



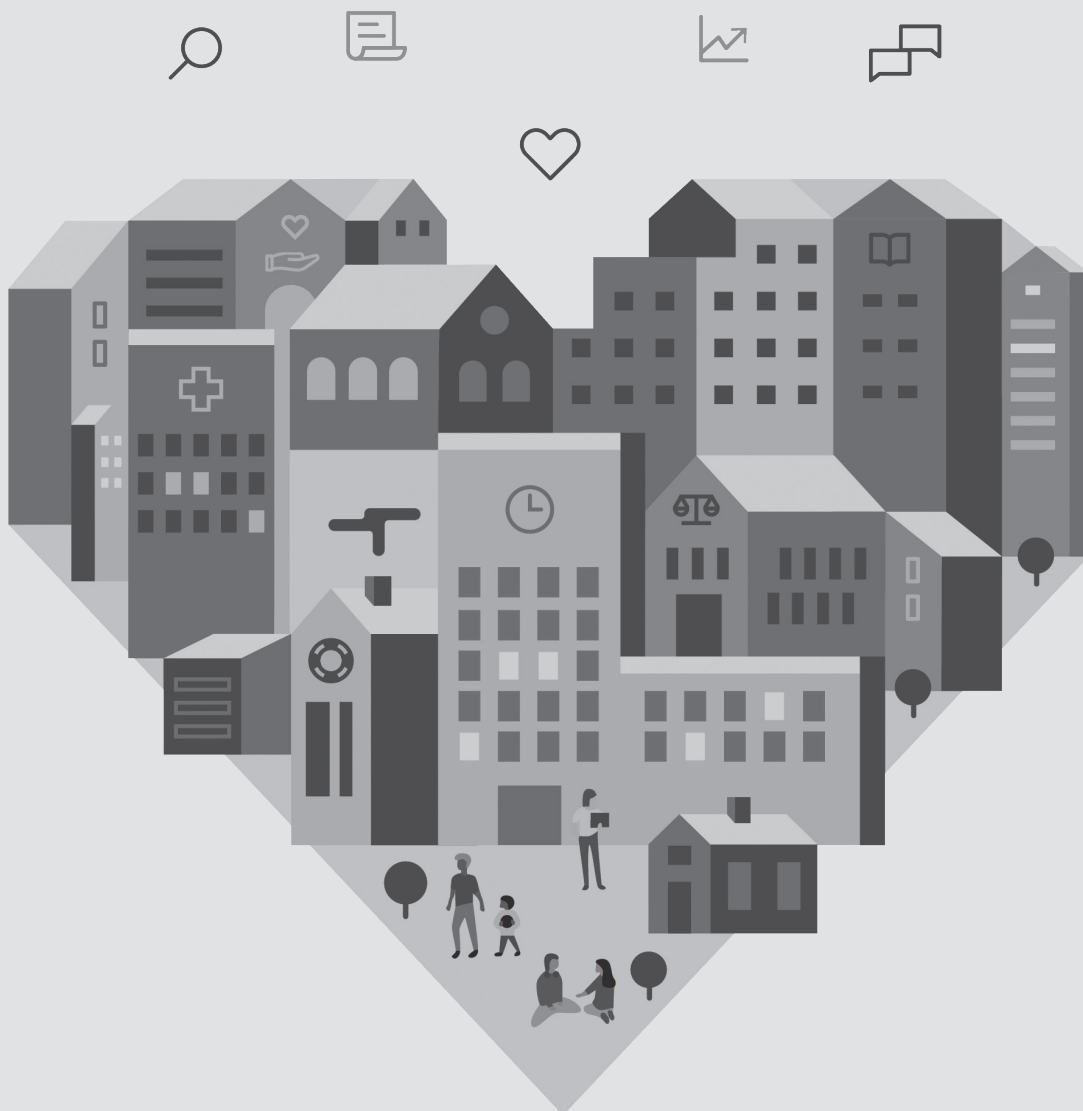
Departementene

Vedlegg

# Vedlegg til handlingsplan for forebygging av selvmord

2020–2025

Ingen å miste





# Vedlegg

## 1 Innspill til handlingsplanen

Det er kommet mange innspill fra fagmiljøer, profesjonsorganisasjoner og en rekke organisasjoner for pasienter, pårørende, etterlatte, og fra frivillige- og ideelle organisasjoner til denne handlingsplanen.

Sentrale innspill er:

- Menn som har høyest selvmordsrate søker minst hjelp
- Andelen norske barn og unge som har vært på nettsider med selvmordsrelatert innhold er urovekkende høyt
- Mangler i utredning og utilstrekkelig behandling av grunnlidelsen (psykisk helse og rus)
- Mangel på sikre selvmordstall og tall for selvskading og selvmordsforsøk
- Behov for flere lavterskeltilbud
- Mange kommuner mangler rutiner og planer for sitt selvmordsforebyggende arbeid
- Mangel på prosedyrer ved somatiske enheter
- Barn som pårørende til personer med selvmordsproblematikk er i en særlig sårbar situasjon
- Pårørende må i større grad ses på som en ressurs
- Det er tilfeldig hva slags hjelp etterlatte etter selvmord får
- Kryssende behov knyttet til informasjonsplikt versus taushetsplikt
- Manglende kunnskap om eldre og selvmordsforebygging
- Behov for mer kunnskap om bruk av rusmidler og selvmord
- Lite fokus på selvmordsforebygging under rusbehandling
- Overganger er høyrisikoperioder
- Mangel på relasjonskompetanse hos helsepersonell
- Bekymringer rundt for mye åpenhet om selvmord i det offentlige rom
- Behov for mer kunnskap om eksistensielle temaer knyttet til selvmordsproblematikk
- For lite læring etter alvorlige hendelser
- Sviktende sikkerhetstiltak i sykehusavdelinger
- For lite kunnskap om selvmord i ulike grupper i befolkningen
- Behov for selvmordsforebygging i skolen

## 2 Status

### 2.1 Kunnskapsoppsummeringer om selvmordsforebygging

Som ledd i arbeidet med denne handlingsplanen, har Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en systematisk gjennomgang av oversiktsartikler om selvmordsforebyggende tiltak. Litteraturen frem til 2015 er grundig oppsummert i en omfattende oversiktsstudie gjort av et internasjonalt ekspertpanel.<sup>1</sup> FHIs gjennomgang dekker derfor perioden 2015 til 2018.<sup>2</sup> Oppsummeringen skulle omfatte tiltak både på folkehelse- og tjenesteområdene og undersøke dokumentert effekt av ulike tiltak på disse områdene, samt peke på områder hvor det er behov for mer kunnskap.

Psykiske lidelser er en godt dokumentert risikofaktor for selvmord og selvmordsatferd. Behandling av psykiske lidelser kan deles inn i to hovedgrupper: farmakologisk og psykologisk. Under hver av disse to hovedgruppene finnes det en rekke behandlingsmetoder. FHI fant mange studier som konkluderer med effekt av å behandle psykiske lidelser, både for farmakologiske og psykologiske tilnærminger. Flere studier fremhever at behandlingsmetoden dialektisk atferds-terapi har god effekt på selvmordsproblematikk hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, mens legemiddelet litium ser ut til å redusere risikoen for selvmord og selvmordsatferd blant pasienter med alvorlig depresjon og bipolar lidelse. Det er imidlertid behov for mer forskning om effekt av behandling på kort og lang sikt.

I et folkehelseperspektiv viste oppsummeringen at å begrense tilgang til metode for selvmord, som sikring av jernbaner, begrense tilgang til skytevåpen, sikre kjente plasser for selvmord og restriktiv alkoholpolitikk har selvmordsforebyggende effekt.

Kunnskapsoppsummeringen peker på at kampanjer i media kan være forebyggende på flere måter. FHI fant to systematiske oversikter om effekten av mediekampanjer rettet mot selvmordsforebygging.<sup>34</sup> Begge oversiktene rettet seg mot den generelle befolkningen. Den ene fant at kampanjer bedrer kunnskap om og holdninger til selvmord og selvmordsatferd. Den andre oversikten fremhevet at kampanjen er avhengig av å ha gjentatt eksponering og høy grad av involvering fra lokalsamfunnet for å lykkes. Begge oversiktene konkluderte med et evidensnivå for intervensjoner er middels eller lavt. Mediekampanjer er trolig mest effektive når de er del av en større intervensjon. Effekten er best dokumentert og trolig størst på kunnskaper og holdninger, mens effekten på selvmordsatferd er mer usikker.

For hjelpetelefoner konkluderer oppsummeringen med at det er usikkert om telefonkontakt/hjelpetelefon har effekt på repetert selvmordsforsøk, selvmord, selvmordsatferd eller selvskade. Dette kan skyldes svakheter i evalueringsmetodene. Ofte har også selve intervensjonen med telefonkontakt vært svakt strukturert, ikke vart lenge nok, ikke hyppig nok, samt at de ofte ikke var basert på aner-

kjent teori, eller ikke bygget på kunnskapsbaserte behandlingsformer og tydelige behandlingsstrategier.

Det er publisert mange studier om selvmordsforebyggende aktiviteter på arbeidsplasser, men få av disse aktivitetene er blitt evaluert. De få effektstudiene som har vært gjort tyder på at tiltak rettet mot arbeidsplassen har effekt. Selvmordsforebygging har potensial til å bli integrert i arbeidsplassers eksisterende arbeid med psykisk helse.

Folkehelseinstituttet viser også til at hovedkonklusjonene fra ekspertpanelet er at det er god dokumentasjon for å begrense tilgang til metode for selvmord, behandling av psykiske lidelser (spesielt depresjon), sikre gode behandlingsforløp i helsetjenesten og skolebaserte intervensjoner.

Som del av arbeidet til handlingsplanen, har FHI også fått i oppdrag å gjøre ytterligere to kunnskapsoppsummeringer: en om risikofaktorer, årsaker, mekanismer, tiltak og behandling av særlig betydning for forståelsen av selvmord blant menn<sup>5</sup> og en tilsvarende om eldre.<sup>6</sup>

FHIs kunnskapsoppsummering om selvmord hos menn viser at psykiske lidelser er en viktig risikofaktor for selvmord både blant kvinner og menn. Depresjon er en viktig risikofaktor hos begge kjønn, mens personlighetsforstyrrelse og alkohol/rusmiddelmisbruk er viktige risikofaktorer hos menn. Samtidig psykisk lidelse og alkohol/rusbrukslidelse økte selvmordsrisikoen ytterligere. Barndoms-traumer er også en viktig risikofaktor for selvmord hos menn og spesielt fysiske

overgrep og emosjonell utilgjengelighet hos mor i tidlig barndom. Videre har menn høyere rate av rusmiddel/alkoholproblematikk, noe som er en risikofaktor for selvmord.

En rekke sosiale faktorer har større betydning for selvmord hos menn enn for kvinner. Det er blant annet økt risiko for selvmord hos menn som bor i sosialt vanskeligstilte områder. Arbeidsledighet, stressende livshendelser, samt det å ikke være gift, var viktige risikofaktorer for selvmord hos menn. I tillegg ser det ut til at plutselig meningstap ved samlivsbrudd, karrieretap og tilfeller hvor det ikke oppdages vedvarende depresjoner øker risikoen for selvmord i større grad hos menn enn hos kvinner.

Kunnskapsoppsummeringen viser også at kreft med dårlig prognose eller fremskredet sykdom var forbundet med en økt selvmordsrisiko spesielt hos eldre menn. Sammenliknet med kvinner er menn i mindre grad i kontakt med helse- og omsorgstjenesten, både generelt og forut for selvmord. Trange kjønnsroller og forventninger til hvordan man skal være som jente eller gutt, kan være noe av grunnen til at det er vanskeligere for gutter å snakke åpent og oppsøke hjelp.

Litteraturgjennomgangen om eldre viste at i likhet med den øvrige befolkningen, har eldre menn en høyere selvmordsrisiko og benytter selvmordsmetoder med høyere dødelighet enn eldre kvinner. Å leve i et samliv og å ha gode sosiale relasjoner ser ut til å være forbundet med en redusert selvmordsrisiko blant eldre. Sammenhengen mellom samlivsstatus og selvmord er sterkere for eldre menn enn

eldre kvinner. Eldre på institusjon ser ut til å ha en høyere forekomst av selvmord-satferd enn eldre som ikke bor på institusjon. Det er imidlertid behov for flere studier av høy kvalitet om dette temaet.

## 2.2 Selvmordsforebyggende arbeid i Norge

Som ett av de første land i verden iverksatte Norge nasjonale tiltak for å forebygge selvmord tidlig på 1990-tallet. I 1993 utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet et nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge.<sup>7</sup> Dette programmet ble utgangspunktet for den første prosjektplan og handlingsplan mot selvmord (1994–98). Overordnet mål var at helsetjenesten skulle bidra til å forebygge selvmord. Handlingsplanen rettet seg imidlertid ikke mot forebygging av selvmord i hele befolkningen.

I 2006/2007 foretok Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten en oppsummering av effektene av ulike selvmordsforebyggende tiltak, primært innen spesialisthelsetjenesten.<sup>8,9</sup> Kunnskapsoppsummeringen dannet grunnlaget for utarbeidelsen av Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.<sup>10</sup> I 2011 ga Helsedirektoratet ut en veileder om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord.<sup>11</sup>

I 2014 ga Helsedirektoratet ut Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014–2017). Forebygging av selvskading var inkludert i planen. Planen hadde fem delmål, med 29 tilhørende tiltak:

1. God psykisk helse og mestring i befolkningen
2. Redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper
3. God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte
4. Et kunnskapsbasert tjenesteapparat
5. Kunnskapsbaserte strategier og tiltak

På bakgrunn av planen lanserte Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) i 2016 et e-læringskurs for helsepersonell. Kurset skal øke kunnskapen om risikofaktorer og forebygging av selvmord og gjøre fastleger og psykologer i primærhelsetjenesten bedre i stand til å gjøre selvmordsrisikovurderinger.<sup>12</sup> Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord ble lansert av Helsedirektoratet i 2017. Materialet gir kommunene råd og anbefalinger om forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. Det viser til at forebygging av selvskading og selvmord må gjøres på flere samfunnsarenaer samtidig. NSSF etablerte et nasjonalt kartleggings-system for selvmord under og inntil 12 måneder etter behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hensikten er å sikre en løpende oversikt over alle selvmord under og etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus, beskrive omstendigheter rundt hendelsene og systematisk kartlegge hva som kjennetegner disse pasientene. Målet er å identifisere nye

områder for forebygging av selvmord på systemnivå i tjenestene og evaluere effekten av ulike tiltak. Systemet ble tatt i bruk i mars 2019.

I 2017 utga Helsedirektoratet Læringsnotat fra Meldeordningen IS-2675 om selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse.<sup>13</sup> I 2018 ga Statens helse-tilsyn ut informasjonsskriv med oppfordring til virksomhetene om i større grad å gjøre egevalueringer av selvmord og alvorlige selvmordsforsøk.<sup>14</sup>

Tidligere handlingsplaner har delvis handlet om å bygge opp kompetanse- og forskningsmiljøer som igjen skulle bidra til mer kunnskap for å forebygge selvmord. Det er i dag et nasjonalt senter, NSSF ved Universitetet i Oslo, som ble etablert i 1996 som del av Handlingsplan mot selvmord (1994–98). NSSF skal utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd. I tillegg ble det i årene 2004–2006 etablert fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). RVTS skal være en samarbeidspartner for tjenestene innen blant annet forebygging av selvskading og selvmord. Tjenestene kan få implementeringsstøtte, undervisning, veiledning og bistand til relevant kompetansehevning og fagutvikling. Sentrene arrangerer regionale samlinger for kommunene om forebygging av selvmord og selvskading, samt oppfølging av etterlatte. Fylkesmennene bistår RVTS i tilretteleggingen av regionale samlinger. Det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge i dag er omfattende og sammen-

satt. Det er mange aktører innen helse- og omsorgstjenester, velferdstjenester, skole og arbeidsplasser, fritid og innen frivilligheten som gjør en innsats for å forebygge selvmord og for å ivareta mennesker i selvmordsfare, deres pårørende og etterlatte. Som tiltak i handlingsplanen vil det utarbeides en visuell fremstilling av det selvmordsforebyggende arbeidet, jf. kap. 1.1.

## 2.3 Pågående forskning

Det gjennomføres en rekke forskningsprosjekter ved blant annet Folkehelseinstituttet og Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging som vil gi oss mer kunnskap om hvordan selvmord kan forebygges.

De viktigste forskningsprosjektene ved Folkehelseinstituttet hvor resultatene vil komme i løpet av de neste 2–10 år er:

- *Psykiske lidelser og risikoprofiler for selvmord* er et prosjekt som skal koble data fra en rekke omfattende registre for så å gjøre analyser av hva som kjennetegner mennesker med psykiske lidelser som tar livet sitt.
- *Mortalitetsrisiko og omfang av kontakt med helsetjenesten for psykiske helseplager blant innvandrerbefolkningen i Norge.* Forskningsprosjektet har som mål å frambringe ny og mer helhetlig kunnskap omkring selvmord og forhold ved den psykiske helsen til grupper av den norske innvandrerbefolkningen.
- *Betydningen av helse- og velferdstjenestene i forebygging av selvmord, samt i oppfølgingen av etterlatte ved selvmord* er et samarbeid med SINTEF og Oslo Universitetssykehus, og vil fokusere på fastlegenes koordinerende rolle.
- *Kan kosthold og livsstilsfaktorer bidra til forebygging av selvmord?* Målet med prosjektet er å undersøke om enkelte livsstilsfaktorer kan påvirke eller dempe trangten til selvmord, og å undersøke sammenhenger mellom slike livsstilsfaktorer og kjente forløpere for selvmord. Prosjektet er et samarbeid med universiteter i Canada og Wales.

Ved NSSF gjennomføres blant annet følgende studier:

Klinisk forskning (utvalg) på suicidal og selvskadende atferd

- *Dialektisk atferdsterapi for ungdom med repeterende suicidalatferd – en randomisert kontrollert studie.*
- *Langtidseffekten av dialektisk adferdsterapi (DBT) vs. standard poliklinisk behandling for ungdom med selvskadings- og suicidal atferd.*
- *Prediktorer for klinisk forløp og terapirespons ved Dialektisk Atferdsterapi*
- *Tilknytningsbasert familiebehandling av ungdommer med depresjon – en randomisert kontrollert studie.*
- *SIPEA. Suicidale pasienter innlagt i psykiatriske akuttmottak.* Formålet med studien er å skaffe kunnskap som kan bidra til et bedre og mer differensiert tilbud til de som i dag innlegges i akuttpsykiatrien, med særlig fokus på tiltak som kan forebygge selvmordsatferd og unødvendige reinnleggelser.
- *Selvskading blant pasienter som mottar poliklinisk psykiatrisk behandling – en nasjonal studie.*

Registerforskning (utvalg) om selvmord og villet egenskade

- *Registerbasert forskning om selvmord og villet egenskade i etniske minoritetsgrupper i Norge*
- *Selvmod og villet egenskade i Norge: en undersøkelse med fokus på validering av data og påvirkninger av personlig sosiodemografisk status*
- *Risiko for selvmord i forbindelse med diagnostisering av alvorlig fysisk sykdom*



- Psykososial utvikling, villet egenskade og selvmord hos personer som har opplevd plutselig tap av en eller begge foreldre
- Selvmordsatferd i forbindelse med ekteskapsbrudd
- Utfallet av psykoterapi hos pasienter henvist etter villet egenskade – en prospektiv naturalistisk undersøkelse
- Selvmord i Agder

Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning (SPILLFORSK) ved Universitetet i Bergen gjennomfører et forskningsprosjekt som vil se på sammenhengen mellom spilleavhengighet og selvmord.<sup>15</sup> Dette skal gjøres på to måter:

- En systematisk litteraturgjennomgang og en meta-analyse av forskningen på prevalens av selvmordsatferd blant problemspillere
- En systematisk litteraturgjennomgang og meta-analyse av forskning på risikofaktorer knyttet til selvmordsatferd blant problemspillere

## 2.4 Relaterte pågående arbeider

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

Følgende innsatser og dokumenter er sentrale:

- Saman mot einsemd – Strategi for å forebygge einsemd (2019-2023)
- Satsning på psykisk helse- og rusfeltet, inkludert økt antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og psykologkompetanse i alle kommuner.
- Nasjonal overdosestrategi (2019-2022)
- Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017 -2026)
- Satsing på oppsøkende, utadrettede tjenester og mer moderne behandlingsmetoder, eksempelvis oppsøkende samarbeidsteam mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (ACT- og FACT-team).
- Satsing på kommunale lavterskeltiltak for behandling av lette til moderate psykiske lidelser, Rask psykisk helsehjelp.
- Satsningen på nye behandlingsmetoder omfatter bl.a. internettbaserte metoder for veiledning og behandling, slik som e-meistring og pilot Mestringsverktøy psykisk helse på Helsenorge.no.
- Revidering av Sammen om meistring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid.
- Meld. St. 15 (2017 -2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
- Prop. 121 S (2018 -2019) Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019 -2024)
- Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 -2022)
- Gode pasientforløp – Nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, trygge og koordinerte pasientforløp (ved KS, FHI og Helse- og omsorgsdepartementet).

- Innføring av pakkeforløp innen psykisk helse og rus for voksne og barn og unge
- Meld. St. 7 (2019 -2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 -2023
- Etablering av 19 helsefellesskap for bedre samarbeid om pasientene mellom sykehusene og kommunene (avtale mellom regjeringen og KS). Pasienter og alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer er en av fire målgrupper som skal prioriteres.
- Innføring av de tverrfaglige temaene folkehelse og livsmestring i skolen
- Prop. 12 S (2016 -2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017 -2021)
- Strategi mot internettrelaterte overgrep mot barn (under utarbeidelse)
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (under utarbeidelse)
- Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert (2020 -2024)
- Handlingsplan mot spilleproblemer (2019 -2021)
- Integrering gjennom kunnskap Regjeringens integreringsstrategi (2019 -2022)
- Handlingsplan Frihet fra negativ sosial kontroll og æresrelatert vold (under utarbeidelse)
- Regjeringens satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten

## 2.5 Forekomst av selvmord

Tall over selvmord i Norge publiseres av Dødsårsaksregisteret (DÅR) ved Folkehelseinstituttet (FHI). Selvmordsraten doblet seg fra 1970 til 1990, for så å falle igjen. De senere årene har om lag 500–600 personer begått selvmord hvert år i Norge. Median alder for selvmord er 47 år. Forekomsten er betydelig høyere for menn i alle aldersgrupper over 14 år. I 2018 tok 674 personer sitt eget liv, noe som er det høyeste antallet siden 2001. Det er for tidlig å si om dette er uttrykk for en trend i retning av en økning, eller om det er innenfor normalvariasjonen. I 2018 var raten 12,9 per 100 000 innbyggere, mens den i 1990 var 16,4.

I Sverige var det også en økning i 2018, mens det i Danmark har vært stabilt. Finland har vesentlig høyere forekomst av selvmord med ca 20 per 100 000. Prosedyrene for og kvaliteten på registreringen av selvmord varierer fra land til land, og i en global sammenheng hersker det fremdeles usikkerhet om omfanget av selvmord. WHO estimerer antall selvmord i verden til ca. 800 000 årlig, og 80 prosent av disse er fra lav- eller middelinntektsland.<sup>16</sup>

## 2.6 Selvmordsatferd i ulike deler av befolkningen

Det er begrenset kunnskap om selvmord i ulike deler av befolkningen – både når det gjelder risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, årsaker, mekanismer, tiltak og behandling av særlig betydning for forståelsen av selvmord for den enkelte gruppe. FHI har gjennomgått forskningen når det gjelder disse forholdene for menn og for eldre. I tillegg er det pågående forskningsprosjekter både ved FHI og Nasjonal senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSSF) som ser på selvmord blant innvandrere. Det skal gjennomføres en FoU om selvmord i innvandrerbefolkningen og en levekårsundersøkelse på lhbtq-feltet, der selvmord og selvmordsforsøk vil inngå. Det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil gi økt kunnskap om selvmord hos pasienter i disse delene av helsetjenestene og ulike spørreundersøkelser som Ungdata og UngHUNT vil gi noe mer kunnskap om selvmordstanker og selvmordsforsøk blant ungdom.

### 2.6.1 Kjønn

Selvmordsraten er høyere for menn enn for kvinner i alle aldersgrupper, bortsett fra blant de aller yngste hvor det sjelden er selvmord. I aldersgruppene 20–75 år er det rundt 20 selvmord blant menn per 100 000 per år, mens raten for kvinner ligger mellom 5 og 10 per 100 000. Flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk. Menn benytter i større grad voldssomme metoder som oftere resulterer i død.

### 2.6.2 Eldre

Forekomst av selvmord blant eldre har vært relativt stabil over de siste årene, men med en oppgang i 2018 hvor 117 personer over 65 år tok sitt eget liv, mot 102 personer året før. I den eldste aldersgruppen (75+) er raten betydelig høyere blant menn enn hos kvinner.

### 2.6.3 Barn og unge

Hos barn under 15 år er selvmord sjelden, men i aldersgruppen 15–25 år er selvmord den nest vanligste dødsårsaken. I 2018 var det 31 selvmord i aldersgruppen 0–19 år. I aldersgruppen 20–24 var det 57 selvmord samme år.

Barnevernsbarn er en gruppe med forhøyet selvmordsrisiko. Av barn som var i barneverntiltak i perioden 1990 til 2001 tok 150 sitt eget liv. Det utgjør 16 per 10 000 barn mot 2 per 10 000 barn i resten av barnegruppen.<sup>17</sup>

En kunnskapsoppsummering av nordisk forskning viser at internasjonalt adopterte har høyere forekomst av selvmord og selvmordsforsøk enn normalpopulasjonen. Også nasjonalt adopterte synes å ha høyere forekomst av selvmord og selvmordsforsøk enn normalpopulasjonen.<sup>18</sup>

### 2.6.4 Studenter

Den siste undersøkelsen rundt studenters helse og trivsel, SHoT 2018,<sup>19</sup> viste at fire prosent, som tilsvarer over 11.000 studenter, har prøvd å ta sitt eget liv på et tidspunkt. Per i dag er det om lag 275.000 studenter i Norge. Én prosent av

studentene svarer i undersøkelsen at de har forsøkt å ta livet sitt i løpet av studietiden. I gruppen studenter som oppga å ha hatt tanker om selvsykning og selvmord har vel halvparten (hhv. 54 prosent og 52 prosent) hatt slike tanker etter at de begynte å studere.

### 2.6.5 Den samiske befolkningen

Det er forholdsvis lite kunnskap om selvmord blant samer i Norge. En registerbasert studie av selvmordsforekomst mellom 1970 og 1998 viser at samer hadde en noe høyere selvmordsrate enn den øvrige nordnorske befolkningen. Dette gjaldt særlig unge samiske menn.<sup>20</sup> En studie av helse og levekår blant arktiske urfolk i Norge i alderen 15 til 84 år, viste at 11 prosent av samene som var inkludert i studien hadde hatt selvmordstanker. Å ha hatt selvmordstanker var vanligst i aldersgruppen 15–34 år.<sup>21</sup>

### 2.6.6 Innvandrerbefolkningen

Innvandrere og barn født i Norge med foreldre som har innvandret har en relativt lavere risiko for selvmord, sammenliknet med personer med norsk bakgrunn (norskfødte personer med to norskfødte foreldre). Samtidig er det en høyere andel som har psykiske plager blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Risikoen blant personer med blandet norsk og innvandrerbakgrunn (norskfødte med en utenlandsfødt forelder og utenlandsfødte personer med minst en norskfødt forelder) er derimot signifikant høyere enn hos etnisk norske. En registerbasert studie av selvmord

i innvandrerbefolkningen viser at personer med blandet landbakgrunn har økt selvmordsrisiko, sammenliknet med etnisk norske.<sup>22</sup> Selvmordsrisiko var forbundet med en rekke sosioøkonomiske ulemper i alle befolkningsgruppene, men hvor sterk sammenhengen var mellom sosioøkonomiske faktorer og selvmord varierte med spesifikk innvandringsbakgrunn, med en generelt svakere sammenheng blant første-generasjonsinnvandrere enn innfødte. Studien finner betydelige forskjeller blant innvandrergrupper med hensyn til hvilken selvmordsmetode som ble benyttet, tid på året da selvmordet skjedde og tid fra man innvandret til Norge og til selvmordet inntraff.

En studie som har sett på bruk av helsetjenester blant innvandrere før et selvmord, viste at innvandrere i Norge har langt mindre kontakt med primærhelsetjenesten før de begår selvmord enn majoritetsbefolkningen, og forskjellen er særlig tydelig blant unge menn.<sup>23</sup>

### 2.6.7 Personer med funksjonsnedsettelse

I en analyse utgitt av SSB i 2010 svarte i overkant av 1 prosent av befolkningen å ha vært ganske mye eller veldig plaget av tanker om å ta sitt eget liv. Blant personer med nedsatt funksjonsevne hadde hele 6 prosent vært plaget med tilsvarende tanker.<sup>24</sup> Det er få studier om selvmord blant utviklingshemmede, men studier indikerer at selvmordsatferd forekommer ganske hyppig.<sup>25</sup> I en ny litteraturoversikt har amerikanske forskere gjennomgått en rekke studier om sammenhengen mellom å være eldre

med fysiske funksjonsnedsettelse og selvmordsatferd. Forskerne konkluderer med at det er en sammenheng mellom fysiske funksjonsnedsettelse og selvmordstanker og død som følge av selvmord. Forskningen som ble gjennomgått tyder på at depresjon kan ha betydning for om eldre med funksjonsnedsettelse tar livet sitt.<sup>26</sup>

### 2.6.8 LHBTIQ-personer

En levekårsundersøkelse blant lesbiske, homofile og bifile fra 2013 viser at andelen med selvmordstanker og selvmordsforsøk er betraktelig høyere i disse gruppene enn i den heterofile befolkningen.<sup>27</sup> 19 prosent av bifile kvinner, 12 prosent av lesbiske kvinner og bifile menn, og 10 prosent av homofile menn oppgir at de har forsøkt å ta sitt eget liv. I en rapport om skeive med innvandrerbakgrunn, oppga 58 prosent av respondentene (N=244) at de hadde opplevd livet som så vanskelig at de ikke ønsket å leve lenger.<sup>28</sup> 22 prosent oppga at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Det mangler tallbasert data om selvmordsatferd blant transpersoner i Norge, men kvalitative studier tyder på at selvmordsatferd er utbredt.

### 2.6.9 Etterlatte etter selvmord

En internasjonal oversiktsartikkel viser at etterlatte etter selvmord kan ha forhøyet risiko for selv å begå selvmord. Resultater fra disse studiene antyder at eksponering for selvmord hos en nærstående er assosiert med flere negative helse- og sosiale utfall, avhengig av personens forhold til den avdøde.<sup>29</sup>

### 2.6.10 Personer med psykiske lidelser

Personer med psykiske lidelser har høyere risiko for å begå selvmord. Dette gjelder for flere ulike psykiske lidelser og i hovedsak uavhengig av kjønn. Ved noen lidelser synes risikoen å være større for kvinner, men for andre kan menn være overrepresentert (for eksempel ved ADHD og alkohollidelser).<sup>30</sup> Affektive tilstander var i psykisk helsevern den største diagnosegruppen (32 prosent), etterfulgt av uspesifiserte tilstander (24 prosent). Depresjon utgjorde majoriteten (82 prosent) av de affektive tilstandene.<sup>31</sup>

### 2.6.11 Personer med rusmiddelproblemer

Forekomsten av rusmiddelproblemer, i første rekke alkoholproblemer, er høy hos personer som dør i selvmord eller har gjort selvmordsforsøk. Blant personer med alkoholmisbruk er risikoen for selvmord om lag 10 ganger høyere enn i befolkningen ellers.<sup>32</sup> I 2018 var 51 av overdosedødsfallene (18 prosent) selvmord i henhold til Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikaavhengighets (EMCDDA) definisjon som Norge følger. 94 prosent av disse skjedde med opioider.

### 2.6.12 Personer med somatiske sykdommer

En del alvorlige sykdommer med dårlig prognose og/eller store smerter gir en økt risiko for selvmord.<sup>33</sup> Å få en diagnose på en kronisk medisinsk tilstand kan være en utløsende faktor for selvmord.<sup>34</sup>

### 2.6.13 Forsvarsansatte og militært personell fra internasjonale operasjoner

Enkelte studier har funnet en liten, men ikke statistisk signifikant, økning i selvmord blant norske UNIFIL-veteraner (United Nations Interim Force in Lebanon). UNIFIL-veteraner som ble hjemsendt før den planlagte tjenestetidens slutt, rapporterte om mer selvmordstanker enn de som fullførte tjenesten. Studier viser også at de som tjenestegjorde i perioder med høyt konfliktnivå hadde høyere dødelighet pga. transportulykker og selvmord sammenliknet med de som tjenestegjorde i roligere perioder. Studier av norske Afghanistan-veteraner har vist at det ikke er flere selvmord i denne veterangruppen enn i den øvrige befolkningen. Blant forsvarsansatte er forekomsten

av selvmord signifikant lavere enn for sammenlignbare grupper i befolkningen for øvrig.

### 2.6.14 Innsatte i fengsel

Det er kartlagt at innsatte i fengsel har høyere forekomst av psykiske lidelser sammenliknet med befolkningen for øvrig. Gjennom de siste ti år har antallet selvmord i fengsel variert mellom ett og elleve per år. I 2019 var det seks registrerte selvmord i fengsel.

### 2.6.15 Pengespillavhengige

Hjelpelinjen for spilleavhengige samler inn statistikk fra samtaler som ringes inn. I 2018 ble det ved Hjelpelinjen gjennomført 811 samtaler fra eller om spillere. Blant førstegangs innringere som ringer på vegne av seg selv (dvs. spillere som har ringt inn om pengespill) nevnte fire prosent selvmordstanker eller -forsøk. Det var også tema i åtte prosent av samtaler. Dersom utvalget blant innringerne avgrenses til spillere som har snakket om helsekonsekvenser, oppgir ni prosent at de har hatt selvmordstanker.

## 3 Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

### RISIKOFAKTORER

FHI<sup>35</sup> og NSSF<sup>36</sup> peker på at selvmordsatferd er sammensatt og ofte resultat av et samspill mellom flere faktorer fra psykiske lidelser til sosioøkonomiske faktorer. Risikofaktorer for selvmord kan påvirke alle, men noen grupper har

høyere tilbøyelighet til å bli påvirket av risikofaktorene enn andre. Risikofaktorer kan variere med alder, kjønn eller etnisk gruppe og kan forekomme i kombinasjon med hverandre og endres over tid.

Viktige risikofaktorer for selvmord er:

### **Individuelle risikofaktorer**

- Psykiske lidelser (særlig depresjon, schizofreni og andre psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser)
- Alkohol/rusmiddelmisbruk øker risikoen for selvmord betydelig og da spesielt i kombinasjon med en psykisk lidelse eller personlighetsforstyrrelse.
- Tidligere selvmordsforsøk eller selvskading
- Somatisk sykdom
- Psykososiale faktorer som langvarig stress, problemer i parforholdet, eller økonomiske problemer kan også øke risikoen for selvmord hos sårbare individer
- Belastende livshendelser (f.eks. tapsopplevelser, vold, seksuelt misbruk eller andre traumer)
- Familiehistorie med selvmord eller selvmordsatferd
- Eksponering for flere ulike faktorer

### **Miljørisikofaktorer**

- Tilgang til selvmordsmidler som ved bruk fører til høy dødsrisiko (f.eks. skytevåpen, husholdningsprodukter med høyt giftnivå, høye bygg og broer, legemidler som virker giftig ved overdosering)
- Eksponering for negative sosiale faktorer som f.eks. mobbing, arbeidsledighet og sosial isolasjon
- Dramatisk og sensasjonspreget rapportering om selvmord i massemedia, hvor det gis detaljert beskrivelse av selvmordsmetoder, tid og sted for konkrete tilfeller av selvmord

### **BESKYTTELSESFAKTORER**

Faktorer som beskytter personer fra selvmordstanker og selvmordsadferd har så langt ikke blitt forsket på i like stor grad som risikofaktorer, men følgende faktorer regnes som beskyttende mot selvmord: God kontakt med familie og venner, løsningsorientert personlighet, tilgang på et helsevesen som har kompetanse på behandling av mennesker med stor selvmordsrisiko.

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

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

Mens mange intervensjoner er rettet mot å redusere risikofaktorer, er det like viktig å vurdere og styrke faktorer som har vist seg å øke motstandskraften og tilhørighet, og som beskytter mot selvmordsatferd.<sup>37</sup>

## Litteraturliste

- 1 Zalsman, G., Hawton, K., & Wassermann, D. (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*, 27(4): 418-421. 10.1016/j.euroneuro.2017.01.012
- 2 Folkehelseinstituttet. (2019). *En systematisk gjennomgang av oversiktsartikler om selvmordsforebyggende tiltak (2015-2018)* [Upublisert notat]
- 3 Pirkis, J., Rossetto, A., Nicholas, A., Ftanou, M., Robinson, J., & Reavley, N. (2019). Suicide prevention media campaigns: a systematic literature review. *Health communication*, 34(4), 402-414.
- 4 Torok, M., Callear, A., Shand, F., & Christensen, H. (2017). A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 672-687.
- 5 Folkehelseinstituttet. (2020). En kunnskapsoppsummering om selvmord hos menn: En gjennomgang av risikofaktorer, årsaker, tiltak og behandling (2000-2020) [Upublisert notat, er under bearbeidelse som publisert rapport]
- 6 Folkehelseinstituttet. (2020). En kunnskapsoppsummering om selvmord hos eldre: En gjennomgang av risikofaktorer, årsaker, tiltak og behandling (2000-2020) [Upublisert notat, er under bearbeidelse til publisering i fagfelleurdert tidsskrift]
- 7 Ekeberg, Ø. (1993). *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge*. (Helsedirektoratets utredningsserie 1-93). Oslo: Helsedirektoratet.
- 8 Mehlum, L., Dieserud, G. K., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L. S., Walby, F. A., & Myhre, K. I. (2006). *Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi*. (Rapport fra Kunnskapssenteret.nr. 24-2006). Tilgjengelig fra: [http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/\\_attachment/514?\\_ts=11a9c123714&download=true](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/_attachment/514?_ts=11a9c123714&download=true)
- 9 Mehlum, L., Dieserud, G. K., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L. S., Walby, F. A., & Myhre, K. I. (2007). *Forebygging av selvmord, del 2*. (Rapport fra Kunnskapssenteret.nr. 4-2007). Tilgjengelig fra: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport\\_0704\\_selvmord\\_del2.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0704_selvmord_del2.pdf)
- 10 Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1511).
- 11 Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord* (Veileder IS-1898).
- 12 Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2020, 7. januar). E-læringskurs i selvmordsrisikovurdering. Hentet fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/e-leringskurs-i-selvmordsrisikovurdering/> Lest 22.08.2020.
- 13 Helsedirektoratet. (2017). *Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse*. (Læringsnotat fra Meldeordningen IS- 2675).



- 14 Statens helsetilsyn. (2018). *Informasjonsskriv for varsling av hendelser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a*. Hentet fra: [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel\\_enhet/infoskriv-til-spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/infoskriv-til-spesialisthelsetjenesten.pdf)
- 15 Universitetet i Bergen (2020). Problem gambling, risk factors and suicide: A literature review and meta analysis. Hentet fra: <https://www.uib.no/spillforsk/128557/forskningsprosjekter#problem-gambling-risk-factors-and-suicide-a-literature-review-and-meta-analysis>
- 16 Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (2018). Fakta om selvmord. Hentet fra: [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/dokumenter/nssf\\_fakta-om-selv-mord\\_webfil.pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/dokumenter/nssf_fakta-om-selv-mord_webfil.pdf)
- 17 Kristofersen, L. B. (2005). *Barnevernbarnas helse: uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002*. (NIBR rapport 2005, 12). Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet
- 18 Gärtner, K., & Heggland, J. E. (2013). *Adopterte barn, ungdom og voksne: En kunnskapsoppsummering om kognitiv kompetanse, psykisk helse og bruk av hjelpetjenester*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- 19 Knapstad, M., Heradstveit, O., & Sivertsen, B. *Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse 2018*. (Rapport). Oslo: SiO (Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus).
- 20 Silvikien, A., Haldorsen, T., & Kvernmo, S. (2006). Suicide among indigenous Sami in Arctic Norway, 1970-1998. *European Journal of Epidemiology* 21(9), 707-713.
- 21 Broderstad, R. A., Eliassen, B. M., & Melhus, M. (2011). Prevalence of self-reported suicidal thoughts in SLiCA. The survey of living conditions in the Arctic (SLiCA). *Global Health Action*, 4(1).
- 22 Puzo, Q., Mehlum, L., & Qin, P. (2017). Suicide among immigrant population in Norway: a national register-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(6), 584-592.
- 23 Øien-Ødegaard, C., Reneflot, A., & Hauge, L. J. (2019). Use of primary healthcare services prior to suicide in Norway: a descriptive comparison of immigrants and the majority population. *BMC health services research*, 19(1), 508.
- 24 Ramm, J. (2010). *På like vilkår? Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne*. (SSB Statistiske analyser, 2010). Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 25 Linaker, O. Selvmordsatferd blant mennesker med psykisk utviklingshemming. Presentasjon. Hentet fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/aktuelt/arrangementer/nasjonale-konferanser/6.%20nasjonale%20konferanse/Linaker.pdf>. Lest 01.09.2020.
- 26 Lutz, J., & Fiske, A. (2018). Functional disability and suicidal behavior in middle-aged and older adults: A systematic critical review. *Journal of Affective Disorders*, 227, 260-271.
- 27 Anderssen, N., Malterud, K., & Slåtten, H. (2013). Levekår for lesbiske, homofile og bifile i Norge. Nasjonal spørreundersøkelse. I Anderssen, N. & Malterud, K. (Red.), *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse
- 28 Eggebø, H., Stubberud, E., & Karlstrøm, H. (2018). *Levekår blant skeive med innvandrerbakgrunn*. (NF rapport nr.: 9/2018). Bodø: Nordlandsforskning

- 29 Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94.
- 30 Folkehelseinstituttet. (2020). *En kunnskapsoppsummering om selvmord hos menn: En gjennomgang av risikofaktorer, årsaker, tiltak og behandling (2000-2020)* [Upublisert notat], er under bearbeidelse som publisert rapport
- 31 Rossow, I. (2013). Sammenhenger mellom alkoholbruk og suicidal atferd på individnivå: en oversikt. *Suicidologi*, 18(3).
- 32 Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018). 1910 døde pasienter: *Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008-2015 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Hentet fra: [www.uio.no/kartleggingssystemet](http://www.uio.no/kartleggingssystemet)
- 33 Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport 2018). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- 34 Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparén, P., Ye, W., Adami, H. O., & Valdimarsdóttir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med*, 366, 1310-1318.
- 35 Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport 2018). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- 36 Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (2018, 20. desember). Fakta om selvmord. Hentet fra: [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/dokumenter/nssf\\_fakta-om-selvmord\\_webfil.pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/dokumenter/nssf_fakta-om-selvmord_webfil.pdf)
- 37 World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Genève: WHO



Utgitt av:  
Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonen er tilgjengelig på:  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Publikasjonskode: I-1201 B  
Design: Gjerholm Design  
Illustrasjon forside: EGGS Design v/Henriette Marki  
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
09/2020 – opplag 20

