestring i barne- og ungdomsbefolkningen vil kunne ha et forebyggingspotensiale gjennom hele livsløpet (55).

Selvmondsforebyggende intervensjoner på befolkningsnivå (universelle tiltak) kan ha stort potensial for å redusere forekomsten i befolkningen, men er ofte vanskelig å evaluere.

## Pågående arbeid

### Opplæringsprogrammet TIDLIG INN

Hesledirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet samarbeider om et opplæringstilbud i tidlig intervensjon til kommunalt ansatte som arbeider med gravide og småbarnsforeldre. Opplæringsprogrammet TIDLIG INN inneholder intervensjonsverktøy og -metoder for å avdekke og følge opp vold i nære relasjoner og psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Målet er at tjenesteutøverne skal bli trygge og bedre i stand til å oppdage risiko eller et begynnende problem og kunne tilby adekvat hjelp. Regionale opplæringsteam med kursholdere fra de regionale ressursentre om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), regionale kompetansesentre – rus (KoRus), Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) er ansvarlige for opplæringen. Kursene er godkjente av den norske legeföreningen og jordmorforeningen.

### Skolebaserte programmer og tiltak

Skolebaserte programmer og tiltak rettet mot å utvikle gode mestringsstrategier og øke motstandskraften ved livskriser kan ha et selvmordsforebyggende potensial (30). «Psykisk helse i skolen» er en nasjonal skolesatsing som tilbyr en rekke skoleprogrammer. Programmene er lette å ta i bruk i barneskolen, ungdomsskolen og i videregående opplæring, og benyttes av flere skoler. De fleste programmene retter seg mot elevene, og har som målsetting å øke kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykisk helsehjelp, redusere fordommer og stigma og øke mestring og resiliens (55;56). Barn og ungdom skal bli bedre til å erkjenne, snakke om og søke hjelp for følelsesmessige, sosiale og familiære problemer. «Zippys venner» og «VIP» er eksempler på programmer som har vist lovende resultater. «Zippys venner», som er et manualbasert program, retter seg mot elever tidlig i barneskolen og bygger på mestring av stress som buffer mot psykiske helseproblemer. «VIP» retter seg mot elever i 1. trinn i videregående opplæring, og er en manual- og dialogbasert metode som bygger på en empowerment-filosofi. Programmene er evaluert internasjonalt (11;57).

Det finnes også programmer som retter seg mot skolesystemet for å øke lærernes kunnskap om psykisk helse og mobbing. De forskningsbaserte programmene mot mobbing har som hovedsiktemål å øke kunnskaper og ferdigheter blant skolens personale i å oppdage og stanse mobbing (57). Det evidensbaserte programmet «Olweus» bidrar til redusert mobbing og annen antisosial atferd, bedret klasseklime og læringsmiljø og økt tilfredshet med skolen (11).

Tilskuddsordningen «Psykisk helse i skolen» har som formål å støtte opp om arbeidet med å styrke læringsmiljøet, bedre det tverrfaglige samarbeidet og øke kompetansen om psykisk helse i skolen. Tilskuddsordningen videreføres i planperioden.

### Samarbeid om økt gjennomføring i videregående opplæring

Regjeringen har som mål å øke gjennomføringen i videregående opplæring. Samarbeidet rundt satsingen Ny GIV forsterkes, og inkluderer ulike departement og direktorat. Målgruppen for samarbeidet er utsatte barn og unge under 24 år. Med dette menes barn og unge med høy risiko for å utvikle problemer som kan lede til manglende kompetanseoppnåelse i skolen og fremtidig marginalisering fra utdanning og arbeidsliv. Dette gjelder spesielt barn og unge utsatt for flere eller alvorlige risikofaktorer. Målet for samarbeidet er å bidra til at barn og unge i målgruppen får helhetlig hjelp og nødvendig oppfølging til å mestre skolegang og gjennomføre videregående opplæring som grunnlag for en varig tilknytning til yrkeslivet.

Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, skal på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet, Arbeids og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, etablere et forpliktende samarbeid om utsatte barn og unge med mål om at flere skal lykkes i skolen og fullføre videregående opplæring.

### **Arbeid og psykisk helse**

Arbeid og psykisk helse er tematisert gjennom IA avtalen (58), Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2008) (59) og Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 -2012) (60). Nasjonal oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) (61) har tiltak med overordnet mål om å styrke psykisk helse og sosial inkludering i befolkningen.

### **Forsvaret**

Forsvaret har etablert et system for registrering av selvmord og selvmordsforsøk blant militært personell. Virksomheten har gjennom lengre tid hatt et systematisk selvmordsforebyggende arbeid innlemmet i HMS handlingsplanen for forsvaret. Strategien innbefatter bl.a. obligatorisk opplæring av ledere, undervisningsprogrammet «Et rop om hjelp» som gis tidlig i rekruttperioden, tilbud om VIVAT- programmet, tiltaket «grønn linje» og forebyggende tiltak gjennom forsvarets helsetjeneste.

Fra 2012 er det etablert regionale ressursnettverk på veteranfeltet med aktører fra forsvaret og sivile oppfølgingsinstanser. Arbeidet koordineres av de regionale ressursentrene om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) med RVTS Øst som nasjonalt spisspunkt.

### **Rådgivning via telefon og internett**

Det er iverksatt flere rådgivningstiltak, via telefon og internett, med relevans for forebygging av selvmord og selvskading, som f.eks. Ungdomstelefonen (Skeiv Ungdom), SUSS-telefonen (Senteret for ungdomshelse, samliv og seksualitet), Klara Klok (Helsedirektoratet/Nordland Fylkeskommune), 116111.no (Alarmtelefonen for barn og unge), SOS-Chat og telefon (Kirkens SOS), sidetmedord.no, hjelpetelefonen (Mental Helse), ung.no (Bufdir), Røde Korstelefonen og korspaahalsen.no (Røde Kors).

### **Media**

Mediene har en betydelig innflytelse på atferd og holdninger. Noen typer rapportering av selvmord og selvmordsforsøk i massemediene er assosierte med økt forekomst av selvmord eller selvmordsforsøk i befolkningen. Nøktern og informativ omtale av selvmord og selvskading kan bidra til å avlive myter, synliggjøre selvmord som et samfunnsproblem og redusere stigma knyttet til å søke hjelp for psykisk lidelse, selvskading og selvmord<sup>1</sup>.

Pressens faglige organisasjoner har over tid samarbeidet med kompetansemiljøene for å bidra til ansvarlig omtale av selvmord og selvskading i norske massemedia. Samarbeidet mellom Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF), de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og pressens faglige organisasjoner videreføres.

---

1 Se for øvrig: Norsk Presseforbunds være varsom-plakat (66) og veileder for omtale av selvmord (67), samt veileder fra IASP og WHO (68)

## Internett og sosiale medier

Store mengder informasjon om selvsikring og selvmordsatferd er tilgjengelig gjennom internett (69). Det er lite kunnskap om hvordan internett og sosiale medier påvirker atferd relatert til selvsikring og selvmord. Flere aktører arbeider for trygg bruk av internett, både offentlige tilsyn og ideelle organisasjoner. Gjennom internett og sosiale medier kan hjelpeapparatet nå ut til personer som i liten grad oppsøker helsetjenestene. Mulighetene for forebygging og dialog via sosiale medier bør utnyttes bedre.

## Markering av verdensdagen for selvmordsforebygging

Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september er en internasjonal dag som markeres over hele verden. I Norge er Landsforeningen for etterlatte ved selvmord LEVE nasjonal koordinator og arrangør og mottar støtte av Helsedirektoratet til markeringen av dagen. I forbindelse med Verdensdagen blir det holdt fylkesvise offentlige markeringer eller dagskonferanser med faglig innhold over hele landet. Arrangementet bidrar til å spre informasjon og kunnskap om selvmord og det selvmordsforebyggende arbeidet.

## Tiltak

### **Tiltak 1: Utvide målgruppen og styrke det tverrfaglige samarbeidet for tilskuddsordningen «Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rekrutteringstilskudd»**

Ny GIV-samarbeidet forsterkes ved at Kunnskapsdepartementet og helsemyndighetene legger til rette for at kommunene kan benytte psykologer inn i tverrfaglige team, rettet mot elever i videregående opplæring. Målet er at ungdom som står i fare for å falle fra videregående opplæring, på grunn av psykiske helse- og rusmiddelproblemer, får raskt tilbud om hjelp basert på kunnskapsbasert metodikk og et tverrfaglig samarbeid. Gjennom tilskuddsordningen «Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rekrutteringstilskudd» kan kommuner som ønsker å ansette psykolog søke Helsedirektoratet om tilskudd i inntil seks år. Psykologene kan inngå i det tverrfaglige arbeidet ved helsestasjon, skolehelsetjenesten, Familiens hus, psykisk helsetjeneste og andre helsetjenester som retter seg mot barn og unge. Kommunene kan også søke Helsedirektoratet om tilskuddsmidler for å styrke helsestasjonen og skolehelsetjenesten, som ett ledd i satsningen på det forebyggende folkehelsearbeidet. Tiltaket må ses i sammenheng med tiltak 3.

- *Gjennomføring:* 2014–2017
- *Ansvarlig:* Helsedirektorat

### **Tiltak 2: Styrke skolehelsetjenesten i den videregående skolen**

Helse- og omsorgsdepartementet opprettet i 2014 tilskuddsordningen «Styrking av skolehelsetjenesten i den videregående skolen». Ordningen skal bidra til utjevning av sosial ulikhet i helse og økt grad av gjennomføring i videregående opplæring, gjennom å øke tilgjengeligheten i skolehelsetjenesten i den videregående skole og bedre det tverrfaglige samarbeidet med den videregående skolen.

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste for barn og unge opp til 20 år. En god helsestasjon- og skolehelsetjeneste er nødvendig for å understøtte arbeidet med å forebygge psykiske helse- og rusmiddelproblemer blant barn og unge, avdekke vold og overgrep, forebygge mobbing og redusere frafall fra videregående opplæring.

Tilskuddsordningen kan ses i sammenheng med tilskuddsordningen «Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rekrutteringstilskudd», herunder satsningen på utprøving av psykologer i arbeidet med å forebygge frafall i videregående opplæring.

- *Gjennomføring:* 2014–2017
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 3: Utvikle en metodisk tilnærming for å oppdage og følge opp elever med psykiske helseproblemer**

For å styrke samhandlingen om elevenes psykiske helse og læringsmiljø er det igangsatt et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet, Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. Gjennom dette samarbeidet tar man sikte på å utvikle en metodisk tilnærming for å oppdage, iverksette tiltak og følge opp elever med psykiske vansker eller lidelser. Kompetanseutviklingsarbeidet retter seg mot skole- og helsepersonell. Tiltaket sees i sammenheng med prosjektet Ny GIV og tilskuddordningen Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (rekrutteringstilskudd).

- *Gjennomføring:* 2014–2017
- *Ansvarlig:* Helsedirektorat

### **Tiltak 4: Gjennomføre oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)**

Målrettet innsats for å forhindre frafall fra utdanning og arbeid vil gjøre hverdagen bedre for personer som møter utfordringer på grunn av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer. Gjennom «Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)» (61) vil Regjeringen forsterke innsatsen for at sykemeldere, arbeidsgivere og arbeids- og velferdsforvaltningen vektlegger at personer med psykiske lidelser opprettholder tilknytningen til arbeid.

- *Gjennomføring:* 2014–2016
- *Ansvarlig:* Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektorat

### **Tiltak 5: Implementere ny veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid**

Helsedirektoratet utgir våren 2014 en ny veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid (70). Med veilederen «Sammen om mestring» peker Helsedirektoratet på utfordringer og muligheter i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, og viser hvordan ulike forhold kan imøtekommes gjennom kunnskapsbaserte tilnærminger og tiltak. Betydningen av å se rus og psykisk helse i sammenheng understrekes i veilederen. Helsedirektoratet vil, i samarbeid med fylkesmannen og relevante kompetansemiljøer, understøtte implementeringen av veilederen i tjenesteapparatet.

- *Gjennomføring:* 2014–2015
- *Ansvarlig:* Helsedirektorat



## Delmål 2: Redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper

Tidlig identifisering av personer med selvskading og selvmordsatferd er avgjørende for å sikre tidlig adekvat oppfølging og behandling på riktig tjenestenivå. Gjennom å identifisere sårbare grupper med høy risiko for selvmord eller selvskading er det mulig å utvikle og iverksette tiltak som reduserer risikofaktorer eller faktisk forekomst av selvmordsatferd og selvskading i gruppene.

Selektive tiltak rettet mot sårbare grupper med høy risiko og indikative tiltak rettet mot enkeltpersoner med selvmordsatferd eller selvskading kan ha avgjørende betydning for liv og helse. Siden tiltakene iverksettes overfor en liten andel av befolkningen, vil effekten ofte ikke bli synlig på befolkningsnivå.

## Pågående arbeid

### **Overdosestrategi**

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en nasjonal overdosestrategi, jf. Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! Strategien belyser utfordringene knyttet til overdoseproblematikk og angir hvordan disse skal møtes. Strategien understreker betydningen av selvmordsrisikovurdering og selvmordsforebyggende tiltak.

### **Kartleggingsverktøy for avdekking og oppfølging av psykiske helseproblemer i barnevernet**

Psykiske helsetjenester for barn og unge og statlig barnevern skal inngå samarbeidsavtaler for å sikre at barn under barnevernets ansvar får nødvendig helsemessig vurdering og behandling. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet har i flere år samarbeidet om et kartleggingsverktøy som barnevernet kan benytte for å fange opp helseproblematikk, herunder psykisk helse hos barn og unge.

### **Oppslagsverk om marginalisert risikoutsatt ungdom**

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har i samarbeid med Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Husbanken og Det kriminalitetsforebyggende råd utarbeidet et oppslagsverk om marginalisert, risikoutsatt ungdom. Oppslagsverket tydeliggjør tjenestenes ansvar, forpliktelser og tilbud overfor utsatt ungdom, spesielt ungdom som er utenfor, eller i fare for å falle utenfor utdanning og arbeidsliv. Oppslagsverket retter seg mot etater som arbeider med utsatt ungdom.

### **Kunnskapsbasert oppfølging og behandling**

Flere miljøer i Norge arbeider med å kartlegge eller studere ulike aspekter ved oppfølging og behandling ved selvmordsatferd, slik at tjenestene kjenner og kan ta i bruk kunnskapsbaserte metoder i forebygging av selvmord og selvskading. Det arbeides systematisk med å evaluere metoder med gode resultater for unge med gjentatt selvskading eller selvmordsforsøk. Kunnskaps- og kompetansesentrene innen psykisk helse og rus, har et særskilt ansvar for å understøtte de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenestene i arbeidet.

### **Undervisningsopplegget «Rosa kompetanse»**

Problemstillinger knyttet til seksuell orientering er lite fokusert i helsearbeidernes møte med mennesker med selvmordsatferd (37;71). Det er også liten kunnskap om kjønns-tematikk (72). Undervisningsopplegget «Rosa kompetanse» er utviklet av Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) for å gi tjenestene kompetanse i arbeidet med lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Undervisningsopplegget benyttes av instanser innen helsevesenet, barnevernet, familievern, skolen og politiet.

### **Selvmordsforebygging i den sørsamiske befolkningen**

Det er inngått en samarbeidsavtale mellom Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern (SANKS) og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Midt, hvor målsettingen er å øke helsetjenestens kompetanse om selvmordsatferd i den sørsamiske befolkningen.

## **Rekrutteringstilskudd for ansettelse av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene videreføres**

Psykologer har bred kompetanse i å utrede, diagnostisere og behandle psykiske lidelser, og kan blant annet bidra til forebygging, tidlig identifikasjon, behandling og oppfølging av mennesker i risiko. Helsedirektoratet har siden 2009 gitt tilskudd til kommuner som ønsker å rekruttere psykologer til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet er å styrke det tverrfaglige psykisk helse- og rusmiddelarbeidet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt å hindre frafall i videregående opplæring. Psykologene skal arbeide med forebygging, tidlig intervensjon og behandling av psykiske helse- og rusmiddelproblemer hos enkeltindivid, familier, grupper og lokalbefolkning. Tilbudet er gratis og krever ingen henvisning. Kommuner som ansetter psykolog kan søke om tilskudd i totalt seks år. Evalueringer av satsningen (73;74) viser at den har bidratt til lavere terskel for psykologhjelp, økt grad av samarbeid mellom ulike kommunale tjenester og økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon. I 2013 ble det gitt tilskudd til 179 psykologstillinger, fordelt på 115 kommuner. Tilskuddsordningen styrkes med økte midler fra 2014.

## **Kurs i mestring av depresjon (KID)**

«KID» er et forskningsbasert, forebyggende og behandlende tiltak. Kurset består i opplæring av teknikker og metoder, basert på en kognitiv forståelsesmodell, som kan bidra til å endre tanke- og handlingsmønstre som vedlikeholder og forsterker nedstemthet og depresjon. Deltakerne trenes i å delta i lystbetonte aktiviteter og å utvikle sosiale relasjoner.

## **Rask psykisk helsehjelp**

Rask psykisk helsehjelp er et kommunalt lavterskeltilbud til voksne over 18 år med lettere til moderate depresjonsproblemer og angstproblematikk. Behandlingstilbudet er tilpasset den enkelte bruker og omfatter informasjon i form av brosjyrer, internettprogram og oppfølgingsamtaler på telefon, gruppesamtaler, psykoedukative programmer og intensiv psykologisk behandling. Tilbudet tilbys foreløpig i 17 pilotkommuner, og skal evalueres i årene framover. Det er gratis og krever ikke henvisning.

## **Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» - forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger**

«I trygge hender 24-7» er et femårig nasjonalt program (2014–2018) for pasientsikkerhet som skal redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger er ett av tolv identifiserte innsatsområder. Fem tiltak for å forebygge selvmord ved opphold i akuttpsykiatriske døgnavdelinger er prøvd ut gjennom pilotprosjekter ved flere psykiatriske klinikker. De fem tiltakene er: Spesialistvurdering innen et døgn, iverksetting av beskyttelsestiltak (sikring av rom og omgivelser), vurdering av risikoen for selvmord (ved innskrivning, utskrivning, overføring og før permisjon), planlegging av permisjon og tiltak ved utskrivelse (kriseplan for pasient og pårørende, avtale for oppfølging - «time i hånda»)

Team fra akuttpsykiatriske døgnavdelinger fra hele landet har i 2013 deltatt i et læringsnettverk for å implementere tiltakene. Alle teamene som deltok i læringsnettverket måler og dokumenterer i hvilken grad tiltakene gjennomføres. Arbeidet videreføres og spres til andre deler av spesialisthelsetjenesten gjennom pasientsikkerhetsprogrammet.

## Rutiner for sikring av fysisk behandlingsmiljø i psykisk helsevern

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern gir anbefalinger om rutiner for sikring av fysisk behandlingsmiljø, skriftlige prosedyrer for å fjerne gjenstander som kan brukes til hending og prosedyrer ved utskriving som omfatter kartlegging av pasientens tilgang til våpen, toksiske medikamenter o.l. i hjemmet.

## Sikring av høybroer

Selvmord ved sprang fra høyt sted utgjør en relativt liten andel av antall årlige selvmord i Norge. Tiltak som forbygger sprang fra kjente høyrisikosteder har vist seg å være effektive (77), og det er iverksatt sikring av bynære høybroer flere steder i Norge. Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSSF) gjennomfører et forskningsprosjekt i samarbeid med Statens vegvesen, hvor en undersøker forekomsten av selvmord ved utsprang fra bro i hele landet. Prosjektet forventes ferdigstilt i løpet av 2014.

## Ny våpenforskrift

Studier viser at lovgivning som regulerer oppbevaring av våpen og begrenser utbredelsen av skytevåpen kan ha en forebyggende effekt. I Norge har lovgivningen blitt skjerpet over tid, både for våpenerverv, innføring av karenstid og trygg oppbevaring av våpen. Den nye våpenforskriften, som blant annet stiller krav om våpenskap fra første våpen, er et viktig tiltak i det selvmordsforebyggende arbeidet. Arbeidet med å begrense tilgangen til skytevåpen videreføres i et samarbeid mellom Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging, politiet, forsvaret og frivillige foreninger for våpenbrukere.

Justisdepartementet har ansvar for revisjon av lovgivningen, mens Politidirektoratet har ansvaret for implementering av loven. Frivillige foreninger for våpenbrukere foretar opplæring av våpenbrukere.

## Tiltak

### Tiltak 6: Gjennomføre prosjektet «Bedre samhandling for barn og unge»

Kommunene har en sentral rolle i arbeidet for barn og unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer og deres familier. KS - kommunesektorens organisasjon og Helsedirektoratet har inngått et prosjektsamarbeid med sikte på å utvikle kompetanse, samhandlingsmodeller, samarbeidsavtaler, metoder og verktøy som kan bidra til å sikre gode helhetlige og koordinerte tjenestetilbud til barn og unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer.

- *Gjennomføring:* 2014–2015
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet og KS

### Tiltak 7: Etablere et samarbeidsforum mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Det skal opprettes et forpliktende samarbeidsforum mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for å styrke samarbeidet mellom barnevernet og psykiske helsetjenester for barn og unge. Forumet skal bidra til en mer samordnet innsats fra tjenesteapparatet om barn, unge og familienes behov. Det skal legges til rette for utvikling av fag, rutiner, organisering og kompetanseutvikling som tjener formålet.

- *Gjennomføring:* 2014–2016
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

### **Tiltak 8: Utarbeide et felles rundskriv om samarbeidet mellom barnevernet og psykiske helsetjenester**

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet skal utarbeide et nytt felles rundskriv om samarbeidet mellom barnevernet og psykiske helsetjenester for barn og unge. Hensikten er å legge til rette for et godt og fleksibelt samarbeid mellom tjenestene, slik at barn, unge og deres familier får nødvendig støtte, hjelp og behandling.

- *Gjennomføring:* 2014–2015
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

### **Tiltak 9: Utarbeide og implementere pilotprosjekt rettet mot risikoutsatte barn og unge**

Gjennom forskningsprosjekter om selvsykdom blant barn og unge har det fremkommet et behov for bistand til oppfølging av personer med gjentatt selvsykdom og selvmordsatferd, som er i kontakt med barnevernet. På bakgrunn av erfaringene fra prosjektene, som er gjennomført ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (DBT-studiene og det mestringsfokuserede prosjektet STERK NOK), skal det utarbeides et pilotprosjekt rettet mot risikoutsatte barn og unge med gjentatt selvsykdom og selvmordsatferd. Prosjektet utvikles med vekt på mestring og ferdighetstrening.

- *Gjennomføring:* 2014–2017
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet i samarbeid med Bufdir og relevante fagmiljø

### **Tiltak 10: Implementere traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i barne- og ungdomspoliklinikker**

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en evidensbasert behandlingsmetode for barn og ungdom mellom 3 og 18 år med traumerelaterte vansker. Gjennom behandlingen lærer barn og unge nye ferdigheter som hjelper de med å redusere stress og bearbeide tanker og følelser knyttet til traumehendelsen. Metoden er utviklet i USA og utprøvd og effektevaluert av Nasjonalt senter for vold og traumatisk stress (NKVTS). Det er iverksatt en nasjonal implementering av TF-CBT i barne- og ungdomspoliklinikker. Implementeringsperioden er 2012–2017.

- *Gjennomføring:* Pågående fram til 2017
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 11: Forebygge selvmord og overdosedødsfall blant innsatte i fengsel**

Som ett ledd i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24 -7» igangsetter Helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten et arbeid for å forebygge selvmord blant innsatte i fengsler. Arbeidet omfatter forebygging av overdosedødsfall etter løslatelse. Satsningen tilpasses fengselshelsetjenesten, og bygger på pasientsikkerhetsprogrammets øvrige arbeid med forebygging av selvmord og overdose-dødsfall.

- *Gjennomføring:* 2014–2015
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

### **Tiltak 12: Støtte til å utvikle aktiviteter og tiltak for å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning blant eldre**

Eldre- og seniorsentra bidrar til å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning blant eldre, og skaper aktivitet og sosialt fellesskap. Helsedirektoratet gir tilskudd til aktiv omsorg og til utvikling av aktiviteter for eldre i eldre- eller seniorsentre. Utviklingen av

aktiviteter og tiltak skal skje i et nært samarbeid med pensjonistorganisasjonene og ideelle organisasjoner.

- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet
- *Gjennomføring:* Pågående fram til 2017

### **Tiltak 13: Utvikle verktøy for pasientforløp i kommune- og spesialisthelsetjenesten**

Kunnskapssenteret skal, på oppdrag fra Helsedirektoratet, utvikle et verktøy for pasientforløp i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Selvmordsatferd og selvskading inngår som momenter i utviklingsarbeidet.

- *Gjennomføring:* 2014–2016
- *Ansvarlig:* KS, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet

### **Tiltak 14: Utvikle og implementere strategier og tiltak som bidrar til at flere søker helsehjelp**

Det skal utvikles strategier og tiltak med sikte på å senke terskelen for å søke helsehjelp og bedre hjelpesøkende atferd ved psykiske helseproblemer generelt. Arbeidet rettes inn mot grupper hvor forebyggingspotensialet er stort og barrierene for å søke hjelp er høye. Tiltak mot depresjon og selvmordsatferd hos menn skal prioriteres.

- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet
- *Gjennomføring:* 2014–2016

### **Tiltak 15: Utarbeide veileder for helsetjenestens arbeid med vold i nære relasjoner**

Det skal utarbeides en ny veileder for helsetjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Veilederen vil ha fokus på helsetjenestens møte med rammede av vold i nære relasjoner. Veilederen skal omhandle både kommune- og spesialisthelsetjenestene.

- *Gjennomføring:* 2014
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

## **Delmål 3: God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte**

Et selvmord berører mange mennesker og kan påvirke hele lokalsamfunnet. Etterlatte skal sikres god krisehjelp og sorgstøtte. Det er et mål å forebygge utvikling av alvorlige traumatiske etterreaksjoner, forlenget sorg og psykisk lidelse blant etterlatte. Kvaliteten på og tilgjengeligheten til behandling for etterlatte med komplisert eller forlenget sorg, herunder tilgang til sorgstøtte og likemannsarbeid uavhengig av hvor man bor, skal styrkes.

Selvskading og selvmordsatferd som ikke ender med selvmord kan forårsake uro, frykt og usikkerhet blant familie, venner og kolleger. Ved første episode med selvmordsatferd eller selvpåført skade kan pårørende være i krise. Pårørende skal få god informasjon, mulighet til å stille spørsmål, omsorg og støtte. Pårørendes egne behov for hjelp og oppfølging bør vurderes (86).

## Pågående arbeid

### Pårørende- og bruker organisasjonene

Pårørende- og brukerorganisasjonene har en sentral plass i arbeidet for pårørende og etterlatte. Helsedirektoratet støtter arbeidet gjennom årlige tilskudd til bruker- og pårørende-organisasjonene, herunder Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE).

Familievernnet er en del av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), under Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Familievernnet er en spesialtjeneste for familierelaterte problemer. Familievernkontorene gir tilbud om behandling og rådgivning der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Familievernkontorene foretar mekling ved konflikter om barn og ved samlivsbrudd. Tjenesten er gratis og krever ikke henvisning. Familievernkontorene har taushetsplikt.

### Nasjonal veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord

Helsedirektoratet utga i 2011 en veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (7). Formålet med veilederen er å gi kunnskapsbaserte og faglige råd til profesjonelle og frivillige hjelpere som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord.

De regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) skal bistå Helsedirektoratet med implementeringen av veilederen «Etter selvmordet: veileder om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord» i praksisfeltet (7). Arbeidet startet i 2013 og videreføres i 2014.

### Nettbasert kurs «Når krisen rammer. Å arbeide i psykososiale kriseteam»

«Når krisen rammer. Å arbeide i psykososiale kriseteam» er et nettbasert kurs for ansatte i psykososiale kriseteam, basert på Helsedirektoratets veiledere «Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» (87) og «Etter selvmordet: veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord» (7). Kurset gir økt kunnskap og kompetanse i å møte berørte og etterlatte etter kriser, ulykker og katastrofer. De regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) understøtter kommunene i deres implementeringsarbeid.

## Tiltak

### Tiltak 16: Revidere og implementere veileder for psykososiale tiltak ved ulykker, kriser og katastrofer

Med bakgrunn i erfaringene fra 22. juli pågår det en revidering av «Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» IS 1810. Det skal også utarbeides en ny webmodul for opplæring og implementering av veilederen. Arbeidet ferdigstilles i løpet av 2014.

- Gjennomføring: 2014
- Ansvarlig: Helsedirektoratet

### Tiltak 17: Vurdere forskriftsfesting av kommunale psykososiale kriseteam

Ett av læringspunktene etter 22. juli-terroren var at det er betydelige variasjoner i tjenestene som ytes av de psykososiale kriseteamene i kommunene. Som et ledd i oppfølgingen av 22. juli-kommisjonsrapportens (88) og Helsedirektoratets anbefalinger pågår det et arbeid



for å vurdere hvorvidt de kommunale psykososiale kriseteamene skal forskriftsfestes for å sikre at de kriserammede får et godt tilbud uavhengig av hvor i landet de bor.

- *Gjennomføring:* 2014–2015
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 18: Støtte utvikling av samarbeidsprosjekter om sorg mellom bruker- og kompetansemiljøer**

Likemannsstøtte oppleves som svært viktig av mange etterlatte. Å dele sorgen og egne reaksjoner med andre som har opplevd det samme, kan bidra til å normalisere en ekstrem situasjon og gi hjelp til selvhjelp (7). Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) vil i samarbeid med de regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) etablere et prosjekt for utvikling av sorgstøttetilbud, basert på likemannsstøtte.

Noen etterlatte etter selvmord utvikler forlengede/kompliserte sorgreaksjoner. Flere miljøer arbeider med komplisert sorgterapi. Det er behov for systematisk forskning og samarbeid mellom kompetansemiljøer på dette området.

- *Gjennomføring:* 2014–2015
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

## **Delmål 4: Et kunnskapsbasert tjenesteapparat**

God kompetanse i forebygging av selvmord og selvskading blant tjenesteutøverne er en forutsetning for et godt tjenestetilbud. Tjenestene må være tilgjengelige og likeverdige, som forutsetter at tjenesteutøverne evner å ta hensyn til folks geografiske og sosiale omgivelser, deres kulturelle tro, atferd og behov (kulturell kompetanse). Arbeidet med å systematisere og formidle forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap om selvmordsatferd og selvskading til tjenesteapparatet skal videreføres og styrkes.

## Pågående arbeid

### **Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern**

Hesledirektoratets retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (6) gir anbefalinger om kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behandling, forebygging av selvmord i døgnenheter og etter utskrivning fra døgnenheter i psykisk helsevern, behandling av kronisk selvmordsatferd, ivaretagelse av pårørende og etterlatte og rapportering og oppfølging etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk. I Helse Sør-Øst er det etablert et kompetansenettverk i helseforetakene, som følger opp retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. De regionale ressursentrene om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging bistår helseforetakene med implementering av retningslinjene i tjenestene.

### **Formidling av forskningsbasert kunnskap**

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF), Folkehelseinstituttet (FHI) og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har utviklet en god struktur for formidling av forskningsbasert kunnskap fra forsknings- og kompetansesentre til departement, direktorat, kommuner, tjenesteapparatet og befolkningen generelt. Universiteter, høyskoler og andre kompetansesentre har også en viktig rolle i kunnskapsformidlingen. Arbeidet videreføres.

### **Kunnskaps- og kompetansemiljøer**

Kunnskaps- og kompetansemiljøer, som Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging og de regionale ressursentrene om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), er viktige utviklere og leverandører av kompetanse i selvmordsforebygging. RVTS-ene har en sentral rolle i å bistå tjenesteapparatet med opplæring i selvmordsforebyggende arbeid. Kompetansesentrene tilbyr kurs, nettbaserte opplæringspakker, utdanningsprogram og veiledning tilpasset praksisfeltets behov. Arbeidet videreføres.

Det er mange berøringsflater mellom kompetansesentrene innen psykisk helse og rusfeltet, inkludert vold, traumer og selvmordsforebygging, med betydning for både utvikling og spredning av kunnskap om selvmord og selvskading. Kontakten mellom sentrene skal videreføres og styrkes med sikte på å videreutvikle, samordne og spre kunnskap om selvmord og selvskading til relevante instanser og tjenester.

### **Spesialistkurs i klinisk suicidologi for leger og psykologer**

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) tilbyr spesialistkurs i klinisk suicidologi for psykologer og leger. Kurset gir oppdatert kunnskap i klinisk suicidologi med undervisning i kunnskapsbaserte selvmordsrisikovurderinger og intervensjoner på systemnivå for å ivareta det selvmordsforebyggende arbeidet i klinisk praksis.

### **Utdanning i dialektisk atferdsterapi**

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging har siden 2008 tilbudt utdanningsprogram i dialektisk atferdsterapi (DBT) for terapeuter som møter ungdom og voksne med gjentatt selvskadende atferd og emosjonell dysregulering ved depresjon, rusproblematikk og spiseforstyrrelser. Per september 2013 var det utdannet 157 DBT-terapeuter. Helse- direktoratet gir årlige tildelinger til drift og utvikling av programmet. Arbeidet videreføres i planperioden.

## Tiltak

### **Tiltak 19: Bestille kunnskapsoppsummering om selvskading og selvmordsatferd**

Det er betydelige utfordringer i å sikre gode rutiner og samhandling i det psykososiale oppfølgingsarbeidet ved selvskading og selvmordsatferd, både i og mellom ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Selvmordsforsøkere er en heterogen gruppe, og det er mangel på kunnskap om hvilke intervensjoner som er mest effektive og for hvem. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten utarbeidet to kunnskapsoppsummeringer om effektene av selvmordsforebyggende tiltak i psykisk helsevern i 2006 og 2007 (4;5). Rapportene, som ble utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet, ble brukt som grunnlagsdokumenter for utarbeidelsen av nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Helsedirektoratet vil ta initiativ til at det lages en kunnskapsoppsummering om utredning, oppfølging og behandling av selvskading og selvmordsforsøk.

- *Gjennomføring:* 2014–2015
- *Ansvar:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 20: Utarbeide veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord**

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk tress og selvmordsforebygging (RVTS) i oppdrag å utvikle veiledende materiell for det selvmordsforebyggende arbeidet i kommunene. Arbeidet bør inkludere samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og andre relevante kompetansemiljø. Veiledningsmateriellet skal omtale kommunenes mulighet for å avdekke, sette i gang tidlig intervensjon og oppfølging av personer med selvmordsatferd og selvskading. I tillegg skal det gis det råd og veiledning i hvordan kommunene kan organisere arbeidet internt og styrke samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

- *Gjennomføring:* 2014–2015
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 21: Vurdere å utarbeide retningslinje for utredning, oppfølging og behandling av selvmordsforsøk og selvskading**

Med bakgrunn i en kunnskapsoppsummering om utredning, oppfølging og behandling av selvskading og selvmordsforsøk (jf. Tiltak 19) vurderer Helsedirektoratet å utarbeide en retningslinje for utredning, oppfølging og behandling av selvmordsforsøk og selvskading hos mennesker som kommer i kontakt med tjenesteapparatet. Retningslinjen vil eventuelt utvikles i et samarbeid med kompetansemiljøene og bruker- og pårørendeorganisasjonene.

- *Gjennomføring:* 2015 - 2016
- *Ansvar:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 22: Øke tilgjengeligheten til kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare»**

VIVAT selvmordsforebygging tilbyr kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» der hjelpere uansett bakgrunn lærer seg å tyde faresignaler og yte førstehjelp til personer i akutt selvmordsfare. Kurset vektlegger kunnskap, holdninger og innlæring av ferdigheter. Det tar også opp temaressurser i lokalsamfunnet og samhandling mellom ulike etater og kompetansemiljø. VIVAT utdanner egne kursledere og har i samarbeid med landets

regionale ressursentre om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging et godt utbygget veiledernetverk til støtte for kurslederne over hele landet.

Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» er et intensivt, praktisk og tverrfaglig kurs over to dager som retter seg mot alle som møter selvmordsnære mennesker, både i jobb og privat.

Erfaringer viser at flere deltar på kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare», når deltakeravgiften fjernes. Helsedirektoratet vil i planperioden gi VIVAT økte øremerkede tilskuddsmidler for å kunne fjerne deltakeravgiften på flere kurs.

- *Gjennomføring:* 2014–2017
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 23: Utvikle og implementere kompetansehevende tiltak i kommunale tjenester**

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet opplæringsmateriell om avdekking av selvskading og selvmordstanker og vurdering av selvmordsrisiko rettet mot fastleger, kommunepsykologer og andre relevante faggrupper.

Programmet ferdigstilles våren 2014 og implementeres i perioden 2014–2016. Basert på behovene som avdekkes gjennom arbeidet i planperioden, vil det i samarbeid med tjenestene og de regionale og nasjonale kunnskapsmiljøene igangsettes kompetansehevende tiltak i de kommunale tjenestene.

- *Gjennomføring:* 2014–2016
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 24: Arbeide for at forebygging av selvmord og selvskading inkluderes i undervisningsprogrammene**

Som et ledd i gjennomføringen av «Kvalitetsløftet rus og psykisk helse» vil Helsedirektoratet arbeide for at relevante grunnutdanninger, videreutdanningsprogram og profesjonsutdanningene i medisin og psykologi får rammeplaner som sikrer studentene opplæring i å oppdage og intervensere ved selvmordsfare.

- *Gjennomføring:* 2014–2017
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 25: Utvikle kompetansehevende tiltak i TSB og kommunal rustjenester**

Det er stor mangel på kunnskap om hvilke intervensjoner som kan forebygge selvmordsatferd og selvskading hos personer med rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet vil i samarbeid med relevante kompetansemiljø se på mulighetene for å utvikle kompetansehevende tiltak for helse- og omsorgspersonell i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og kommunale rustjenester for å øke deres kompetanse i selvmordsforebyggende arbeid for personer med alvorlige rusmiddelproblemer og gjentatte overdoser.

- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet
- *Gjennomføring:* 2014–2015



## **Delmål 5: Kunnskapsbaserte strategier**

Dagens kunnskapsgrunnlag om selvmordsatferd og selvskading er mangelfullt. Det er behov for å utvikle og forbedre rutiner for innsamling av registerdata på forekomst av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, styrke datakvaliteten på eksisterende helseregistre og overvåke forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i ulike grupper over tid. God datatilgang om utviklingen av selvmordsatferd og selvskading er en forutsetning for å kunne vurdere hvorvidt et forebyggende tiltak har hatt effekt. Systematisk overvåking og registrering, evaluering av intervensjoner, forskning og kunnskapsformidling er hjørnesteiner i arbeidet.

## Pågående arbeid

### Nasjonal forskning på selvmord og selvskading

Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging, Folkehelseinstituttet og flere andre institusjoner forsker innen forebygging av selvmord og selvskading, herunder behandlingsstudier om ungdom, selvskading og selvmordsatferd, oppfølging av selvmordsforsøkere, risikofaktorer for selvmordsatferd blant pasienter i behandling for psykiske lidelser og forhold som påvirker selvmordsatferd i befolkningen.

### Dødsårsaksregisteret

Alle dødsfall meldes til Dødsårsaksregisteret av lege. Folkehelseinstituttet, som er ansvarlig for Dødsårsaksregisteret, koder meldingene etter et internasjonalt system for at dødsårsaker skal kunne følges over tid og at data kan sammenliknes mellom land.

### Nasjonale registre over forekomsten av selvmordsforsøk og selvskading

Systematisk registrering av selvskading og selvmordsforsøk hos pasienter behandlet i helsevesenet vil kunne gi et bilde av utviklingstendenser over tid. Som del av Nasjonalt helseregisterprosjekt er det igangsatt en utredning av et mulig «fellesregister» for psykisk helse og rus. Selvmordsforsøk inngår i registerutredningen.

Det finnes ingen oversikt over selvmordsatferd som skiller mellom etnisk opprinnelse. Dette vanskeliggjør et målrettet forebyggende arbeid blant innvandrere. Folkehelseinstituttet (FHI) har startet en kartlegging av selvmord blant innvandrere ved å koble Dødsårsaksregisteret (antall selvmord blant første- og annengenerasjons innvandrere (individer med personnummer)) med Fødelandsregisteret (aggregert etter fødeland). FHI samler også inn dødsårsaker blant personer med D-nummer (midlertidig ID-nummer for dem som har arbeidstillatelse i Norge) som dør i Norge.

### Registrering av selvmord i trafikken

Statens vegvesens analyser av dødsulykker på vei tyder på at antall selvmord i trafikken er noe flere enn det som dokumenteres i selvmordsstatistikken (76). Datamaterialet viser mistanke om at ni dødsulykker i 2012 kan være selvalgt (seks prosent). Dette gjelder ulykker hvor mistanken ikke har vært dokumentert, og som derfor ikke er tatt ut av datamaterialet. De fleste dødsulykker hvor ulykken har vært selvalgt er tatt ut av ulykkesstatistikken. For perioden 2005 - 2012 er det mistanke om at i gjennomsnitt seks prosent av dødsulykkene har vært selvalgt. Andel ulykker og andelen av dødsulykkene med mistanke om at ulykken var vært selvalgt har variert en del fra år til år. Vegdirektoratet planlegger å igangsette et arbeid for å vurdere eksisterende kriterier for å klassifisere selvmord i trafikken, eventuelt endre og forbedre disse.

## Tiltak

### **Tiltak 26: Utvide tilskuddsordningen «Nasjonale tiltak mot selvmord»**

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen «Nasjonale tiltak mot selvmord» som skal bidra til å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge. Ordningens formål utvides til å omfatte arbeid med selvskading. Tilskuddsmidlene er øremerket Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging, VIVAT og Landsforeningen for etterlatte ved selvmord LEVE.

- *Gjennomføring:* 2014–2016
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 27: Integre bruker- og erfaringskompetanse i kunnskapsgrunnlaget**

Erfaringene til personer med selvskadingsproblematikk eller selvmordsatferd og deres pårørende er et vesentlig grunnlag for utarbeidelse og evaluering av tiltak. Helsedirektoratet vil arbeide for at brukererfaringer og erfaringskompetanse inngår i forskning om forebygging av selvmord og selvskading.

- *Gjennomføring:* 2014–2016
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet i samarbeid med relevante kompetansemiljø

### **Tiltak 28: Gjennomgå lovverk for dokumentering av selvmordsatferd og selvskading**

Lovverket regulerer hvordan selvmordsatferd og selvskading kan registreres. Det vil foretas en vurdering av eksisterende lovverk for registrering med sikte på å identifisere endringsbehov.

- *Gjennomføring:* 2014–2016
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet

### **Tiltak 29: Igangsette prøvedrift av kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern**

Overvåking av forekomst av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i grupper av befolkningen over tid, er avgjørende for å kunne iverksette målrettede og tilpassede forebyggende tiltak. Erfaringer fra Storbritannia tyder på at implementering av et sett av selvmordsforebyggende tiltak i psykiske helsetjenester, basert på et kartleggingssystem av selvmord, gir en reduksjon i forekomst av selvmord i tjenestene over tid (99). Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging har oversatt, tilpasset og prøvd ut kartleggingsverktøyet ved tre norske sykehus. Kartleggingssystemet skal nå utprøves i et utvalg helseforetak for alle selvmord som skjer under behandling i psykisk helsevern. Hvorvidt systemet skal implementeres nasjonalt, baseres på erfaringer fra utprøvingen.

- *Gjennomføring:* 2014–2016
- *Ansvarlig:* Helsedirektoratet



# Vedlegg: Oversikt over virkemiddelapparatet

## Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har hovedansvaret for regjeringens arbeid med psykisk helse og forebygging av selvmord og selvskading, men også andre departement som for eksempel Arbeidsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartement har ansvar for å fremme psykisk helse innen sine politikkområder.

## Helsedirektoratet

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet er en kompetanseorganisasjon, regelverksforvalter og iverksetter av politikk på helse- og omsorgsfeltet. Helsedirektoratet skal bidra til å styrke hele befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå.

Direktoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelse og levekår og utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet har ansvaret for å gi råd og veiledning om strategier og tiltak, sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende.

## Helsetilsynet

Statens helsetilsyn er statlig tilsynsmyndighet for helse- og omsorgstjenestene, barnevern og sosiale tjenester i NAV. Tilsynsmyndigheten skal medvirke til at befolkningens behov for tjenester sikres, at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte, at svikt i tjenestene forebygges og at ressursene brukes på en forsvarlig og effektiv måte.

## Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er fagorgan for barnevernet, familievernet, fagområdene barn og ungdom, adopsjon, likestilling og ikke-diskriminering, samt vold og overgrep i nære relasjoner. Bufdir skal arbeide for gode oppvekstmiljø, gode og stabile foreldrerelasjoner, utjevning av levekårsforskjeller og fremme like muligheter, deltakelse og medvirkning for barn, unge og voksne.

Bufdir skal som leder av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) tilby barneverntjenester og familieverntjenester på vegne av staten. Bufdir har sektorovergripende oppgaver på feltene likestilling og ikke-diskriminering og vold i nære relasjoner. LHBT-senteret – det nasjonale kunnskapssenteret for seksuell orientering og kjønnsidentitet er lagt til Bufdir.

## **LHBT-senteret**

LHBT-senteret; nasjonalt kunnskapssenter for seksuell orientering og kjønnsidentitet i Bufdir. LHBT-senteret har som målsetting å samle og spre kunnskap om lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT), er pådrivere for å implementere regjeringens lhbt-politikk, og driver nettstedet lhbt.no. Senteret rådgir ikke lhbt-personer direkte, men kan bistå direktorater, departementer og andre større aktører for å bidra til at offentlige tjenestetilbud blir likeverdige, inkluderende og kunnskapsbaserte. Senteret kan støtte og sette i gang tiltak som kan ha potensiale for forebyggende effekt.

## **Statens vegvesen**

Statens vegvesen arbeider for at alle som går, sykler, kjører eller reiser kollektivt skal komme trygt og sikkert fram. De planlegger, bygger, drifter og vedlikeholder riks- og fylkesvegene i Norge og har ansvar for gjennomføring av førerprøver og tilsyn med kjøretøy og trafikanter. I 2005 startet Statens vegvesen et arbeid med dybdeanalyser av samtlige dødsulykker, herunder selvvalgte ulykker, for å få mer informasjon om årsakssammenhenger ved ulykker.

## **Fylkesmannen**

Fylkesmannen er statens representant i fylket (regional stat). Fylkesmannen har ansvar for å følge opp vedtatt politikk, mål og retningslinjer. De utfører forvaltningsoppgaver på vegne av staten, er klage- og tilsynsmakt for flere departementer og har ansvaret for å følge med på kommunenes virksomhet. Fylkesmannen er klageinstans for mange typer kommunale vedtak. Fylkesmannsembetene har en samordningsrolle mellom sentralmakten og lokalstyret.

## **Helseforetak**

Helseforetakene er sentrale i behandling og oppfølging av pasienter i psykisk helsevern. Effektive forebyggingstiltak og gode, helhetlige tjenester krever at tjenesteutøverne innehar tilstrekkelig kompetanse om selvmord og selvskading. God tilgang til veiledende materiell om forebygging av selvmord og selvskading, og retningslinjer for oppfølging av personer med selvmordsforsøk og selvskading, bidrar til å kvalitetssikre arbeidet. Organisatoriske strukturer som understøtter god samhandling internt og mellom tjenesteneivåene, sikrer nødvendig koordinering av tjenestene.

## **Distriktpsikiatrisk senter**

Et distriktpsikiatrisk senter (DPS) er den delen av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten som har hovedansvaret for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS gir spesialisert utredning og differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. Vurdering av selvmordsrisiko inngår i utredningen, og selvmordsforebyggende tiltak inngår i behandlingen av pasienter i risikogruppen. Distriktpsikiatrisk senter skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten.

## Barn og unges psykiske helsevern (BUP)

BUP er spesialisthelsetjenesten for barn og unge, og gir behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger fra lege eller barnevernsleder. Dette innebærer i de fleste tilfeller timer på lokal poliklinikk for både barn, ungdom, foresatte og familie, samt mer utadrettet virksomhet og nettverksarbeid. Av og til er vanskene av en slik art at det kreves innleggelse i dag- eller døgninstitusjon.

BUP gir spesialisert utredning og differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. Vurdering av selvmordsrisiko inngår i utredningen, og selvmordsforebyggende tiltak inngår i behandlingen av pasienter i risikogruppen. BUP skal bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning, samt samarbeide med aktuelle instanser som barnevernstjeneste, barnehage og skole. Personale fra BUP deltar i forebyggende tiltak i for eksempel helsestasjoner, barnehager, ungdomsskole og videregående skole. BUP deltar også i lavterskeltilbudet Familiens hus, som er etablert i mange kommuner.

## Kommunen

Kommunene har en sentral rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet; i folkehelsearbeidet, i forhold til tidlig oppdagelse og intervensjon og i behandling og oppfølging av personer med risiko for gjentatt selvskading og selvmordsatferd. Fastlege, psykisk helseteam, Familiens hus, helsestasjon og skolehelsetjeneste er viktige aktører i arbeidet. Det påhviler den enkelte tjeneste en plikt til å samarbeide med andre tjenester om pasienten/ brukeren. Ved behov for langvarige og koordinerte tjenester er det krav om individuell plan og koordinator, der aktuelle tjenester plikter å bidra inn i arbeidet

## Opplærings- og forskningsinstitusjoner, kunnskaps- og kompetansesentre

Høgskoler og universiteter, helseforetak og kompetansesentre, profesjonsforeninger og brukerorganisasjoner er viktige utviklere og/eller leverandører av kompetanse i forebygging av selvmord og selvskading, både i grunn-, videre- og etterutdanning, og overfor ansatte i kommuner og helseforetak.

## Statistisk sentralbyrå

Statistisk sentralbyrå (SSB) har hovedansvaret for å dekke behovet for offisiell statistikk om det norske samfunnet. Offisiell statistikk er nasjonens felles faktagrunnlag og viktig for et levende demokrati. Statistikk skal gi informasjon om forskjeller og sammenhenger i samfunnet – mellom grupper, over tid og over landegrenser. Statistikk skal speile samfunnet og vise utviklingstrekk for befolkning og levekår, økonomi, miljø og næringsvirksomhet. SSB har også en omfattende forsknings- og analysevirksomhet, og publiserer daglig ny statistikk og analyser på [ssb.no](http://ssb.no).

## Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomfører forskning innen forebygging av selvmord og selvskading. De er ansvarlig for dødsårsaksregisteret og utgir årlige oppdaterte oversikter over utviklingen av selvmord i befolkningen.

### **Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging**

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) skal utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge. Senteret skal bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd. Gjennom forskning har NSSF som mål å fremskaffe ny kunnskap av høy kvalitet om suicidal atferd med og uten dødelig utgang, om faktorer, forhold og/eller tilstander som kan føre til høy risiko for slik atferd. NSSF tilbyr kurs og utdanning for ansatte i spesialisthelsetjenesten og det øvrige tjenesteapparatet, utgir tidsskriftet «Suicidologi» og har en nettside med oppdatert informasjon om forskning innen feltet. NSSF er tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Driften av NSSF finansieres gjennom årlige tilskudd og prosjektstøtte fra Helsedirektoratet.

### **Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Målet er å forebygge og redusere helsemessige og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress.

### **Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging**

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har som primær oppgave å bidra til kompetanseutvikling gjennom undervisning, veiledning og konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer, herunder formidling av forskningsbasert kunnskap til praksisfeltet. Det er ett RVTS i hver region. RVTS-ene skal bistå kommuner og helseforetak med opplæring i selvmordsforebyggende arbeid. Kompetansesentrene tilbyr kurs, kurspakker, nettbaserte opplæringspakker, utdanningsprogram og veiledning tilpasset praksisfeltets behov.

### **Senter for Krisepsykologi AS**

Senter for Krisepsykologi (SFK) driver klinisk virksomhet, forskning og kompetanseformidling. Senteret har lang og omfattende erfaring med å hjelpe mennesker som opplever kriser og traumer, spesielt tap av nære. SFK har bistått statlige myndigheter, kommuner og private bedrifter ved nasjonale og internasjonale katastrofer i planlegging og gjennomføring av oppfølging for ulike grupper.

### **Regionale kompetansesentre for rus**

De regionale kompetansesentrene innen rusfeltet (KoRus) skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse og bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. Kompetansesentrenes primære rolle er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, formidle og implementere forsknings- og kunnskapsbaserte strategier. Virksomheten skal skje i tett samarbeid med andre regionale aktører og bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet.

## **VIVAT selvmordsforebygging**

VIVAT selvmordsforebygging har ansvar for spredning og kvalitetssikring av kurset «Første-hjelp ved selvmordsfare». VIVAT utdanner og støtter lokale kursledere som rekrutteres blant fagpersoner med ulik bakgrunn. VIVAT er et samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og landets RVTser og er ett av Helsedirektoratets selvmordsforebyggende tiltak.

## **Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse**

Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI) er et samlingspunkt for landets kompetanse på psykisk og somatisk innvandrerhelse. NAKMIs kjerneaktiviteter er forskning, utviklings- og formidlingsarbeid, herunder opplæring, veiledning og rådgivning.

## **Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern**

Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern (SANKS) har distriktpspsykiatriske funksjoner for alle i Midt-Finnmark og nasjonale kompetansesenterfunksjoner innen psykisk helsevern for hele den samiske befolkningen i Norge. Senteret har samiskspråklige behandlere, som kan tilby utredning og behandling på pasientens morsmål. SANKS gir veiledning til det lokale tjenesteapparatet.

## **Frivillige organisasjoner**

### **Landsforeningen for etterlatte ved selvmord**

Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) er en sentral organisasjon for likemannsstøtte og brukermedvirkning for etterlatte ved selvmord. LEVE arrangerer årlige konferanser for etterlatte med vekt på økt forståelse og innsikt i selvmordsproblematikken. LEVE har koordineringsansvar for Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september i samarbeid med International Association for Suicide Prevention (IASP).

### **Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord**

Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS) er en ideell organisasjon som holder konferanser og tilbyr veiledning til pårørende, brukere og fagpersoner.

### **Mental helse**

Mental helse er en medlemsorganisasjon for mennesker med psykiske helseproblemer, pårørende og andre interesserte. Gjennom politisk påvirkningsarbeid, folkeopplysning og formidling av brukererfaring arbeider organisasjonen for økt åpenhet og bedre forebygging og behandling av psykiske helseproblemer.

### **LPP**

LPP er en landsomfattende ideell interesse- og brukerorganisasjon for pårørende innen psykisk helse. LPP arbeider for anerkjennelse og respekt for pårørendes situasjon i samfunnet og for en bedre prioritering av samfunnsmessige ressurser til å styrke tilbud og tiltak, i og utenfor behandlingsinstitusjon. LPP bistår pårørende med råd og veiledning om psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

### **Kirkens SOS**

Kirkens SOS er en døgnåpen krisetjeneste som tilbyr tid og oppmerksomhet til alle som trenger et medmenneske å snakke med. Kirkens SOS kan nås via krisetelefonen 815 33 300, via nettjenesten SOS-meldinger eller via SOS-chat. Kirkens SOS i Norge er en sammenlutning av 13 selvstendige SOS-sentre rundt i landet. Den døgnåpne krisetjenesten bemannes gjennom en vaktturnus av om lag 1.000 frivillige medarbeidere.

### **Rådet for psykisk helse**

Rådet for psykisk helse er en frittstående paraplyorganisasjon med 29 medlemsorganisasjoner, som skal være en pådriver for god psykisk helse. Rådet skal styrke, støtte og bidra til forebygging, forskning, opplysning, kvalitetsutvikling, medvirkning og inkludering.

### **Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning**

Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning er en ideell stiftelse som har som målsetting å bidra til større kunnskap og åpenhet om psykisk helse. Stiftelsen har tre virksomhetsområder: Forlag, kursarrangementer og informasjonsarbeid. Stiftelsen har kontor i Stavanger, men har et nasjonalt og delvis internasjonalt, perspektiv på arbeidet.

### **Barn av rusmisbrukere**

Barn av rusmisbrukere (BAR) er en bruker- og interesseorganisasjon for barn i alle aldre, som opplever foreldres rusmiddelbruk som en belastning. Organisasjonen har som hovedmål å fremme barn av rusmisbrukeres kunnskap og erfaring, posisjon og stemme i samfunnet.

### **Stensveen ressursenter for transpersoner/Stensveens venner**

Stensveen er et privat lavterskeltilbud for transpersoner. Senteret, som er det eneste tilbudet for transpersoner uten diagnose i Norge, driver selvmordsforebyggende arbeid over telefon, gjennom konsultasjoner og rehabiliteringsopphold. Senterets visjon er å hjelpe mennesker med kjønnsidentitetstematikk gjennom en vanskelig overgangsfase og bidra til et mer mangfoldig, inkluderende og tolerant samfunn gjennom foredrag og undervisning.

# Referanser

1. Færre selvmord blant unge menn. Ukens statistikk (SSB) 1996;(27):6.
2. Ekeberg Ø. Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge. Oslo: Helsedirektoratet; 1993. Helsedirektoratets utredningsserie 1-93. IK-2388.
3. Statens h, Holten KH. Prosjektplan mot selvmord 1994-1998: prosjektplan og handlingsplan 24.08.95. Oslo: Statens helsetilsyn; 1995. Skriftserie 4-95. IK-2514.
4. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg O, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F, et al. Forebygging av selvmord, Del 1, Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24-2006. Tilgjengelig fra: [http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/\\_attachment/514?ts=11a9c123714&download=true](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/_attachment/514?ts=11a9c123714&download=true)
5. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F, et al. Forebygging av selvmord, Del 2. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 4-2007. Tilgjengelig fra: [http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/\\_attachment/642?ts=1196138dc99&download=true](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/_attachment/642?ts=1196138dc99&download=true)
6. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf>
7. Etter selvmordet: veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1898. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Publikasjoner/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord.pdf>
8. Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 1998;173:531-5.
9. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. The American psychologist 2003;58(1):5-14.
10. Straiton ML, Hjelmeland H, Grimholt TK, Dieserud G. Self-harm and conventional gender roles in women. Suicide Life Threat Behav 2013;43(2):161-73.
11. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport 2009:8. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
12. Tørmoen AJ, Rossow I, Larsson B, Mehlum L. Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48(9):1447-55.

13. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom. Tidsskr Nor Legeforen 2003;123(16):2241-5.
14. Scott A, Guo B. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012. HEN synthesis report. Tilgjengelig fra: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf)
15. Wichstrøm L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? Arch Suicide Res 2009;13(2):105-22.
16. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry 2006;47(3-4):372-94.
17. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev 2004;24(8):957-79.
18. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. Arch Suicide Res 2007;11(2):129-47.
19. Boldt M. The meaning of suicide: implications for research. Crisis 1988;9(2):93-108.
20. Judd F, Jackson H, Komiti A, Bell R, Fraser C. The profile of suicide: changing or changeable? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47(1):1-9.
21. Bjørnaas MA, Jacobsen D, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: a 20-year follow-up. Clin Toxicol (Phila) 2009;47(2):116-23.
22. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33(3):395-405.
23. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry 1998;172:35-7.
24. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. Acta Psychiatr Scand 2000;102(2):126-34.
25. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 2002;159(6):909-16.
26. Hovda KE, Bjørnaas MA, Skog K, Opdahl A, Drottning P, Ekeberg O, et al. Acute poisonings treated in hospitals in Oslo: a one-year prospective study (I): pattern of poisoning. Clin Toxicol (Phila) 2008;46(1):35-41.
27. Linehan MM. Suicide intervention research: a field in desperate need of development. Suicide Life Threat Behav 2008;38(5):483-5.



28. Rudd MD. Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. I: Ellis TE, red. Cognition and suicide: theory, research, and therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2006. s. 355-68.
29. Shneidman ES. Definition of suicide. New York: Wiley; 1985.
30. Owens C, Booth N, Briscoe M, Lawrence C, Lloyd K. Suicide outside the care of mental health services: a case-controlled psychological autopsy study. *Crisis* 2003;24(3): 113-21.
31. Kjølseth I. Control in life - and in death: an understanding of suicide among the elderly [Avhandling (ph. d.)]. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2010.
32. Nrugham L, Herrestad H, Mehlum L. Suicidality among Norwegian youth: review of research on risk factors and interventions. *Nord J Psychiatry* 2010;64(5):317-26.
33. Grøholt B. Suicide and suicide attempt among children and adolescents : a clinical and epidemiological study from Norway 1990-1994 [Avhandling (dr. med.)]. Oslo: Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry, Department of Behavioral Sciences in Medicine, University of Oslo; 1999.
34. Kristofersen LB. Barnevernbarnas helse : uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2005. NIBR-rapport 2005:12. Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no/filer/2005-12.pdf>
35. Stæhr MA, Munk-Andersen E. Selvmord og selvmordsadfaerd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001-2003. En retrospektiv undersøgelse. *Ugeskrift for læger* 2006;168(17):1650-3.
36. Silviken A, Haldorsen T, Kvernmo S. Suicide among Indigenous Sami in Arctic Norway, 1970-1998. *Eur J Epidemiol* 2006;21(9):707-13.
37. Moseng BU. Vold mot lesbiske og homofile tenåringer: en representativ undersøkelse av omfang, risiko og beskyttelse : Ung i Oslo 2006. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2007. NOVA-rapport 19/2007. Tilgjengelig fra: [http://www.hioa.no/asset/2822/1/2822\\_1.pdf](http://www.hioa.no/asset/2822/1/2822_1.pdf)
38. Anderssen N, Malterud K, red. Seksuell orientering og levekår. Bergen: Uni helse/Uni research; 2013. Tilgjengelig fra: [https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7550/Seksuell\\_orientering\\_og\\_levek%C3%A5r.pdf?sequence=1](https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7550/Seksuell_orientering_og_levek%C3%A5r.pdf?sequence=1)
39. van der Ros J. Alskens folk: levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. Hamar: Likestillingscenteret; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.bufetat.no/PageFiles/8628/Alskens%20folk%20Endelig%20rapport,%2014.%20januar%202013.pdf>
40. Aebi M, Delgrande N. Annual penal statistics: suvey 2011. Strasbourg: Council of Europe; 2013. PC-CP (2013) 5. Tilgjengelig fra: [http://www3.unil.ch/wpmu/space/files/2013/05/SPACE-1\\_2011\\_English.pdf](http://www3.unil.ch/wpmu/space/files/2013/05/SPACE-1_2011_English.pdf)

41. Hammerlin Y. Selvmord og selvmordsnærhet i norske fengsler: selvmordsforebyggende arbeid i fengsel. Oslo: KRUS; 2009. KRUS håndbok nr 3/2009. Tilgjengelig fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/160491/KRUS-handbok3-09.pdf?sequence=1>
42. Hawton K, Haw C. Economic recession and suicide. *BMJ (Clinical research ed)* 2013;347:f5612.
43. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychol Med* 2005;35(6):873-80.
44. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976;33(10):1193-7.
45. Antypa N, Serretti A, Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2013;23(10):1125-42.
46. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2004;22(20):4209-16.
47. Brønnum-Hansen H, Stenager E, Nylev Stenager E, Koch-Henriksen N. Suicide among Danes with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(10):1457-9.
48. Fredrikson S, Cheng Q, Jiang GX, Wasserman D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology* 2003;22(2):146-52.
49. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol* 2007;6(8):693-8.
50. Forsström E, Hakko H, Nordström T, Rasanen P, Mainio A. Suicide in patients with stroke: a population-based study of suicide victims during the years 1988-2007 in northern Finland. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2010;22(2):182-7.
51. Cao Y, Massaro JF, Krause JS, Chen Y, Devivo MJ. Suicide mortality after spinal cord injury in the United States: injury cohorts analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95(2):230-5.
52. Jia CX, Mehlum L, Qin P. AIDS/HIV infection, comorbid psychiatric illness, and risk for subsequent suicide: a nationwide register linkage study. *J Clin Psychiatry* 2012;73(10):1315-21.
53. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med* 2014;44(2):279-89.
54. Rett til læring. Oslo: Departementenes servicesenter; 2009. NOU 2009:18. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/2009/nou-2009-18.html?id=570566>

55. Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, et al. Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>
56. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl* 2004;28(8):863-75.
57. Farrington DP, Ttofi MM. School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization: a Systematic Review. *Campbell Systematic Review* 2009;5(6).
58. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 1. mars 2010 - 31. desember 2013 (IA-avtalen). Oslo: [Arbeids- og sosialdepartementet]; 2010. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/upload/AD/publikasjoner/web-publikasjoner/2010/IA-avtale\\_24022010.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/AD/publikasjoner/web-publikasjoner/2010/IA-avtale_24022010.pdf)
59. Helse- og omsorgsdepartementet. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006: endringer i statsbudsjettet for 1998. St.prp. nr. 63 (1997-1998). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
60. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet; 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>
61. Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse: (2013-2016) Oslo: Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/AD/publikasjoner/rapporter/2013/OppfPlanArbogPsykHelse.pdf>
62. Normann TM. Veteraners levekår : forvars- og politipersonell som har deltatt i internasjonale operasjoner. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2013. Rapport 38/2013. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/137865?ts=1410762f1f8>
63. Thoresen S, Mehlum L, Moller B. Suicide in peacekeepers--a cohort study of mortality from suicide in 22,275 Norwegian veterans from international peacekeeping operations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(11):605-10.
64. Afghanistan-undersøkelsen 2012: en undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan 2001-2011. Oslo: Kontor for psykiatri og stressmestring (KPS), Forsvaret; 2012.
65. Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2008;300(6):652-3.
66. Vær varsom-plakaten [nettdokument]. Oslo: Norsk Presseforbund [oppdatert 01.07.2013; lest 12.03.2014]. Tilgjengelig fra: <http://presse.no/Etisk-regelverk/Vaer-Varsom-plakaten>

67. Veileder for omtale av selvmord [nettdokument]. Oslo: Norsk Presseforbund [oppdatert 2013; lest 12.03.2014]. Tilgjengelig fra: <http://presse.no/Etisk-regelverk/Vaer-Varsom-plakaten>
68. Hvordan forebygge selvmord: en veileder for mediefolk. Geneva: World Health Organization; 2008. Tilgjengelig fra: [http://www.iasp.info/pdf/task\\_forces/WHO\\_selvmordsforebygging\\_081106.pdf](http://www.iasp.info/pdf/task_forces/WHO_selvmordsforebygging_081106.pdf)
69. Westerlund M, Wasserman D. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention : a global perspective. I: Wasserman D, Wasserman C, red. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention : a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009.
70. Sammen om mestering: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; Under publisering 2014. IS-2076.
71. Angeltvdt R. Ignorering av seksuell orientering i helsevesenets møte med selvmordsnære pasienter. Suicidologi 2007;12(1):14-7.
72. Arntzen M, Kahrs K. De usynlige kjønn. Bergen: Fagbokforl.; 2013.
73. Fossestøl K, Skarpaas I. Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten: en evaluering. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2013. AFI-rapport 8/2013. Tilgjengelig fra: [http://www.afi-wri.no/stream\\_file.asp?iEntityId=6546](http://www.afi-wri.no/stream_file.asp?iEntityId=6546)
74. Ådnanes M, Kaspersen S, Husun TL, Ose SO. Effektvurdering av Helsedirektoratets modellforsøk og tilskudd til psykologer i kommunen. SINTEF Helsetjenesteforskning / Arbeid og helse; 2013. SINTEF rapport A23869.
75. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry 2005;62(4):427-32.
76. Haldorsen I. Dybdeanalyser av dødsulykker i vegtrafikken 2011. Oslo: Statens vegvesen; 2012. Statens vegvesens rapporter Nr. 141. Tilgjengelig fra: [http://www.vegvesen.no/attachment/376437/binary/643636?fast\\_title=Dybdeanalyser+av+d%C3%B8dsulykker+i+vegtrafikken+2011.pdf](http://www.vegvesen.no/attachment/376437/binary/643636?fast_title=Dybdeanalyser+av+d%C3%B8dsulykker+i+vegtrafikken+2011.pdf)
77. Sæheim A, Hestetun I. Hva vet vi om sikring av bru som selvmordsforebyggende tiltak? Suicidologi 2013;18(2):8-11.
78. Ødegård E, Amundsen EJ, Kielland KB, Kristoffersen R. The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug abusers. Addict Res Theory 2010;18(1):51-8.
79. Dreyer L, Kendall S, Danneskiold-Samsøe B, Bartels EM, Bliddal H. Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. Arthritis Rheum 2010;62(10):3101-8.
80. Qin P, Webb R, Kapur N, Sorensen HT. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. J Intern Med 2013;273(1):48-58.
81. Webb RT, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. Arch Gen Psychiatry 2012;69(3):256-64.
82. Arciniegas DB, Anderson CA. Suicide in Neurologic Illness. Curr Treat Options Neurol 2002;4(6):457-68.

83. Selvmord og selvmordsforsøk - faktaark med helsestatistikk [nettside]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 30.01.2014; lest 12.03.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70808>
84. Meldesentralen - oppsummeringsrapport 2008-2011. Oslo: Statens helsetilsyn; 2012. Rapport fra Helsetilsynet 4/2012. Tilgjengelig fra: [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport4\\_2012.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport4_2012.pdf)
85. Ødegård E, Amundsen EJ, Kielland KB. Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers--a competing risk approach. *Drug Alcohol Depend* 2007;89(2-3):176-82.
86. Pårørende - en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Oslo: HelseDirektoratet; 2008. IS-1512. Tilgjengelig fra: <http://www.helseDirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Publikasjoner/parorende-en-ressurs-konvertert.pdf>
87. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Oslo: HelseDirektoratet; 2011. IS-1810. Tilgjengelig fra: <http://www.helseDirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer.pdf>
88. Rapport fra 22. juli-kommisjonen. Oslo: Departementenes servicesenter; 2012. NOU 2012:14. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/dok/nou-er/2012/nou-2012-14.html?id=697260>
89. Grøholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway, 1990-1992: a comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27(3):250-63.
90. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004;76(Suppl 1):S11-9.
91. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(s1):185-285.
92. Rossow I. Substance use and suicidal behaviour. I: Hawton K, red. *Prevention and treatment of suicidal behaviour From science to practice*. Oxford: Oxford University Press; 2005. s. 261-77.
93. Darke S, Ross J. Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction* (Abingdon, England) 2002;97(11):1383-94.
94. Ebright JR, Pieper B. Skin and soft tissue infections in injection drug users. *Infect Dis Clin North Am* 2002;16(3):697-712.
95. Gjersing L, Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramness J, Clausen T. Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008: en helhetlig gjennomgang. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Institutt for psykiatri, UiO; 2011. Rapport 2/2011. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlastinger/seraf-rapport-2-2011-dodelige-overdoser-i-oslo-2006-til-2008.pdf>
96. Gråwe RW, Ruud T. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Oslo: SINTEF Helse; 2006. SINTEF rapport STF78 A06003. Tilgjengelig fra: [http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport\\_STF78\\_A06003\\_Rus\\_og\\_psykiske\\_lidelser.pdf](http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_STF78_A06003_Rus_og_psykiske_lidelser.pdf)

97. Hakansson A, Schlyter F, Berglund M. Factors associated with history of non-fatal overdose among opioid users in the Swedish criminal justice system. *Drug Alcohol Depend* 2008;94(1-3):48-55.
98. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway. *Eur Addict Res* 2003;9(1):8-17.
99. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012;379(9820):1005-12.
100. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar. Meld. St. 34 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>





## Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000

St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

E-post: [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)