

Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging

Nasjonale faglige råd

Først publisert: 11. juli 2017

Sist faglig oppdatert: 27. april 2021



Innhold

1. Innholdet i tjenestetilbudet	3
2. Organisering av tjenestetilbudet	16
3. Forebygging av selvmord og selvskading bør skje på ulike arenaer samtidig	25
4. Trinnvis veiledning ved selvskading og selvmordsatferd som ikke tidligere er kartlagt	32
5. Trinnvis veiledning ved selvskading og selvmordsatferd som er kartlagt	42
6. Ressurskart	47
7. Fakta om selvskading, selvmordsforsøk og sosial overførbarhet/smitte	48
8. Om veiledningsmateriellet	54

Innholdet i tjenestetilbudet

1.1

Det er et stort potensiale for å redusere forekomsten av selvskading og selvmord ved hjelp av kommunens tjenesteapparat

Tilrettelegging av intervensjoner på flere nivåer viser positive resultater for forebygging av selvmordsatferd. Potensialet for forebygging er stort, både når det gjelder å identifisere personer i risiko, å senke terskelen for å motta hjelp og å styrke tilgangen på tjenester.

Intervensjoner med samtidige tiltak som har vist lovende resultater er:

1. Opplæring av helsepersonell i kommunehelsetjenesten i avdekking, diagnostisering og behandling av depresjon og selvmordsatferd.
2. Opplæring av nøkkelpersoner i lokalsamfunnet for å avdekke og samtale med mennesker i selvmordsrisiko.
3. Å sikre god tilgang på behandling og andre tiltak overfor personer med depresjon eller som er i selvmordsrisiko.
4. Folkeopplyningskampanjer og samarbeid med journalister om omtale av selvmord i media (9).

Svært mange personer har vært i kontakt med helsetjenesten i tiden før et selvmord. Dette gjelder også trolig ved selvmordsforsøk. Ulike undersøkelser tyder på at 50-80 prosent av de som dør ved selvmord har vært i kontakt med primærlege eller andre deler av helsetjenesten i året før de dør (10).

Selv om denne kontakten ikke nødvendigvis har vært relatert til selvmordsrisiko, understreker dette at helsetjenesten i kommunen er en viktig arena for tidlig avdekking av selvmordsatferd. Kommunen er også en arena for god omsorg og behandling for risikofaktorer som depresjon, angst, risikofylt og skadelig rusmiddelbruk og alvorlige livskriser. Det å identifisere personer som er i risikozonen for selvmordsforsøk kan redde liv (10).

1.2

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal forebygge, avdekke, avverge og følge opp selvskading og selvmordsforsøk

Kommunen skal forebygge, avdekke, avverge, behandle og følge opp selvskading og selvmordsforsøk. Dette inngår som en del av kommunens sørge-for-ansvar for egne innbyggere, se [helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 3-1, jf. § 3-2 \(lovdata.no\)](#). Ansvaret påhviler alle relevante tjenester innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tjenestene skal ytes i samsvar med [rettighetene etter pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](#).

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal ta et stadig større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter innen psykisk helse og rus.

Dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal pasienten ikke henvises til spesialisthelsetjenesten.

En del av dem som skader seg selv eller som er i selvmordsrisiko, har problematikk som kan behandles i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens andre kan trenge behandling fra spesialisthelsetjenesten. Grensen mellom kommunal behandling og spesialisert behandling er ikke alltid skarp og entydig. Behandlingen må alltid være forsvarlig, og avklaringer av ansvar og oppgaver må ta hensyn til dette kravet.

Det kan være betydelige variasjoner i kompetanse og kapasitet mellom kommuner, og nærmere arbeids- og ansvarsdeling bør avklares lokalt.

I samsvar med forløpene skissert i [«Sammen om mestring», veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne](#), bør kommunene ta et hovedansvar for de som anses å ha milde og kortvarige problemer. Det kan for eksempel være personer med nyoppstått angst eller depresjon av mild eller moderat art, men også personer med selvskading uten samtidige personlighetsforstyrrelser (6). Se mer om beskrivelsen av de tre hovedforløpene

- milde og kortvarige problemer
- kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- alvorlige og langvarige problemer/lidelser

i veilederen «Sammen om mestring», der mulige mål, tiltak og ansvars plassering og samarbeidsrelasjoner skisseres.

Effektive tiltak rettet mot rusmiddelbruk, depresjon, vold og overgrep, sosial isolasjon, samt tiltak for å bedre kunnskapen om psykisk helse generelt, vil kunne virke selvmordsforebyggende (11). Selvmord er vanligere ved langvarige og tilbakevendende problemer. God behandling av grunnlidelsen innen psykisk helse er viktig for å forebygge selvskading og selvmordsforsøk.

For å identifisere selvmordsrisiko på et tidlig tidspunkt, er det viktig at tjenestene er i stand til å kjenne igjen, behandle, og eventuelt henvise brukeren til spesialisthelsetjenesten, i tråd med nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (5).

De vanskeligste sakene må løses med god tilrettelegging utfra den enkeltes behov og tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor kommunale tjenester (jf. [lov om spesialisthelsetjenesten %C2%A7 6-3 \(lovdata.no\)](#)) og er en naturlig drøftings- og samarbeidspartpartner, for eksempel kan ambulant akutt-team ved distriktpsykiatrisk senter (DPS) kontaktes.

Tjenester og aktører

Ansatte ved ulike tjenestetilbud vil kunne møte personer som har skadet seg selv, som har selvmordstanker, som har forsøkt å ta livet sitt eller som nylig har mistet noen i selvmord. Dette kan være:

- fastlege
- legevakt
- psykisk helse- og rustjeneste, inkludert psykolog
- helsestasjons- og skolehelsetjeneste (inkludert helsestasjon for ungdom)
- hjemmebaserte tjenester/omsorgstjenestene
- psykososialt kriseteam
- Rask psykisk helsehjelp
- [ACT- og FACT-team](#)
- andre team og oppfølgingsmodeller

Behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan skje fra ulike tjenester avhengig av lokal organisering.

Bruker er viktigste aktør

Tjenestene skal utformes med utgangspunkt i brukerens behov, og i respekt og forståelse for brukerens situasjon. Brukeren må sikres nødvendig informasjon og reell mulighet for innflytelse i alle deler av forløpet (6 - kap. 1).

Ved å etablere rutiner for systematisk tilbakemelding fra brukere ved å benytte verktøy som [FIT \(Feedback – informerte tjenester\) \(napha.no\)](#), kan det legges til rette for en praksis som bistår hjelperne i å holde fokus på relasjonen og samarbeidet med brukerne. Det gir også brukerne en mulighet til å si fra hvis det er ting som ikke fungerer godt nok. Verktøyene integreres i samtalen, og bidrar til å avklare og tydeliggjøre hva en skal samarbeide om i behandlingen.

Kommunen må tilpasse tjenester til lokal kultur og behov, og tilrettelegge for å ivareta minoriteter

Kommunen må sørge for likeverdige helse- og omsorgstjenester for alle pasient- og brukergrupper. Likeverdige tjenester innebærer ikke at alle skal motta like tjenester, men at alle skal motta tilpassede tjenester av likeverdig kvalitet og tilgjengelighet.

Kommunen skal også tilpasse tjenester til lokal kultur og behov. Se også ILO- konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater (12). Det må også legges til rette for å sikre ivaretagelse av minoriteter.

1.3

Personer som selvskader eller er i selvmordsrisiko må identifiseres tidlig

For å forebygge selvskading og selvmord, bør personer som selvskader og/eller er i selvmordsrisiko identifiseres så tidlig som mulig i forløpet. Dette gir de beste muligheter til å avhjelpe problemene før de

utvikler seg til langvarige og alvorlige problemer. Tidlig iverksetting av tiltak vil kunne øke sannsynligheten for bedring.

Hvilke tjenester/aktører/personer vedkommende kommer i kontakt med, vil avhenge av ulike faktorer, slik som hvem personen har en tillit til, hvilke arenaer personen ferdes på, og hvilken kunnskap vedkommende har om eksisterende hjelpetilbud.

Det vil også avhenge av personens evne til å oppsøke eller finne frem til relevante hjelpetilbud. Fordi det kan være vanskelig å få oversikt over hvor man kan få hjelp, er tydelig informasjon om hjelpetilbudene helt sentralt.

Aktuelle tjenester og aktører som ofte kommer i kontakt med deler av den aktuelle målgruppen er: lærer, sosiallærer, helsesøster, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjenesten, fastlege, legevaktpersonell, ansatt i psykisk helse- og rustjeneste, hjemmesykepleie, barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), krisesenter, familievernet, overgrepsmottak, akuttmottak, barn- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), distriktpsykiatriske senter (DPS), somatiske avdelinger, hjelpetelefoner eller andre.

Det kan også være andre tjenester og aktører som er den første som er i kontakt med en som har behov for hjelp med selvskading eller selvmordstanker. For eksempel kan dette være ansatte ved NAV.

Det er vesentlig at tjenesteutøvere som møter personer som kan være i risiko, har tilstrekkelig kompetanse til å identifisere personer som trenger hjelp, og har tilstrekkelig kunnskap om hvilke tjenester som har kompetanse til å følge opp videre. Dette krever at aktuelle tjenester har ansatte som er i stand til å avdekke selvskading (kutt, brannså eller arrdannelser) og selvmordsatferd, og som kan handle adekvat ut fra det de observerer.

Blant annet må helsepersonellet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og lærerne i skolen ha kunnskap om hvor de henvender seg for å melde fra, og/eller få hjelp til å følge opp de som utsetter seg selv for selvskading og/eller som har en selvmordsatferd. Når et problem er avdekket, er det behov for bistand fra fagpersoner som har kunnskap om hvordan de skal handle. Det vises til [nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#).

Når det gjelder eldre kan [forebyggende hjemmebesøk](#) være en viktig arena for å informere om kommunens tilbud til eldre innbyggere. Viktige samtaletema er psykisk og fysisk helse, sosial deltakelse, alkohol og rus samt vold/overgrep.

Hjemmebesøkene vil kunne bidra til at eldre, som selv ikke ville tatt et eget initiativ til å oppsøke tjenester og aktivitetstilbud, mottar informasjon om og hjelp til å komme i kontakt med nødvendige tjenestetilbud. De kan i tillegg få økt kunnskap om eksisterende aktivitetstilbud de kan delta i, som kan gi økt samhørighet med andre og bidra til å redusere ensomhet og isolasjon blant eldre. Ensomhet, isolasjon og somatiske sykdommer er risikofaktorer for selvmordstanker.

Dersom pasienten har behov for kontakt med øvrige tjenester, må tjenesten på en aktivt oppsøkende (proaktiv) måte sikre at slik kontakt opprettes. Er det uklart eller uenighet om hvor ansvaret for pasienten/ bruker ligger, må tjenesten som er den første til å komme i kontakt med bruker søke å klargjøre forholdet. [Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning som pasienten har behov for \(lovdata.no\)](#).

Selv om hver enkelt deltjeneste opplever å oppfylle sine lovpålagte krav til forsvarlighet, sikrer ikke dette alene at kommunens overordnede ansvar for å sikre forsvarlige og koordinerte tjenester er oppfylt. En forutsetning for godt flerfaglig samarbeid er at aktørene har kunnskap og bevissthet om sin egen og de andre aktørenes rolle og kompetanse, og at samarbeidet er ledelsesforankret.

1.4

Personer i selvmordsrisiko må kartlegges uten unødvendig opphold, der det er indikasjon for dette

For å sikre tidlig identifisering av selvskading og selvmordsrisiko er det viktig at helse- og omsorgstjenestene er i stand til å kjenne igjen, behandle, og eventuelt henvise brukeren til spesialisthelsetjenesten.

Selvmoedsatferd omfatter tanker, planer, trusler og forsøk på å gjennomføre selvmord. Vurdering av selvmordsrisiko og dokumentasjon av denne gjøres av kvalifisert personell i samsvar med kravet om faglig forsvarlighet. Lege eller psykolog vil ofte være de mest aktuelle. Også annet personell bør ha kunnskap om risikofaktorer for å kunne identifisere og henvise pasienten til vurdering av selvmordsrisiko dersom vedkommende selv ikke har de nødvendige kvalifikasjoner.

Det er viktig å være særlig oppmerksom dersom noen snakker om at de ønsker å dø eller at de vil ta livet sitt, at de søker på nett etter metoder for å ta selvmord, skaffer seg våpen, eller formidler sterk håpløshet og manglende livslyst. Brå endringer i tanker, atferd eller følelser, som for eksempel tiltagende uro, angst, rusmiddelbruk, depressive symptomer, tristhet, sosial tilbaketrekning, humørsvingninger, søvnløshet eller manglende appetitt kan være et tegn på økt selvmordsrisiko.

Når personer presenterer symptomer for helse- og omsorgstjenesten, inkludert fastlegen i en kommune, er det god praksis å prøve å få kartlagt det helhetlige symptombildet.

Kroppslige plager og somatisering er vanlig ved depresjonstilstander, og en del pasienter oppsøker primært legen for å få en utredning for mulig somatisk sykdom. Det er viktig å undersøke for underliggende og sammenfallende problematikk og se dette opp mot selvmordsrisiko (13).

Kartleggende samtale ved selvskading – våg å spørre

Der en oppdager tegn til selvskading som sår og arrdannelser, vil det være riktig å spørre direkte om dette er noe personen fortsatt gjør, og om han eller hun får eller har mottatt hjelp. En kartleggingssamtale bør inkludere samtale om bakenforliggende faktorer for å avklare intensjonen bak handlingen.

Kartleggende samtale ved akutt selvmordsrisiko – våg å spørre

I samsvar med [pliktene i helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp \(lovdata.no\)](https://lovdata.no), har tjenestene plikt til å foreta nødvendige undersøkelser av akutt selvmordsrisiko og sette inn tilstrekkelige tiltak så snart som mulig.

Personen kan ikke bli overlatt til seg selv, for eksempel ved at det gis ny time først etter en uke. [Tjenestene må følge sin plikt til å handle \(lovdata.no\)](#) ved å foreta en kartlegging med en gang, dersom det er indikasjon for dette.

Det bør i situasjoner der det foreligger mistanke om selvmordstanker, legges opp til en trygg og ivaretagende ramme for samtalen der en spør direkte om han eller hun har tanker om å ta sitt liv.

Helse- og omsorgspersonell bør alltid ta seg god tid til å lytte til en person som forteller om egne selvmordstanker, og hva som ligger bak personens ønske om å dø. Å sørge for tilstrekkelige ressurser og fleksibilitet i tjenestene for slike utvidede samtaler, er et ledelsesansvar. Samtidig er det også et ansvar for det enkelte helsepersonell å sette av tilstrekkelig med tid til oppfølging, når det er nødvendig.

Når man snakker med noen om deres selvmordstanker, bør personellet kartlegge personens livssituasjon, sosiale forhold, historie og aktuelle belastninger, som for eksempel om vedkommende er eller har vært utsatt for vold og overgrep. Det bør fokuseres på at det alltid vil være andre og bedre løsninger enn å ta sitt eget liv gjennom å styrke alternative mestringsstrategier, at situasjoner lar seg endre og at problemer lar seg løse.

For utdypende veiledning om samtale og oppfølging av en person som selvskader eller er i mulig selvmordsrisiko, se veivisere:

- [selvskading og selvmordsatferd som ikke tidligere er kartlagt](#)
- [selvskading og selvmordsatferd som er kartlagt](#)

1.5

Kommunen må sørge for nødvendig henvisning til spesialisthelsetjenesten

Dersom den som følger opp pasienten/brukeren ikke har diagnostisk kompetanse og henvisningsrett, må det sørges for at fagperson med slik kompetanse (for eksempel fastlege eller psykolog i kommunen) vurderer og henviser personen der dette er nødvendig.

Personer med langvarig og vedvarende selvmordsrisiko skal som oftest behandles i spesialisthelsetjenesten, slik det er beskrevet i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (5). Se også i veiviserne om henvisning til spesialisthelsetjenesten:

- [selvskading og selvmordsatferd som ikke tidligere er kartlagt](#)
- [selvskading og selvmordsatferd som er kartlagt](#)

Forsvarlig henvisning

Forsvarlighetskravet er førende for enhver pasientkontakt. Ansvar for forsvarlig tjenesteutøvelse ligger både på virksomhet, leder og det enkelte helsepersonell. Ansvar nedfelt i lov-, avtale- og planverk, sammenholdt med avklart oppgavefordeling i samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten, er med på å gi føringer for når henvisning skal skje.

Den formelle oppgave- og ansvarsdelingen mellom tjenestenivåene må ikke benyttes så standardisert at den enkelte pasient ikke undergis en konkret og individuell vurdering av hva som er forsvarlig behandling og oppfølging.

Det enkelte helsepersonell må aktivt bruke sin kompetanse og tilpasse samhandlingen til den aktuelle situasjonen på forsvarlig måte. Det må søkes aktiv leder- og kollegastøtte.

1.6

Personer som har vært innlagt etter selvmordsforsøk har en klart forhøyet risiko for nye selvmordsforsøk, særlig det første året etter utskrivelse, og den første tiden spesielt

Personer som har vært innlagt etter selvmordsforsøk har en klart forhøyet risiko for selvmordsforsøk, særlig det første året etter utskrivningen, og den første tiden spesielt (14). Tidligere episoder med selvskading og selvmordsforsøk er den viktigste risikofaktoren når det gjelder både selvmord og nye episoder med selvskading og/eller selvmordsforsøk.

Når personer skrives ut fra sykehus, enten fra somatisk avdeling, psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), tilbake til sitt hjemmemiljø, kan kriser lett reaktiveres dersom de utløsende problemene fortsatt er tilstede i personens liv.

Tjenestene må avklare selvmordsrisiko, herunder tilgang til selvmordsmetoder og hvilke forhold som lå til grunn for selvmordsforsøket. Helse- og omsorgspersonell må i tillegg avklare behov for videre oppfølging og behandling, samt etablere en tilpasset plan for den videre oppfølgingen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Noen vil ha behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, andre kan motta nødvendig behandling og oppfølging fra kommunen. Hvilke tjenester som involveres i den videre oppfølgingen må vurderes individuelt, basert på den enkeltes behov. Dette bør drøftes i samarbeid med kontaktperson i kommunen.

Fokus vil ofte være på flere områder parallelt, som:

- Involvering av lokalt tjenesteapparat, som fastlege, psykisk helse- og rustjeneste, bedriftshelsetjeneste, skolehelsetjeneste, familievernkontor, barnevernstjenesten eller andre deler basert på den enkeltes behov.
- Behandling for eventuell psykisk lidelse.
- Støtte opp under deltakelse i arbeid og skole, samt i lokalsamfunnet gjennom frivillige organisasjoner, livssynssamfunn eller sport og idrett.

Det er ikke uvanlig at personer uteblir fra behandling og oppfølging. Aktivt oppsøkende (proaktiv) oppfølging både fra spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste er da nødvendig i den akutte fasen etter et selvmordsforsøk for å forebygge et nytt forsøk.

Personen må ikke skrives ut fra et behandlingstilbud uten at behovet for videre oppfølging er ivaretatt og planlagt. Det bør gjøres en konkret avtale om at han eller hun vil bli kontaktet dersom vedkommende for eksempel ikke møter til timeavtale.

Hvor raskt pasienten må følges opp og på hvilken måte, må vurderes individuelt og kan ikke standardiseres. Oppfølging må alltid skje innenfor det som vurderes å være forsvarlig tid for den enkelte. Tjenestene må aktivt gå inn og løpende vurdere hva dette vil innebære i det enkelte tilfelle. For eksempel vil det kunne innebære oppfølging innen en uke for noen, mens alvorlighetsgrad/ hastegrad kan innebære plikt til proaktiv oppfølging langt raskere for andre. Tjenestene må ta hensyn til at pasientens tilstand og situasjon raskt kan forverres.

Fastlegen vil være sentral i oppfølgingen etter utskrivning, og det er viktig at fastlegen involveres på tilstrekkelig måte i de tiltak som vurderes og gjennomføres.

1.7

Helhetlig oppfølging krever godt samarbeid mellom tjenestene

Det påhviler en samarbeidsplikt for alle deler av kommunal helse- og omsorgstjeneste, både internt i egen tjeneste, mellom tjenester og med andre aktører.

Det å tilrettelegge for nødvendig pasientsikkerhet krever at deltjenestene i kommunen har gode rutiner for samarbeid og at de samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten. Det er viktig med samarbeid med psykolog, fastlege og annet fagpersonell med henvisningskompetanse.

Det kan være vanskelig å avgjøre om personens problematikk er av en slik alvorlighetsgrad at vedkommende bør henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Det bør være lav terskel for drøfting med kolleger og samarbeid på tvers av instanser og tjenestenivå, ved vurdering av behov for videre henvisning. Det kan være fastlegen, ansatte på helsestasjons- og skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, psykisk helse- og rustjeneste med flere som trenger kontakt med behandlere i BUP eller DPS, samt øvrige tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Noen ganger kan det være vanskelig å nå raskt frem til ressurspersoner i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at personell i kommunene som følger opp pasienter med mulig økt risiko for selvmord er kjent med hvilken person, eventuelt leder de kan kontakte ved bekymring.

Dersom den som er i fare for å ta sitt eget liv tidligere har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten, vil det være aktuelt å drøfte situasjonen med kjent behandler på spesialistnivå. Samarbeid mellom kommunale tjenester og personer innen spesialisthelsetjenesten som kjenner personen, er vesentlig med tanke på å drøfte nødvendige og tilpassede tiltak.

Teambasert behandling og oppfølgingstilbud i og på tvers av tjenestenivå

Personer som har vært innlagt på bakgrunn av selvmordsforsøk kan ha behov for flere tjenester samtidig og over tid. Teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming kan bidra til å skape mer helhet og kontinuitet i oppfølgingen. Teambasert organisering er ikke en lovpålagt organiseringsform, men en faglig anbefaling for å sikre samhandling på tvers og oppsøkende virksomhet (15).

Enkelte kommuner har i samarbeid med spesialisthelsetjenesten etablert egne tilbud for å sikre oppfølging av de som har en økt fare for å ta sitt eget liv og deres pårørende (dette omtales i enkelte kommuner som selvmordsforebyggende team). Gjennom etablering av teambaserte modeller samarbeider kommuner og spesialisthelsetjeneste om rask oppfølging av pasienter som har vært innlagt på sykehus etter å ha forsøkt å ta sitt eget liv. En teambasert tilnærming kan bidra til at pasientene kan følges opp og behandles der de bor i stedet for på sykehus eller annen institusjon.

1.8

Samarbeidsavtalen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste bør tydeliggjøre ansvaret for oppfølging av selvskading og selvmordsrisiko

Pasienter skal oppleve tjenestene som tilgjengelige, trygge, helhetlige og koordinerte (15). Å sikre gode overganger mellom tjenestetilbud er avgjørende for å gi en helhetlig og tilstrekkelig oppfølging. Det bør sikres at ingen skrives ut fra et behandlingstilbud uten at behovet for videre oppfølging umiddelbart etter utskrivelse er ivaretatt.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er [pålagt å inngå samarbeidsavtale \(jf. helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7§ 6-1 flg\) \(lovdata.no\)](#). Samarbeidsavtalen bør understøtte en tydelig og avklart samhandling i det psykososiale oppfølgingsarbeidet, både etter sykehusinnleggelse og poliklinisk behandling for selvskading og selvmordsforsøk (16).

Avtalens målsetting er å tydeliggjøre en felles gjensidig forståelse for, og avklaring av ansvar og oppgaver innenfor fagområdene selvskading og selvmord. Avtalen bør bidra til å sikre at spesialisthelsetjenesten henviser personer som har vært innlagt på bakgrunn av selvskading og selvmordsforsøk til videre behandling og oppfølging i kommunen. Samt at vedkommende før utskrivelse har en navngitt kontaktperson og dennes kontaktinformasjon.

Det bør utarbeides samarbeidsrutiner i og på tvers av tjenestenivåer som understøtter utvikling, iverksetting og gjennomføring av samarbeidsavtalen.

1.9

Kommunen må sikre god samhandling med og oppfølging av pårørende

Å oppleve at en som står en nær har forsøkt å ta sitt eget liv, skader seg selv eller har tanker om det, vil kunne utløse bekymring og følelser som sjokk, sinne, forvirring, hjelpeløshet og frykt. Det å være pårørende i en slik situasjon er krevende.

Familie og venner opplever det ofte som vanskelig å vite hvordan de skal forholde seg og på hvilken måte de kan hjelpe. Det kan være belastende for pårørende å kommunisere med et stort antall aktører i hjelpeapparatet, med formål om å skaffe hjelp til personen som er i selvmordsrisiko.

Nærmeste pårørende, øvrig familie og venner kan ha en viktig rolle i å støtte og motivere den som er i krise til å motta profesjonell hjelp. Involvering av pårørende i behandling og oppfølging er viktig både av hensyn til pårørende og personens egen situasjon.

Undersøkelser viser at pårørendeinvolvering både reduserer faren for tilbakefall og fører til færre symptomer hos pasienten. Det kan bidra til økt opplevelse av mestring og tilfredshet hos både bruker og pårørende (17). Pårørende er i de fleste tilfeller en ressurs og må møtes som en samarbeidspartner, samtidig som de trenger oppmerksomhet og omtanke fra tjenesteapparatet (7).

Pårørendes kjennskap til personens livshistorie, ressurser, nettverk og tidligere erfarte strategier for å takle selvmordsatferd eller selvskading, kan bidra til et tilrettelagt hjelpetilbud. Felles kartlegging av faktorer i nettverket som kan påvirke, kan være sentrale momenter i tilretteleggingen av hjelpetilbudet.

Et forutsigbart og åpent samarbeid med helsetjenesten er sentralt for pårørendes opplevelse av trygghet. Med samtykke fra bruker/ pasient kan helsepersonell informere om behandlingen eller tjenestene som blir gitt og stille spørsmål så langt samtykket rekker.

Helsepersonell må føre nødvendig og relevant informasjon fra pårørende i journal eller annet dokumentasjonssystem, og ved behov følge opp bekymringen med tiltak overfor pasient eller bruker. Se Helsedirektoratets [nasjonale veileder om pårørenderarbeid](#) (7).

Pårørende kan ha egne belastninger, som gir rett til tjenester

Å være pårørende kan innebære en vedvarende frykt for å miste sin kjære. En opplevelse av å være i en konstant beredskap kan ha negative helsemessige og sosiale konsekvenser. Også barn kan være sterkt berørt av å leve med foreldre eller søsken som selvskader eller som har en selvmordsatferd.

Pårørende bør ikke stå i ansvaret alene. Tjenestene må anerkjenne at pårørende kan ha egne hjelpe- og omsorgsbehov, og gi adekvat oppfølging i samsvar med individuelle behov.

Det er viktig å huske at arbeidet som gjøres overfor den enkelte også har betydelige konsekvenser for det umiddelbare nettverket rundt vedkommende, og at fokus på pårørende ofte er en viktig del av den helhetlige behandlingen av pasienten (6 - kap. 1.2 og 1.3).

Helsepersonell bør løpende vurdere pårørendes behov for hjelp og støtte. De bør være særlig oppmerksom på pårørende som er i en utsatt situasjon og/ eller har individuelle forutsetninger som krever en ekstra aktiv og oppsøkende tilnærming fra helse- og omsorgstjenesten (7).

Når belastningene blir så store at det er behov for egne tjenester, vil pårørende ha pasientstatus på linje med øvrige pasienter. Retten til tjenester vurderes i medhold av de alminnelige reglene for [rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester i pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](#).

Ivaretagelse av barn som pårørende etter selvmordsforsøk eller alvorlige selvskadingsforsøk

I akutte situasjoner er det viktig å få oversikt over og gjøre en vurdering av barnets aktuelle omsorgssituasjon. De ulike akuttjenestene i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten må sikre barn i situasjoner hvor foreldre/foresatte blir innlagt eller på annen måte tas hånd om på grunn av selvmordsforsøk eller alvorlig selvskading. [I slike tilfeller må helsepersonellet forsikre seg om at barn har tilsyn av en voksen \(lovdata.no\)](#).

Ved akuttinnleggelser og/eller andre korte behandlingsforløp, må man raskt etablere samarbeid med andre tjenester, slik at barnets behov blir kartlagt, og det må sikres kontinuitet i denne oppfølgingen.

Rundskriv IS-5/2010 - Barn som pårørende [LENKE] gir utfyllende beskrivelser av plikten etter helsepersonelloven %C2%A7 10a til å sørge for nødvendig oppfølging av mindreårige barn (18).

Informasjon til pårørende

Dersom pasienten gir sitt samtykke til at informasjon gis til de pårørende, skal de som hovedregel ha informasjon om pasientens helsetilstand, herunder diagnose og behandlingsutsikter, og om helsehjelpen ([Pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 3-3 første ledd \(lovdata.no\)](#)). Pasienten kan bestemme at bare visse opplysninger skal gis.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av psykiske forstyrrelser, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i [pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 3-2 \(lovdata.no\)](#).

Er pasienten under 16 år skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres ([pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 3-4 \(lovdata.no\)](#)). Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

Når det gjelder barn over 16 år har helsepersonell som hovedregel taushetsplikt med mindre barnet samtykker i at opplysninger gis. Det er viktig å sikre at foreldrene eller andre med foreldreansvaret får den nødvendige informasjon slik at de settes i stand til å oppfylle foreldreansvaret. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal derfor likevel gis til foreldre eller andre med foreldreansvaret, for de pasientene som er under 18 år ([pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 3-4 tredje ledd \(lovdata.no\)](#)). Forhold som kan omfattes av unntaket kan inkludere opplysninger om selvmordsrisiko og selvskading, opplysninger om hvor pasienten befinner seg og innleggelse på sykehus på grunn av livstruende tilstander. Det må vurderes konkret hvilken informasjon som i så fall skal gis, men informasjonsplikten vil normalt ikke omfatte en full redegjørelse for den generelle helsetilstanden, hvilke undersøkelser som er foretatt mv.

1.10

Dialog og samarbeid mellom kommunen og frivillig sektor er viktig

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner om støtte til brukere og pårørende. Frivillige organisasjoner har en stor kontaktflate ut mot befolkningen. De kan være i posisjon til å se og motivere personer som selvskader og/ eller er i selvmordsrisiko, til å motta adekvat omsorg og behandling.

Kommunen kan ta et aktivt ansvar og inngå i dialog og samhandling med lokale frivillige organisasjoner. Gjennom aktivt samarbeid kan frivillige organisasjoner og kommunale tjenestetilbud utfylle hverandre, styrke det lokale tilbudet og bidra til å skape et mer helhetlig tilbud. Det anbefales at det her inngår et samarbeid med innvandrersamfunn og ressurspersoner med innvandrerbakgrunn.

Samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner i tilrettelegging av tilbud og oppfølging er viktig. Gjennom god dialog og samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner vil kommunen kunne sikre at det tilrettelegges for tilbud og oppfølging som ivaretar bruker- og pårørendeperspektivet i større grad.

Nettsidene til [Frivillighet Norge](#) og [frivillig.no](#) kan være av stor nytte for å gi råd, oversikt og viktig kunnskap.

Frivillige organisasjoner som er involvert i forebygging av selvskading og selvmord

I Norge finnes flere frivillige organisasjoner som er involvert i arbeidet med forebygging av selvskading og selvmord. Organisasjonene kan gi støtte, informasjon og hjelp til mennesker som sliter med selvskading, psykiske lidelser og selvmordstanker, samt andre berørte.

Enkelte av organisasjonene har støttegrupper og hjelpetelefoner. Dette er organisasjoner som:

- [Barn av rusmisbrukere \(BAR\)](#)
- [Kirkens SOS](#)
- [Landsforeningen for etterlatte ved selvmord \(LEVE\)](#)
- [Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord \(LFSS\)](#)
- [Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse \(LPP\)](#)
- [Mental Helse](#)
- [Mental Helse Ungdom](#)
- [Røde Kors](#)
- [Unge LEVE](#)
- [Voksne for barn](#)

Forebyggende tiltak på internett

Frivillige organisasjoner og andre aktører benytter chat-tjenester og diskusjonsforum til deling av informasjon og personlige historier. Dette kan bidra til at personer som selvskader og/eller er i selvmordsrisiko får råd og veiledning til hvordan de kan få hjelp.

Eksempler på slike er:

- [Kirkens SOS Norge](#) er en døgnåpen tjeneste på telefon og internett. Telefon, [SOS melding](#) og [SOS – Chat](#).
- [Sidetmedord.no](#) er en netjtjeneste som drives av [Hjelpetelefonen 116 123](#). Hjelpetelefonen drives av interesseorganisasjonen [Mental Helse](#).
- [Kors på halsen](#), tjenesten er driftet av Røde Kors. Her kan alle opp til 18 år ringe, maile eller chatte og ta opp det som er viktig for dem.

2

Organisering av tjenestetilbudet

2.1

Kommunen bør sikre tydelig informasjon om lokalt tjenestetilbud og møteplasser

Mange bruker mye tid på å søke etter hjelp og informasjon på internett når livet er vanskelig. Dette gjelder også de som skader seg selv og/ eller er i selvmordsrisiko. Ved å gi tydelig informasjon på sine nettsider kan kommunen bidra til at tilgjengeligheten til eksisterende tilbud øker, og at terskelen for å oppsøke tjenester og møteplasser blir lavere.

Kommunens befolkning bør utfra nettsidene lett kunne tilegne seg oppdatert informasjon om:

- hvilke tjenester som er tilgjengelige
- hvilke aldersgrupper og målgrupper tilbudene retter seg mot
- tjenestetilbudets åpningstider
- hvilket telefonnummer man kan ringe for å komme i kontakt med tjenesten og når det er telefontid
- adresse for tilbudet

Kommunen må i sin informasjon tydeliggjøre at [fastlegen har en øyeblikkelig hjelp funksjon \(lovdata.no\)](#)) (jf. forskrift om fastlegeordningen i kommunen) på dagtid.

Det må fremgå hvilke øvrige akutttilbud som er tilgjengelige, utenom ordinær åpningstid, herunder lokal legevakt og akuttmottak i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene bør utarbeide lett tilgjengelig informasjon om aktiviteter, arrangementer og samlingssteder på sine nettsider.

Helseforetak og kommuner bør også ha en oppdatert og lett tilgjengelig oversikt over lokale støttetiltak for pårørende. Oversikten bør inneholde informasjon om tilbud som lærings- og mestringstilbud, frisklivssentral, kurs og pårørendeskoler, støttetelefoner og henvisning til nettsider og støttegrupper i regi av bruker- og pårørendeorganisasjoner, samt frivillige og ideelle organisasjoner.

Det bør sikres at informasjonen tilrettelegges for personer med begrensede norskkunnskaper og/eller lite helsesrelatert kompetanse.

2.2

Kommunens tjenestetilbud bør ha høy tilgjengelighet og lav terskel

God tilgjengelighet og lav terskel kan forebygge selvskading og selvmord. Tilgjengelighet på tjenester kan bidra til at problemer avklares tidlig og kan redusere behov for mer spesialiserte tjenester. Kommunens tjenestetilbud skal være likeverdig og tilgjengelig for alle.

At kommunen legger til rette for differensierte tilbud med høy tilgjengelighet og lav terskel for henvendelser, vil kunne øke sannsynligheten for at flere oppsøker tjenestene, når de har behov for dette.

Tjenestene bør være tilstrekkelig arenaflexible og tilrettelagt for å nå ulike aldersgrupper. Tjenester som er aktivt oppsøkende (proaktive) er vesentlig der problematikken er forbundet med skam og hemmelighold, eller der personer har vanskelig for å be om hjelp.

Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom er et drop-in tilbud til ungdom. Tilbudet når også ungdom som ikke er i videregående opplæring eller er lærlinger. Selvskading og selvmordstanker vil kunne avdekkes i forbindelse med samtaler om fysisk og psykisk helse (8).

Rask psykisk helsehjelp

Noen kommuner har etablert lavterskeltilbud som Rask psykisk helsehjelp (RPH) [LENKE]. Rask psykisk helsehjelp er et kommunalt tjenestetilbud for personer over 16 år med angstproblemer og milde og moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg.

Tilbudet har lav terskel, god tilgjengelighet og gir tilbud om hjelp raskt. Målet er at personen skal få hjelp innen én til to uker slik at problemene ikke setter seg. Tilbudet skal være gratis og det er ikke krav om henvisning. Det er imidlertid viktig med et tett samarbeid med fastlege og øvrige kommunale- og spesialiserte tjenester.

Helsehjelpen gis av tverrfaglige team. Det er psykolog tilknyttet alle teamene, og de ansatte har minimum 3-årig høyskoleutdanning, samt videreutdanning i kognitiv terapi.

Målet med RPH er å øke andelen av mennesker med psykiske lidelser som søker, og mottar, profesjonell hjelp. Behandlingen bidrar til å gi symptomreduksjon og styrket funksjon og livskvalitet for de som får et tilbud. Rask psykisk helsehjelp er i tråd med samhandlingsreformens intensjon om sterkere satsning på forebygging og tidlig intervensjon i sykdomsforløp.

Svært mange pasienter med angst og depresjon vil ha selvmordstanker. Mange av disse kan behandles i Rask psykisk helsehjelp når depresjonen ikke er for alvorlig, eller det ikke er mye annen problematikk.

Personell ved Rask psykisk helsehjelp skal kjenne de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. De skal ha kompetanse i kartlegging/identifisering og vurdering av selvmordsrisiko, slik at de kan avklare hvorvidt pasientens risikofaktorer for selvmordsatferd er av en slik alvorlighetsgrad at det er nødvendig med henvisning til annen instans for behandling og oppfølging.

2.3

Lederen har et viktig ansvar for holdningsskapende arbeid og ivaretagelse av ansatte

God ledelse handler om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak, og gjennom dette bidra til at tjenestene utvikler seg i tråd med gjeldende behov. Krav om forsvarlighet innebærer at både den enkelte deltjeneste og helheten i tjenestetilbudet er utformet for å kunne håndtere de oppgaver de har et ansvar for (19)

Se også [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) (20).

Det å arbeide med forebygging og oppfølging av personer som selvskader og/eller er i selvmordsrisiko medfører å stå i krevende relasjoner over tid. Ansatte kan som følge av dette utfordres på egne holdninger.

For tjenestene er det viktig å ha et fokus på holdninger i møte med personer som selvskader og/ eller er i selvmordsrisiko. Dette krever holdningsskapende arbeid i tjenesten og gode rutiner for oppfølging og ivaretagelse av de ansatte. Det er viktig at lederen som en del av arbeidet med å tilrettelegge og utvikle tjenesten har fokus på dette.

Holdninger i møtet med brukere og pasienter

Personer som har episoder med selvskading eller som har forsøkt å ta sitt eget liv har ofte mye skamfølelse, og kan også ha tidligere negative erfaringer når de har forsøkt å søke hjelp. Det å oppleve sinne, avmakt og/eller fordømmelse hos de som skal hjelpe vil kunne bidra til å øke følelsen av maktesløshet.

Det er viktig å skape en bevissthet hos fastleger, psykologer, sykepleiere og annet helse- og omsorgspersonell med hensyn til hvilke holdninger de utviser i møte med personer som skader seg selv, eller har forsøkt å ta sitt eget liv.

Helse- og omsorgspersonell kan gjennom å være bevisst sine holdninger i møte med personen, bidra til å etablere en god behandlingsallianse. Dette er tema som er sentralt i opplæringen omkring håndtering av kronisk suicidalitet og selvmordsforebygging.

Godt holdningsskapende arbeid forutsetter bevissthet og evne hos ledelsen til å integrere denne type overordnede føringer i ansattes daglige møte med brukere/pasienter.

Rutiner som sikrer at det gis veiledning og oppfølging, er viktige for alle som følger opp personer som skader seg selv og / eller har selvmordsatferd.

Det vil være vesentlig at de i tjenestetilbudet som skal bistå i oppfølgingen ikke står alene med dette ansvaret, men har tilgang til fagpersoner man kan rådføre seg med. Fagpersoner i kommunen som psykologer eller leger vil kunne være sentrale i dette.

Ivaretagelse av ansatte

Det å følge opp personer som selvskader og / eller har selvmordsatferd kan innebære å måtte forholde seg til mye psykisk smerte.

For den som skal hjelpe kan dette innebære en usikkerhet om hvorvidt vedkommende vil fortsette å skade seg selv, forsøke å ta sitt liv eller å begå selvmord. Det er vanlig at dette medfører reaksjoner hos hjelperen. Det er også utfordrende å være behandler dersom pasienten ikke ønsker hjelp, og ikke møter til avtaler, på tross av at man som fagperson mener at oppfølging og behandling er det beste.

Å stå over tid i en situasjon der hjelpen man tilbyr, ikke ser ut til å ha effekt, kan utvikle seg til en generell opplevelse av maktesløshet med konsekvenser for hjelperens evne til å være empatisk og å yte omsorg. Samhandling med andre fagpersoner, god forankring av tiltakene i oppfølgingen, god ledelse og kontinuerlige evalueringer i samarbeid med bruker/pasient underveis i forløpet, er faktorer som kan bidra til å motvirke en slik prosess.

Tjenester, der ansatte står i slike situasjoner, bør etablere rutiner som sikrer ivaretagelse av ansatte. Dette inkluderer avlastningssamtaler der evaluering og fokus på læringsmomenter inngår. Det må rettes en spesiell oppmerksomhet på belastninger hos ansatte med liten erfaring i denne type oppfølging.

Trygghet i arbeidsteam, kompetanse og erfaring gjør at de fleste mestrer slike negative reaksjoner på en hensiktsmessig måte.

2.4

Kommunen må sikre at ansatte har nødvendig kompetanse til å identifisere og følge opp personer som trenger hjelp

Tjenester som fastlege, psykisk helse- og rustjenester, helsestasjon, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste forventes å ha ansatte med kompetanse til å oppdage og respondere på tegn til selvskadende atferd og selvmordsrisiko.

Virksomhetene har et overordnet ansvar for at de ansatte har nødvendig kompetanse i kartlegging og identifisering av selvmordsrisiko. Den enkelte arbeidstaker har også et selvstendig ansvar for egen kunnskap og kompetanse, herunder for å gjøre seg kjent med nødvendige prosedyrer, rutiner og planer i virksomheten.

Avhengig av den enkeltes kunnskap og kompetanse kan ansatte i kommunene:

- gi emosjonell støtte og praktisk hjelp til å mestre utfordringer og situasjoner som øker risikoen for selvskading eller selvmordsforsøk hos den enkelte
- undersøke om det ligger psykiske helseproblemer til grunn for selvskading og selvmordstanker eller forsøk, og henvise dem som trenger det til riktig behandling og oppfølging

Kommunen må sikre at ansatte som jobber i aktuelle tjenester har nødvendig kunnskap og kompetanse om selvskading og selvmordsrisiko med hensyn til:

- risikofaktorer, tegn

- aktuelle tiltak
- andre tjenester og aktører

Ansatte som ikke har tilstrekkelig kompetanse til å foreta en samtale om dette, må like fullt ha kompetanse til å avdekke og vise videre til fagpersoner som har kompetanse.

Virksomhet og ledere bør sørge for å skaffe spesifikk kunnskap og veiledning fra tjenester som har kompetanse på fagområdet. I tillegg kan de innhente kompetanse fra kompetansemiljø som regionale og nasjonale kompetansesentre.

Kompetanse om oppfølging av selvmord og selvskading bør inngå i tjenestenes kompetanseplaner

Oppfølging av selvmord og selvskading bør inngå i tjenestenes kompetanseplaner, slik at det sikres tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om selvmord og selvskading i alle relevante tjenester.

Virksomheten bør sørge for at det finnes oversikt over hvem som har gjennomgått opplæring og når det har skjedd.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten bør i fellesskap utvikle ordninger for felles kompetansebygging gjennom kurs og opplæring. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt bør settes i system og planlegges som en del av kompetanseutvikling i og på tvers av tjenestene.

Nasjonale og regionale kunnskap - og kompetansesentre med spesiell kompetanse på selvmord og selvskading

[De regionale ressursentrene om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging \(RVTS.no\)](#) har en spesiell kompetanse på selvmord og selvskading. De skal understøtte tjenestene i deres tjeneste- og kompetanseutvikling. Øvrige kompetanse- og forskningsmiljøer på feltet er [Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging \(NSSF\) \(med.uio.no\)](#) og [Folkehelseinstituttet \(FHI.no\)](#).

Andre kompetansemiljøer som kan være relevante, er regionale ressursentre for barn og unges psykiske helse og barnevern ([RBUP Øst og Sør \(r-bup.no\)](#), [RKBU Midt-Norge \(ntnu.no\)](#), [RKBU Vest \(uni.no\)](#) og [RKBU Nord \(uit.no\)](#)), [Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(NAPHA\)](#), [Kompetansesenter Rus \(KoRus\) \(kompetansesenterrus.no\)](#), [Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse \(NAKMI\)](#), [Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingstjenesten \(NAKU\)](#), [Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus \(SANKS\)](#) og [Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress \(NKVTS\)](#).

Nasjonale kompetansetiltak

Det er iverksatt flere nasjonale kompetansetiltak innen fagområdet selvskading og selvmord. Eksempler på dette er:

- [VIVAT selvmordsforebygging](#). Vivat ligger tilknyttet Universitetssykehuset i Nord-Norge. VIVAT har et tilbud om flere landsdekkende undervisningsprogram. Målet med kursene er å spre kompetanse om selvmord og gi førstehjelp ved selvmordsrisiko. Dette gjøres gjennom ulike kurstilbud som; Førstehjelp ved selvmordsfare, FriskOpp, og SafeTALK. Vivat har laget undervisningsfilmen «[Snakk om selvmord](#)» (SOS). Filmen er gratis og gir en innføring i hvordan du kan oppdage selvmordstanker, spørre om selvmord og hjelpe personen til kontakt med hjelpeapparatet.

- [E-læringskurset i vurdering av selvmordsrisiko](#) er utviklet ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging. Kurset tilbys til fastleger, psykologer og andre som arbeider i kommunehelsetjenesten, som en hjelp til å vurdere selvmordsrisiko.

2.5

Kommunen bør utarbeide en plan/delplan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk

Planen har som mål å bidra til å tydeliggjøre hvilke tjenester/enheter som skal inneha hvilke oppgaver/roller ved forebygging, oppfølging og behandling av selvskading og selvmordsforsøk. Å sørge for nødvendig og tilstrekkelig planverk er et ledelsesansvar.

Planen kan utvikles som en egen plan eller integreres som en delplan i øvrig planverk innen psykisk helse og rus, psykososial oppfølging, samt øvrige tilgrensende temaplaner som for eksempel kommunale handlingsplaner mot vold. De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har utarbeidet en [nettressurs som skal veilede kommuner i utarbeiding av kommunal/interkommunal handlingsplan om selvmord og selvskading](#). RVTS kan bistå kommunene i utarbeiding av handlingsplan.

Planen bør legge til rette for god samhandling internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Planen bør utvikles innenfor nødvendige ressursrammer av leger, psykisk helse- og rustjenester inkludert psykologer, og annet relevant fagpersonell i kommunen, og utarbeides ut i fra et felles faglig grunnlag.

En lokal plan/delplan for forebygging av selvskading og selvmordsrisiko bør forankres både på politisk og administrativt nivå. Planen bør koordineres opp mot samarbeidsavtalen(e) med spesialisthelsetjenesten og med tilsvarende planer i andre sektorer, for eksempel skolen.

Planverket må gjøres godt kjent i alle relevante deler av virksomheten og inneholde en strategi for hvordan den skal implementeres i kommunens tjenestetilbud.

Anbefalt innhold i planen/delplanen er blant annet:

- beskrivelse av hvilket ansvar den enkelte tjeneste har, fra forebygging til behandling og oppfølging, samt hvilke tiltak de utfører
- beskrivelse av samarbeidsflater/samsoner mellom tjenestene
- retningslinjer for internt samarbeid
- retningslinjer for avtalt samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- tydeliggjøre ansvar fra system- til individnivå
- synliggjøre særlige kartlagte behov i lokalsamfunnet
- synliggjøre og beskrive samarbeid med lokale ressurser som frivillige organisasjoner, trossamfunn, hjelpetjenester o.l.
- inneha rutiner for periodisk evaluering og oppdatering av planen

Planen bør redegjøre for om kommuner er vertskap for tjenestetilbud og institusjoner som krever en spesiell oppmerksomhet med hensyn til kompetanse og tilrettelegging av tilbud. Dette gjelder for eksempel der kommunen er vertskap for asylmottak og mottak for enslige mindreårige (21) ([se også nettsiden Flyktning.net](#)) (22) eller en barnevernsinstitusjon (23). Det vil da kunne være behov for tilpassede tiltak og samarbeid med andre aktører i oppfølgingen for å gi et forsvarlig tilbud.

For å skape kultursensitive forebyggende tiltak rettet mot den samiske befolkningen har Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) / Finnmarkssykehuset i samarbeid med Samerådet, laget en [Plan for selvmords-forebygging i Sápm \(finnmarkssykehuset.no\)](#)(24).

2.6

Det bør utpekes kontaktperson/-er i kommunen for å samordne og sikre oppfølging

Spesialisthelsetjenesten skal sikre at personer henvises for videre behandling og oppfølging i kommunen. Personen må før utskrivelse vite hvor de blir fulgt opp og hvem de kan kontakte.

For å sikre at personer med behov for oppfølging som følge av selvskading og/eller selvmordsforsøk får et tilstrekkelig tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste, etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, anbefales det å utpeke en navngitt kontaktperson som spesialisthelsetjenesten kan ta kontakt med i den enkelte kommune, eventuelt i hver bydel. Kontaktpersonen i kommunen vil kunne inneha et ansvar for å sikre ivaretagelse og videre oppfølging og samordning etter utskrivelse.

I større kommuner kan det være aktuelt at det utpekes ulike kontaktpersoner for ulike aldersgrupper. I enkelte kommuner er for eksempel kontaktperson for personer under 18 år ledende helsesøster/ virksomhetsleder helsestasjon, mens leder/virksomhetsleder for psykisk helse- og rustjeneste er kontaktperson for de som er over 18 år.

Hvem som er kontaktperson/-er må være godt kjent i spesialisthelsetjenesten gjennom gjensidige rutiner for samarbeid, og det må fremgå i kommunens plan/delplan for arbeidet med oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk.

2.7

Rettslige rammer

Kommunen skal forebygge, avdekke, avverge og følge opp selvskading og selvmordsforsøk. Dette inngår som en del av kommunen [sørge-for-ansvar for egne innbyggere. se helse- og omsorgstjenesteloven %C2%A7 3-1, jf. § 3-2](#) (lovdata.no).

Kommunen er pliktig å sørge for et forsvarlig og helhetlig tjenestetilbud til personer som selvskader og/eller har en selvmordsatferd. Tjenestene skal ytes i samsvar med rettighetene etter pasient- og brukerrettighetsloven. Førre-var-prinsippet, barnets-beste-prinsippet, frivillighetsprinsippet og andre overordnede prinsipper som blant annet følger av menneskerettighetsloven, er alltid førende for tolkning og utførelse av helse- og omsorgstjenester.

Innenfor rammene av helse- og omsorgsretten har kommunen stor grad av plikt og frihet til å organisere og utforme tjenestene slik at de passer best med de lokale behovene.

Tjenesteytelsen kan aldri ligge under forsvarlig minstenorm. Det skal tilstrebes god kvalitet i alle deler av tjenesteutførelsen.

Kommunen har plikt til å yte både øyeblikkelig hjelp og langsiktig oppfølging og behandling.

[Samarbeidsplikten i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4](#) (lovdata.no) står sentralt for å sikre helhetlige tjenester på tvers av tjenester og sektorer. En rekke regler inneholder plikter til å ta i bruk samhandlingsverktøy og virkemidler som støtter opp under forsvarlige, gode og sammenhengende tjenester. Dette gjelder også kravet til internkontroll, individuell plan, koordinator, krav til kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, krav til samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner og inngåelse av samarbeidsavtale på tvers av tjenestenivåene.

Samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak er et særlig viktig virkemiddel for å avklare oppgave- og ansvarsfordeling slik at alle pasienter sikres forsvarlige tjenester. Samarbeidsavtalene må sikres implementert via egne interne avtaler og rutiner i tjenestene, avtalene må evalueres. Avtale kan korrigeres ved bruk av blant annet tilbakemelding fra brukere, samt aktiv og vedvarende bruk av internkontrollsystem.

Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt

Hovedregelen er at helse- og omsorgspersonell som yter tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven har taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 721](#) (lovdata.no). Taushetsplikt skal hindre at hjelpetrengende unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten av frykt for uønsket spredning av opplysninger. Taushetsplikten gjelder alt helse- og omsorgspersonell som yter helsehjelp.

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende helsepersonell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. [helsepersonelloven § 25](#) (lovdata.no). Formålet med bestemmelsen er å ivareta pasientens behov for oppfølging og bidra til forsvarlige, rasjonelle og hensiktsmessige forhold i helse- og omsorgstjenesten.

Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det [rettmessig å gi opplysningene videre, jf. helsepersonelloven § 23 første ledd nr. 4](#) (lovdata.no). Hensynene og interessene som taler for å sette taushetsplikten til side, må veie vesentlig tyngre enn hensynene som taler for å bevare taushet. Begrunnelsen for å videreformidle informasjon vil være at det skal motvirke risiko for skader av et visst omfang. Bestemmelsens unntak omfatter i hovedsak truende farer eller situasjoner der det er fare for en skadevoldende handling, og vil i utgangspunktet gjelde fare for menneskeliv og helse. I alminnelighet vil de vurderinger helsepersonell må foreta langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner.

[Helsepersonelloven § 31 pålegger helsepersonell en plikt til å varsle politi og brannvesen](#) (lovdata.no) dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. I likhet med § 23 nr. 4 vil det være nødrettsbetraktninger som i hovedsak ligger til grunn for vurderingen av om opplysninger skal videreformidles, eller ikke.

Plikten til å varsle etter § 31 vil inntre i situasjoner der dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på liv og helse, eller for å hindre store materielle skader. I stor grad vil det dreie seg om samme type skadevoldende situasjoner som beskrevet i forhold til § 23 nr. 4.

Retten etter § 23 nr. 4 vil imidlertid inntre noe før plikten til å gi opplysninger foreligger. Det vil stilles større krav til påregnelighet for at den skadevoldende hendelsen er i ferd med å skje, før plikten etter § 31 inntre, selv om det ikke heller etter denne bestemmelsen kan kreves visshet eller sikker kunnskap om at situasjonen kommer til å medføre alvorlig skade på liv og helse, eller store materielle skader. Mer om taushetsplikt kan leses i [rundskrivet til helsepersonelloven \(PDF\)](#) (25). [LENKE]

Rett til innsyn i journal

Pasienten har [rett til innsyn i journalen med bilag, og på forespørsel rett til kopi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 5-1 første ledd](#). Nærmeste pårørende har rett til innsyn i den grad pasienten samtykker. Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til innsyn i journal til pasient under 16 år, men innsyn skal ikke gis dersom barnet av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at foreldrene skal få innsyn.

3

Forebygging av selvmord og selvskading bør skje på ulike arenaer samtidig

3.1

Forebygging av selvskading og selvmord er en viktig del av folkehelsearbeidet

Fordi årsaksforholdene bak selvskading og selvmordsforsøk er sammensatte, bør det iverksettes flere strategier for forebygging. [Forebyggende arbeid bør skje på ulike arenaer samtidig, og innrettes med bakgrunn i universelle, selektive tiltak og indikative tiltak](#) (1).

Når kommunene planlegger sitt tjenestetilbud rettet mot forebygging av selvmord og selvskading, bør dette gjøres med utgangspunkt i kunnskapen om risikofaktorer og beskyttende faktorer.

Kommunen kan utfra dette legge til rette for å iverksette tiltak som understøtter og styrker beskyttelsesfaktorene og begrenser risikofaktorene for selvskading og selvmord i sitt forebyggende arbeid rettet mot hele eller deler av befolkningen.

Forebygging av selvskading og selvmord er en viktig del av folkehelsearbeidet. Befolkningens helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll. Viktige arenaer for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser er derfor utenfor helsetjenestene. I veivisere i lokale folkehelseiltak kan man lese mer om psykisk helse og livskvalitet i lokalt folkehelsearbeid (26). [LENKE] Se også «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse» – en veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (IS-2110) (27).

I denne delen av materialet vil vi ta for oss forebygging av selvskading og selvmordsforsøk gjennom:

- Å skape åpne lokalsamfunn med fokus på aksept og kunnskap om psykisk helse
- Vektlegging av betydningen av psykisk helse i skolen
- Ansvarlig medieomtale
- Fokus på arbeidsplassen som en viktig arena for sosial tilhørighet
- Begrenset tilgang til metoder for å ta selvmord

3.2

Kommunen bør skape åpne lokalsamfunn med fokus på aksept og kunnskap om psykisk helse

Åpenhet er avgjørende for å skape et inkluderende samfunn. Et samfunn som har fokus på aksept, ivaretagelse og det å styrke kunnskap, kan motvirke fordommer, myter og stigma og bryte tabuer. Det påhviler et felles ansvar for å skape et samfunn som legger til rette for åpenhet om det som er vondt og vanskelig i livet. Åpenhet handler om å normalisere psykisk helse. Det finnes flere eksempler på bidrag til større åpenhet rundt selvmord og selvskading:

- Nasjonale og lokale arrangementer i forbindelse med [Verdensdagen for psykisk helse](http://Verdensdagen.for.psykisk.helse.no) (verdensdagen.no), som avholdes 10. oktober, og [Verdensdagen for selvmordsforebygging](http://Verdensdagen.for.selvmondsforebygging.no) (leve.no), som avholdes 10. september, kan bidra til økt åpenhet om psykisk helse og selvmordsforebygging. For lokalsamfunnet er dette en anledning til å sette fokus på disse temaene på sin egen måte, gjennom arrangementer som er tilpasset ulike målgrupper. Markering av disse dagene finner sted årlig.
- Regionale tiltak som for eksempel [«Velg å leve»](#), et samhandlingsprosjekt som har som mål å redusere selvmord og selvmordsforsøk i Stavanger, arrangerer også jevnlig arrangementer og kampanjer.
- Andre eksempler på bidrag til større åpenhet rundt selvmord og selvskading er en nasjonal satsning på forskning og kunnskapsformidling, blant annet gjennom [Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging \(NSSF\)](#), de fem [regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging \(RVTS\)](#) og [Folkehelseinstituttet \(FHI\)](#).

Skape arenaer for tilhørighet og samhold

Frivillige organisasjoner og andre aktører, utover helsetjenesten, er viktige bidrag i det å skape et åpent og inkluderende samfunn. Fritidsaktiviteter, fritidsklubber, kirke og trossamfunn, foreninger, frivillighetssentraler og eldresenter, vil kunne ha en viktig rolle i å legge til rette for tilhørighet. Disse utgjør et viktig supplement til det ordinære tjenesteapparatet.

Sosialt fellesskap, opplevelse av tilhørighet og støtte er viktig for den enkeltes trivsel, mestring og følelse av egenverd. Fellesskapet kan redusere risikoen for ensomhet, isolasjon, psykiske og sosiale problemer. Tilhørighet er viktig for å føle at man har en funksjon og bidrar aktivt i samfunnet. I følge WHO (2004) kan god selvfølelse, sosial tilhørighet, sosial støtte, gode nære relasjoner og religiøs tilhørighet være viktige beskyttende faktorer mot selvmordsatferd (11).

Sosial isolasjon og ensomhet er knyttet til økt risiko for selvskading og selvmordsforsøk. Ved å etablere og understøtte utvikling av et variert foreningsliv og fritidstilbud/møteplasser kan kommunen legge til rette for opplevelsen av tilhørighet og fellesskap. Dette kan forebygge selvskading og selvmordsforsøk.

Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre, funksjonshemmede og andre som har behov for det. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ikke bare yte helsetjenester i tradisjonell forstand. Den skal også fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling, forebygge sosiale problemer, samt sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (15). Velferds- og aktivitetstiltak er svært viktige tilbud og supplement til kommunens helse- og omsorgstilbud.

Kommunen bør tilrettelegge for felles møteplasser og arenaer der man kan delta ut fra egne forutsetninger, alder og behov. Brukerne må involveres og være delaktige i utformingen av tilbudet.

Kommunen, foreninger og befolkningen kan utfra en samlet kunnskap i fellesskap kartlegge behovet blant kommunens innbyggere, og samarbeide om utvikling av et bredt tilbud som kan favne ulike interesser og behov. Tilbudene kan med dette understøtte hverandre.

Selv om kommunen skaper fysiske arenaer for deltakelse, vil enkelte ha problemer med å benytte disse. Dette vil for eksempel kunne gjelde eldre eller andre grupper med begrenset fysisk mobilitet, eller personer med sosial angst. Velferdsteknologiske løsninger eller opplæring i bruk av digitale medier, eksempelvis Skype, kan gi en opplevelse av tilhørighet og redusere risikoen for ensomhet og psykiske og sosiale problemer.

3.3

Betydningen av psykisk helse i skolen

Skolen er et sted der barn og unge tilbringer mange timer i hverdagen. Læreren er et fast kontaktpunkt og en sentral aktør for å fremme barn og unges psykiske helse og trivsel, og til å fange opp elever med vanskelig livssituasjon, endret adferd eller debuterende psykiske helseproblemer. Dette omfatter også selvsykdom og selvmordsatferd.

Utdanningsdirektoratet har utarbeidet en egen side som omhandler [forebygging av selvsykdom og selvmord på sine nettsider](#). Der anbefaler de at skolene jobber tverrfaglig sammen med andre fagfelt og sektorer om disse temaene, og viser til ressurser skolen kan bruke i det forebyggende arbeidet og i beredskapsarbeidet.

For at utsatte barn og unge skal få den hjelpen de trenger, må utfordringer og hjelpebehov avdekkes på et så tidlig tidspunkt som mulig. Helsepersonell ved helsestasjon og skolehelsetjenesten og lærerne i skolen må ha tilstrekkelig kunnskap om hvor de skal henvende seg for å melde fra, og/eller få hjelp til å følge opp barn/ungdom som utsetter seg selv for selvsykdom eller viser selvmordsatferd.

Sikre et læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og læring

Alle elever har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremme et godt psykososialt miljø, der den enkelte elev kan oppleve trygghet og sosial tilhørighet. Ansvaret innebærer at skolen må sikre et læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og læring, og som forebygger sykdom, lidelse og problemer.

Barn og unges opplevelse av mestring, tilhørighet og læring styrker selvtilliten og den psykiske helsen. Skolen skal bidra til at elevene utvikler kunnskap, ferdigheter og holdninger for å kunne mestre livene sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet.

Samarbeid mellom skole, helsestasjon og skolehelsetjeneste og hjem for å gi barn og unge hjelp i rett tid

Foreldrene/foresatte er barnets viktigste ressurser og omsorgspersoner, og de nærmeste til å hjelpe når barnet eller ungdommen sliter. Samarbeid med foreldre/foresatte om barnets beste er derfor helt grunnleggende og avgjørende.

Mange elever oppsøker skolehelsetjenesten på grunn av ulike utfordringer og problemer. Aktivt samarbeid mellom hjem og skole er av stor betydning for arbeidet med å fremme god psykisk helse hos eleven (28) og for å bidra til å gi barn og unge rett hjelp til rett tid.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en arena for oppfølging både på individ og samfunnsnivå. Tjenestenes innretning gir store muligheter for å kunne fremme, forebygge og oppdage barn og ungdom med psykiske vansker og lidelser, selvskading og/ eller selvmordstanker, som har behov for hjelp. Regelmessige møter med elevene, undervisning i klasser og grupper og individuelle konsultasjoner ved 1. og 8. trinn eller drop-in, gir tjenesten er mulighet til å oppdage selvskading og de som har selvmordstanker. Undersøkelser som for eksempel vaksinerings gir mulighet til å oppdage selvskading på huden.

Det er sentralt for helsestasjons- og skolehelsetjenesten å ha et systematisk samarbeid med skolen for å bidra til å sikre koordinerte tiltak som fremmer et god psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elever.

I samarbeid med foreldre kan skole, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etablere kontakt med andre tjenester i kommunen som kan bistå i oppfølging av eleven. God samhandling med de øvrige kommunale tjenestene, spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle aktører vil kunne bidra til at barn og ungdom sikres et helhetlig tilbud (8).

Gjennom dette kan eleven få tidlig hjelp i forhold til eksempelvis mobbing, psykiske problemer og familieproblemer, og det kan iverksettes rask oppfølging for å hindre at problemene vedvarer eller eskalerer (8).

Psykisk helse som tema i skolehverdagen

Psykisk helse er et tema som kan løftes inn tematisk i skolehverdagen på ulike måter. Det kan blant annet gjøres ved at barn/ unge får informasjon om hvem de kan henvende seg til om de har det vanskelig, for eksempel kontaktlærer og/eller helsesøster. Det å jobbe systematisk og innlemme psykisk helse som en del av skolehverdagen og i undervisningen, kan bidra til å gi elevene ferdigheter i å mestre utfordringer knyttet til identitet, selvbilde og samhandling med andre, samt sette fokus på viktigheten av egen psykisk helse.

Det er avgjørende at skolene jobber systematisk og har en aktiv rolle for å hjelpe elever med psykiske vansker. Det innebærer blant annet å:

- bygge trygge og inkluderende fellesskap rundt barna
- tilpasse lek og læringsaktiviteter til barnets forutsetninger og behov
- ha et internt system for å drøfte og finne løsninger på utfordringer i fellesskap
- følge opp for å vurdere om løsningene virker og eventuelt gjennomføre forbedringer

Ledelsen har her et spesielt ansvar for å følge opp barn som har det vanskelig og involvere barn og de foresatte, og gjennom medvirkning belyse utfordringene og finne gode løsninger og gjennomføre disse (29).

Helsedirektoratet har på sine nettsider «Psykisk helse i skolen», lagt ut råd, anbefalinger og verktøy for å bekjempe mobbing og legge til rette for et godt psykososialt læringsmiljø på skolen.

Viktig å lære barn og unge om psykisk helse

Formålet med forebyggende skolebaserte programmer er å lære barn og unge om psykisk helse, til å snakke om følelsesmessige, sosiale og familiære problemer og få gode holdninger til å søke og ta i mot hjelp når det er nødvendig. Det er også et mål at de skal få økte ferdigheter i å mestre og regulere følelser, samt benytte ferdighetene til å løse følelsesmessige problemer.

Programmer som har vist seg å forebygge selvmordsatferd, består av undervisning omkring psykisk helse og mestring generelt, ikke selvmordsatferd spesielt. Særlig universelle programmer rettet mot all skoleungdom har vist seg å oppnå gode resultater.

Økt fokus på psykisk helse i skolen kan også øke sannsynligheten for at flere ungdom vil bli motivert til å søke råd og hjelp lokalt.

Temaet «Folkehelse og livsmestring» skal være et gjennomgående tema til vurdering i det pågående arbeidet med fornying av fag og ny generell del av læreplan i grunnskolen. Temaet folkehelse og livsmestring kan bidra til at elevene utvikler kompetanse som fremmer elevenes psykiske og fysiske helse og gir dem mulighet til å ta ansvarlige livsvalg, oppleve god livskvalitet og håndtere ulike utfordringer i livet.

Mobbing i skolen

Om lag 50 000 barn og unge i grunnskole og videregående skole utsettes for mobbing regelmessig (30).

Det å bli utsatt for mobbing er en stor psykososial belastning, og utgjør en betydelig risiko for til dels alvorlige psykiske helseproblemer som angst og depresjon, symptomer på posttraumatisk stress, selvskading, selvmordstanker og selvmordsforsøk. Det å redusere og stoppe mobbing er et sentralt mål, og kommunenes ulike aktører har en viktig rolle her.

Faktorer som kan redusere risikoen for negative konsekvenser av mobbing, er blant annet gode familierelasjoner og sosial støtte fra jevnaldrende. Et godt klasse- og skolemiljø og gode relasjoner til skolens personale er også viktig for å minske konsekvensene av mobbing. Det må også legges til rette for et godt samarbeid mellom skole og hjem (31). Se også [Utdanningsdirektoratets side Nullmobbing.no](#).

Det er skolens ansvar etter § 9a i opplæringslova å sørge for at eleven har et godt og trygt skolemiljø. Skolen har en viktig rolle i oppfølgingen av elever som har vært utsatt for mobbing. I oppfølgingsarbeidet er det viktig å ta eleven på alvor. Det er ikke nok at mobbing opphører, dersom eleven fortsatt sliter med ettervirkninger.

Skolen må formidle kontakt med helse- og omsorgstjenestene for dem som trenger mer hjelp enn det skolen kan tilby, og det er behov for en tydelig ansvarsfordeling mellom relevante aktører i oppfølgingsarbeidet (32). Helsetjenesten har ansvar for oppfølging av elever som blir utsatt for mobbing. Det finnes kompetansemiljøer som har kunnskap om mobbing og senskader på grunn av mobbing. Dette er for eksempel (RKBU/ RBUP, [RVTS](#) og [Læringsmiljøsenet](#)).

Dersom elevene mener de ikke får ivaretatt sine rettigheter, kan de selv, eller foreldrene, be skolen rette opp mulig brudd på loven.

3.4

Ansvarlig medieomtale og økt bruk av sosiale medier

Mediene kan ha en viktig rolle i å bidra til åpenhet rundt selvsykdom og selvmord. Noen former for medieomtale av selvsykdom, selvmord og selvmordsforsøk kan samtidig bidra til smitte og økt forekomst av selvsykdom, selvmord og selvmordsforsøk i befolkningen.

Det at sosiale medier har bidratt til å øke tilgangen til informasjon om selvsykdom og selvmord, er både positivt og negativt. Mange vil kunne få informasjon om hvor de kan få hjelp. Mediene kan ha innflytelse på atferd og holdninger, og kan bidra til større åpenhet.

For sårbare personer kan økt informasjonstilgang gjøre at de gjøres kjent med metoder for selvsykdom og selvmord. [#chatsafe](#) er en veiledning for ungdom om å kommunisere trygt om selvmord på nett. Veiledningen gir også praktisk bistand til foreldre, lærere og andre som har kontakt med ungdom. Veiledningen er utviklet av Orygen i et samarbeid mellom fagpersoner innen selvmordsforebygging, kommunikasjon og ungdom. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging har samarbeidet med Orygen om å oversette og tilpasset veiledningen til norske forhold. «NSSF samarbeider med @psyktærlig og flere i arbeidet med å gjøre veilederen kjent, bl.a. via [Instagram – chatsafe.no](#). Les om [ressurser for ungdom om trygg kommunikasjon på nett \(uio.no\)](#).

Nøktern og informativ omtale av selvmord og selvsykdom kan avlive myter, synliggjøre selvmord som et samfunnsproblem og redusere stigma. Medier kan gjennom dette bidra til god informasjon og redusere rykter og historier etter et selvmord.

Ansvarlig medieomtale kan gi befolkningen økt kunnskap om selvsykdom og selvmord og bidra til at personer søker hjelp. En naturlig rolle for en kommune og de som jobber der vil være å henvise til pressens «Vær varsom plakat» og WHO's veileder for medieomtale. Dette for å forsøke å unngå smitte av selvsykdom, selvmordsforsøk eller selvmord etter uheldige presseoppslag.

Pressens faglige organisasjoner har over tid samarbeidet med kompetansemiljøene for å bidra til ansvarlig omtale av selvmord og selvsykdom i norsk massemedia. I pressens «Vær varsom-plakat» er et eget punkt (4.9) forbeholdt selvmordsomtale. [Norsk Presseforbund har utarbeidet en egen «Veileder for omtale av selvmord» \(PDF\)](#) (33) i mediene.

Verdens Helseorganisasjon har i samarbeid med International Association for Suicide Prevention utarbeidet råd til mediene om selvmordsomtale i [«Hvordan forebygge selvmord – en veileder for mediefolk» \(uio.no, PDF\)](#) (34).

Sosiale medier gir også økt tilgang til informasjon

Sosiale medier gir også økt tilgang til informasjon om enkeltindivider på godt og ondt. Trakassering på nett, samt spredning av bilder og sensitiv informasjon er en del av hverdagen for mange unge. Dersom ikke ressurspersoner som foreldre, lærere, helsesøstre, psykologer og fastleger har innsikt i denne problematikken, eller kunnskap om eksisterende hjelpetiltak, blir det vanskelig å bistå barn og unge som trenger hjelp.

En nyttig internettside kan være [Redd Barna sin side om nettvett \(reddbarna.no\)](#). I tillegg kan [nettsiden Slett meg](#) (slettmeg.no) være nyttig.

De fleste opplever at det å være i arbeid bidrar til god psykisk helse. Positive faktorer som ofte fremheves er sikring av personlig økonomi, trivsel, opplevelse av å være nyttig, et positivt selvbilde, sosialt fellesskap og struktur i hverdagen. Mye fravær i arbeidslivet skyldes angst, milde og moderate depresjoner. Å være borte fra arbeidsplassen over lengre tid eller stå utenfor arbeidslivet, kan hos mange forverre de psykiske problemene.

I et godt arbeidsmiljø kan både kollegaer og ledere tidlig fange opp ansatte som strever. Åpenhet gir mulighet til å bistå ansatte på en bedre måte, eksempelvis gjennom tilrettelegging av arbeidsoppgaver.

Kombinere behandling og arbeidstiltak

For mange er det ofte bedre å jobbe noe, enn å være fullt sykmeldt. Dette fordi kontakten med arbeidsplassen opprettholdes, og det er mulig å kombinerebehandling og arbeidstiltak.

Flere steder i landet er det et nært samarbeid mellom NAV og helsetjenesten, der oppfølging på arbeidsplass og behandlingstiltak kombineres. Individuell jobbstøtte (IPS) [LENKE] er ett slikt eksempel, der jobbspesialister fra NAV er integrert i behandlingsteam i primærhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten og bistår personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer til en ordinær ansettelse.

Tilbud som Rask psykisk helsehjelp i kommunen bidrar også til å få personer tilbake i arbeid.

3.6

Begrenset tilgang til metoder for å ta selvmord

Impulsen til å utføre selvmordshandlinger kan være kortvarig. Forskning har vist at reduksjon i tilgang til metoder for å ta selvmord kan være effektive tiltak for forebygging (35).

Aktive sikringstiltak kan bidra til å forebygge og forhindre selvmordsforsøk. De ansvarlige for planlegging og utbygging av fellesarealer i kommunen bør ha kunnskap om dette.

Ved å være bevisst på hvordan broer, høye bygninger og lignende konstrueres og utformes, kan man gjennom aktive sikringstiltak bidra til å forebygge og forhindre selvmordsforsøk. Steder som er spesielt foretrukne som åsted for selvmord kan utrustes med hindringer. Dette gjelder for eksempel sikring av broer som ofte har vært benyttet i selvmordsforsøk.

Trinnvis veiledning ved selvskading og selvmordsatferd som ikke tidligere er kartlagt

Denne delen av materialet er en trinnvis veiledning til et forløp for mennesker som skader seg selv og/eller har selvmordsatferd, som ikke tidligere er kartlagt av helsetjenesten.

4.1

Identifiser

Kartleggende samtale

En kartleggende samtale kan i seg selv bidra til å forbygge selvmord.

Det er ingen indikasjon på at det å spørre øker sannsynligheten for selvskading og/eller selvmordsatferd. Kartleggingssamtalen bør ha som mål å engasjere vedkommende i videre samarbeid rundt egen situasjon.

Sentrale risikofaktorer

Noen personer vil ikke være åpne om selvskading eller selvmordsatferd selv om de blir spurt, eller vil av ulike årsaker ikke være i stand til å svare på dine spørsmål. Da blir indikatorer for selvmordsatferd særlig viktige markører.

Depresjon, angst, rusmiddelbruk, enkelte personlighetsforstyrrelser og andre psykiske plager er sentrale risikofaktorer. Det samme gjelder store livsbelastninger, slik som tap av nærstående, tap av arbeid eller andre dramatiske hendelser.

Nødvendig og helhetlig hjelp

Personen må gis nødvendig og helhetlig hjelp for å håndtere den vanskelige situasjonen. Ofte er det nødvendig med behandling for psykiske helseproblemer.

For noen er selvskading og/ eller selvmordsatferd et tidsavgrenset problem, for eksempel knyttet til en krise eller depressiv episode. Hos andre er det en langvarig og tilbakevendende problematikk.

Når selvmordsrisikoen er forhøyet over lengre tid, det vil si ved kronisk suicidalitet, vil dette medføre økte krav til langsiktig planlegging, samt allianse og samarbeid med ulike instanser for å endre et selvdestruktivt atferdsmønster.

Når bør man spørre om selvskading og selvmordsatferd?

Selvmordsatferd bør ved indikasjon kartlegges hos personer som har behov for psykiske helsetjenester, både ved første kontakt og ved forverring av den psykiske helsetilstanden.

- Ved mistanke om at personen har selvmordstanker, skader seg selv eller har gjort selvmordsforsøk, for eksempel hvis vedkommende kommer med utsagn i retning av at han eller hun «ikke orker mer», det observeres arr etter selvskading eller lignende.
- Der personen har kaotiske tanker, kjærlighetssorg, fremstår triste. Det bør her være en lav terskel for å spørre.
- Hvis personen har opplevd sterk belastning enten akutt eller over lengre tid.
- Hvis det er kjent at personen har opplevd vold, overgrep eller andre potensielt traumatiserende hendelser.
- Hvis personen har endret atferd, for eksempel viser tegn til tilbaketrekning (fra venner, familie og samfunn), humørsvingninger, likegladhet, sterk angst, sinne eller agitasjon.

Kommunikasjon

- Vær vennlig og respektfull.
- Bruk et klart og tydelig språk tilpasset alder, kultur og språkkunnskap.
- Bruk kvalifisert tolk hvis personen har begrensede norskkunnskaper.
- Gi informasjon på en slik måte at personen forstår.
- Få bekreftet at personen har forstått informasjonen som ble gitt.
- Vær lyttende.
- Legg til rette for at personen får nok tid til selv å kunne sette ord på sine plager og fortelle om sin situasjon.
- Sørg for at samtalen bidrar til at man får kartlagt det som er nødvendig for å kunne tilby adekvat oppfølging.
- Spør etter personens egen forståelse av plagene.
- Bekreft alvoret, samtidig som det brukes en tilnærming som kommuniserer håp.

Omsorg for personer med selvmordsatferd og andre berørte

- Vis omsorg og respekt.
- Behandle alle med verdighet og med utgangspunkt i selvbestemmelsesretten.
- Vær sensitiv med hensyn til det emosjonelle stresset som foreligger hos pasienten.
- Skap trygghet for at taushetsplikten vil bli overholdt. Orienter om de unntak som finnes.
- Bekreft de underliggende følelsene bak selvmordstankene, selvskadingen eller selvmordsforsøket, samtidig som det ikke gis støtte for at selvskading eller selvmord er en løsning.
- Bidra til å redusere den følelsesmessige smerten.
- Bistå personen i å gjenvinne evnen/få ferdigheter til å komme seg gjennom kriser og på sikt løse sine problemer.
- Inkluder pårørende/omsorgspersoner i kartlegging og oppfølging dersom personen selv ønsker deres støtte.
- Avklar med pasienten hvordan pårørende bør involveres og hvilke opplysninger som vedkommende ønsker at pårørende skal vite/ikke vite.
- Informer om støtte og hjelp pårørende kan få.
- Sørg for ivaretagelse av barn som pårørende.
- Bidra til kontinuitet og koordinering i videre oppfølging.

Motivere til oppfølging

- Motiver personen til å delta i en undersøkende samtale.
- Motiver personen til å ta i mot et helhetlig hjelpetilbud.
- Motiver til pårørendeinvolvering eller involvering av annet nettverk personen har.

Tiltakene baseres på frivillighet. I unntakstilfeller er det aktuelt med tvunget psykisk helsevern.

Motivasjonsarbeid

Det kan være motiverende i seg selv at en blir tatt på alvor og bli møtt på en empatisk ikke-dømmende måte og samtidig få hjelp til å fokusere på mål og ønsker om bedring når en krise oppstår.

Det å oppleve å få hjelp til mestring der og da, mobilisere mestringsmåter og oppleve at situasjonen kan virke mer overkommelig, kan være svært motiverende.

Det kan stilles følgende spørsmål:

- Hva gjør at du oppsøker meg?
- Hva er det som er vanskelig akkurat nå?
- Hva kunne du ønske å få ut av samtalen? Hva trenger du hjelp til?
- Få personens mål eller håp om bedring og hva dette innebærer helt spesifikt.

Ha fokus på følgende:

- Vis til at det å snakke om det som er utfordrende er et første skritt for å ta imot hjelp.
- Signaliser at du som hjelper kan forstå det vanskelige i situasjonen, men at du vil bistå med hjelp til å få det bedre.
- Trygg personen på at det finnes behandling som kan hjelpe. Vær samtidig ærlig på at behandling kan være krevende og ta tid.

4.2

Kartlegg

Kartlegging skal gjøres av personer som har fått tilstrekkelig opplæring i det å avdekke og kartlegge selvmordsrisiko. Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å spørre konkret om selvmordstanker, planer og tidligere selvmordsforsøk. Kartleggingen skal baseres på aktuell psykisk tilstand og kunnskap om kjente risikofaktorer for selvskading og selvmord (57).

En kartlegging bygger ikke bare på samtalen med personen, men også på observasjoner av personens atferd. Kartleggingen har til hensikt å avdekke faktorer som bidrar til å øke selvmordsrisiko, slik som for eksempel opplevd tap, rusmiddelbruk eller psykisk lidelse.

Hva har skjedd?

Dersom det i samtalen med personen avdekkes selvskading, selvmordstanker eller selvmordsforsøk, må personens livssituasjon kartlegges. Hovedregelen er at kartleggingen må baseres på pasientens frivillige samtykke.

Man bør samtale med personen om hendelser eller omstendigheter som kan ha utløst et ønske om å skade seg eller å dø. Dette kan for eksempel være relatert til tapsopplevelse, traumeerfaring, psykiske plager, personlige nederlag eller annet. I samtalen er følgende punkter sentrale:

- Selvmordstankene og/eller selvmordsatferden gir mening for personen selv.

- Selvmordstankene og/eller selvmordsatferden fremstår for personen som en løsning.
- Personen har det vondt. Atferden fremstår som et forsøk på å minske den psykiske smerten.

Det kan innledes til samtale rundt situasjonen ved å stille enkle spørsmål som:

- Hva har skjedd som gjør at du tenker på å dø nå?
- Vet du selv hvorfor disse tankene har kommet nå?

Det er viktig å lytte, og gi personen mulighet til å fortelle, før du går over til å diskutere løsninger på de aktuelle problemene.

Hvordan er personens tilstand?

I tillegg til kartlegging av livssituasjonen, må også personens tilstand kartlegges.

Klarer personen å føre en samtale? Er personen for eksempel:

- urolig
- apatisk
- synlig nedstemt
- mentalt fraværende
- engstelig
- forvirret
- påvirket av rusmidler
- voldelig

Disse observasjonene brukes i kartleggingen av selvmordsrisiko.

Spør direkte om selvmordstanker, planer og tidligere forsøk

Aktuelle spørsmål kan for eksempel være:

- Har du tanker om å ta livet ditt?
- Har du hatt slike tanker ofte den siste tiden?
- Er tankene der hele tiden?
- Har du stemmer i hodet som ikke er din egen? Hva sier stemmene konkret?
- Har du tenkt på hvilken måte du kan ta livet ditt?
- Har du tilgang til (metoden) nå?

Målet med kartleggingen er å vurdere om selvmordsrisiko kan være tilstede i en slik grad at personen bør vurderes av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse i vurdering. Dette kan være psykolog i kommunen, fastlege eller ved å henvise til vurdering i spesialisthelsetjenesten.

Videre oppfølging etter kartleggingen

Hvis kartleggingen avdekker at personen er i selvmordsrisiko, bør dette følges opp gjennom en konkret avtale uten unødvendig opphold med helsepersonell i kommunens helse- og omsorgstjeneste eller spesialisthelsetjenesten som er kvalifisert for en grundig vurdering av selvmordsrisiko. Pasienten bør motiveres til å samtykke til dette.

En slik vurdering av selvmordsrisiko innebærer å vurdere aktuell psykisk helsesituasjon hos personen sett i sammenheng med risikofaktorer for selvmord, og bør også føre til en beslutning om iverksettelse av eventuelle behandlingstiltak.

Selvskading

Hvis personen har skadet seg selv, bør omfanget av egenskaden kartlegges for å kunne avgjøre om personen bør henvises videre. Det bør kartlegges hvor etablert atferdsmønsteret med selvskading er. [Demonstrasjonsfilm om kartlegging av selvskading \(uio.no\)](#).

Det bør også innhentes informasjon om alvorlighetsgrad (vil ofte naturlig måtte avdekkes ved første møte), for eksempel:

- Hvor dypt har personen kuttet seg?
- Hvor mange tabletter har vedkommende inntatt?
- Behovet for snarlig tilsyn av lege eller innleggelse i sykehus

Hvis situasjonen ikke vurderes å være akutt, bør den videre kartleggingen få tak i hvordan personen skader seg, hvor lenge det har pågått, hvor ofte det skjer, selvskadingens funksjon og selvskadingens intensjon (ønske om å dø eller ikke).

Aktuelle spørsmål kan være:

- Hvordan skader du deg selv?
- Hvor dypt kutter du deg?
- Kutter du noen ganger mer eller dypere enn du hadde tenkt på forhånd? (eventuelt inntar flere tabletter, slår deg selv mer og hardere)
- Har du skadet deg selv eller gjort selvmordsforsøk tidligere?
- Når skadet du deg første gang?
- Hvor ofte skader du deg?
- Var det noe spesielt som hadde skjedd som gjorde at du skadet deg første gang?
- Hva tror du kan ha utløst at du skadet deg?
- Hva ville du oppnå med å skade deg?
- Hvilke tanker, følelser og kroppsensasjoner trigger trangen til å skade seg?
- Hvordan føler du deg før du skader deg?
- Hvordan føler du deg rett etterpå?
- Hindrer det å skade seg vonde følelser?
- Ønsker du å dø av skaden? Hvorfor?

4.3

Avgjør

Observasjonene av personens tilstand, og personens svar på de kartleggende spørsmålene, utgjør et samlet grunnlag for å vurdere om det foreligger psykiske helseproblemer, selvskading eller selvmordsrisiko av en slik alvorlighetsgrad at personen bør henvises videre.

Som hovedregel gjelder at kommunal helse- og omsorgstjeneste har ansvar for å avdekke og henvise videre ved:

- Mistanke om alvorlige psykisk lidelse, det vil si for eksempel moderat til alvorlig depresjon, angstlidelse som hemmer personens funksjonsnivå, psykose, traumelidelser, spiseforstyrrelser eller nevropsykiatriske forstyrrelser.
- Alvorlig selvmordsrisiko. Spesielt i tilfeller hvor denne er assosiert med mistanke om psykisk lidelse, i motsetning til tilfeller hvor denne kan knyttes for eksempel til en akutt krisereaksjon, og personen da vil kunne ivaretas av eventuelt kriseteam eller fastlege i kommunen.
- Vedvarende og alvorlig selvskading, det vil si at atferdsmønsteret har vart over tid, skjer relativt hyppig, utgjør en mestringsmåte med en følelsesregulerende funksjon og/eller er assosiert med mistanke om psykisk lidelse eller selvmordsrisiko. Dette i motsetning til tilfeller der personen har skadet seg i forbindelse med en aktuell krise som han eller hun kan få videre hjelp til å håndtere i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Tilrettelegging av tilbud må ta utgangspunkt i den enkeltes behov og bygge på tverrfaglig samarbeid

Det kan i noen tilfeller være vanskelig å avgjøre om personens problematikk er av en slik alvorlighetsgrad at personen bør henvises videre til spesialisthelsetjenesten. På den ene siden kan man bli sittende for lenge med alvorlig problematikk som burde vært avdekket og henvist videre tidligere. På den andre siden kan man i for stor grad henvise videre problematikk som kunne vært håndtert på kommunalt nivå.

I enkelte tilfeller kan personen selv være motvillig til å bli henvist videre. Dette kan for eksempel skyldes at vedkommende har mer tillit til fagperson i kommunen. Kulturforskjeller og/eller tabuer knyttet til det å ha psykiske helseplager kan også medføre at man ikke ønsker å bli videre henvist.

Det er viktig med lav terskel for drøfting med kollegaer. Fagperson med diagnostisk kompetanse og henvisningsrett, som psykolog eller fastlege, er sentrale drøftingspartnere.

[Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor kommunale tjenester \(jf. lov om spesialisthelsetjenesten %C2%A7 6-3\) \(lovdata.no\)](#) og er en naturlig drøftings- og samarbeidspartpartner, f. eks kan ambulant akutt-team ved DPS konsulteres.

Der det er vanskelig å avgjøre grad av alvorlighet bør et føre var-prinsipp gjelde, og vedkommende må henvises til spesialisthelsetjenesten for en forsvarlig undersøkelse.

4.4

Intervener

Tilbud i kommunes helse- og omsorgstjeneste

Tilby kortvarig psykososial oppfølging dersom det ikke vurderes som nødvendig å henvise til spesialisthelsetjenesten, eller i påvente av oppfølging fra spesialisthelsetjeneste.

Kortvarig psykososial oppfølging

Kartlegg selvmordstanker, og eventuelt nye episoder med selvskading eller selvmordsforsøk ved hver kontakt, men ikke gjør dette til hovedfokus i samtalen. Fokus bør være å hjelpe personen med underliggende problemer.

Vektlegg brukerens / pasientens følelser, og det å bekrefte disse. For eksempel: «Er det slik at du føler deg overveldet av det som skjedde, og at det var derfor du skadet deg?» «Det er vondt å kjenne seg overveldet».

Bistå personen med aktiv problemløsning:

- Kan noe gjøres for å endre utløsende hendelse(r)? For eksempel tiltak ved mobbing, involvering av andre instanser som familievern, barnevern eller lignende? Kan personen selv oppmuntres til å ta tak i dette, eller bør du som hjelper bistå?
- Forsøk å bryte store problemer ned i mindre deler, om man ikke kan gjøre noe med hele problemet på en gang. Kan noe gjøres slik at situasjonen føles litt mer overkommelig? Hva kan du som fagperson bistå med?

Parallelt med problemløsningen bør det fokuseres på mestringsstrategier som kan hjelpe personen å holde ut den følelsesmessige smerten.

- Spør: Hva kan hjelpe deg til å holde ut smerten du føler nå?
- Spør: Hva kan gjøre smerten litt mer overkommelig?
- Foreslå mestringsstrategier personen kan bruke, bruk eventuelt kriseplan/sikkerhetsplan (se kriseplan/sikkerhetsplan under).
- Samarbeid med personens nettverk dersom det gis samtykke til dette.
- Involver eventuelt nettverk i kriseplan/sikkerhetsplan.
- Samarbeid med andre tjenester og instanser i kommunen som eksempelvis lege, psykisk helse- og rustjeneste, helsestasjon – og skolehelsetjenesten ved behov.

Sikre tilgjengelig tilbud

- Helsepersonell skal tilpasse tjenestene utfra brukerens behov og sikre tettere oppfølging der behovene tilsier dette.
- Brukeren må alltid vite hvor man kan få hjelp hvis tjenestene man vanligvis bruker ikke er tilgjengelige. Legevakten kan være et alternativ.
- Helsepersonell må hele tiden bidra til å redusere selvmordsrisiko.
- Kartlegg, og fjern om mulig, tilgang til metode.

Dersom det vurderes at intervensjonen ikke fører fram etter rimelig tid, og at selvmordsatferd og/eller psykisk helsetilstand forverres, bør det på nytt vurderes om det er behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten.

Utarbeidelse av kriseplan/sikkerhetsplan

Utarbeidelse av kriseplan/ sikkerhetsplan er aktuelt for personer som skader seg selv og/eller står i fare for å ta eget liv. Kriseplan kan inngå som en del av en individuell plan eller en behandlingsplan.

[Denne filmen viser hvordan helsepersonell og pasient i samarbeid kan lage en kriseplan/sikkerhetsplan \(uio.no\).](#)

En kriseplan/ sikkerhetsplan bør inneholde informasjon om tidlige tegn på krise hos pasienten, og konkrete opplysninger om hvem som kan kontaktes i hjelpetjenestene når tegn eller symptomer er under utvikling.

En kriseplan/ sikkerhetsplan kan hjelpe personen til å være oppmerksom på de viktigste faktorene som kan øke risikoen for selvmordsatferd, og bistå personen til å iverksette tiltak ved hjelp av egne krefter (indre mestringsressurser).

Utarbeidelse av kriseplan/ sikkerhetsplan er et verktøy for brukermedvirkning og krever et nært samarbeid mellom personen og behandler, eventuelle familiemedlemmer eller andre. Planen kan inneholde viktig informasjon om hvordan brukeren ønsker å bli møtt, og hva som er virksom hjelp og behandling ved en akutt krise.

Å utarbeide kriseplan/sikkerhetsplan bør være første intervensjon

Kriseplan/ sikkerhetsplan bør være den første intervensjonen overfor en person som er i selvmordsrisiko. Planen bør bidra til at bruker/ pasient tar kontakt med behandler eller andre krisetjenester i hjelpeapparatet som er tilgjengelige. Kriseplan/ sikkerhetsplan bør omtale kontaktinformasjon til tjenester og personer i den enkeltes nettverk, og bør angi hvem som bør involveres når en krise oppstår og når og på hvilken måte dette skal skje.

En kriseplan/sikkerhetsplan kan for eksempel:

- Angi faresignaler personen bør være oppmerksom på som omhandler tanker, følelser og atferd.
- Angi en trinnvis liste over mestringsstrategier og ressurser som kan brukes ved økende selvmordstanker / krise. Dette kan omfatte hva personen selv kan gjøre, hjelp fra familie/venner/nettverk og hvor personen kan søke hjelp.
- Hjelp personen med økt kontroll over suicidale impulser og tanker.

Ulike maler for kriseplan/sikkerhetsplan

Det er utarbeidet ulike maler for kriseplan/ sikkerhetsplan. Sørlandet sykehus og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har laget en [mobil-app for personlig kriseplan som heter «Min Plan» \(helsebiblioteket.no\)](#). I denne appen kan bruker/pasient selv legge inn opplysninger som: faresignaler, strategier og løsninger, samt nettverk.

Pasienter som allerede er under behandling i spesialisthelsetjenesten bør ha utarbeidet kriseplan/ sikkerhetsplan i samarbeid med sin behandler som det kan tas utgangspunkt i.

Faresignaler som indikerer bruk av kriseplan/sikkerhetsplan

Eksempler på tanker, følelser og atferd som indikerer at personen trenger å benytte kriseplan/sikkerhetsplan.

Tanker

- Jeg tar livet av meg.
- Jeg er ikke noe verdt.
- Jeg holder ikke ut å være meg.
- Jeg orker ikke å ha det slik.
- Det kommer aldri til å bli noe bedre.
- Livet har ingen mening.

Humør:

- Føler meg deprimert.
- Føler meg irritert.
- Føler meg utmattet og apatisk.

Atferd:

- Kommer meg ikke ut av senga.
- Fungerer ikke.
- Er impulsiv.

Iverksett indre mestringsstrategier

Spørsmål personellet kan stille personen:

- Hva kan du gjøre selv, hvis du får selvmordstanker, for å unngå å handle på disse tankene?

Eksempler på tiltak er:

- Lytte til musikk, gå en tur, se på TV, ta en dusj, lese et blad, etc.

Iverksett ytre mestringsstrategier

Spørsmål man kan stille personen:

- Hvem kan hjelpe deg hvis du får selvmordstanker?

Identifiser noen nøkkelpersoner (helst mer enn en). Hensikten er:

- Få hjelp til å komme på andre tanker og få sosial støtte.
- Få anledning til å snakke om de vanskelige følelsene og selvmordstankene.

Identifiser profesjonelle hjelpere med navn og kontaktinformasjon. Dette kan være fastlege, psykisk helse- og rustjeneste, legevakt, spesialisthelsetjenestens øyeblikkelig hjelp tilbud, psykososialt kriseteam, eventuelt ACT-team, FACT – team og øvrige tjenestetilbud.

Døgnåpne krisetjenester som for eksempel Kirkens SOS og Mental Helses hjelpetelefon vil også kunne være viktige tilbud.

4.5

Nødvendig henvisning til spesialisthelsetjenesten der pasientens behov tilsier det

Det er viktig å sørge for nødvendig henvisning til spesialisthelsetjenesten der pasientens behov tilsier det. Dersom den som følger opp pasient/ brukeren ikke har diagnostisk kompetanse og henvisningsrett, må det sørges for at fagperson med slik kompetanse (for eksempel fastlege eller psykolog i kommunen) vurderer og henviser personen.

Personer med langvarig og vedvarende selvmordsrisiko skal som oftest behandles i spesialisthelsetjenesten, slik det er beskrevet i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (5).

Forsvarlig henvisning

Forsvarlighetskravet er førende for enhver pasientkontakt. Ansvar for forsvarlig tjenesteutøvelse ligger både på virksomhet, leder og det enkelte helsepersonell. Ansvar nedfelt i lov-, avtale- og planverk, sammenholdt med avklart oppgavefordeling i samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten, er med på å gi føringer for når henvisning skal skje.

Den formelle oppgave- og ansvarsdelingen mellom tjenestenivåene må ikke benyttes så standardisert at den enkelte pasient ikke undergis en konkret og individuell vurdering av hva som er forsvarlig behandling og oppfølging.

Det enkelte helsepersonell må aktivt bruke sin kompetanse og tilpasse samhandlingen til den aktuelle situasjonen på en forsvarlig måte. Det må søkes aktiv leder- og kollegastøtte.

Taushetsplikt

Avvei taushetsplikten mot informasjonsplikten idet personen kan være til fare for seg selv eller andre.

Behandler må vurdere hvilken informasjon som skal holdes mellom den enkelte hjelper og personen man skal hjelpe, og hva som skal deles med andre utfra de gjeldende prinsipper, som omhandler avverge og taushetsplikt. Se mer om informasjon til pårørende lengre frem.

Trinnvis veiledning ved selvskading og selvmordsatferd som er kartlagt

Denne delen av materialet er en trinnvis veiledning til et forløp for mennesker som skader seg selv og/eller har selvmordsatferd, som tidligere er kartlagt og behandlet i helsetjenesten.

5.1

Oppfølging

Følg opp planlagte tiltak. Tiltak kan være beskrevet i:

- individuell plan (IP)
- kriseplan/sikkerhetsplan
- behandlingsplan

Pasienter som har vært vurdert/behandlet i spesialisthelsetjenesten, kan følges opp av kommunens psykiske helsetjeneste dersom ansvarlig behandler i spesialisthelsetjenesten har vurdert dette som tilstrekkelig oppfølging.

Dette forutsetter kontinuerlige vurderinger fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, samt kommunikasjon og samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Overføring av informasjon til kommunens psykisk helse- og rustjenester

Spesialisthelsetjenesten må sørge for at fastlege, psykisk helse- og rustjeneste eller andre aktuelle instanser som skal følge opp personen i kommunen får den informasjonen de trenger for å følge opp på en forsvarlig måte. Samtidig må de som følger opp fortløpende vurdere endringer i personens tilstand.

Hvis problematikken allerede er kartlagt, bør behandler i spesialisthelsetjenesten sammen med pasienten ha vurdert typiske situasjoner eller omstendigheter som har trigget tidligere episoder med alvorlig selvskading eller selvmordsforsøk, og gi anbefalinger for hvordan disse situasjonene skal håndteres i for eksempel en kriseplan. Ansatte i kommunen vil da lettere kunne fange opp eventuelle risikosituasjoner, og vite hva de kan gjøre for å håndtere dem. Slike planer vil måtte revideres med jevne mellomrom av den som er ansvarlig for oppfølgingen.

Felles oppfølging fra kommune og spesialisthelsetjeneste

Det er konsensus i fagmiljøet, nasjonalt og internasjonalt, om at innleggelse i døgnenhet i mange tilfeller er lite hensiktsmessig for pasientgruppen med vedvarende selvmordsatferd (kronisk suicidalitet), med unntak av når selvmordsrisiko er akutt.

Mange personer med selvmordsatferd vil oppleve økt mestring i situasjonen ved å motta et lokalt og individuelt tilpasset oppfølgingstilbud, samtidig som de bor hjemme - alene eller med egen familie og nettverk. For å tilrettelegge for dette er det viktig med et godt samarbeid mellom kommunens helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten og tilrettelegge for samtidige tjenester.

Det kan være en fordel å kjenne til noen behandlingsstrategier som ser ut til å være viktige for å oppnå resultater ved vedvarende selvmordsatferd. Disse strategiene omtales under punktet Intervenere.

5.2

Revurder ved forverring

Kartlegg

- status i situasjonen
- personens tilstand
- selvmordsrisiko

Vær oppmerksom på tegn til forverring

- Forverring av psykisk eller somatisk helsetilstand: Økte symptomer som anspenhet, tristhet, søvnløshet, konsentrasjonsvansker, endret matlyst, endret humør, irritabilitet, isolasjon, ukritisk omgang med andre, vektendring, smerter, og eskalerende rusmiddelbruk.
- Alvorlige selvmordsforsøk.
- Økt intensitet i selvmordstanker.
- Selvskading: hyppigere og/eller større medisinsk alvorlighetsgrad.
- Nye belastende livshendelser, eller forverring av belastende livssituasjon, for eksempel tap av arbeid, bolig eller brudd i relasjon.

Om personen er i behandling hos spesialisthelsetjenesten eller hos privatpraktiserende behandler

Motiver personen til å følge opp pågående behandling, dersom det er behov for det. Hjelp eller veiled personen til å ta tak i det som eventuelt ikke fungerer i pågående behandling.

Konsulter fast behandler for å drøfte videre tiltak (om mulig) før du går videre til intervensjon.

Om personen ikke har fast behandler

Vurder en ny henvisning til spesialisthelsetjenesten, eller behov for øyeblikkelig hjelp, i samarbeid med fagperson med diagnostisk kompetanse og henvisningsrett.

Drøft også eventuelt med spesialisthelsetjenesten dersom du er usikker på hvordan du bør intervenere videre.

Intervener

Hos personer med vedvarende selvskading eller selvmordsatferd vil det ofte ikke være tilstrekkelig å behandle underliggende psykiske plager. Man bør derfor intervenere spesifikt rettet mot forhold som utløser, opprettholder eller forsterker den aktuelle selvmordsatferden eller selvmordstankene.

- Tilby aktiv støtte og problemløsning. Fokuser direkte på selvskading og selvmordsatferd.
- Tilby emosjonell støtte og problemløsning som beskrevet i «kortvarig psykososial intervensjon i førstelinjen».
- Bruk eksisterende kriseplan/ sikkerhetsplan som utgangspunkt, lag eventuelt ny for å ivareta sikkerhet.

En ikke-dømmende holdning innebærer en empatisk forståelse av at selvdestruktiv atferd er et forsøk på å mestre problemer og/eller relasjoner til andre mennesker.

Det er viktig å bekrefte personen man intervenserer i forhold til, ved for eksempel å vise at man ser og forstår hvordan personen har det, at man tar på alvor hvor smertefullt personen opplever situasjonen, og at man formidler håp om bedring og at det finnes behandling.

Motivasjonsarbeid

Det kan være motiverende i seg selv at en blir tatt på alvor og bli møtt på en empatisk ikke-dømmende måte og samtidig få hjelp til å fokusere på mål og ønsker om bedring når en ny krise oppstår.

Det å motivere til å følge opp og engasjere seg i egen behandling, eller andre støttetilbud, kan være en viktig strategi. Det å oppleve å få hjelp til mestring der og da, mobilisere mestringsmåter en tidligere har tatt bruk, og oppleve at situasjonen kan virke mer overkommelig kan være svært motiverende.

Det kan stilles følgende spørsmål:

- Hva gjør at du oppsøker meg?
- Hva er det som er vanskelig akkurat nå?
- Hva kunne du ønske å få ut av samtalen? Hva trenger du hjelp til?
- Få personens mål eller håp om bedring og hva dette innebærer helt spesifikt.

Ha fokus på følgende:

- Vis til at det å snakke om det som er utfordrende er et første skritt for å ta imot hjelp.
- Signaliser at du som hjelper kan forstå det vanskelige i situasjonen, men at du vil bistå med hjelp til å få det bedre.
- Trygg personen på at det finnes behandling som kan hjelpe. Vær samtidig ærlig på at behandling kan være krevende og ta tid.
- Knytt personens mål (ønsker) til nåværende problemer som må løses/endres. Signaliser tydelig at du vil hjelpe personen med å nå disse målene gjennom samtaler og/eller videre behandling.
- Bistå med å gjøre målene viktige for personen i en krisesituasjon. Dette kan gjøres ved å stille spørsmål om hvorfor de er viktige å oppnå, slik at personen selv argumenterer for viktigheten av målene.
- Få frem personens argumenter for ikke å jobbe med endring. Drøft fordeler og ulemper på kort og lang sikt med hensyn til videre behandling.

- Finn ut om selvskadning eller annen problematisk atferd hindrer personen i å nå sine mål. Hjelp personen til å få innsikt i at så lenge denne atferden opprettholdes, vil målene være vanskelig å nå.

Noen vil ha høy terskel for å søke behandling

Personer med vedvarende selvmordsatferd kan vise varierende motivasjon med hensyn til ønske om behandling og det å bli i behandling. Det er et mål i seg selv å etablere og opprettholde en god allianse med personen, og holde personen i kontakt med behandlingsapparatet.

For noen vil terskelen for å søke behandling være høy. Dette kan bunne i skamfølelse, usikkerhet med hensyn til hvordan de vil bli møtt av helsepersonell, unngåelse av problemer og følelser, og/eller dårlige erfaringer, for eksempel fra tidligere kontakt med hjelpere.

Variierende motivasjon for behandling

Variierende motivasjon kan skyldes at personen er preget av følelsesmessige svingninger. Noen personer vil utebli fra behandling fordi vedkommende opplever at det går bedre til tross for en nylig vanskelig periode.

I tillegg har ofte personer med vedvarende selvmordsatferd et komplekst symptombilde med problemer på en rekke områder, der det mest aktuelle problemet kan synes å veksle, for eksempel mellom psykiske vansker og rusmiddelproblemer.

Målet er å sikre at personen ikke tar livet sitt, og å jobbe for at vedkommende skal få hjelp til å arbeide med underliggende problemer og tilegne seg nye ferdigheter.

Av og til må sikkerhetshensyn overgå andre hensyn, men personens egne ønsker og mål må - herunder langsiktige mål - må vektlegges også i planleggingen av de ulike tiltakene.

Sikre tilgjengelig tilbud

- Helsepersonell skal tilpasse tjenestene utfra brukerens behov og sikre tettere oppfølging der behovene tilsier dette.
- Brukeren må alltid vite hvor man kan få hjelp hvis tjenestene man vanligvis bruker ikke er tilgjengelige. Legevakten kan være et alternativ.
- Helsepersonell må hele tiden bidra til å redusere selvmordsrisiko.
- Kartlegg, og fjern om mulig, tilgang til metode.

5.4

Nødvendig henvisning til spesialisthelsetjenesten der pasientens behov tilsier det

Det er viktig å sørge for nødvendig henvisning til spesialisthelsetjenesten der pasientens behov tilsier det. Dersom den som følger opp pasient/ brukeren ikke har diagnostisk kompetanse og henvisningsrett, må det sørges for at fagperson med slik kompetanse (for eksempel fastlege eller psykolog i kommunen) vurderer og henviser personen.

Personer med langvarig og vedvarende selvmordsrisiko skal som oftest behandles i spesialisthelsetjenesten, slik det er beskrevet i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (5).

Forsvarlig henvisning

Forsvarlighetskravet er førende for enhver pasientkontakt. Ansvar for forsvarlig tjenesteutøvelse ligger både på virksomhet, leder og det enkelte helsepersonell. Ansvar nedfelt i lov-, avtale- og planverk, sammenholdt med avklart oppgavefordeling i samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten, er med på å gi føringer for når henvisning skal skje.

Den formelle oppgave- og ansvarsdelingen mellom tjenestenivåene må ikke benyttes så standardisert at den enkelte pasient ikke undergis en konkret og individuell vurdering av hva som er forsvarlig behandling og oppfølging.

Det enkelte helsepersonell må aktivt bruke sin kompetanse og tilpasse samhandlingen til den aktuelle situasjonen på en forsvarlig måte. Det må søkes aktiv leder- og kollegastøtte.

Taushetsplikt

Avvei taushetsplikten mot informasjonsplikten idet personen kan være til fare for seg selv eller andre.

Behandler må vurdere hvilken informasjon som skal holdes mellom den enkelte hjelper og personen man skal hjelpe, og hva som skal deles med andre utfra de gjeldende prinsipper, som omhandler avverge og taushetsplikt.

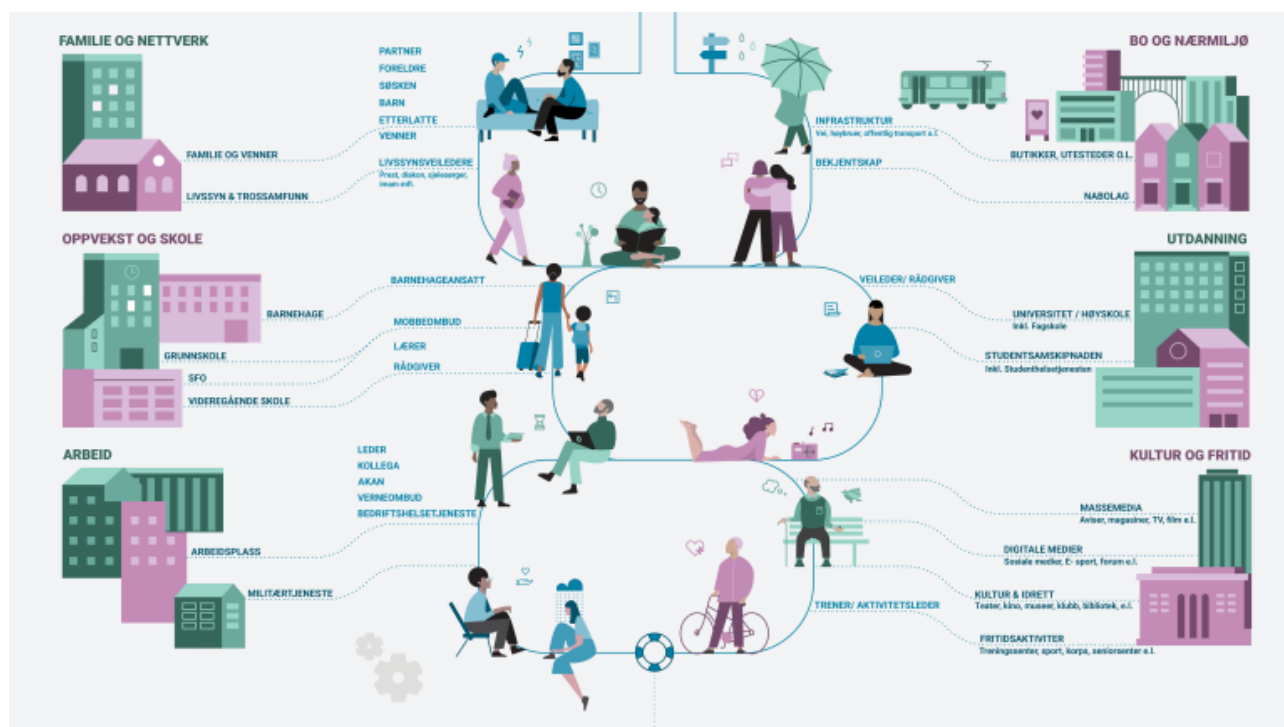
6

Ressurskart

Ressurskartet er ett av flere verktøy for planlegging og organisering av det selvmordsforebyggende arbeidet. Kartet viser mangfoldet av aktører som bidrar eller kan bidra. Formålet er å synliggjøre mulighetsrommet og stimulere til større åpenhet og økt samarbeid for å forebygge selvmord.

Last ned:

- [ressurskart – presentasjon, sideinndelt \(PDF\)](#)
- [ressurskart - A3-format \(til utskrift/print\) \(PDF\)](#)



Illustrasjon av ressurtskartet med ulike aktører i det selvmordsforebyggende arbeidet

Fakta om selvskading, selvmordsforsøk og sosial overførbarhet/smitte

7.1

Om selvskading

Selvskading defineres som skade en person har påført seg med vilje, uten intensjon om å dø. Det kan være kutting, kloring, å slå seg selv, brenning, overdosering og annet. Den som selvskader kan bruke en eller mange metoder, og den medisinske farlighetsgraden varierer fra overflatiske småskader til livstruende skader. [Faktafilm om selvskading \(uio.no\)](#).

Undersøkelser viser at det for enkelte kan være en sammenheng mellom selvskading og andre typer selvdestruktivitet som spiseforstyrrelser, skadelig rusmiddelbruk eller annen risikoatferd.

Det kan være mange forskjellige grunner til at en skader seg selv, og årsakene varierer fra person til person. På den ene siden kan selvskading dreie seg om å mestre overveldende følelser, som for eksempel angst eller tristhet. På den andre siden kan selvskading ha en mellommenneskelig funksjon, der det å øke støtte eller unngå urimelige eller uønskede krav er funksjonen.

En oversiktsartikkel om selvskadingens funksjon viser at de to viktigste grunnene personen selv oppgir er at selvskading demper følelser, dernest det å påvirke andre. Langt sjeldnere oppgis grunner som å straffe seg selv, ønske om å dø, eller få positive opplevelser (36).

Selvskading er en mestringsstrategi personen har funnet frem til for å forsøke å løse en for han/henne vond og vanskelig situasjon, og den kan fylle mange viktige funksjoner. Av den grunn kan det være vanskelig å slutte med selvskading, og personen kan kjenne seg ambivalent med tanke på å miste denne problemløsningsstrategien før alternative mestringsmåter er lært. Det kan også være at underliggende problemer oppleves for store og uløselige, slik at motivasjon for å jobbe med å endre egen atferd er liten. Som hjelper må man sikre at personens livssituasjon og historie er tilstrekkelig kartlagt.

Uavhengig av hvilke grunner som oppgis, oppleves selvskadingen for personen kun effektiv på kort sikt. Det er u hensiktsmessig og skadelig over tid. Atferden har en tendens til å generaliseres og fylle stadig flere funksjoner, den kan gjøre relasjoner til andre utfordrende, bryte ned selvverd og eskalere. Det er ikke uvanlig at personer som selvskader over tid etterhvert ikke ser selvskadingen som noe fremmed og farlig, og selvskading kan bli uintenderte selvmordsforsøk.

Sammenhenger mellom selvskading og selvmordsforsøk

Det å ha startet å skade seg, gir risiko for gjentakelse av atferden. Det foreligger en tendens til etter hvert å gå over til en kombinasjon av ulike metoder for selvskading, inkludert forgiftninger (37).

Noen kan ha gjentatte alvorlige selvskadingsepisoder uten ønske om å dø, mens andre kan ha episoder der de ønsket å dø eller var ambivalente. Det er ikke uvanlig at det er vanskelig å avgjøre

intensjonen bak handlingene. Noen bagatelliserer handlingene sine, andre gjør det svært tydelig for å kommunisere en sterk indre smerte til omgivelsene. I en norsk undersøkelse av skoleungdom, oppga om lag en tredjedel av de som hadde utført selvskading at de også hadde gjort ett eller flere selvmordsforsøk (38).

Forekomst av selvskading

Et gjennomsnitt på 18 prosent av ungdom mellom 12-18 år (internasjonale tall varierer fra 13 – 23 prosent) og 4 prosent av voksne oppgir at de har skadet seg selv med vilje. Anslagene varierer fra land til land, og er høyest om man spør detaljert om selvskadeatferd. Forekomsten er høyest hos kvinner i tenårene, men gutter og menn skader seg også. Noen studier viser at menn og kvinners selvskademetoder skiller seg noe fra hverandre.

Selvskading starter oftest i alderen 12 til 15 år, men kan også oppstå tidligere eller senere. Problematikken kan være forbigående eller langvarig (39).

Det ble rapportert om en økning i selvskading i forrige tiår, men det er usikkert om dette skyldtes en reell økning, økt oppmerksomhet om fenomenet, eller mer forskning og bedre registrering.

Risikofaktorer

Ofte oppstår selvskading i en vanskelig livssituasjon. Selvskading er et uttrykk for at noe er galt, men hva som ligger til grunn kan variere i hvert enkelt tilfelle. Mange som skader seg selv har hatt traumatiske opplevelser i barndom og oppvekst. Selvskading er ofte et tegn på underliggende psykiske helseproblemer. Depresjon, angst, spiseforstyrrelser, psykose eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og rusmiddelproblemer, forekommer oftere hos personer som skader seg selv enn hos andre (38, 40-43). Forskningen trekker frem noen risikofaktorer som knytter seg til hvorfor en person skader seg selv:

- underliggende psykiske helseproblemer
- fysiske og seksuelle overgrep
- omsorgssvikt, herunder psykisk omsorgssvikt
- tap og separasjon
- individuelle risikofaktorer som kaotiske og overveldende negative følelser (44, 45).

Det er viktig å huske på at ikke alle personer som erfarer å ha en eller flere av disse risikofaktorene, vil skade seg selv.

Beskyttelsesfaktorer

I tillegg til risikofaktorer, eksisterer det beskyttelsesfaktorer som kan bidra til å redusere selvskadende atferd. Beskyttelsesfaktorer kan være:

- Relasjoner til foreldre, jevnaldrende, familie og venner preget av god kommunikasjon, hvor ungdom får hjelp og støtte til å løse problemer, ventilere frustrasjoner og håndtere konflikter (46).
- Motstandsdyktighet, dette involverer selvtillit, evne til å håndtere endringer, og et sett av problemløsningsevner hos den enkelte.

Om selvmordsforsøk

Selvmordsforsøk defineres som handlinger med hensikt å skade seg selv, der det fremkommer et ønske om å dø. Metodene ved selvmordsforsøk skiller seg ofte fra metodene ved selvskading. Ved selvmordsforsøk ser en hyppigst overdosering med medikamenter. Selvmordsforsøk kan opptre som enkelthendelser, men mange har også gjennomført flere selvmordsforsøk.

Forekomst av selvmordsforsøk

Vi har ingen systematisk registrering av selvmordsforsøk her i landet, men beregninger viser at helsetjenesten behandler mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk årlig. Tallet er usikkert. Anslaget er gjort av Folkehelseinstituttet på grunnlag av data fra Norsk Pasientregister, samt WHO/EURO-registreringen av villet egenskade i Sør-Trøndelag for årene 1995-1999 (11).

Anslagene på forekomst viser at flere kvinner enn menn oppgir å ha gjennomført selvmordsforsøk, og at forekomsten er høyest blant unge kvinner i overgangen mellom sen ungdom og tidlig voksen alder (38). En landsomfattende norsk undersøkelse av ungdom, viser at om lag åtte prosent en eller annen gang har forsøkt å ta livet sitt (47).

Risikofaktorer

Årsakene til at en person forsøker å ta sitt eget liv er ofte sammensatte. Det vil ofte være mer enn en risikofaktor til stede når en person tar initiativ til å ta sitt eget liv. Mange opplever en kombinasjon av flere forhold samtidig, som har ført til en opplevelse av håpløshet og følelse av ikke å mestre livet. Når flere risikofaktorer opptre samtidig, kan risikoen øke. Andre kan ha akutte tilstander som fører til impulsive handlinger.

Det er viktig å huske på at det store flertallet av personer som erfarer å ha en eller flere risikofaktorer til stede i livet sitt, ikke tar sitt eget liv (35). Risikofaktorer kan være:

- psykiske helseproblemer (for eksempel depresjon, psykoser, personlighetsforstyrrelser, rusmiddelproblemer), håpløshet, impulsivitet, aggresjon. Særlig flere psykiske helseproblemer samtidig
- selvmordstanker
- selvmordsplaner

- selvskading
- tidligere selvmordsforsøk
- belastende livshendelser som tap av nære relasjoner, opplevelse av ensomhet, vedvarende konflikter, mangel på tilgang på nære støttepersoner, vold, overgrep, omsorgssvikt, mobbing, samlivsbrudd, arbeidsledighet og ventetid før soning i fengsel
- ved utskrivelse etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og i en periode etterpå
- selvmord eller annen selvmordsatferd i familien
- somatiske sykdommer

Beskyttelsesfaktorer

- tidlig identifisering av psykiske lidelser
- god behandling for psykiske lidelser
- sosial tilhørighet, betydningsfulle relasjoner
- god selvfølelse, problemløsningsferdigheter, konfliktløsningsevne

- begrenset tilgang til metoder for selvmord
- evne og vilje til å søke hjelp for sine problemer
- tilgjengelige tjenester med riktig kompetanse

Enkelte beskyttelsesfaktorer kan opptre med ulik styrke gjennom livsløpet. For eksempel kan sosial tilhørighet, betydningsfulle relasjoner og selvfølelse variere gjennom livet. Det er vesentlig å være oppmerksom på dette i tilrettelegging av tilbud.

7.3

Behandlingsmetoder for selvskading og selvmordsrisiko

Det fins dokumentert effektiv behandling for personer med gjentatt selvskading og kronisk suicidalitet, slik som dialektisk atferdsterapi (DBT) - og mentaliseringsbasert terapi (MBT). Også annen samtalebehandling (individuell eller familierapi) kan være til god hjelp.

Skolehelsetjeneste, psykisk helse- og rustjeneste, fastlege med flere kan gi informasjon om hvilke behandlingstilbud som er tilgjengelige på kommunalt nivå eller i spesialisthelsetjenesten.

7.4

Sosial overførbarhet/smitte

Sosial overførbarhet/smitte ved selvskading

Selvskading kan være sosialt overførbart. Å høre om eller se andre som skader seg selv, kan påvirke personer til å prøve selvskading, eller få personer som tidligere har skadet seg selv til å gjøre dette på nytt. Dette har en særlig sett i behandlingsinstitusjoner og i enkelte ungdomsmiljøer (48). Dersom selvskading er omtalt i media eller i populærkulturen på en romantiserende måte, eller det gis detaljert beskrivelse av selvskademetoder, har en sett tilsvarende «smitteeffekt».

Det er ikke funnet smitteeffekt av nøktern omtale av selvskading i helhetlige psykoedukative programmer (dvs. behandling av psykiske lidelser ved hjelp av pedagogiske prinsipper), ferdighetsgrupper, eller i andre opplæringsprogrammer der selvskading beskrives som et problem og ikke en løsning.

Noen ganger oppstår det situasjoner for eksempel på en skole, der det synes som om selvskading smitter. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste vil da være viktig. Noen av ungdommene vil allerede kunne være i kontakt med spesialisthelsetjeneste, mens andre har en problematikk som kan behandles innen kommunens helse- og omsorgstilbud.

Et samarbeid mellom helsesøster, psykolog i kommunen, aktuelle behandlere på barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), aktuelle behandlere ved distriktpsikiatriske senter (DPS) eller øvrige kontaktpersoner i spesialisthelsetjenesten, er viktig med tanke på å drøfte tiltak.

Sosial overførbarhet/smitte via internett

Bruk av internett utgjør en spesiell utfordring med hensyn til sosial overførbarhet/smitte. Internett tilbyr store mengder selvskaderelatert materiale både i tekst, bilder og video. Noen legger ut bilder av egen selvskading på sosiale medier, Snapchat og lignende. Ulike nettfora der selvskading diskuteres, er av en slik karakter at de anses å bidra til at selvskading normaliseres og til og med oppmuntres (49-51).

Helsesøstre, lærere og andre som er i kontakt med barn og unge, bør ha kjennskap til internettsider hvor selvskading kommuniseres og diskuteres.

Man kan bevisstgjøre personer på hvordan bruk av ulike nettfora kan forsterke selvskading som mestringsmetode. Man bør, i tillegg til å sørge for adekvat oppfølging av vedkommende i hjelpetjenestene i kommunen og eventuelt spesialisthelsetjenesten, kunne henvise til brukerorganisasjoner eller hjelpetelefoner der personen kan få hjelp til å komme ut av selvskading.

Sosial overførbarhet/smitte av selvskading på skole eller annen institusjon

I arbeidet med forebygging og håndtering av sosial overførbarhet/smitte ved selvskading kan følgende råd gis:

- Avdekk selvskading så tidlig som mulig hos enkeltpersoner, og sørg for adekvat oppfølging.
- Arranger aldri samtalegrupper der selvskading diskuteres åpent. Sørg for at den som trenger det får snakke alene med en voksenperson han eller hun har tillit til, slik som helsesøster, primærkontakt eller en behandler i BUP/DPS om selvskadingen.
- Forhøyet forekomst av selvskading på én skole/institusjon bør informeres om til andre aktuelle skoler/institusjoner i kommunen det er naturlig å samarbeide med. Dette for å kunne treffe nødvendige tiltak i ungdomsmiljøene, fange opp sårbare elever og dra lærdom av effektive tiltak andre skoler/institusjoner eventuelt har gjennomført.
- Tilby informasjon til foreldre og andre ved behov. Mange foreldre/omsorgspersoner har liten kjennskap til hva selvskading er uttrykk for, og kan bli redde og bekymret. Skolehelsetjenesten er blant aktørene som kan gi nøktern informasjon, og hjelpe foreldre til å håndtere situasjonen. Dette kan også gjøres i samarbeid med for eksempel psykolog i kommunen, eller spesialisthelsetjenesten. Foreldre kan også settes i kontakt med øvrige helse- og omsorgstjenester som kan gi informasjon, veiledning og støtte.

Dersom et stort antall unge i en skoleklasse eller ved en institusjon selvskader, og ser ut til å imitere hverandre, kan man drøfte videre håndtering med for eksempel skolehelsetjenesten, psykisk helsetjenester, inkludert psykolog i kommunen eller annen relevant fagperson, samt spesialisthelsetjenesten. Kompetansemiljøer som de regionale ressursentrene om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) kan også kontaktes for råd og veiledning.

Sosial overførbarhet/smitte ved selvmordsforsøk eller selvmord

Enkelte selvmord kan utløses av at man hører om andres selvmord. Mennesker som allerede har det vanskelig eller er i en spesielt sårbar situasjon, er mest utsatt. En forhøyet forekomst av selvmord innenfor en avgrenset tidsperiode i et geografisk avgrenset område, omtales som cluster.

Enkelte clusterselvmord opptrer på tvers av geografiske områder, en slik midlertidig økning er ofte relatert til omtale av selvmord i media. Dette gjelder særlig dersom selvmord blir omtalt på en

romantiserende måte, eller at det gis beskrivelse av metoder. Slik smitte har ikke et stort omfang, men det er viktig å være oppmerksom på dette.

Ungdom i skolealder er spesielt sårbar for smitteeffekt av et selvmord. Barne- og ungdomstiden kan i seg selv være en tid der det er vanskelig å mestre sterke følelser. Mindre livserfaring og begrenset modenhetsnivå gjør at mange ungdom strever med å håndtere sterke følelser, mange strever derfor spesielt etter et dødsfall i nettverket, og de kan lettere bli påvirket av andres selvmordsatferd.

Det å kartlegge og spørre personer med antatt økt risiko er i seg selv anbefalt for å forhindre smitte. Noen kan være bekymret for at det å spørre personer om de har selvmordstanker kan skape en økt impuls til å ta sitt eget liv. Både forskning og erfaring viser at det å snakke åpent med en annen om selvmordstanker og handlinger i en ivaretagende og fortrolig samtale ikke er forbundet med risiko (52).

Det er begrenset med forskning på dette området, men følgende råd kan gis basert på nyere internasjonal litteratur (53-56).

- Samtlige tiltak som iverksettes bør gjøres i nær samforståelse og etter avklaring foretatt med etterlatte, der tiltakene blir iverksatt for å hindre smitte etter et gjennomført selvmord.
- Vær oppmerksom på personer med økt risiko, dette kan være personer:
 - med psykiske plager, som direkte eller indirekte har vært eksponert for selvmord
 - som tidligere har utført selvmordsforsøk
 - som har mange belastende livshendelser
 - som har en nær relasjon til den som tok sitt eget liv
 - som er i en situasjon at han/ hun har kranglet med /mobbet den som har tatt sitt eget liv
- Få klarhet i de faktiske forhold og unngå spekulasjoner og ryktespredning.
- Gi støtte til den berørte familien eller etterlatte.
- Gi nøktern informasjon, ikke bli for detaljert.
- Informer ikke om tema i store forsamlinger, tilrettelegg for å samle personer i naturlige grupper.
- Gjør informasjon om hvor man kan motta hjelp tilgjengelig.
- Tilrettelegg for et samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten.

8

Om veiledningsmateriellet

Formål

- Bidra til å redusere omfanget av selvskading og selvmord i befolkningen.
- Være et hjelpemiddel for å gjennomføre og videreutvikle innsatsen på området.
- Bidra til økt kvalitet og en mer enhetlig praksis i tjenestene.
- Bidra til å sikre et sammenhengende tjenestetilbud.

Målgrupper

Målgruppen er ledere og tjenesteutøvere i kommunale helse- og omsorgstjenester som har et ansvar for å forebygge, avdekke, avverge og/eller følge opp personer som utsetter seg for selvskading og/eller er i selvmordsrisiko. Veiledningsmateriellet vil også være nyttig for politisk og administrativ ledelse, og for andre tjenester og aktører som har kontakt med målgruppen.

For brukere og pårørende kan materialet gi nyttig informasjon om hvilke forpliktelser tjenestene har, og hvordan det anbefales at det lokale tjenesteapparatet møter deres behov på en best mulig måte.

Innhold

Veiledningsmateriellet gir råd og anbefalinger for planlegging og gjennomføring av kommunale helse- og omsorgstjenester for forebygging, behandling og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk. Materialet tar også for seg hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan organisere arbeidet internt, og sikre samhandlingen mellom kommune, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer.

Materialet inneholder universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen, selektive tiltak rettet mot sårbare og utsatte grupper, og indikative tiltak rettet mot enkeltpersoner som selvskader og/eller har selvmordsatferd (1).

Materialet omhandler forebygging av selvskading og selvmord. Hva gjelder oppfølging av etterlatte etter selvmordet vises det til veilederen «Etter selvmordet» – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (2). [LENKE]

Veiledningsmateriellet er et av tiltakene i Handlingsplan for forebygging av selvskading og selvmord (2014 – 2017) (1). [LENKE]

Hovedprinsipper

- Forebygging, avdekking, behandling og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk bør gis en tydelig prioritet og klar forankring i tjenestene.
- Kommunen bør utarbeide en plan/delplan for forebygging av selvskading og selvmord.
- Det bør sikres aktivt oppsøkende hjelp der dette er et behov.
- Kommunen må sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle pasienter og brukere.

Definisjoner

- **Selvskading:** Skade en person påfører seg med vilje, men uten intensjon om å dø.
- **Selvmordsforsøk:** Selvpåført forgiftning eller selvpåført skade med intensjon om å dø.

- Selvmordsatferd: En samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord.
- Kronisk suicidalitet: Der selvmordsrisikoen er forhøyet over lengre tid og personen har tilnærmet konstante selvmordstanker og -planer, i tillegg til repeterende selvdestruktivt handlingsmønster, ofte med selvskading og/eller selvmordsforsøk.
- Selvmord: En handling som individet foretar for å skade seg selv med intensjon om å dø, og hvor skaden har ført til døden.
- Selvmordsrisiko: En risiko for at et menneske vil ta sitt liv i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon.
- Risikofaktorer: Forhold som øker faren for at personer utvikler problemer.
- Beskyttelsesfaktorer: Forhold som demper risikoen for å utvikle problemer når risikofaktorer er til stede (1).

Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingene i veiledningsmateriellet bygger på nasjonal og internasjonal forskningsbasert kunnskap, inkludert kunnskap fra brukerstudier, kliniske erfaringer og faglig konsensus om beste praksis (3).

Veiviserne er laget på bakgrunn av forskningsmessig og erfaringsbasert kunnskap, generell klinisk konsensus i feltet og kunnskap om hvordan helsetjenestene er organisert og samhandler. Veiviserne bygger på undervisning som drives av kompetansesentrene på feltet.

Materiellet bør sees i sammenheng med andre veiledere og retningslinjer, særlig:

- «Mestring, samhørighet og håp» - Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer(4) [LENKE]
- «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» (5) [LENKE]
- «Etter selvmordet» – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (2) [LENKE]
- «Sammen om mestring» - veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenester» (6) [LENKE]
- Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (7) [LENKE]
- Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (8) [LENKE]

Utarbeidelse av det veiledende materialet

Det veiledende materialet er utarbeidet av Helsedirektoratet, i samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av nasjonale og regionale kompetansemiljøer og tjenesteutøvere innen kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste.

Anita Johanna Tørmoen ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) har ledet arbeidsgruppen.

De øvrige som har deltatt i arbeidet er:

- Ingeborg Lunde, Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging region Øst (RVTS Øst)
- Ellen Hoxmark, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha)
- Rita Småvik, Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging region Midt (RVTS Midt)
- David Galea, DPS Fredrikstad (Sykehuset Østfold) og Oslo universitetssykehus HF
- Andrew Sak, Tana kommune.

Lars Mehlum, Erlend Mork og Fredrik Walby ved NSSF har bidratt inn i arbeidet med det veiledende materialet.

Relevante organisasjoner som representerer brukere, pårørende og etterlatte har deltatt i utarbeidelsen av materialet.

Helsedirektoratet vil takke alle som gjennom sine tilbakemeldinger har gitt viktige innspill. Helsedirektoratet står ansvarlig for den endelige utformingen av det veiledende materialet. Avdeling psykisk helse og rus, divisjon primærhelsetjenester, har koordinert arbeidet.

Litteraturliste

1. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2182.
2. Etter selvmordet. Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1898.
3. Konsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015. Notat om kvalitetsutvikling nr. 1 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>
4. Mestring, samhörighet og håp- Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS- 2428.
5. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial og helsedirektoratet; 2008. IS-1511.
6. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS- 2076.
7. Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2587.
8. Nasjonale faglige retningslinjer helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
9. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke m, Lehfeld H, Niklewski G, et al. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2010;260(5): 401-6.
10. Luoma J, Martin C, Pearson J. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002;159(6): 909-16.
11. Forebygging av selvmord - fakta ark: Folkehelseinstituttet; 2015 [updated 04.03.2015. Available from: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/forebygging-av-selvord---faktaark/>
12. ILO-konvensjonen om urfolks rettigheter. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/urfolk-og-minoriteter/urfolkryddemappe/ilo-konvensjonen-om-urfolks-rettigh>
13. Norsk elektronisk legehåndbok. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no>
14. Hawton,K., Zahl D, Weatherall R.: The British Journal of Psychiatry Jun 2003, 182 (6) 537-542; DOI: 10.1192/bjp.182.6.537. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital.

15. Meld. St 26 (2014-2015). Melding til stortinget. Fremtidens primærhelsetjenester – nærhet og helhet. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
16. Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mell>
17. Weimand, B. (2013). Sammenvevde liv - å være pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse: pårørendes livssituasjon og møte med psykiske helsetjenester – fra pårørendes og sykepleierens perspektiv. Utgitt i samarbeid mellom landsforbundet for pårørende med psykisk (LPP) og Erfaringskompetanse.
18. Barn som pårørende Rundskriv. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-5/2010.
19. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. 01.01.17. LOVDATA. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
20. Ledelse og kvalitetsforbedring. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-nummer: IS-2620.
21. Arbeid med enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger – En håndbok for kommunene. Oslo: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet; 2011.
22. RVTS. Flyktning.net. Tilgjengelig fra: <https://flyktning.net/>
23. Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. Rundskriv. Oslo: Helsedirektoratet og Barne- ungdoms og familiedirektoratet; 2015. IS-11/2015
24. Plan for selvmordsforebygging i Sämpi. Finnmarkssykehuset / SANKS: 2017. Tilgjengelig fra: <https://finnmarkssykehuset.no/nyheter/plan-for-selvmordsforebygging-i-sapmi>
25. Helsepersonelloven med kommentarer. Rundskriv til helsepersonelloven. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-8/2012.
26. Veivisere i lokale folkehelseiltak. Praktisk hjelpemiddel til kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid, for å gjøre folkehelsearbeidet kunnskapsbasert og systematisk.
27. God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder i arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS- 2110.
28. Psykisk helse i skolen: Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse blant lærere, skoleledere og skoleeiere. Rapport. (2014) Holene og Waagene. ISBN 978-82-7218-989-0
29. Udir.no; <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/laringsmiljo/psykososialt-miljo/psykisk-helse/>
30. Elevundersøkelsen 2016: Mobbing og arbeidsro. Oslo: Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/elevundersokelsen-2016-mobbing-og-arbeidsro/>
31. Breivik K, Bru E, Hancock C, Idsøe E, Idsøe T, Solberg M. Å bli utsatt for mobbing. En kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak. Stavanger: Læringsmiljøseneteret; 2017.

32. Tharaldsen K, Slåtten H, Bru L, Breivik K. Å ivareta barn og unge som har vært utsatt for mobbing. En erfaringsbasert kunnskapsoppsummering om utforming og organisering av tiltak. (Under publisering).
33. Veileder for omtale av selvmord. Tilgjengelig fra:
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/for-pressen/dokumenter/revidert-veileder-for-omtale-av-selvmord.pdf>
34. Hvordan forebygge selvmord. En veileder for mediefolk. Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization: 2008. Tilgjengelig fra:
https://www.iasp.info/pdf/task_forces/WHO_selvmordsforebygging_081106.pdf
35. O'Connor R, Pirkis J, editors. The International Handbook of Suicide Prevention. 2nd ed: Wiley-Blackwell; 2016.
36. Edmondson A, Brennan C, House A. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. J Affect Disord. 2016.
37. Lilley et.al 2008: Hospital care and repetition following self-harm: multicenter comparison of self-poisoning and self-injury. British Journal of Psychiatry 2008 jun 192 (6).
38. Tørmoen A. Self-Harm among Adolescents: From Identification to Tailored Treatment. Faculty of Medicine: University of Oslo; 2017.
39. Muehlenkamp J, Claes L, Havertape L, Plener P. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Ch and Adol Psych and Ment Health. 2012;6(10).
40. Andover M, Morris B, Wren A, Bruzzese M. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012;6(11).
41. Mork E, Mehlum L, Barrett E, Agartz I, Harkavy-Friedman J, Lorentzen S, et al. Self-harm in patients with schizophrenia spectrum disorders. Archives of Suicide Research. 2012;16(2):111-23.
42. Nock M. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339-63.
43. Nock M, Joiner TJ, Gordon K, Lloyd-Richardson E, Prinstein M. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Res. 2006;144(1):65-72.
44. Gratz K. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003;10(2):192-205.
45. Sommerfeldt B, Skårderud F. Hva er selvskading? Tidsskrift for den Norske Legeforening. 2009;129:754-8.
46. Yip K. A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. Child and Adolescent Mental Health. 2005; 10(2):80-6.
47. Rossow I, Wichstrom L. Parasuicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents. Suicide Life Threat Behav. 1994;24(2):174-83.
48. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. Archives of Suicide Research. 2013; 17(1):1-19.

49. Lewis S, Heath N, St Denis J, Noble R. The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. *Pediatr Neonatol*. 2011; 127 (3): e552-7.
50. Lewis S, Heath N, Michal N, Duggan J. Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012; 6(13).
51. Purington A, Whitlock J. Non-suicidal self-injury in the media. *The Prevention Researcher*. 2010; 17(1):11-3.
52. Mehlum L, editor. *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 1999.
53. Haw et al. Suicide Clusters: A review of risk factors and mechanisms. *Suicide and Life Threatening Behavior* 43 (1)2012.
54. Niedzweidz et.al «The definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A systematic Review. *Suicide and Life Threatening Behavior* 44 (5) 2014.
55. Cox et al. 12 Suicide clusters in young people: evidence for the effectiveness of postvention strategies. *Crisis*, 33 (4) 2012.
56. After a suicide: a toolkit for schools <https://afsp.org/after-a-suicide-a-toolkit-for-schools>
57. Luxton D.D, June J.D, Fairall J.F, Social Media and Suicide: A Public Health Perspective, *American Journal Public Health*, May 2012.

