

Byrådssak 245/23

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo 2024-2028

Sammen drag:

Under behandlingen av bystyresak 90/20 «En psykt bra by - Strategi for psykisk helse i Oslo» 22.04.2020 vedtok bystyret: 2. Bystyret ber byrådet arbeide frem en handlingsplan for forebygging av selvskading og selvmord.

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo gir retning for kommunens arbeid og peker på viktige satsinger for perioden 2024-2028. Planen bygger på *Kunnskapsgrunnlag Handlingsplan mot selvmord og selvskading* utarbeidet av Helseetaten, og bygger blant annet på en spørreundersøkelse fra relevante helsetjenester i Oslo kommune. Handlingsplanen må ses i sammenheng med strategier og tiltak i «En psykt bra by» og Folkehelsestrategi for Oslo 2023-2030.

Selvmord og selvskading er ulike, men likevel relaterte fenomener og uttrykk for ekstrem livssmerte. Oslo kommune vil derfor se disse fenomenene sammen og ha et livsløpsperspektiv i arbeidet med å forebygge selvmord og selvskading i befolkningen. Tjenestene møter ofte innbyggere som forteller om egne selvmordstanker og selvskading eller melder bekymring for noen de kjenner.

Oslos sammensatte og mangfoldige befolkning, sosiale forskjeller og ulikhet i helse gjør at flere har utfordringer som kan oppleves vanskelig å leve med. Utfordringsbildet er variert, og kan blant annet omhandle graden av kunnskap, stigma, sosiale goder og nettverk, i tillegg til kjennskap og tilgang til tjenestene, sosialt press og negativ sosial kontroll eller minoritetsstress. Byrådet ønsker at Oslos innbyggere skal oppleve et Oslo der innbyggerne møter lett tilgjengelige tjenester og kompetente ansatte som samhandler.

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo 2024-2028 har tre innsatsområder med mål og tiltak som bygger opp om disse:

- Åpenhet
- Kompetanse
- Samarbeid

Forebygging av selvmord og selvskading må sees helhetlig og i et livsløpsperspektiv. Det betyr at det forebyggende arbeidet må skje på flere arenaer samtidig, og der hvor folk lever livene sine. Oslo kommunes forebyggingsarbeid skal bygge på at innbyggeren er den viktigste aktøren og involvering, samarbeid og medborgerskap fremheves som særlig betydningsfullt for å lykkes. Innbyggerne skal møte lett tilgjengelige tjenester og kompetente ansatte. Tjenestene skal jobbe for å fremme god livskvalitet og gode levekår for byens innbyggere.

Saksfremstilling:

Selv mord og selvs kading er ulike, men likevel relaterte fenomener. Både selvmord og selvs kading er ekstreme utrykk for psykisk smerte. Personer som selvs kader har høy risiko for å utvikle selvmordsatferd senere i livet. Selvmords- og selvs kading atferd varierer i ulike aldre. Selvs kading er mer vanlig i ungdomstiden og tidlig voksen alder, og selvmord er statistisk sett mer utbredt blant personer midt i livet og sent i livsløpet. Oslo kommune vil ha et livsløpsperspektiv i arbeidet med å forebygge selvmord og selvs kading i befolkningen.

Oslo er en by med en sammensatt og mangfoldig befolkning. Sosiale forskjeller og ulikhet i helse gjør at enkelte grupper i befolkningen kan oppleve utfordringer. Sosioøkonomiske faktorer spiller inn i utviklingen av psykiske helseproblemer, og det å være utenfor arbeidslivet eller oppleve økonomiske problemer øker også risikoen for selvmordsatferd. Handlingsplanen legger derfor opp til en felles innsats gjennom økt fokus på samarbeid mellom helse-, sosial-, utdannings- og frivillig sektor. Utfordringsbildet er variert, og kan blant annet omhandle graden av kunnskap, stigma, sosial goder og nettverk i tillegg til kjennskap og tilgang til tjenestene, sosialt press og negativ sosial kontroll eller minoritetsstress.

Oslo har noe lavere selvmordstall enn landet for øvrig. Tallene for selvs kading er mer usikre, men det rapporteres om en økning av psykisk helsebelastning, særlig blant barn og unge i Oslo. De fleste innbyggere i Oslo opplever god psykisk helse og har ikke selvmordsatferd eller driver med selvs kading. Likevel møter tjenestene ofte innbyggere som forteller om egne selvmordstanker og selvs kading eller melder bekymring for noen de kjenner.

Handlingsplan mot selvmord og selvs kading i Oslo gir retning for kommunens arbeid og peker på viktige satsinger for perioden 2024-2028. Planen gjelder helse livsløpet og omhandler også selvmord og selvs kading som et folkehelseproblem.

Forebygging av selvmordsatferd og selvs kading er komplekst og fordrer at tjenestene har en sammensatt forståelse av hvordan ulike faktorer spiller sammen ved utvikling av selvmordsatferd og selvs kading. Kunnskapen som finnes om forebygging av selvmord og selvs kading indikerer at universelle og systemiske forebyggingstiltak er mer virksomme enn spesifikke tiltak. Virksom forebygging av selvmord og selvs kading skjer gjennom kunnskapsbasert praksis i helse-, sosial- og oppveksttjenestene. Innsatsen mot selvmord og selvs kading må rettes både mot befolkningen som helhet, men i tråd med at Oslo har en sammensatt og mangfoldig befolkning, der noen befolkningsgrupper har betydelig forhøyet risiko, må det også utformes særskilte tiltak rettet mot særlig utsatte grupper.

Oslo kommunes forebyggingsarbeid skal bygge på et folkehelseperspektiv, der innbyggeren er den viktigste aktøren og involvering, samarbeid og medborgerskap fremheves som særlig betydningsfullt for å lykkes med forebyggingsarbeidet. Tjenestene må bidra til styrke beskyttende faktorer hos den enkelte og i lokalsamfunnene, i tillegg til tiltak for å minimere risiko for selvmord og selvs kading. Vi vet at tiltak som fremmer mestring, tilhørighet og håp blant mennesker med psykiske helseproblemer bidrar til bedret psykisk helse.

Det er viktig at ikke bare hjelpetjenestene innehar kunnskap om risiko for selvmord og selvs kading, men også innbyggerne bør inneha en viss kunnskap om tematikken og hvor de kan henvende seg for å melde bekymring eller søke hjelp, enten selv eller for en som trenger det. Videre må kommunen bruke erfaringskompetanse, både på tjenestenivå og individuelt nivå, for å kunne utvikle tiltak som virker på gruppe- eller individuelt nivå.

Forebygging av selvmord og selvskading må sees helhetlig og i et livsløpsperspektiv. Det betyr at det forebyggende arbeidet må skje på flere arenaer samtidig, og der hvor folk lever livene sine. Det handler blant annet om tilhørighet, bli akseptert og verdsatt for den du er, og om å få hjelp når du trenger det.

Kommunen har ansvar for å forebygge, avdekke, avverge, behandle og følge opp selvskading og selvmordsforsøk, samt følge opp etterlatte og pårørende. Dette hører inn under kommunens overordnede ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, etter Helse- og omsorgstjenesteloven. Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for å tilby behandling til personer som har økt selvmordsrisiko og som driver med alvorlig selvskading. Dette fordrer godt tverrsektorielt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene.

Under behandlingen av bystyresak 90/20 «En psykt bra by - Strategi for psykisk helse i Oslo» 22.04.2020 vedtok bystyret: 2. *Bystyret ber byrådet arbeide frem en handlingsplan for forebygging av selvskading og selvmord.* Som følge av pandemien ble arbeidet igangsatt sommeren 2022. Helseetaten fikk i oppdrag å utarbeide kunnskapsgrunnlag til planen, samt forslag til handlingsplan med klare mål og tiltak

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo bygger på *Kunnskapsgrunnlag Handlingsplan mot selvmord og selvskading* utarbeidet av Helseetaten. Deler av kunnskapsgrunnlaget bygger blant annet på en spørreundersøkelse fra relevante helsetjenester i Oslo kommune.

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo 2024-2028 har tre innsatsområder med mål og tiltak som bygger opp om disse:

- Åpenhet
- Kompetanse
- Samarbeid

Oslo kommunes innsatser innen forebygging av selvmord og selvskading må ses i sammenheng med blant annet "En psykt bra by - Strategi for psykisk helse i Oslo", "Strategi for utvikling av Oslo som traumeinformert by 2022-2030" og "Folkehelsestrategi for Oslo 2023-2030".

Byrådet legger FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD) til grunn for kommunens innsatser mot selvmord og selvskading. Oslo kommune forplikter å arbeide med bærekraftig utvikling i henhold til FNs bærekraftsmål. Dette danner et viktig grunnlag for samfunnsplanleggingen. Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo bidrar til å realisere FNs bærekraftsmål 3.4 om mental helse og livskvalitet.

Innspill til arbeidet med planen

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo er utarbeidet i samarbeid med Oslos innbyggere, interesseorganisasjoner, de sentrale medvirkningsrådene, og tjenesteytere som har god kjennskap til fagfeltet. Det er gjennomført innspillkonferanse der også de sentrale medvirkningsrådene ble invitert med. Utkast til plan var på ekstern høring våren 2023. I alt 22 instanser ga skriftlige innspill til planutkastet. Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester har i tillegg gjennomført et innspillmøte med 5 bydeler hvor mål og tiltak i planen ble drøftet med tanke på relevans og praktisk anvendelighet.

Byrådets vurdering av høringsinnspillene og andre innspill

Flere av tilbakemeldingene som er mottatt i arbeidet med planen angir det som positivt at det utarbeides en plan mot selvmord og selvskading i Oslo. Flere høringsinnsatser vurderer utfordringsbildet i planen, tiltak og målbildet som omfattende og dekkende.

Noen av høringsinstansene har vurdert planen som å være for overordnet, lite konkret og å mangle økonomiske forpliktelser for virksomhetene. Disse innspillene er tatt til etterretning og ansvars plassering av tiltakene er i større grad tydeliggjort. Det er likevel et mål at planen skal være overordnet slik at virksomhetene gis handlingsrom til å utforme tiltak tilpasset lokale behov og utfordringsbilder.

Flere høringsinstanser har etterspurt oppvekst- og utdanningssektoren ansvar i forhold til selvmord og selvskadingsadferd da disse er tett på barna det gjelder. Dette er hensyntatt gjennom tiltak i planen og behov for kompetanseheving i tjenestene.

Flere høringsinstanser påpekte at temaområdet rus og personer med rusproblemer ikke ble omtalt i tilstrekkelig grad i høringsutkastet. Som følge av dette er det lagt til grunn en beskrivelse av utfordringsbildet som er mer i tråd med gjeldende kunnskapsstatus om sammenhenger mellom rus og selvmords- og selvskadingsadferd.

Flere høringsinstanser har etterspurt konkrete program og satsinger i handlingsplanen. Til det er å bemerke at det er et mål at virksomhetene skal gis handlingsrom til å utforme lokalt tilpassede tiltak. Det forutsettes at virksomhetene orienterer seg i eksisterende verktøy og hjelpemidler på feltet for å kunne tilby innbyggerne kunnskapsbaserte og virksomme metoder for å forebygge selvmord og selvskading, noe som også kommer frem av tiltak i planen.

En høringsinstans har bemerket feil i kunnskapsgrunlaget når det gjelder referering av statistikker over studentbefolkningen i Oslo. Innspillet er korrigert i tråd med dette.

Det sentrale eldrerådet og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne har avgitt høringsuttalelse, og innspillene er vurdert for å sikre at målgruppens behov og rettigheter er ivaretatt i planverket. Rådet for kjønn og seksualitetsmangfold, Rådet for flerkulturelle minoriteter og Det sentrale ungdomsrådet ble invitert til innspillsmøte. Disse har ikke avgitt høringssvar.

Vurdering av sakens konsekvenser for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo 2024-2028 berører mennesker med funksjonsnedsettelse. Dette er hensyntatt i arbeidet med planen, og sakens konsekvenser vurderes som positive for innbyggerne i Oslo. Byrådet legger FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse (CRPD) til grunn for kommunens innsatser mot selvmord og selvskading. Universell utforming skal legges til grunn for oppfølging av alle mål og tiltak i planen.

Lover og regelverk, førende planer

- FNs bærekraftsmål
- FN-konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseeloven) LOV-2011-06-24-29

- Meld. St. 15 (2022-2023). Folkehelsemeldingen. Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller.
- Meld. St. 23 (2022-2023). Opptrappingsplan for psykisk helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Ingen å miste
- En psykt bra by – Strategi for psykisk helse i Oslo (2020)
- Strategisk plan for rusfeltet i Oslo (2018)
- Strategi for utvikling av Oslo som traumeinformert by 2022-2030 (2022)
- Folkehelsestrategi for Oslo 2023-2030 (2023)
- Handlingsplan for en aldersvennlig by (2017)
- Handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsettelse 2017-2020 (2018)
- Oslohjelpe
- Kunnskapsgrunnlag, Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo, Helseetaten 2023

Økonomiske og administrative konsekvenser

Tiltakene i planen skal som hovedregel gjennomføres innenfor ordinære rammer. Noen av tiltakene vil kunne ha økonomiske konsekvenser, men det forventes i hovedsak at tiltakene imøtekommes gjennom tilpasninger og prioriteringer i tjenestene. Noen av tiltakene i planen er videreføring av eksisterende tiltak. Ved behov for finansiering av tiltak vil dette vurderes i ordinære budsjettprosesser.

Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester er ansvarlig for å implementere handlingsplanen. Realiseringen frem mot 2028 vil involvere flere sektorer og virksomheter i Oslo kommune. Dette gjelder i særlig grad bydelene og Helseetaten, men også Utdanningsetaten, Barne- og familieetaten, Sykehjemsetaten, og Velferdsetaten. Virksomhetene skal innarbeide innsatsområder, mål og tiltak fra handlingsplanen i eget planverk, og tilpasse innholdet til lokale behov og utfordringsbilder. Helseetaten vil bli gitt i særskilt oppdrag å utvikle kompetanseprogram for å møte virksomhetenes behov, samt følge opp implementeringen og årlig rapportere status til byrådsavdelingen.

HANDLINGSPLAN MOT SELVMORD OG SELVSKADING I OSLO 2024-2028

1.Sammendrag

Under behandlingen av bystyresak 19/20 «En psykt bra by - Strategi for psykisk helse i Oslo» vedtok bystyret 22.04.2020 at det skulle utarbeides et handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo. Helseetaten fikk i oppdrag å utarbeide kunnskapsgrunnlag til planen, samt forslag til handlingsplan med klare mål og tiltak.

Forebygging av selvmord og selvskading må sees helhetlig og i et livsløpsperspektiv. Det betyr at det forebyggende arbeidet må skje på flere arenaer samtidig, og der hvor folk lever livene sine. Det handler blant annet om mening og tilhørighet, bli akseptert og verdsatt for den du er, og om å få hjelp når du trenger det.

Handlingsplanen beskriver utfordringsbildet og foreslår tre overordnede innsatsområder, åpenhet, kompetanse og samarbeid med tilhørende mål og tiltak.

Oslo kommunes innsatser innen forebygging av selvmord og selvskading må ses i sammenheng med blant annet "En psykt bra by - Strategi for psykisk helse i Oslo" og "Strategi for utvikling av Oslo som traumeinformert by 2022-2030" og "Folkehelsestrategi for Oslo 2023-2030".

2. Innledning

Innsatsen mot selvmord og selvskading må rettes både mot befolkningen som helhet og mot særlig utsatte grupper. Selvmord og selvskading innebærer dyp smerte og har store konsekvenser for den det gjelder, hens familie og nettverk og samfunnet for øvrig. Det er flere grunner til at mennesker tar sitt eget liv eller skader seg selv. Derfor må selvmord og selvskading forstås i kontekst hvor en ser på individuelle, relasjonelle, kulturelle og samfunnsmessige forhold.

Det er sentralt å vektlegge personens erfaringer og hvilken mening selvmordsatferden eller selvskadingen har for den enkelte. Det er ulike forhold som kan bidra til å øke faren og dette vil variere fra person til person. Det kan blant annet være omsorgssvikt, overgrep og andre traumatiske hendelser, tap og separasjon fra viktige nærstående personer, mobbing, konflikter, helseproblemer, tap av rolle og funksjon med mer.

Selvskading og selvmordsadferd kan anses som en måte å håndtere vonde og vanskelige situasjoner og omstendigheter på som det er vanskelig å unnsnippe eller løse på andre måter. Her er det store variasjoner, også hvis man tar den sosiokulturelle konteksten i betraktning.

Regjeringens «Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 – Ingen å miste» ble lansert 10. september 2020. Med denne planen er nullvisjon for selvmord innført i Norge. Planen inneholder 61 tiltak og disse er både befolkningsrettet og tjenesterettet.

Kommunen skal forebygge, avdekke, avverge, behandle og følge opp selvskading og selvmordsforsøk, samt følge opp etterlatte og pårørende. Utarbeidelse av handlingsplan med konkrete tiltak er et godt bidrag for å jobbe forebyggende. Kommunens har ifølge helse- og omsorgstjenesteloven et sørge-for-ansvar for egne innbyggere, og et viktig fokus er å samordne de ulike tjenestene som møter mennesker med selvmords- eller selvskadingsadferd.

Handlingsplan mot selvmord og selvskading skal sikre at Oslo har fokus på forebygging i et livsløpsperspektiv, behandling og oppfølging, samt at etterlatte og berørte får et tilrettelagt og helhetlig tilbud. I tillegg skal planen bidra til å styrke kunnskapsnivået hos ansatte i kommunen og videreutvikle samarbeidet mellom faggrupper, sektorer og forvaltningsnivåer.

I den nasjonale handlingsplanen om forebygging av selvmord *Ingen å miste* er det på bakgrunn av funnene i kunnskapsoppsummeringene og innspillene laget seks mål med tilhørende tiltak:

- Systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet
- Trygg kommunikasjon om selvmord
- Begrenset tilgang til metode for selvmord
- God hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko
- Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord
- Bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging

Oslo kommunes handlingsplan tar utgangspunkt i de nasjonale målene. I tillegg retter Oslos handlingsplan fokus på kommunens innsats mot selvskading. Med bakgrunn i dagens kunnskap løftes innsatsområdene åpenhet, kompetanse og samarbeid fram som viktige områder i denne planen. Åpenhet om psykisk smerte og livsbelastninger er viktig for å endre holdninger til psykiske helseproblemer i befolkningen og vil kunne bidra til å senke terskelen for å søke hjelp blant utsatte grupper. Kompetanse blant ansatte i kommunens tjenester er avgjørende for både å kunne avdekke selvskading og selvmordsatferd, men også å kunne tilby god hjelp til innbyggere. Selvskading og selvmord er sammensatte fenomener og forebygging av disse krever gjerne tverrfaglige og tverrsektorielle innsatser. Utviklingen av samarbeid mellom ulike aktører står derfor sentralt i Oslo kommunes innsats for å forebygge selvmord og selvskading i befolkningen.

Forebygging av selvmord og selvskading må sees i sammenheng med arbeidet som gjøres for å skape god folkehelse, trygge og gode oppvekstvilkår og et tilgjengelig og kompetent hjelpeapparat. For Oslo kommune finnes det flere planer og innsatser som bidrar inn i dette arbeidet og de mest sentrale er:

- En psykt bra by- Strategi for psykisk helse i Oslo (Byrådssak 194/19)
- Byrådets strategiske plan for rusfeltet (Byrådssak 158/18)
- Strategi for utvikling av Oslo som en traumeinformert by 2022-2030
- Handlingsplan for en aldersvennlig by (Byrådssak 175/17)
- Handlingsplan for seksuell og reproduktiv helse 2022-2025
- Oslostandard for pårørendesamarbeid (juni 2020)
- Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene (mars 2019)
- Strategi for å fremme gode oppvekstvilkår i Oslo
- Folkehelsestrategi for Oslo 2023-2030

Innsatsene rettes mot befolkningen, nøkkelpersoner i lokalsamfunnet, tjenestene, pasienter, pårørende og etterlatte. Det skal arbeides for å sikre en språklig og kulturell tilpasning av de selvmordsforebyggende tiltakene, og for tilpasning for ulike grupper av befolkningen, blant annet for personer med funksjonsnedsettelse, minoriteter, LHBTIQ+ personer og andre.

Bydeler, virksomheter, de sentrale medvirkningsrådene, bruker- og interesseorganisasjoner og frivillige og ideelle organisasjoner har gitt innspill under utviklingen av planen. Dette har vært viktig for at situasjonsbeskrivelsen og målene og tiltakene skal være så relevante og treffsikre som mulig i forhold til innbyggerne og tjenestene i Oslo kommune.

2.1 Begrepsavklaringer

Selvord	En aktiv, villet handling som fører til døden.
Selvordsforsøk	Skader personen påfører seg selv med intensjon om å dø.
Selvordsatferd	En samlebetegnelse for selvmordstanker, selvordsforsøk og selvmord.

Selvskading	Selvpåførte skader mot egen kropp uten intensjon om å dø, men er isteden en måte noen benytter for å regulere vanskelige tanker og følelser.
Sosial overførbarhet/smitte	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. Smitte kan også gjelde ved selvmordsadferd og gjennomførte selvmord.
Selvmordsforebygging	Tiltak som søker å forebygge selvmordsadferd. Gjelder tiltak både på individ- og samfunnsnivå.
Relasjonell velferd	En velferdsmodell som handler om å inkludere relasjon, kontekst og levekår i arbeidet for at alle skal kunne leve liv der de opplever at de kan bidra og bli inkludert.
Recovery	Recovery, på norsk ofte kalt «tilfriskningsprosess» eller «bedringsprosess», der man støtter pasienten med utgangspunkt i pasientens ressurser som fremmer muligheter og tro på at man kan leve gode og meningsfulle liv, også med symptomer på psykiske helseproblemer eller lidelser. Recoveryorienterte praksiser har flere paralleller til folkehelsearbeid og tiltak for å bedre folks levekår og hverdagsliv.
LHBTIQ+	En forkortelse for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønns personer og queerpersoner/skeive. '+' står for et mangfold som går ut over disse kategoriene. Eksempelvis aseksuelle og panseksuelle.

2.2. Selvmords- og selvskadingsforebygging i et folkehelseperspektiv

Hovedinnsatsen i det selvmords- og selvskadingsforebyggende arbeidet bør skje der folk lever og bor. Menneskerettigheter, CRPD, meningsfullt hverdagsliv og relasjonell velferd er i fokus når vi har med oss folkehelseperspektiv i psykisk helsearbeid.

Vi må løfte fram kontekstuelle og relasjonelle forståelser av selvmords- og selvskadingsadferd. Alle; familie, venner, trenere, kollegaer, bekjentskap med flere, kan gjennom å vise omtanke, spørre, lytte og være til stede for et medmenneske bidra til å forebygge selvmord og selvskading.

For å forebygge selvmord er det viktig å yte god omsorg for de som erfarer psykiske problemer. Vi må forstå hva som er bakgrunnen for vanskene og selvmordsadferden. I rapporten fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, kommer det frem at mange av de som tok livet sitt hadde psykososiale vansker. Mange var enslige og bodde alene, få var i arbeid og mange hadde opplevd traumer i barndommen og/eller negative livshendelser kort tid forut for selvmordet.

Norske selvmordsforskere argumenterer for at kunnskapen om virksomme faktorer i forebyggingen av selvmord tyder på at selvmordsforebygging må ta utgangspunkt i systemiske perspektiver. Det ligger derfor et betydelig selvmordsforebyggende potensiale ved å innta et folkehelseperspektiv i arbeidet mot selvmord og selvskading. Dette innebærer videre at forebygging vil være relevant for alle innsatser i alle arenaer hvor mennesker oppholder seg, og tjenester de er i kontakt med. Dette inkluderer også helsetjenestene.

Recovery er en beskrivelse av en prosess hvor personer med psykiske helseutfordringer opplever gode liv, også med symptomer på psykiske helseproblemer. Viktige faktorer i recovery er å skape mening i eget liv og oppleve håp for fremtiden basert på egne ressurser og nettverk. Personens selvforståelse, erfaringer, mål og ressurser blir vektlagt og dette innebærer en dreining bort fra sykdomsfokus til det som fremmer helse. Recoverorientert psykisk helsearbeid har klare paralleller til folkehelsearbeid, og retter seg mot å bedre levekår og hverdagsliv for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer. Bolig, arbeid, aktivitet, økonomi, sosiale nettverk og å redusere sosiale forskjeller, og styrke tilhørighet og deltakelse er sentralt. Dette bidrar til økt livskvalitet, og kan forebygge og redusere ensomhet, utenforskap, selvmord og selvskading.

Relasjonell velferd er et folkehelsebegrep som er nært knyttet til recovery og er en velferdsmodell som inkluderer sosiale og relasjonelle aspekter i offentlige innsatser for å fremme livskvalitet, sammen med personene det gjelder og med utgangspunkt i miljøene hvor de lever sine liv.

Innbyggere i Oslo skal oppleve likeverd, mestring og kontroll over eget liv. «En psykt bra by - strategi for psykisk helse i Oslo» er byrådets grunnlag og retning for hvordan Oslo kommune skal bidra til en bedre psykisk helse for befolkningen generelt, og den verdimesige retningen for psykiske helsetjenester spesielt. Mestring og aktivt liv for innbyggerne står sentralt i Oslo kommunes innsatser for å fremme god psykisk helse i befolkningen. Innbyggernes kunnskap og erfaringer blir også vektlagt i helsefremmende arbeid og utviklingen av psykiske helsetjenester.

Recoveryorientert praksis omfatter blant annet bistand til sosial integrering, støtte til å oppnå egne mål og vektlegging av og samarbeidsrelasjoner preget av likeverd. Det å føle seg verdifull og kunne være en likeverdig deltaker i samfunnet er grunnleggende viktig. Dersom man ikke føler seg verdifull, ikke blir anerkjent, men blir oversett og neglisjert, ekskludert, eller utsatt for overgrep, så har det negative konsekvenser for selvfølelse, helse og livskvalitet, som kan gi seg utslag i (selv)destruktivitet, fysiske og psykiske helseproblemer. Videre er det viktig å få anledningen til å utgjøre en forskjell og bidra med noe for seg selv og andre, i hjemmet, i en jobb og for samfunnet. Beskyttelsesfaktorer som kan bidra til å redusere selvskading og selvmordsatferd er blant annet å oppleve tilhørighet og ha gode relasjoner til foreldre, familie og venner preget av god kommunikasjon, hvor ungdom får hjelp og støtte til å løse problemer, ventilere frustrasjoner og håndtere konflikter på ikke-voldelige måter.

Selvtillit, evne til å håndtere endringer, og gode problemløsningsferdigheter hos den enkelte skaper større motstandsdyktighet. Den amerikanske psykisk helseforskeren Isaac Prilleltensky argumenter for at vi må fremme en 'vi'-kultur om alle skal kunne føle seg betydningsfulle og leve gode, meningsfulle liv. Alle trenger gode og trygge tilknytninger for å føle tilhørighet

og være en del av meningsfulle relasjoner. Vi behøver å bli respektert, anerkjent og akseptert for den personen vi er.

3. Utfordringsbildet

I Oslo er det ca. 80 personer som årlig tar sitt eget liv, og i 2021 var 75 % av disse menn. Selvmord er den hyppigste dødsårsaken til ungdom mellom 14 og 25 år. Flere undersøkelser viser at det særlig blant unge er en økende tendens til selvskading. I forbindelse med COVID-19-pandemien var det i fagmiljøene lenge en bekymring for at sosial distanse, økt isolasjon og andre inngripende smitteverntiltak ville føre til dårligere psykisk folkehelse og økning av selvmord og selvskading. Selv om den psykiske belastningen økte i befolkningen, har det i etterkant vist seg at vi ikke opplevde en økning i selvmord. Kunnskapen om selvskading er for tiden for mangelfull til at vi si noe om pandemiens påvirkning på selvskading i befolkningen.

Det er grunn til å tro at det finnes mørketall når det gjelder registreringen av selvmord i Norge. Uten ytre holdepunkter, som f.eks. et avskjedsbrev, er det vanskelig å vite om det skjuler seg et selvmord bak for eksempel en ulykke eller et overdosedødsfall. Andre kilder til mørketall kan være at leger skriver andre dødsårsaker enn selvmord på dødsattesten, eller at nordmenn i utlandet dør uten at dødsårsak blir registrert i Norge.

I 2021 døde 37 personer i Oslo av overdose. Mens majoriteten av de narkotikautløste dødsfallene er overdoser, har selvmord utgjort mellom 10 og 20% av det totale antallet narkotikautløste dødsfall i Norge mellom 2012 og 2021. Det er i mange tilfeller ikke mulig å skille mellom selvmord og overdoser med illegale rusmidler, og dødsfall kategorisert som selvmord vil kun være dødsfall der det foreligger en klar intensjon om selvmord.

Det er et stort potensial for å redusere forekomsten av selvmord og selvskading ved hjelp av kommunens tjenesteapparat, både når det gjelder å identifisere personer i risiko, å senke terskelen for å motta hjelp og å styrke tilgangen på tjenester.

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 jmf, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2. Alle relevante tjenester innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste har et ansvar. 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.

Det forebyggende potensialet ved tradisjonelle behandlingsmessige og individuelt innrettede tiltak knyttet til selvmord har vist seg begrenset. Isteden anbefaler anerkjente forskningsmiljøer universelle og systemiske, strukturelle tiltak. Slike tiltak vil blant annet handle om å begrense tilgang til selvmordsmetoder, sette søkelys på helhetlig samarbeid og samhandling mellom tjenestene og tjenestenivåene og mellom tjenestene og innbyggerne, befolkningsrettet holdningsskapende arbeid og å behandle selvmord og selvskading som folkehelseproblem.

Å begrense tilgang til metode for selvmord omfatter tiltak der man på ulikt vis forsøker å gjøre slike metoder mindre tilgjengelige. Sikringstiltak kan forebygge impulsive selvmord ved å bidra til å utsette akutte selvmordsimpulser og gi rom for livreddende hjelp. Å begrense tilgang til

ulike selvmordsmetoder har vist seg å være godt dokumentert som selvmordsforebyggende tiltak. Kunnskap og oversikt over utsatte områder, som for eksempel høyhus, broer, jernbane, T-bane og trikk vil være hensiktsmessig for å begrense tilgang til metoder.

Å begrense både alkoholrelaterte og illegale rusproblemer i befolkningen er også relevante selvmordsforebyggende tiltak. Det samme gjelder førstelinjetjenestenes kunnskap om psykiske lidelser, samt å motarbeide tabu, stigma og negative holdninger til innbyggere med psykisk helse- og rusproblemer. «Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid» omtaler også overdosedødsfall som selvmord, og sosiale forhold som manglende nettverk, nylige relasjonsbrudd og ensomhet trekkes fram som risikofaktorer. Standarden skal være et nyttig verktøy for alle som jobber med eller kjenner til noen som kan være i risiko for overdose eller overdosedødsfall

3.1. Innbyggerne i kommunen er viktigste aktør

Tjenestene skal utformes med utgangspunkt i innbyggernes behov, og innbyggeren må sikres nødvendig informasjon og reell mulighet for innflytelse i alle deler av forløpet. Fagfolk og innbyggere er spesialister på hvert sitt felt. Sammen kan innbyggerne og kommunens medarbeidere utfordre holdninger og praksis i forhold til mennesker med psykiske helseplager, både for innbyggere med behov for langvarige tjenester, og for mennesker som har behov for tjenester en periode i livet, for å mestre sin livssituasjon.

Oslo kommune har som mål å jobbe kunnskapsbasert. For at tjenestene skal kunne møte innbyggernes behov er det viktig å ha med erfaringskompetanse og brukerstyring i utformingen av tjenestetilbudet. Medarbeidere med brukererfaring og samarbeid med pårørende er avgjørende for å styrke brukerperspektivet og dermed gjøre tjenestene bedre for innbyggerne gjennom en mer kunnskapsbasert praksis. Tjenestene bør etterstrebe og innhente erfaringer og innspill fra grupper som står i fare for å ikke bli hørt på grunn av tilhørighet til marginaliserte grupper eller barrierer som stigma og utenforskap.

Kommunen må sørge for likeverdige helse- og omsorgstjenester for alle innbyggere i kommunen. 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. Det må legges til rette for å sikre ivaretagelse av minoritetsgrupper.

3.2. Selvmordsadferd og selvskading

3.2.1. Selvmordsadferd

Selvmordsadferd er en samlebetegnelse for selvmord, selvmordsforsøk og selvmordstanker. Det er viktig å forstå selvmordsadferd som et sammensatt fenomen, som handler om forhold på samfunns-, gruppe- og individnivå. Wasserman og Sokolowski har formulert en slik helhetlig forståelse i en «stress-sårbarhets»-modell. Den belyser flere forhold av betydning samtidig, som for eksempel ulike former for individuell sårbarhet, kulturelle forhold og strukturelt utløst stress.

Selvmordsforsøk er handlinger med hensikt å skade seg selv, der personen har et ønske om å dø. Uavhengig av om utgangen av handlingen ble død eller overlevelse, er det i noen tilfeller vanskelig å fastslå hva den egentlige intensjonen var. Mennesker i selvmordskrise kjenner ofte

en intens psykisk smerte de føler seg fanget i. Mange er ensomme og kan oppleve seg som en belastning. En hjelper som lytter og forstår hvordan en selvmordskrise kan oppleves, kan gjøre personen mer mottakelig for hjelp og støtte.

En selvmordskrise, uansett om den er akutt eller har blitt utviklet over lang tid, er et komplekst fenomen med sammensatte årsaker. Krisen kjennetegnes ofte av en intens psykisk smerte som personen ikke er i stand til å se en vei ut. Mennesker i selvmordskrise kan mangle håp og kjenne at livet aldri kommer til å bli bedre og kan oppleve tilværelsen som stadig mer meningsløs. Disse destruktive tankene og følelsene kan lede til tanken om at døden er eneste utvei. Samtidig er personer i selvmordskrise ofte ambivalente til det å dø. Mange klarer ikke å se hvordan de kan leve og kan tenke at de er en så stor belastning at de tenker at verden blir et bedre sted uten dem. De vil mest av alt slippe smerten ved å leve. Det er vanlig å kjenne på ensomhet, en følelse av utenforskap og å stå på utsiden av livet.

Ved intens psykisk smerte og en opplevelse av å være fanget, kan selvmord oppfattes som en måte å unnsnippe livets belastninger på. Beumeister ser i sin teori på selvmord som en flukt fra sitt selv, fra sine egne feil og mangler. Når man ikke greier å leve opp til sine egne standarder og forventninger, utløser dette negative emosjoner, og ved å ta sitt liv slipper man unna egen tilkortkommenhet.

Det er svært vanskelig å forutsi selvmord og statistikk og data på gruppenivå kan ikke hjelpe oss til å vurdere individers risiko. En kunnskapsbasert kartleggingsamtale om kjente risikofaktorer kan likevel være viktig som en inngang til å spørre om den enkeltes opplevelser og eventuelle tanker om selvmord. Faktorer som kan være relevante i vurderingen av selvmordsrisiko er:

- Psykisk lidelse
- Rusmiddelbruk/avhengighet
- Tidligere selvmordsforsøk
- Brudd i nære/betydningsfulle relasjoner
- Selvmord i familien eller blant nære venner
- Ærekrenkelse/tap av selvaktelse
- Manglende nettverk

Når noen står i en selvmordskrise, er det avgjørende å bli møtt med forståelse og empati. Det er hjelperen ansvar å legge til rette for at personen føler seg trygg og ivaretatt. Respektfull og empatisk lytting øker sjansen for at personen selv kan håndtere sin psykiske smerte. Målet er å hjelpe personen med å finne løsninger på vanskelige følelser og livssituasjoner, som ikke innebærer å påføre seg selv livstruende skade.

3.2.2. Selvskading

Grunnene til at noen skader seg selv, får selvmordstanker eller gjør forsøk på å ta sitt eget liv, er sammensatte og komplekse. En rekke faktorer knyttet til individuell sårbarhet, personlige erfaringer, relasjonelt samspill og sosial kontekst, kan ha betydning i ulik grad for ulike personer. Selvskading handler om å påføre sin egen kropp skade eller smerte, men uten en intensjon om å dø.

For å kunne gi god hjelp, er det av stor betydning at man forsøker å forstå og anerkjenne hva som er bakgrunnen for og meningen med smerten og selvskadingen/ selvmordsforsøket, og ikke bare rette oppmerksomhet mot hvordan den selvdestruktive atferden (smerteuttrykket) kan håndteres, reguleres og forhindres. Selvskading kan handle om å regulere sterke følelser, kan gi en følelse av kontroll og mestring, og bidra til at man flytter følelsesmessig smerte til mer håndterbar fysisk smerte. Om man først har begynt å skade seg, er det høy risiko for at man gjentar adferden.

Selvskading kan i likhet med rus være avhengighetsskapende. Det kan videre være sammenheng med andre former for selvdestruktivitet, som spiseforstyrrelser, skadelig rusmiddelbruk, skadelig eller risikofylt seksuell adferd og annen risikofatferd. Sex brukt som selvskading er assosiert med tidligere traumer som seksuelle, fysiske og følelsesmessige overgrep og dårlig mental helse. I to svenske studier har man funnet at flest unge kvinner, men også unge menn kan inngi seg i seksuelle relasjoner som en av flere måter å skade seg selv på.

Det er en sammenheng mellom selvskading og selvmordsatferd, og det er funnet en økt risiko for selvmord blant personer som selvskader. Alle former for selvskading er knyttet til økt selvmordsrisiko.

En utbredt oppfatning er at selvskading er mer vanlig hos jenter enn hos gutter, men noen studier indikerer en mer jevn fordeling. Uansett er det mange gutter som også skader seg, og forskning antyder en økning av gutter og menn som selvskader de siste årene. Gutter og menns måter å selvskade på skiller seg noe fra jenter og kvinners. Mens jenter oftest kutter seg, synes gutter å skade seg oftere og anvende mer skadelige metoder. I tillegg kan de påføre seg selv skade ved bruk av indirekte metoder, som for eksempel å oppsøke slåsskamper, bruke rusmidler på skadelige måter, råkøre eller inngå i lignende risikofatferd. Forskning viser at stereotype maskulinitetsidealer påvirker gutters valg av selvskadingsmetoder.

Det er mange grunner til selvskading. En metaanalyse har utforsket unges (flesteparten jenter 12–18 år) erfaringer med selvskading og viser at selvskadingen kan lette en byrde og lindre intense følelser, bidra til å kontrollere eller håndtere vanskelige og overveldende følelser, kommunisere til andre hvordan man har det, være en del av en gruppe gjennom å komme i kontakt med andre som selvskader samt utrykke emosjonell smerte til andre og et rop om hjelp. En annen systematisk kunnskapsoversikt viser at menns selvskadingsatferd handler om forsøk på å håndtere psykiske helseproblemer, regulere affekt, impulsivitet og kommunikasjon av vanskelige følelser.

Belastende hendelser i oppvekst som fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon, mobbing og utenforskap kan være risikofaktorer som kan bidra til å forklare hvorfor en person skader seg selv.

Tidlig avdekking og iverksetting av tiltak gir de beste muligheter til å avhjelpe problemene før de utvikler seg til langvarige og alvorlige vansker og vil kunne øke sannsynligheten for bedring. Hvilke tjenester/aktører/personer vedkommende kommer i kontakt med, vil avhenge av ulike faktorer, som hvem personen har tillit til og hvilke arenaer personen oppholder seg på, og i hvilken grad man oppsøker eller mottar hjelp.

3.2.3. Aktører i det selvmords- og selvskadingsforebyggende arbeidet.

Tjenester og aktører som ofte kommer i kontakt med den aktuelle målgruppen kan blant annet være: lærer, sosiallærer, helsesykepleier, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjenesten, fastlege, legevaktpersonell, ansatt i psykisk helse- og rustjeneste, hjemmetjeneste/-sykepleie, barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), krisesenter, familievernet, overgrepsmottak, akuttmottak, barn- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), distriktpsikiatriske senter (DPS), somatiske avdelinger, hjelpetelefoner eller andre.

Det kan også være andre tjenester 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, kollegaer, personer man møter i forbindelse med aktivitet-, kultur- og fritidstilbud og andre hjelpe- og behandlingstilbud.

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 til spesialisthelsetjenesten ved behov. Som hjelpere må vi se og forstå funksjonen bak gjentakende selvskading og selvmordsadferd. Å lytte til den enkeltes forståelse av hvilken funksjon selvskadingen har, er sentralt i møte med personer som skader seg selv.

Selvmondsadferd omfatter tanker, planer, trusler og forsøk på å gjennomføre selvmord. Videre vurdering av selvmordsrisiko og dokumentasjon, etter avdekking, gjøres av kvalifisert helsepersonell i samsvar med kravet om faglig forsvarlighet. Helsedirektoratet har utarbeidet veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvmord og selvskading.

Personer som har vært innlagt etter selvmordsforsøk har en forhøyet risiko for nye selvmordsforsøk, særlig det første året etter utskrivningen, og den første tiden spesielt. Ved utskrivelser fra psykisk helsevern forekommer de fleste selvmordene ila de første 45 dagene. 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 til stede i personens liv. En tilpasset plan for den videre oppfølgingen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er derfor anbefalt. For mange er det aktuelt med en sikkerhetsplan. Dette er en plan med konkrete mestringsstrategier som kan brukes ved økende selvmordstanker eller tanker om å skade seg selv. Planen beskriver faresignaler og hvilke personer som kan kontaktes, hvordan begrense tilgjengelige metoder.

Hvilke tjenester som involveres i den videre oppfølgingen må vurderes individuelt, basert på den enkeltes behov. Fokus vil ofte være på flere områder parallelt, som:

- Involvering av lokalt tjenesteapparat, som fastlege, psykisk helse- og rustjeneste, bedriftshelsetjeneste, skolehelsetjeneste, barnevernstjenesten eller andre.
- Behandling for eventuelle psykiske helseproblemer
- Behandling for eventuelle rusproblemer
- Støtte opp under deltakelse i arbeid og skole, samt i lokalsamfunnet gjennom frivillige organisasjoner, livssynssamfunn eller kultur og idrett

3.3. Samarbeid og samhandling

Betydningen av samarbeid med alle involverte aktører i håndteringen av interpersonlig og personlig voldsrisiko i psykisk helsetjenester er ofte fremhevet. I oversikten fremkommer det at positiv risikohåndtering, samarbeid med personen det gjelder og andre som er involvert i helsetilbudet og omsorgen for personen, og at tiltak må bygge på personens styrker og ressurser. I tillegg må tjenesteorganisasjonene legge til rette for at ansatte i hjelpeapparatet har muligheter til og tilstrekkelige kunnskaper og verktøy for å kunne håndtere risiko.

Det å involvere innbyggerne i helsefremmende innsatser og tjenester de mottar fra kommunen, og å ta utgangspunkt i deres ressurser, ønsker og behov, må i tråd med denne kunnskapen stå sentralt i kommuns arbeid mot selvmord og selvskading. Dette er også samsvar med prinsipper om recoveryorientert praksis i psykisk helse- og rusarbeid, samt relasjonell velferd.

3.4. Helhetlig oppfølging krever godt samarbeid mellom tjenestene

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 etter utskrivelse er ivarettatt. Kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten er i hht helse- og omsorgstjeneste loven pålagt å inngå samarbeidsavtale. Samarbeidsavtalen bør understøtte en tydelig og avklart samhandling i det psykososiale oppfølgingsarbeidet, både etter sykehusinnleggelse og poliklinisk behandling for selvskading og selvmordsforsøk.

Etter barnevernsloven § 15-8 skal barnevernstjenesten samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere på systemnivå, slik at barneverntjenesten og andre tjenesteytere kan ivareta sine oppgaver etter lov eller forskrift. I *Nasjonalt forløp for barnevern* heter det at barnevernstjenestene i samarbeid med helsetjenestene skal utrede forhold knyttet til psykisk helse, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus. Barneverntjenesten skal også samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere på individnivå, dersom samarbeid er nødvendig for å gi det enkelte barn et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Samhandling og samarbeide mellom de kommunale tjenestene vil også være viktig med tanke på kompleksiteten ved selvmordsatferd og selvskading og at innbyggerne ofte er i kontakt med flere kommunale instanser samtidig. Dette vil særlig gjelde for barn og unge, og samarbeid mellom helsetjenester, skole, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vil i dette lyset være særlig viktig. Oslohjelpa er et eksempel på et lavterskeltilbud i kommunen hvor barn, unge og deres pårørende kan få hjelp, og som vektlegger samarbeide med andre tjenester i bydelene.

3.4.1. Kommunen må sikre god samhandling med og oppfølging av pårørende og etterlatte

Å være pårørende til en som har forsøkt å ta sitt eget liv, skadet seg selv eller har tanker om dette er krevende og vil kunne utløse bekymring og følelser som sjokk, sinne, forvirring, hjelpeløshet og frykt. I noen tilfeller kan det også bidra til egne selvmordstanker. Familie og venner opplever det ofte som vanskelig å vite hvordan man 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 eller selvskader.

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 personer med psykiske helseproblemer. Det kan bidra til økt opplevelse av mestring og tilfredshet hos både personen selv og hans pårørende.

Mange etterlatte forteller om ulike helseplager av fysisk og psykisk karakter etter selvmord av noen som har stått de nær. De formidler også at de har omfattende sorgreaksjoner og egne selvmordstanker. I tillegg kan etterlatte oppleve forverring av egen helse og livskvalitet i årene etter selvmordet til en nær person. Følelse av skyld og skam kan være tyngende, på toppen av sorgen og savnet.

3.4.2. Barn som pårørende

Foreldre og foresatte har ansvar for barna sine, og barna er avhengig av voksenpersonenes omsorg. Barn skal forbli i sin rolle som barn, de ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner. Barn og unge er lojale og kan ofte ha ønske om og behov for å hjelpe til og å bidra når deres voksenpersoner ikke er i stand til å ivareta seg selv. I tillegg sitter disse barna på betydelige og viktige kunnskaper om deres voksenpersoners funksjon og problemer. Dette må tjenestene ta hensyn til og legge til rette for hvis barna gir uttrykk for ønsker om å fortsatt bidra og å bli hørt.

Det er potensielt traumatiserende for barn å leve med foreldre med selvmordsadferd, og statistisk har de en økt risiko for selv å utvikle selvmordsadferd. Forebygging og ivaretagelse av barn er selvmordsforebyggende og med på å forhindre generasjonsoverføring av selvmordsadferd.

I akutte situasjoner er det viktig å få oversikt over og gjøre en vurdering av barnets aktuelle omsorgssituasjon. De ulike akutt-tjenestene 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.

3.5. Barn, unge og studenter

Undersøkelser som gir innblikk i Oslo-studenters situasjon viser at 6% har forsøkt å ta eget liv, 23% har skadet seg selv eller tenkt seriøst på å ta eget liv, og 5% har tatt kontakt og bedt om hjelp uten å få det. Omfanget av selvskading og selvskadingstanker er høyt blant studentene.

Blant studentene under 30 år oppgir rundt 60% at de har vært litt eller mye plaget av ensomhet. Undersøkelse viser at studentene i Oslo rapporterer om den høyeste forekomsten av selvskading, selvmordstanker og selvmordsforsøk sammenliknet med studenter i andre byer.

3.5.1. Selvmord blant barn og unge

Selvmord blant barn og unge er sjelden. Samtidig er selvmordstanker relativt vanlig, særlig blant de som er i kontakt med psykisk helsevern. Som hos voksne forstås det som et uttrykk for at livet oppleves vanskelig. I perioden 2017–2021 var selvmord den vanligste dødsårsaken blant unge mellom 15–24 år i Norge, med et snitt på 81 tilfeller per år.

Kjønnsforskjellen er ikke så stor hos de yngste barna, men øker med alderen, hvor selvmord forekommer hyppigere hos gutter enn hos jenter.

Risikofaktorer hos barn og unge

På samme måte som hos voksne, vil det store flertallet av barn og unge som har én eller flere risikofaktorer/belastninger til stede i livet sitt, ikke ta sitt eget liv.

Risikofaktorer for selvmordsatferd hos barn og unge er:

- psykisk lidelse
- tidligere selvskading og selvmordsforsøk og selvmordsatferd
- psykopatologi i familien
- dårlig kommunikasjon mellom foreldre og barn
- negative livshendelser
- overgrep
- omsorgssvikt
- skolerelaterte faktorer som mobbing, utenforskap og konflikter.

Beskyttelsesfaktorer som kan bidra til å redusere selvmordsadferd 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. Andre faktorer som motstandsdyktighet, selvtillit og evne til å håndtere endringer er også beskyttende faktorer.

3.5.2. Selvskading blant barn og unge

Selvskading kan ha sammenheng med motstridende psykologiske behov og utviklingsmessige utfordringer i ungdomsårene, hvor den unge skal finne ut hvem hen er, også i relasjon til andre. Overgangen fra barn til voksen, med identitetsutvikling og mer autonomi, og hvor man samtidig skal opprettholde gjensidige relasjoner med betydningsfulle andre er sentralt og kan være utfordrende.

Ca. 18% av unge mellom 12-18 år og 4% voksne oppgir at de har skadet seg selv med vilje. Det kan være kutting, kloring, å slå seg selv, brenning, overdosering og annet. Den som selvskader kan bruke en eller flere metoder, og farlighetsgraden varierer fra overflatiske småskader til livstruende skader. Ungdom som skader seg har en høyere risiko for å ta livet sitt, noe som gjør at vi må være spesielt oppmerksomme på denne gruppen. Forekomsten er høyest hos jenter i tenårene/unge kvinner, men gutter og menn skader seg også. Selvskading starter oftest i alderen 12 til 15 år, men kan også oppstå tidligere eller senere og problematikken kan være forbigående eller langvarig. Jenter begynner typisk med selvskading tidligere enn gutter. For barn handler selvskading om noe som er vanskelig og vondt inni dem som angst, sorg, skam, håpløshet, ensomhet, utestengelse, mobbing med mer. Noen kan ha gjentatte alvorlige

selvskadingsepisoder uten ønske om å dø, mens andre kan ha episoder der de ønsket å dø eller var ambivalente.

En undersøkelse blant ungdom fra syv forskjellige skoler i området rundt Oslo viste at 8,4% av guttene og 19,4% av jentene svarte at de hadde selvskadet seg. Cirka 17% svarte at de har hatt tanker om selvmord og selvskading siste 14 dagene. Det antas at dette også er representativt for Oslo.

Det kan være kjønnsforskjeller på tvers av atferd og motivasjon. Det er flest jenter som rapporterer at de skader seg, og det er også de som oppsøker hjelp i større grad enn gutter og menn. Av de som søker hjelp, henvender de fleste seg til familie og venner for å få støtte. Barrierer for å søke hjelp kan være negative reaksjoner fra andre og frykt for å bli sett på som oppmerksomhetssøkende.

Gutter rapporterer ikke like mye symptomer på angst og depresjon som jenter, men statistikken viser at flere gutter faller ut av skolen, ruser seg, blir arbeidsledige, begår kriminelle handlinger og tar sitt eget liv. Andel unge som har problemadferd øker og «gjengangere» står for en stor del av dette bildet. De har tilleggsproblemer som rus, ustabil hjemmeliv, dårligere psykisk helse og dårlig skoletilpasning, i tillegg har det vært en økt andel som har vært utsatt for vold, trusler og mobbing. Ung i Oslo-undersøkelsen 2023 viser en betydelig andel ungdommer som rapporterer om ulike former for krenkelser som mobbing, vold, seksuell trakassering eller seksuelle overgrep. Ung i Oslo viser en økning i rusmiddelbruken fra 2021 til 2023. For hele ungdomsgruppen under ett, har andelen som har vært beruset, andelen som har prøvd cannabis, og andelen som har brukt andre narkotiske stoffer siste år, økt med to til tre prosentpoeng på to år. Økningen er mest tydelig blant de eldre tenåringene. 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. Om lag 1/3 av de som har gjentagende selvskading, også har gjort selvmordsforsøk. Gjentatt selvskading er en risikofaktor for nåværende eller fremtidig selvmordsfare. Beskyttelsesfaktorer vil i stor grad være de samme som ved selvmordsadferd.

3.5.3. Sosial overførbarhet i ungdomsmiljøer

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 det på nytt. Dette er særlig sett i behandlingsinstitusjoner og i enkelte ungdomsmiljøer. 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, ferdighetsgrupper, eller i andre opplæringsprogrammer der selvskading beskrives som et problem og ikke en løsning.

3.5.4 Selvskading og sosiale medier

Det ser ut til å være en sammenheng mellom bruk av sosial medier og selvskading, og at ungdom som tilbringer mer enn tre timer i døgnet på sosiale medier har større sjanse for å svare ja på spørsmål om de selvskader.

Internett tilbyr store mengder selvskaderelatert materiale både i tekster, bilde og video og noen legger ut bilder av egen selvskading på sosiale medier. Det finnes også ulike nettfora der selvskading diskuteres og er av en slik karakter at de anses å bidra til av selvskading normaliseres og til og med oppmuntres. Helsesykepleiere, lærere og andre som er i kontakt med barn og unge, bør ha kjennskap til internettsider hvor selvskading kommuniseres og diskuteres.

4.Særlig utsatte grupper

I handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo er det verdt å trekke fram noen særlige grupper hvor det er en høyere forekomst av selvmord og selvskading. Det er viktig å merke seg at det er på gruppenivå og ikke individnivå. Når en person ser på sin livssituasjon som så smertefull at de vurderer å avslutte livet, må personen som fanger opp disse signalene sjekke ut hva det handler om på en respektfull måte gjennom å lytte til vedkommende sin situasjon. Det kan være både personlige grunner og samfunnsmessige eller strukturelle forhold som bidrar til at en person ikke klarer å se hvordan hen kan leve livet sitt.

4.1. LHBTIQ+

Lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønnede og queer-personer (LHBTIQ+) opplever oftere levekårsutfordringer sammenlignet med den øvrige befolkningen. Personer som tilhører LHBTIQ+ er mer utsatt for fysiske og psykiske plager, trakassering, vold, rusmisbruk og selvmordsforsøk. Oslo kommunes tjenester skal ha kompetanse og kunnskap som sikrer at også LHBTIQ+ innbyggere blir møtt med likeverdige tjenester.

En undersøkelse fra 2020 blant LHBTIQ+ viser at andelen med selvmordstanker og selvmord er betraktelig høyere i disse gruppene enn i den heterofile befolkningen. 59% av personer med homofil legning og 67% bifile menn i undersøkelsen hadde hatt selvmordstanker. 15% av personer med homofil legning og 22% av de bifile hadde forsøkt å ta livet sitt. 56% av personer med lesbisk legning og 81% av bifile kvinner oppga at de hadde hatt selvmordstanker i løpet av livet. Når det gjelder selvmordsforsøk i løpet av livet, svarte 12% av personer med lesbisk legning og 32% bifile kvinner bekreftende på dette. Blant transpersoner oppga om lag 70% at de hadde hatt selvmordstanker i løpet av livet. Omtrent 30% oppga å ha forsøkt å ta livet av seg. I en rapport om «skeive med innvandrerbakgrunn», oppga 58%, at de hadde opplevd livet som så vanskelig at de ikke ønsket å leve lenger. 22% oppga at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Internasjonal forskning viser at i LHBTIQ+-befolkningen finner man forhøyede forekomster av selvskading sammenlignet med hetero- og cis-personer.

4.2. Personer med funksjonsnedsettelse og psykiske helseproblemer

Personer med funksjonsnedsettelse kan betegnes som landets største minoritetsgruppe. Denne gruppen er svært variert og sammensatt. Oslo kommune følger Verdens Helseorganisasjons klassifisering av funksjonsnedsettelse, som også inkluderer mennesker med psykiske helseproblemer og lidelser.

Det er funnet at mennesker med psykiske helseproblemer og lidelser har betydelig høyere selvmordsrisiko enn mennesker uten slike problemer. Selvskading er også betydelig mer utbredt blant mennesker med psykiske helseplager enn i den øvrige befolkningen. Personer med autismspektertilstander og asperger viser også forhøyet selvmordsatferd. Selvskading

er også vist å være utbredt blant personer med intellektuell funksjonsnedsettelse. Som beskrevet tidligere er det viktig å understreke at selvmord må forstås i kontekst og vi må lytte til personer som har opplevd å leve med selvmordstanker for å forstå hva det handler om.

Mange personer med funksjonsnedsettelse opplever at helsetjenestene ikke er godt nok rustet eller mangler kunnskap og kompetanse for å ivareta deres behov. Personer som har andre funksjonsnedsettelse, kan også så ha samtidige psykiske helseutfordringer. Det er blant annet funnet at mennesker med intellektuell funksjonsnedsettelse og autismespekterforstyrrelser har økt sårbarhet for å utvikle psykiske helseproblemer sammenlignet med den øvrige befolkningen.

Personer med ulike funksjonsnedsettelse og samtidige psykiske lidelser kan oppleve mangelfull behandling og oppfølging for sine psykiske helseutfordringer. Dette kan skyldes at tjenestene ofte knytter de mentale utfordringene til funksjonsnedsettelsene, eller mener at disse handler om atferdsproblemer hos innbyggeren, men dette er ikke nødvendigvis tilfelle. Forskning har vist at kompetansen om psykisk helse for personer med intellektuell funksjonsnedsettelse er generelt lav i norske helsetjenester.

Det er et mål i Oslo kommune at mennesker med funksjonsnedsettelse skal motta likeverdige og koordinerte tjenester, uavhengig av alder og bydelstilhørighet. Byrådet legger FN-konvensjonen for mennesker med funksjonsnedsettelse sine rettigheter (CRPD) til grunn for kommunens arbeid. Det er behov for økt kunnskap og kompetanse til å håndtere det å ha en funksjonsnedsettelse og slite med mental helse. Eksempelvis må tjenestene som møter innbyggerne med ulike former for funksjonsnedsettelse kunne oppdage alternative måter å selvskade på eller å ha tanker om selvmord også for personer som kan ha vansker med å uttrykke seg verbalt.

4.3. Personer med rusproblemer

Personer med ruslidelser har en betydelig forhøyet dødelighet, hvor selvmord er en av de viktigste årsakene. Alkoholmisbruk er en særlig viktig risikofaktor for selvmordsatferd. Selvmordsforsøk er utbredt blant personer med alkoholmisbruk, og en betydelig andel – ofte 20–30% rapporterer at de har forsøkt å ta sitt eget liv, én eller flere ganger. Blant personer med alkoholmisbruk er risikoen for selvmord om lag 10 ganger høyere enn i befolkningen ellers. Alkoholmisbruk er risikofaktor for repeterende selvmordsforsøk i tillegg til å være en risikofaktor for selvmordsatferd. Studier av personer med alkoholmisbruk viser at for menn var risikoen for å dø ved selvmord ca. 5 ganger høyere enn for menn i tilsvarende alder ellers i befolkningen. For kvinner risikoen for selvmord var 17 ganger høyere.

Det er flere og komplekse mekanismer som ligger til grunn for de observerte sammenhengene mellom alkoholbruk og selvmordsatferd. Generelt kan den forhøyete risikoen forklares som utfallet av samspill mellom individuelle sårbarhets faktorer og stress-utløsende livshendelser fra omgivelsene. Omfattende alkoholbruk medfører ofte psykiske problemer i form av angst og depresjon, kombinert med sosiale problemer i familie- og arbeidslivet.

Majoriteten av de narkotikautløste dødsfallene er overdoser, men selvmord har utgjort mellom 10 og 20% av det totale antallet narkotikautløste dødsfall i Norge mellom 2012 og 2021. En gjennomgang av alle som døde av overdose i Oslo mellom 2006 og 2008 viste at 6% av dødsfallene ble vurdert som selvmord. Folkehelseinstituttet dokumenterte at i 2021 var 14

prosent av overdosedødsfallene i Norge vurdert som selvmord. Registerdata viser videre at mange som dør i selvmord har hatt kontakt både med tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern forut for selvmordet. De har sammensatte problemer med rus og psykisk uhelse.

Samtidig rus og psykisk uhelse gir forhøyet risiko for selvmordstanker. Rusmidler kan påvirke en persons kognitive og følelsesmessige funksjon, redusere impuls kontrollen og forsterke psykisk uhelse, som igjen kan øke risikoen for selvmordstanker og -forsøk.

Rus er en av mange måter å dempe indre smerte på. Forskning viser at noen bruker rus som selvskading, og oppsøker rusrelaterte situasjoner og sammenhenger med det formål om å skade seg selv ved slåsskamper og annen risikoatferd. Skal man forebygge skadelig og risikofylt rusbruk, må man prøve å forstå personenes mening og intensjoner bak rusbruken. Oslo kommunes russtrategi inneholder tiltak for å øke livskvaliteten for dem som lever med rusproblemer. Økt livskvalitet kan bidra til håp og mening i hverdagslivet. De som mottar tjenester i bydelene på grunn av rusproblemer blir årlig spurt om hvordan de opplever sin livskvalitet. Spørsmålet åpner muligheter for samtaler av en annen karakter enn om problemer og behov. Svarene dokumenteres og samles anonymt, og presenteres i Helhetlig russtatistikk fra Velferdsetaten.

4.4. Eldre

171 mennesker over 60 år tok selvmord i 2021. Selvmord blant eldre er også sammensatt og ofte knyttet til tema aldring og eksistensielle problemstillinger som kan melde seg i livets siste fase. Det handler om individuelle forhold hos den enkelte som velger å avslutte livet, men også om hva slags forhold samfunnet skaper for de som blir gamle. En studie fra USA viste at helsepersonell var mindre aktive i utredning og behandling av eldre pasienter med selvmordstanker. Oftere ble det sett på som et normalfenomen og de hadde liten tro på at behandling ville hjelpe. Det er ikke gjort tilsvarende studie i Norge, men lite tyder på at resultatet ville blitt annerledes her. Forståelse for den eldre sin situasjon gir mulighet for å hjelpe og finne ut hva som ligger bak beslutninger om å ta sitt eget liv. Det kan åpne for en kommunikasjon med den eldre om hva som er viktig for hen. Med en åpen kommunikasjon vil det være enklere å gjøre tiltak i forhold til situasjonen.

4.5 Etniske og kulturelle minoriteter

Personer som befinner seg i minoritetsgrupper kan oppleve "minoritetsstress" som en konsekvens av stigmatisering, diskriminering og andre forhold. Folkehelseinstituttet rapporterer at personer med innvandrerbakgrunn har dobbelt så mange psykiske helseplager sammenlignet med øvrige befolkning.

For personer med innvandrerbakgrunn kan psykisk helsekompetanse være spesielt viktig på grunn av utfordringer knyttet til migrasjon, å tilpasse seg en ny kultur og samfunn, diskriminering, språkbarrierer og sosioøkonomiske forskjeller. Helsekompetanse omfatter kunnskaper og ferdigheter til å ta vare på egen helse og forstå hvordan man kan få tilgang til hjelp og støtte når man trenger det. Det innebærer også å ha evnen til å gjenkjenne tegn og symptomer på uhelse, samt vite hvordan man kan hjelpe andre med helsevansker. Personer med lav eller mangelfull utdanning, lese- og skriveferdigheter, språk- og digitale ferdigheter har en tendens til å ha lavere helsekompetanse enn gjennomsnittet, og dette vil også kunne gjelde psykisk helsekompetanse.

Noen befinner seg i flere minoritetsgrupper samtidig, som for eksempel at man har en funksjonsnedsettelse og samtidig har en annen seksuell legning enn majoriteten, befinner seg i en flerkulturell minoritetsgruppe eller annet. Dette kan skape ekstra grad av minoritetsstress for noen, og bør være noe behandlingsapparatet er ekstra årvåkne for.

4.6. Urbefolkningen i Norge

Det er sentralt å ha med perspektivet om fornorskningen og historiske traumer blant samer som bidrar til at de kan bære med seg sorg etter tap av språk, kulturarv og kunnskaper. Belastningene kan medvirke til skam eller mindreverdighetsfølelse over samisk etnisitet.

Det som karakteriserer selvmordsproblematikken blant samer, er at det er særlig høye selvmordsrater blant unge menn og bruk av harde selvmordsmetoder med større sannsynlighet for fatalt utfall. En studie har vist at samer hadde en noe høyere selvmordsrate enn den øvrige nordnorske befolkningen.

Hvordan dette er i Oslo vet vi lite om, men i lys av blant annet fornorskingsprosessen og mindreverdighetsfølelse noen kan oppleve knyttet til etnisitet er det av betydning å sette søkelyset på samer i Oslo i det selvmordsforebyggende arbeidet.

4.7. Etterlatte etter selvmord

Selvmord har betydelige konsekvenser for familie, andre nære personer og samfunnet for øvrig. Om man regner 10 etterlatte per selvmord, vil 5000–6000 nye etterlatte bli berørt i Norge hvert år. I Oslo vil det dreie seg om ca. 800 personer årlig. I tillegg kommer mange andre som er berørte, men ikke direkte etterlatte. Venner, klassekamerater og arbeidskollegaer kan utgjøre en stor gruppe berørte. Etterlatte ved selvmord har to til tre ganger høyere risiko for selv å forsøke å ta sitt eget liv, sammenliknet med folk som ikke har opplevd selvmord i nær familie.

En rekke studier viser en høyere forekomst av posttraumatiske stressreaksjoner, forlenget sorg, depresjon, angst og selvmordstanker og/eller selvmordsforsøk hos etterlatte etter selvmord. De formidler også at de har omfattende sorgreaksjoner og egne selvmordstanker. I tillegg kan etterlatte oppleve forverring av egen helse og livskvalitet i årene etter selvmordet til en nær person.

Følelse av skyld og skam kan være tyngende, på toppen av sorgen og savnet. God oppfølging av etterlatte kan ikke bare bedre helse og fungering, men også forebygge nye selvmord. Noen får god hjelp fra sitt sosiale nettverk og det offentlige hjelpeapparatet, men svært mange opplever manglende hjelp, og at mennesker rundt dem er usikre på hvordan de skal støtte. Mange etterlatte og berørte opplever det som godt å kunne snakke med andre som har opplevd å miste noen ved selvmord. God støtte og hjelp i en tidlig fase er viktig, men mange kan også ha behov for langvarig oppfølging.

5. Realisering av handlingsplanen

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo 2024-2028 er overordnet og skal styrke kommunens innsatser for forebygging av selvmord og selvskading, samt bidra til oppmerksomhet om temaet både i kommunens virksomheter og i befolkningen.

Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester vil være ansvarlig for oppfølging av handlingsplanen. Flere sektorer og virksomheter i Oslo kommune er sentrale i å realisere handlingsplanen. Dette gjelder i særlig grad bydelene og Helseetaten, men også Utdanningsetaten, Barne- og familieetaten, Sykehjemsetaten, og Velferdsetaten. Nevnte virksomheter skal innarbeide innsatsområder, mål og tiltak fra handlingsplanen i eget planverk, og tilpasse innholdet til lokale behov og utfordringsbilder.

Helseetaten vil bli gitt i oppdrag å utarbeide og følge opp implementeringen og årlig rapportere status til byrådsavdelingen.

Som ledd i implementeringen vil Helseetaten bli gitt i oppdrag å utvikle kompetanseprogram for å imøtekomme virksomhetenes behov for kompetansehevende tiltak for å forebygge selvmords, selvskading og oppfølging av etterlatte. Samarbeid med andre sektorer og virksomheter er sentralt i denne utviklingen. Kompetanseprogrammet skal også hensynta behovet for kompetansehevende tiltak i kommunens egne virksomheter for å forebygge selvmord og selvskading blant kommunen ansatte.

Det forventes at tiltakene imøtekommes gjennom tilpasninger og prioriteringer i tjenestene innenfor vedtatte rammer. Noen av tiltakene i planen er videreføring av eksisterende tiltak. Ved evt. behov for ytterligere finansiering av tiltak vil dette vurderes i ordinære budsjettprosesser.

6. Implementering av innsatsområder, mål og tiltak i kommunenes virksomheter

Innsatsområdene åpenhet, kompetanse og samarbeid er sentrale for utforming av mål og tiltak.

6.1. Åpenhet

Et lokalmiljø som kjennetegnes ved åpenhet og inkludering kan virke forebyggende både mot selvmord og selvskading. Gjennom åpenhet og økt kunnskap er det et mål at flere skal våge å handle dersom de er bekymret for noen, eller at hen som har selvmordstanker/selvmondsadferd skal senke terskelen for å be om hjelp. Det at mange har kunnskap om avdekking og innledende hjelp kan virke forebyggende.

Forebygging av selvskading og selvmondsadferd må skje gjennom å skape åpne lokalsamfunn med fokus på holdninger, aksept og kunnskap om psykisk helse. Det er ikke uvanlig at mennesker i løpet av livet får selvmordstanker og det er derfor av betydning at samfunnet tør å møte dette. For eksempel kan vektlegging av psykisk helse i skolen og fokus på arbeidsplassen som en viktig arena for sosial tilhørighet bidra forebyggende. Tabuer brytes ned gjennom åpenhet og kan bidra til et rausere, mer inkluderende samfunn der mangfold anerkjennes og tabuer, fordommer og stigmatisering motvirkes.

Frivillige organisasjoner og andre aktører, utover helsetjenesten, er viktige bidragsyttere i det å skape et åpent og inkluderende samfunn. Fritidsaktiviteter, fritidsklubber, trossamfunn, foreninger, frivillighetssentraler og eldresenter, vil kunne ha en viktig rolle i å legge til rette for tilhørighet og er et viktig supplement til det ordinære tjenesteapparatet. Sosial isolasjon og ensomhet er knyttet til økt risiko for selvskading og selvmordsforsøk. Ved å etablere og

understøtte utvikling av gode møteplasser kan kommunen legge til rette for opplevelsen av tilhørighet og fellesskap.

Mål	Tiltak	Ansvarlig byrådsavdeling
Mindre tabu og større åpenhet knyttet til selvmord og selvsykdom	1. Helseetaten skal gå i dialog med Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS Øst) om gjennomføring av folkeopplysningskampanje. 2. Helseetaten skal vurdere behov for videreutvikling av <i>Sunn Start Psykisk helse</i> med modul som omhandler tema selvmord og/eller selvsykdom.	HEI HEI
Motarbeide utenforskap og forebygge ensomhet	3. Bydelene skal vurdere behov for møteplasser, både kommunale og i samarbeid med frivillige, for innbyggere som opplever utenforskap og ensomhet. 4. Utdanningsetaten skal legge til rette for samarbeid med relevante aktører om tiltak mot mobbing og utestengning i skolen og på barn og unges fritidsarenaer. 5. Bydelene skal ved sine lavterskeltilbud ha særlig fokus på tiltak rettet mot utsatte grupper som for eksempel menn, lhbtq+-personer, eldre og personer med rusproblemer.	HEI/AIS OVK/AIS HEI/AIS
Innbyggerne vet hvor de skal henvende seg om de har selvmordstanker eller er bekymret for noen	6. Bydelene og relevante etater skal på egnede digitale plattformer synliggjøre aktuelle hjelpetilbud til befolkningen. 7. Bydelene og relevante etater skal ha tilrettelagt informasjon i tråd med prinsipper for universell utforming, samt informasjon til ikke-digitale innbyggere. 8. Bydelene skal vurdere etablering av «drop-in»-tilbud for informasjon til innbyggere med	HEI HEI HEI

	behov for hjelp eller er bekymret for noen.	
--	---	--

6.2. Kompetanse

Innsatsområdet kompetanse skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i kommunens innbyggertjenester relatert til oppfølging og forebygging av selvsikading og selvmordsproblematikk. Dette er relevant både i tjenester rettet mot barn og unge, i tjenester til voksne og i eldreomsorgen. Både fagkompetanse av god kvalitet og samhandlingskompetanse er sentralt i arbeidet med forebygging av selvmord og selvsikading. I tillegg er det av betydning å ha god mangfoldskompetanse i tjenestene for å bidra til et inkluderende samfunn.

Mange i et samfunn kan bidra til å oppdage mennesker som har det vanskelig og kan være i selvmordsfare. Det bør vektlegges at det er flere nivå av kunnskap, at mange har kunnskap om hva som kan gjøres ved bekymring for en person og hvordan sette personen i kontakt med noen som kan ha en samtale om selvsikadingen eller selvmordsadferden. I det selvmordsforebyggende arbeidet trengs hjelpere med handlingskompetanse som kan gjennomføre en intervensjon med en person i selvmordskrise. Det kan være hensiktsmessig at hver bydel har ressurspersoner som har fenomenforståelse og kan igangsette nødvendige tiltak, både på individ-, gruppe og lokalsamfunnsnivå. Krise og mestringsplan er et godt dokumentert verktøy som ansatte kan læres opp til å bruke og lage sammen med personer som kan være i risiko.

Ansatte i kommunen skal tørre å spørre noen de er bekymret for og vite hvor de kan henvende seg om de avdekker selvmordstanker. Målrettet og systematisk innsats for å styrke kompetansen hos flere yrkesgrupper som blant annet ulike helseprofesjoner, fastleger, ansatte i barnevern, NAV, rustjenester og i opplæringssektoren er sentralt i handlingsplanen.

Samarbeid med andre aktører som frivilligheten og fag og pasientorganisasjoner kan være formålstjenlig. Det vil videre være behov for at flere tjenester har ytterligere kompetanse på hvordan gjennomføre en samtale med personer som har begynt å tenke på selvmord. Ytterligere andre vil ha behov for dybdekunnskap og fenomenforståelse.

Mål	Tiltak	Ansvarlig byrådsavdeling
Ansatte i tjenester som møter innbyggerne har god kompetanse om forebygging av selvmord og selvsikading og hvordan de skal avdekke og hjelpe.	9. Helseetaten skal sammen med bydelene og Utdanningsetaten styrke kompetansen og gjøre ansatte i stand til å møte personer med selvsikading-/selvmordsadferd på en trygg, inkluderende og likeverdig måte.	HEI/ OVK
	10. Helseetaten skal sammen med bydelene sikre kompetanse om barn som pårørende ved foresattes selvmords- og selvsikadingsadferd.	HEI

	11. Helseetaten skal sammen med skolehelsetjenesten og Utdanningsetaten legge til rette for kompetanseheving om forebygging av selvmord og selvskading rettet mot elever.	HEI/ OVK
	12. Helseetaten skal sammen med Sykehjemsetaten etablere kompetansetiltak for oppdagelse og forebygging av selvmordsatferd blant eldre.	HEI
	13. Bydelenes virksomheter og relevante etater skal ha kunnskap om digitale plattformer som kan øke ansattes kompetanse om hvordan møte med eldre med selvskading og selvmordsatferd.	HEI
Virksomheter som møter barn og unge har kunnskap om hvordan digitale plattformer kan øke selvskading og selvmordsadferd.	14. Bydelene og relevante etater skal sikre at ansatte har kunnskap om hvordan digitale plattformer og sosiale medier påvirker selvskading og selvmordsadferd blant barn og unge.	HEI/OVK

6.3. Samarbeid

Forebygging av selvmord og selvskading må sees i et livsløpsperspektiv. I Oslo skal alle møte tjenester som tar utgangspunkt i deres behov, og byrådet vektlegger at kommunen skal utvikles sammen med innbyggere, medarbeidere, frivilligheten, ideelle organisasjoner og næringslivet. Tjenestene skal oppleves som koordinerte, tilgjengelige og sammenhengende og innbyggere skal møte et tjenestetilbud som spør hva som er viktig for dem. For å lykkes kreves det et utstrakt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og virksomhetene må legge til rette for dette i videre utviklingen av tjenestene.

Forskning viser at den første uken etter utskrivning fra sykehusinnleggelse etter selvmordsforsøk er høyrisikoperiode for selvmord. I denne perioden må tjenestene være tett på og lett tilgjengelig.

Etter planperioden bør det vurderes behov videreføring eller revidering av Handlingsplan mot selvmord og selvskading.

Mål	Tiltak	Ansvarlig byrådsavdeling
Det skal være systematisk og samhandling i det forebyggende	16. Bydelene skal samhandle med sykehusene om oppfølging i bydel etter avsluttet behandling ved	HEI

arbeidet med selvmordsatferd og selvskading.	selvskading eller selvmordsforsøk. 17. Bydelene skal ha skriftlig rutine for oppfølging av innbyggere med selvskadingsatferd og selvmordsforsøk. 18. Bydelene og relevante etater skal legge til rette for aktiv bruk av erfaringskompetanse i utvikling av tjenester.	 HEI HEI
Sikre god ivaretagelse av pårørende og etterlatte.	19. Ved selvmord, selvmordsforsøk og selvskadingsatferd skal bydelene og relevante etater sikre oppfølging av pårørende i tråd med Oslostandard for pårørendesamarbeid.	HEI

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

Handlingsplan mot selvmord og selvskading i Oslo 2024-2028 tas til orientering

Byrådet, den 14.12.2023

Eirik Lae Solberg

Saliba Andreas Korkunc

Vedlegg:

1. Kunnskapsgrunnlag selvmord og selvskading
2. Samlede høringsinnspill til Handlingsplan mot selvmord og selvskading