LILLEHAMMER
KOMMUNE

Handlingsplan for forebygging av selvskading og selvmord blant unge

2019- 2023

Vedtatt i fagutvalg for helse og omsorg (SAK 02/19), og fagutvalg for oppvekst, utdanning og kultur (SAK 01/19), 16.01.2019

Forord

Våren 2017 tok flere unge mennesker i Lillehammer sitt eget liv. Selvmord berører oss både som privatpersoner og som fagpersoner, og ethvert tapt liv er et for mye. Når en ungdom tar sitt eget liv, mister noen sin datter eller sønn, sin bror eller søster, sin venn eller sin lagkamerat. I tillegg til at mange innbyggere i byen opplevde sorg og smerte, utfordret situasjonen kommunen på krisehåndtering og beredskap. Flere tjenesteområder i kommunen iverksatte umiddelbare tiltak for å imøtekomme behov i berørte familier og nettverk, samt i skoleklasser og for befolkningen som helhet. I etterkant ble det vedtatt i kommunestyret at det skulle utarbeides en tverrfaglig og tverrsektoriell handlingsplan om forebygging av selvmord og selvskading blant barn og unge i Lillehammer.

Norge har hatt nasjonale tiltak for å forebygge selvmord siden tidlig på 1990-tallet, men på kommunalt nivå er denne handlingsplanen blant de første i slitt slag. Den nasjonale planen for forebygging av selvmord og selvskading 2014 – 2017 har som overordnet målsetting å redusere omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen. Lillehammer kommune har samme overordnete målsetting. Denne handlingsplanen er utarbeidet med kunnskap om at det er vanskelig å forhindre mennesker fra å ta livet sitt. Den viktigste forebyggende innsatsen skjer gjennom tiltak som bidrar til inkludering og god psykisk helse.

Oppvekstfeltet ser en bekymringsfull utvikling i omfanget av psykiske helseplager blant barn og unge. Selv om tjenestene kontinuerlig yter støtte og hjelp til enkeltpersoner og grupper i risiko, er hovedstrategien i det selvmordsforebyggende arbeidet gode, universelle tiltak som bidrar til en trygg og frisk ungdomsbefolkning. I dette arbeidet er det nødvendig med en helhetlig og tverrfaglig tilnærming. Dette innebærer en bred samarbeidspraksis som også inkluderer spesialisthelsetjeneste, frivillige organisasjoner, ungdom, mennesker med psykiske vansker og deres pårørende. Det pågår også et arbeid med en fylkeskommunal handlingsplan for selvmordsforebygging, og i det videre arbeidet med problemstillingene er det ønskelig å se disse planene i sammenheng.

Som privatpersoner kan vi bidra til et raust og godt lokalsamfunn med rom for åpenhet om psykiske vansker, selvskading og selvmordsproblematikk. Som fagpersoner kan vi aldri slutte å forbedre de forebyggende tjenestene – både i form av å jobbe for gode oppvekstsvilkår generelt, og gjennom å oppdage og hjelpe barn og unge som av ulike årsaker har det vanskelig.

Handlingsplan for forebygging av selvskading og selvmord er utarbeidet i samarbeid mellom sektor oppvekst, utdanning og kultur, og sektor helse og velferd. Vi har fått innspill til planen fra mennesker som selv er etterlatte og pårørende, fra organisasjonene LEVE og Mental Helse, og fra fagmiljøet i RVTS Øst. Vi vil rette en spesiell takk til dere!

På vegne av fagutvalg for oppvekst, utdanning og kultur, og fagutvalg for helse og omsorg

Bjørn Rønning	*Lise J. Haugstad*
Leder	*Leder*

Fagutvalg oppvekst, utdanning og kultur høsten 2018: Bjørn Rønning (Ap), Jon Ivar Brekken (Ap), Merethe Kjellberg (Ap), Jørund Hassel (Ap), Ingunn Dalan Vik (nestleder) (SV), Morten B. Aune (H), Jytte Sonne (KrF), Ibrahim Mohamoud (V), Torbjørn Dahl (MDG).

Fagutvalg helse og omsorg høsten 2018: Lise J. Haugstad (Ap), Endre Berger (Ap), Tor Magnus Lund (Ap), Hibo Mohamed Abdi (Ap), Oda Frøisland (V), Astrid Gaasand (Frp), Hans Olav Sundfør (H), Ole Morten Melbø (Sp), Turid Thomassen (R).

Innhold

INNHOLD **2**

1 INNLEDNING **3**

OM HANDLINGSPLANEN 3
MÅLGRUPPE 3
MÅL FOR FOREBYGGING AV SELVSKADING OG SELVMORD BLANT UNGE 4
RELEVANT PLANVERK I AKTUELLE SEKTORER 4
BEGREPER RELATERTE TIL SELVSKADING OG SELVMORD 5

2 FOREBYGGINGSSTRATEGIER **5**

TVERRFAGLIG FOREBYGGENDE ARBEID 6
RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER 6

3 STATUS OG UTFORDRINGSBILDE **7**

FOREKOMST AV SELVMORD 7
SELVMORD I OPPLAND 8
SELVMORDSFORSØK OG SELVSKADING 9
SOSIAL SMITTEEFFEKT OG «CLUSTER» 10
BARN OG UNGE SOM UTSATTE GRUPPER 11
UNGDATAUNDERSØKELSEN LILLEHAMMER 11

4 PÅGÅENDE INNSATS **11**

UNIVERSELLE TILNÆRMINGER 11
SELEKTIVE TILNÆRMINGER 14
INDISERTE TILNÆRMINGER 15
NÅR SELVMORD SKJER 16
INFORMASJON OG KOMPETANSE 17

5 HANDLINGSDEL **17**

DELMÅL 1: GOD PSYKISK HELSE OG MESTRING BLANT BARN OG UNGE 17
DELMÅL 2: REDUSERT FOREKOMST AV SELVSKADING OG SELVMORD I RISIKOGRUPPER 18
DELMÅL 3: GOD OPPFØLGING OG IVARETAKELSE AV ETTERLATTE, PÅRØRENDE OG ANDRE BERØRTE 20
DELMÅL 4: ET KUNNSKAPSBASERT TJENESTEAPPARAT (KOMPETANSE) 20

6 OPPFØLGING AV PLANEN **21**

KONTAKTINFORMASJON **22**

NASJONALE FØRINGER **23**

STATISTIKK **23**

REFERANSER **23**

VEDLEGG 1: ADMINISTRASJON AV PSYKOSOSIALT KRISETEAM OG DETS ARBEID **24**

VEDLEGG 2: VARSLING AV KOMMUNENS LEDELSE NÅR PSYKOSOSIALT KRISETEAM ER AKTIVERT **25**

1 Innledning

Kommunestyret vedtok høsten 2017 at det skulle utarbeides en handlingsplan for forebygging av selvskading og selvmord blant barn og unge i Lillehammer. Handlingsplanen er utarbeidet på bakgrunn av vedtakspunkt nr.22 i budsjett 2018: *«… Kommunestyret ber rådmannen om å utarbeide en handlingsplan for forebygging av selvmord blant ungdom. Handlingsplanen skal utarbeides tverrfaglig, primært mellom tjenestene TO grunnskole, TO helsestasjonstjenesten/ungdomsbasen og TO psykisk helse og rus, samt samhandling med ideelle organisasjoner og studentorganisasjoner, og samhandling med spesialisthelsetjenesten …»*

Arbeidsgruppen som har jobbet med denne planen har vært Ive Staune-Mittet (helsesøster/ skolehelsetjenesten), Jens Bjerkan Klev (psykolog/ TO psykisk helse og rus), Morten Bergkåsa (kommuneoverlege), Tom Erik Kleven (leder/ Ungdomsbasen) og Stine Tøndevold (SLT-koordinator). Oppland fylkeskommune har vært representert i arbeidet, og har sammen med RVTS ØST, Sykehuset Innlandet v/ DPS og BUP, fastlegene i Lillehammer, foreningene LEVE og Mental helse, samt representanter fra kirken og pårørende-/ etterlattegruppen fått anledning til å komme med innspill til planutkastet. Fagutvalg for helse og omsorg, fagutvalg for oppvekst, utdanning og kultur, samt Ungdomsrådet i Lillehammer kommune har også gitt sine innspill til planen.

Om handlingsplanen

Handlingsplanen tar utgangspunkt i nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014 – 2017 (IS – 2182). Planen presenterer innledningsvis sentrale begreper og forebyggingsstrategier, fakta og tall på selvmord og selvskading, samt universelle risiko- og beskyttelsesfaktorer. Videre tar planen for seg pågående innsats på området. Flere tjenesteområder og sektorer har relevante tiltak i det forebyggende arbeidet og dette må sees i sammenheng. Avslutningsvis har planen en handlingsdel med konkrete mål og tiltak.

Planen gir en oversikt over pågående innsats, og presenterer også noen nye tiltak. Planen tar sikte på å være en hjelp i det forebyggende arbeidet ved å være et oppslagsverk for tjenesteområder og andre som vil sette seg inn i kommunens arbeid med utfordringene. Det har vært en målsetting å tilpasse handlingsplanen og tiltakene til de lokale forholdene på Lillehammer, og samtidig ta høyde for at opphopning av selvmordsatferd og selvmord kan skje.

Tjenesteområder som har oppgaver knyttet til å fremme god psykisk helse for barn og unge er omfattet av denne handlingsplanen. Det vises for øvrig til Helsedirektoratets veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord (link bak i dokumentet).

Målgruppe

Handlingsplan for forebygging av selvskading og selvmord blant unge er rettet mot personer i aldersgruppen 6 – 25 år. Aldersspennet i målgruppen er bred, og arbeidet vil kreve ulike strategier og tiltak avhengig av alder. Selv om Lillehammer kommune primært satser på gode universelle tiltak, vil det også være nødvendig med både selektive og indiserte forebyggingsstrategier for enkelte alderssegment og risikogrupper.

I denne planen er «unge» avgrenset med en øvre aldersgrense på 25 år. Grunnskolen, helsestasjonen og Ungdomsbasen jobber i all hovedsak med barn og unge under 20 år, mens tjenesteområde psykisk helse og rus jobber med mennesker fra 18 år og oppover. I TO psykisk helse og rus er det utarbeidet en plan for forebygging og oppfølging av selvmord blant voksne.

Mål for forebygging av selvskading og selvmord blant unge

Kommunedelplan oppvekst (2018 – 2028) og kommunedelplan helse og omsorg (2018 – 2028) har fem felles fokusområder som skal fremme innbyggernes opplevelse av mestring og god psykisk helse. De fem fokusområdene er *forebygging, inkludering, medvirkning, samarbeid* og *kompetanse.* Dette vil også være hovedstrategier i arbeidet med forebygging av selvskading og selvmord. Forebygging på ulike nivåer, og samarbeid på tvers av tjenesteområder, sektorer og forvaltningsnivåer er nødvendig. Likeså er ansatte med kompetanse om hva som bidrar til god psykisk helse, og kunnskap om risikofaktorer for selvskading og selvmordsatferd. For å lykkes med det forebyggende arbeidet vektlegger kommunen tiltak som ivaretar flest mulig barn og unge innenfor fellesskapet. Barn og unge skal oppleve å bli sett, møtt og hørt. Det er et satsningsområde å videreutvikle arbeidet med involvering og medvirkning fra barn, unge og deres nærmeste familie.

Målene for denne handlingsplanen er utledet fra nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (IS-2182). Med tilpasninger til denne planens målgruppe og lokale forhold, er de fire første delmålene i den nasjonale handlingsplanen valgt som målsettinger for Lillehammer kommunes arbeid på området.

Overordnet mål:

Redusere selvskading, selvmordsforsøk og selvmord blant barn og unge i Lillehammer.

Delmål 1:

God psykisk helse og mestring blant barn og unge.

Delmål 2:

Redusert forekomst av selvskading og selvmord i risikogrupper.

Delmål 3:

God oppfølging og ivaretakelse av etterlatte, pårørende og andre berørte.

Delmål 4:

Et kunnskapsbasert tjenesteapparat.

Relevant planverk i aktuelle sektorer

Forebyggende arbeid med selvmordsforebygging må integreres i planverk for de aktuelle kommunale tjenester. I planhierarkiet legger denne planen seg mellom kommunedelplanene oppvekst/ helse og omsorg, og virksomhetsplaner på tjenesteområdenivå.

Kommunedelplan oppvekst tar utgangspunkt i begrepet *livsmestring*. Livsmestring handler om muligheten til å oppleve mestring, om å håndtere endringer og om å erfare at en har lykkes. Begrepet rommer også prøvelsene i livet, og den robusthet den enkelte utvikler i møte med

utfordrende livssituasjoner. Mestring styrker selvbildet, og et godt selvbilde bidrar til økt tillit til egne evner og tro på at en kan mestre det som kommer.

Samtidig må det også være aksept for det å ikke mestre. Mestring avhenger av en balanse mellom krav og støtte i omgivelsene. Ingen mestrer alt og å leve er mer enn bare å mestre. Kommunedelplan oppvekst peker på enkelte grupper barn og unge som særlig utsatte for utenforskap og psykisk uhelse. Eksempelvis kan nevnes barn og unge som utsettes for mobbing og krenkelser, vold og seksuelle overgrep, som har vansker i skolen og eventuelt stort fravær/ risiko for frafall, barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn eller som strever med kjønnsidentitet eller identifiserer seg med en seksuell minoritetsgruppe. Disse barn og unge skal en ha i tankene i arbeidet med forebygging av selvskading og selvmord.

Andre kommunale planer som er relevante for det selvmordsforebyggende arbeidet er eksempelvis handlingsplan rus og psykisk helse og handlingsplan for forebygging av vold i nære relasjoner. Begge disse planene skal revideres i 2019. Samtidig som denne handlingsplanen lanseres, sluttføres også handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold – barn og unge.

Felles for planverket er at det er bygget opp rundt prinsippet om at den beste og viktigste forebyggende innsatsen skjer gjennom brede universelle tiltak for å skape gode og trygge oppvekstvilkår for barn og unge.

Begreper relaterte til selvskading og selvmord

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

2 Forebyggingsstrategier

Kommunens forebyggende arbeid tar sikte på å utforme strategier på flere nivå og rettet mot ulike grupper av kommunens innbyggere. Det er vanlig å fordele forebyggingsstrategiene på tre grunnleggende nivåer (Q-16/2013):

1. **Universell forebygging:** Tiltak rettet mot hele befolkningsgrupper uten at en har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko (for eksempel anti-mobbeprogram).

2. **Selektiv forebygging:** Tiltak rettet mot grupper med kjent og/eller forhøyet risiko for å utvikle problemer (for eksempel foreldreveiledning).

3. **Indisert forebygging:** Tiltak rettet mot individer med høy risiko eller klare tegn på problemer (for eksempel oppfølging av enkeltpersoner med begynnende rusproblemer/ psykiske helseutfordringer).

Det er viktig å ha tiltak på ulike forebyggingsnivå. En forebyggingsstrategi som kun fokuserer på personer i «høyrisikogruppen» vil ikke være tilstrekkelig for å få ned antallet selvmord i kommunen. Forebygging må også rettes mot personer som vurderes å være i lav til moderat risiko. Antall personer er langt større i gruppene lav og moderat risiko, enn i «høyrisikogruppen». Gjennom universelle forebyggingsstrategier bidrar en til å fremme den psykiske helsen i befolkningen som helhet og slik forebygge selvskading og selvmord.

Selvmordsrisikoen er høyere blant personer med psykiske lidelser enn i befolkningen for øvrig. Likevel er det en svært liten andel av mennesker med psykiske lidelser som tar sitt eget liv (FHI, 2018). Samtidig forekommer også selvmord blant mennesker uten kjente risikofaktorer.

Det vil være hensiktsmessig med ulike forebyggingsstrategier og handlingstiltak for barn, ungdom og unge voksne. Tjenesteområdene har ansvar for tiltak definert utfra hvilke oppgaver tjenesten er satt til å utføre og hvem som er tjenestemottakere.

Tverrfaglig forebyggende arbeid

Forebygging av selvskading og selvmord er en viktig del av folkehelsearbeidet. Utvikling i helse blir påvirket av forhold på mange arenaer. En tverrfaglig tilnærming er avgjørende for å utvikle brede, gode strategier og helhetlige tiltak. Trygge og gode oppvekstvilkår handler om hjem og nære relasjoner, barnehage og skole, fritidsarenaer, nærmiljø og nettverk. Mange kommunale tjenester er viktige bidragsytere i å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser.

Kompleksiteten i problematikken og de sammensatte årsakssammenhengene bak selvskading og selvmordsatferd, fordrer en helhetlig tverrfaglig forebyggingsstrategi for tjenesteområdene i kommunen. Fylkeskommune og spesialisthelsetjeneste er samarbeidspartnere i det selvmordsforebyggende arbeidet. Systematisk arbeid innenfor de ulike instansene er viktig, men kommunikasjon og samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivå er vesentlig for å sikre en helhetlig oppfølging av den enkelte og kvalitet i overganger i oppfølgingen.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Det er vanskelig å måle hvorvidt selvmordsatferd forebygges. For å drive målrettet forebygging mot selvskading, selvmordsforsøk og selvmord er det nødvendig med kunnskap om dem som tar sitt eget liv, og forhold rundt den enkelte. Oppmerksomhet må rettes både mot individene og mot de nettverk og situasjoner individene er en del av.

Det er identifisert en større risiko for selvmord og selvskading i enkelte grupper i samfunnet. Kjente risikofaktorer for selvskading og selvmord er blant annet tidligere selvmordsforsøk, psykiske

helseplager (f.eks. angst, depresjon og rusmiddelproblemer), psykososiale forhold, (f.eks. livskriser, relasjonsvansker og sosial isolasjon), biologiske forhold og somatisk sykdom av alvorlig eller kronisk karakter, samt smertetilstander (IS – 2182; Ystgaard, 2003). Risikoen for selvmord er forhøyet i tiden etter utskriving fra heldøgnsbehandling i psykisk helsevern (IS-1511).

Beskyttende faktorer beskrives ofte som faktorer som bidrar til at personer er i stand til å mestre vanskelige situasjoner. Arbeid med å fremme og støtte oppunder beskyttende faktorer for det enkelte individ er like viktig som å redusere og sette inn tiltak mot risikofaktorer. Tilstedeværelsen av beskyttende faktorer vil redusere sårbarheten en person kan ha for risikofaktorene i livet sitt.

Nasjonal handlingsplan (IS-2182) presenterer følgende beskyttende faktorer som Verdens helseorganisasjon har identifisert:

- Sterk tilhørighet til familie og støtte fra lokalsamfunnet (barnehage, skole, arbeidsplass o.l.).
- 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, sikring av broer, midtrabatter på veiene m.v.).
- Evne til å søke hjelp for problemer.
- Lett tilgang til tjenester for psykisk og fysisk sykdom.

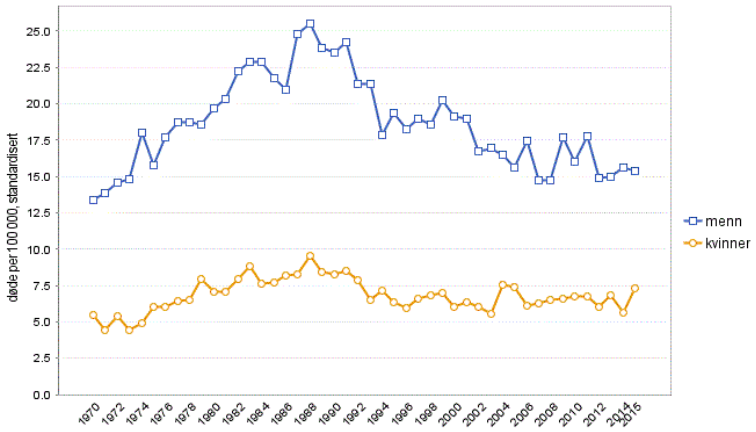
3 Status og utfordringsbilde

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF, 2018) sier følgende om fagfeltet:

> «Suicidologien er en tverrfaglig vitenskap, og det er bred enighet om at suicidal atferd og selvskading kan forklares utifra flere synsvinkler: biologiske/genetiske faktorer, psykiske lidelse, kognitive/atferdsmessige ferdigheter, negative livshendelser samt samfunnsmessige og kulturelle forhold.»

Forekomst av selvmord

På verdensbasis tar omtrent en million mennesker sitt eget liv hvert år. Det er store forskjeller mellom landene, og Norge (12,2 selvmord per 100.000 innbyggere) ligger litt under gjennomsnittet i Europa (15,4 per 100.000). I Norge ble det registrert 614 selvmord i 2016.



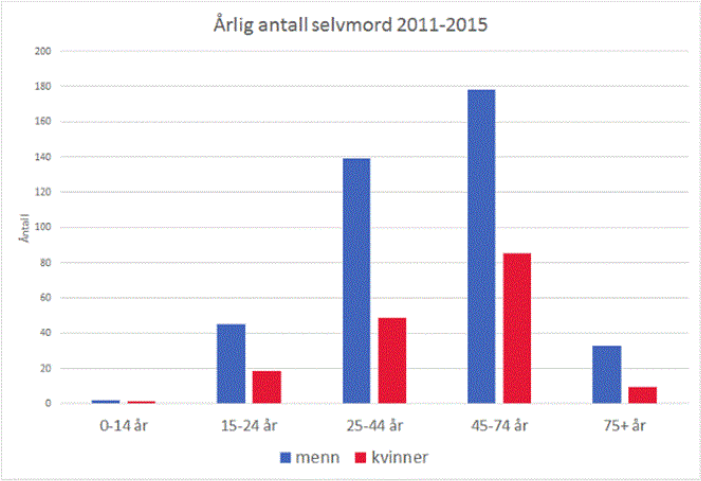
Figur 1. Nedgang i nasjonale tall for forekomst fra 1988 frem til 2015 per 100 000 innbyggere og en stabilisering i nivå fra år 2000 (FHI, 2018). Diagram: www.norgeshelsa.no

I Norge var det en økning i selvmordsraten fra slutten av 1960-tallet frem mot en topp i 1988. Etter dette sank raten de neste syv årene med ca. 25 prosent (figur 1). Det har vært en relativt stabil selvmordsrate i Norge. Til tross for store svingninger fra år til år, er det ikke noen synlig statistisk trend å vise til.

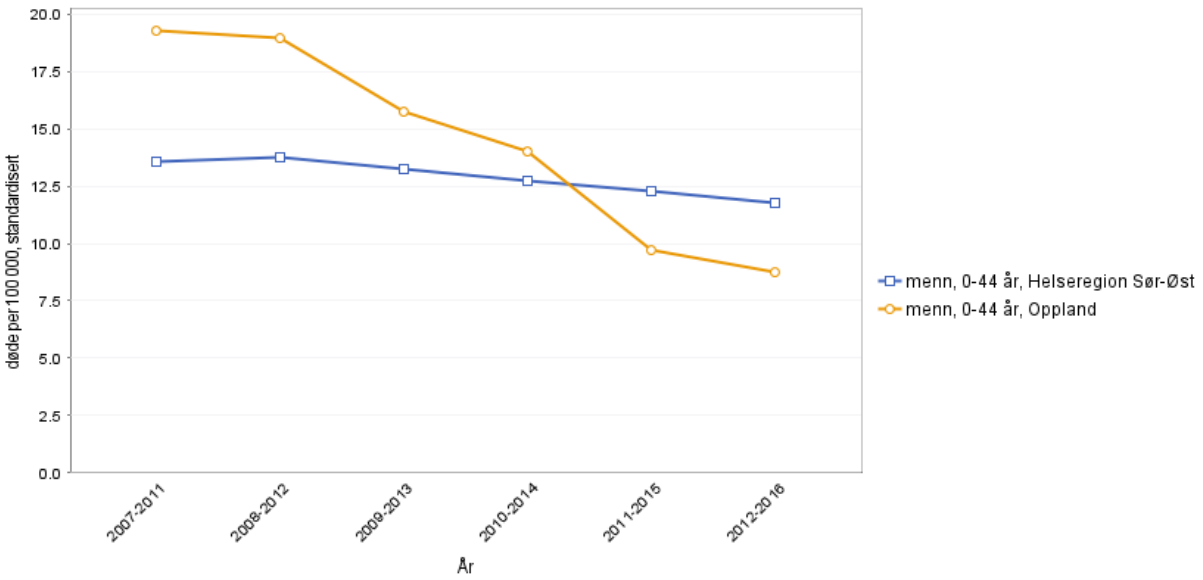
Det er store forskjeller i selvmordsrisiko mellom aldersgrupper og kjønn. Fra 15 til 64 år er risikoen for selvmord konstant 2-3 ganger høyere for menn enn for kvinner (IS-2182). Etter passerte 65 år er forskjellen enda større mellom kjønnene, da raten synker for kvinner mens den øker for menn. I alderen under 15 år er knapt noen registrerte selvmord.

Selvmord i Oppland

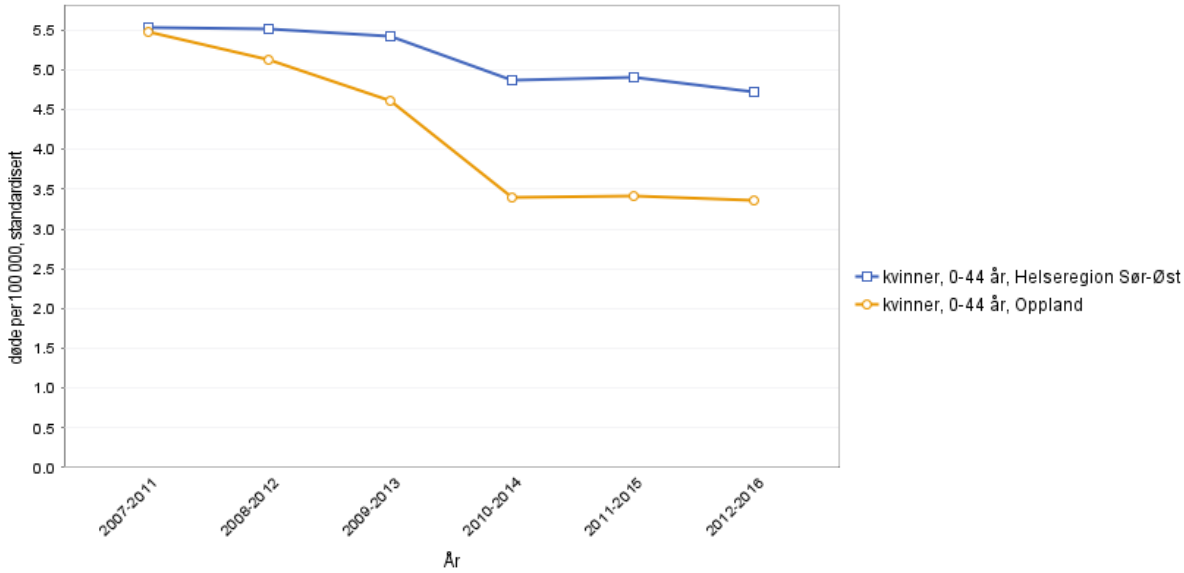
Oppland Fylke har de siste årene hatt en lavere forekomst av selvmord blant både kvinner og menn sammenlignet med tall fra andre fylker i Helseregion Sør-Øst (figur 3). Per dags dato foreligger det ikke data for forekomst av selvmord etter 2016.



Figur 2. Nasjonale gjennomsnittstall over forekomst av selvmord i perioden 2011 – 2015 (FHI, 2018). Diagram: www.norgeshelsa.no



Insidens menn 0-44 år, Oppland fylke/HSØ 1



Insidens kvinner 0-44 år, Oppland/HSØ 1

Figur 3. Selvmord og villet egenskade, inkludert senvirkning av selvmordsforsøk (ICD-10: X60-X84, Y87.0). Antall døde per 100 000 innbyggere* per år, aldersstandardisert. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 5-årsperioder). Diagram: www.norgeshelsa.no

Selvmordsforsøk og selvskading

Omfanget av selvmordsforsøk er betydelig høyere enn gjennomførte selvmord. I Norge anslås det 7-15 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord (IS-2182). Barn og unge er en risikogruppe knyttet til selvskading, og selvskading er mer utbredt blant ungdom enn voksne. Andelen jenter som skader seg selv er også høyere enn hos gutter på samme alder (IS-2182; Ystgaard m.fl., 2003). Samtidig er det grunn til å tro at andelen gutter med selvmordsatferd er høyere enn det som registreres. Erfaring

tilsier at gutter selvskader med andre metoder enn det som etterspørres i kartlegging. Tidligere selvmordsforsøk og selvskading er forbundet med økt risiko for selvmord.

Det er en utfordring å nå unge med selvmordsatferd med godt tilrettelagte tiltak da de i liten grad oppsøker hjelp på egenhånd. Andelen gutter som oppsøker hjelp knyttet til psykisk uhelse er mindre enn jenter (Ungdata Lillehammer 2018, IS – 2182). Dette understreker betydningen av gode samordnede, tverrfaglige tiltak. I mange tilfeller kan det være skolen, helsesøster eller legevakt som først oppdager selvskading.

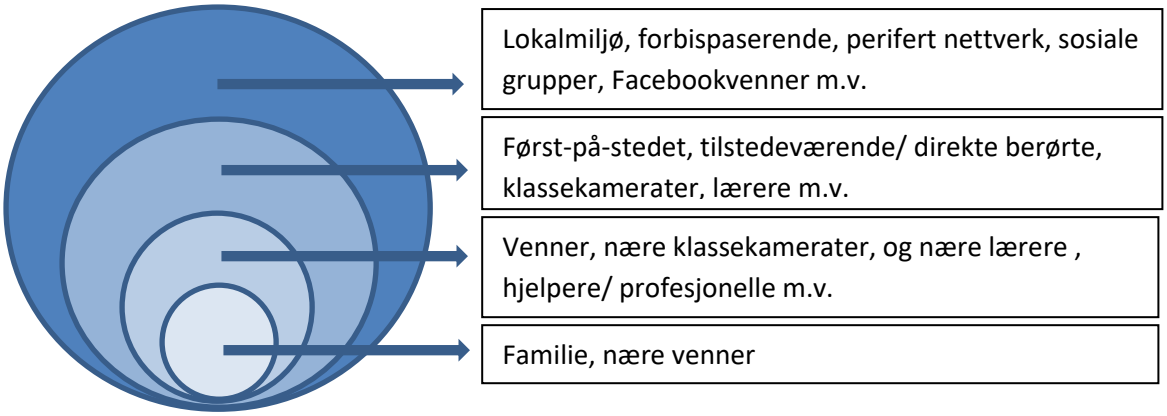
Det er høy risiko for gjentatte hendelser av selvskading, og denne atferden kan være et skambelagt tema som den unge prøver å bagatellisere. I en norsk studie fra 2003 oppgir 10,7% av i overkant 4000 norske ungdommer som er forespurt at de en eller flere ganger har skadet seg med vilje. Over halvparten av dem som tilfredsstilte kriteriene for villet egenskade, rapporterte at de ønsket å dø den aktuelle gangen da de skadet seg (Ystgaard m.fl., 2003).

Sosial smitteeffekt og «cluster»

Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord kan medføre sosial smitteeffekt. Smitteeffekt kan oppstå i skoler, institusjoner (f.eks. behandling/ barnevern), eller i miljø. Det kan utløses ved at noen i omgangskretsen viser selvmordsatferd, eller også ved påvirkning fra medier/ sosiale medier (HDIR, 2018).

Sosiale smitteeffekter kan utløse såkalte «cluster». «Clustering» er et fenomen hvor flere tilfeller av selvmord eller selvmordsforsøk oppstår innenfor et visst tidsrom, et definert geografisk område og/eller med sosial tilknytning mellom ofrene (ibid.). «Clustering» vurderes som et relativt sjeldent fenomen, men som får stor oppmerksomhet. Det er viktig å være bevisst betydningen av forebyggende tiltak selv etter et enkelt selvmord i grupper sårbare for sosiale smitteeffekter.

For tjenesteapparatet er det viktig å være klar over at enkeltgrupper i lokalsamfunnet vil ha ulike behov for oppfølging ut i fra nærhet til selvmordet og opplevd påvirkning av sosiale smitteeffekter. Dette fordrer strategier for håndtering av «cluster» på ulike nivå i samfunnet, med involvering av ulike aktører på de forskjellige innsatsområdene (figur 4).



Figur 4. Omfang av individer som kan bli affisert av selvmord (Public Health England, 2015)

Barn og unge som utsatte grupper

Barn og ungdom er en sårbar del av befolkningen. De skal utvikle egen identitet, løsrive seg fra foreldre, gå gjennom puberteten, og de skal håndtere en rekke overganger som innebærer nye omgivelser, systemer, mennesker og relasjoner. Overgangene kan være knyttet til skolebytter, fra skole til læreplass, høyere utdanning og/ eller arbeidsliv. Overgangene kan også handle om viktige og vanskelige endringer i den unges livssituasjon. Det kan handle om å komme hjem etter avsluttet førstegangstjeneste, om kjærlighetssorg, flytting m.v. Å miste mor eller far i selvmord, dødsfall i nær familie for øvrig og skilsmisse er eksempler på kriser i barnets liv.

I et forebyggingsperspektiv må det være et særlig fokus på overganger. Noen overganger er krevende, og barn og unge kan trenge bistand fra kommunen. Rett tiltak til rett tid avhenger av god kunnskap om den enkelte unge og dens omgivelser. For å få til dette på en god måte må barn, ungdom og deres foresatte involveres. Ofte kan det også være nødvendig å involvere flere faggrupper i oppfølgingen.

Barne- og ungdomstiden kan være en tid der det er vanskelig å mestre sterke følelser. Ungdomstiden er utfordrende for de fleste unge, og for noen kan denne perioden være ekstra sårbar og kritisk. Barn og unge kan være en særlig utsatt gruppe for sosial smitteeffekt ved selvskading og selvmord.

Ungdataundersøkelsen Lillehammer

Ungdataundersøkelsen gjennomføres i Lillehammer kommune hvert tredje år. Undersøkelsen er en god kilde til informasjon om hvordan ungdommer mellom 13 – 19 år opplever å vokse opp i byen. Undersøkelsen tar for seg de fleste aspekter ved det å være ungdom, både forhold som oppleves vanskelig og tungt, og det som oppleves veldig bra og fungerer godt.

Ungdata (2018) viser at ungdom stort sett har det bra med å bo i Lillehammer. De fleste klarer seg godt på skolen, de har et nært forhold til sine foreldre og majoriteten har venner de kan være sammen med. Likevel rapporterer en del ungdommer om psykiske helseplager og opplevelse av ensomhet. Funn fra Ungdata bidrar til at de kommunale tjenestene kan rette innsatsen mot de områdene som trenger ekstra fokus og målrettete tiltak.

4 Pågående innsats

I det følgende presenteres kommunens innsats på universelt, selektivt og indisert forebyggingsnivå. Gjennomgangen av det pågående arbeidet i kommunens tjenester viser behovet for å videreutvikle noen av de eksisterende strategier, rutiner og tiltak. Det er i tillegg behov for å utvikle noen nye tiltak på ulike nivåer.

Universelle tilnærminger

Kommunedelplan oppvekst (2018 – 2028), kap. 1.1., sier følgende:

> «En god oppvekst er først og fremst familiens ansvar. Det er likevel et samfunnsansvar å skape gode oppvekstvilkår der barn og unge kan utvikle seg fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt. Opplevelse av fellesskap og tilhørighet er helsefremmende, og trygge nærmiljø, tilgjengelige møteplasser og arenaer for lek, kunst- og kulturopplevelser viktige samfunnsbidrag for å skape gode oppvekstvilkår.»

Trygge, gode læringsmiljø

Inkluderende, trygge læringsmiljø og psykisk helsefremmende arbeid er gjennomgående fokus i barnehage og skole. «Folkehelse og livsmestring» er et av tre tverrfaglige tema i ny overordnet læreplan som skal tas i bruk i grunnskolen fra høsten 2020. Gjennom dette skal temaet skal sette sitt preg på skolehverdagen mer systematisk enn i dag.

Skolehelsetjenesten utfører tjenester på alle skoler (offentlige, private, grunnskole og videregående), og treffer nærmere alle barn og unge i aldersgruppen 0 – 16 år. Skolehelsetjenesten skal være sentral i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med å sikre et godt psykososialt skolemiljø for alle elever. Selvmordsproblematikk tematiseres ikke spesifikt i grunnskolen, men skolehelsetjenesten bidrar på alle trinn med undervisning om ulike tema som skal bidra til å styrke elevens psykiske helse. For ungdomsskolene er dette nedfelt i årshjul for samarbeidende tjenester (koordineres av SLT-koordinator) og i plan for skolehelsetjenesten. Det er imidlertid ikke satt i system slik at det er sikret et nivå på omfanget av undervisningen eller at tilbudet er likt i ungdomsskolene.

Ungdomsbasen driver oppsøkende sosialfaglig arbeid i sentrum etter skoletid flere ettermiddager i uken. I tillegg er Ungdomsbasen jevnlig til stede på byens tre offentlige ungdomsskoler. Ungdomsbasen bidrar med kunnskap om ungdomsmiljøene i byen, og er tilgjengelig for unge som har behov for noen å snakke med. Ungdomsbasen deltar i undervisning på ungdomsskolene om blant annet rus, grenser og holdninger. Skolene kan også benytte Ungdomsbasens kompetanse på tema som for eksempel vennskap, miljø og sosiale medier, jfr. årshjul for samarbeidende tjenester i skolen.

Tverrfaglig samarbeid

Forebyggende arbeid i skolene avhenger av god tverrfaglig samhandling med hjelpetjenestene. Tilstrekkelig ressurser, systematikk i arbeidet, samt gode rolle- og ansvarsavklaringer bidrar til kvalitativt godt arbeid. Det pågår en opptrapping i skolehelsetjenesten for å nå Helsedirektoratets anbefalte minstenorm for bemanning. Fra høsten 2018 er det ansatt sosiallærere på alle skoler i kommunen. Det arbeides med å videreutvikle det tverrfaglige arbeidet i skolen. Et konkret eksempel er arbeid med hvordan skolene skal følge opp bekymringsfullt fravær.

Det er etablert tverrfaglige team på alle barne- og ungdomsskoler i Lillehammer. I tillegg til skolens ansatte er barnevernstjenesten, skolehelsetjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste representert. I barneskolene deltar også fysioterapeut, mens i ungdomsskolene er Ungdomsbasen og SLT-koordinator med. Tilstedeværelse i skolen, deltakelse i tverrfaglige team og kontakt ut mot foreldre (råd og veiledning, foreldremøter m.v.) er viktige tiltak for å forebygge, avdekke og hjelpe enkeltpersoner. Det pågår et arbeid i sektor oppvekst, utdanning og kultur for å videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet rundt barnehagebarn og deres familier, og det skal utarbeides en modell for tverrfaglig team i barnehage.

De videregående skolene i Oppland har en egen modell for skolehelsetjeneste sammenlignet med andre fylker. Oppland fylkeskommune har ansatt helsesøstre/ helserådgivere som er medisinskfaglig

underlagt kommuneoverlegen. Helserådgiverne er knyttet opp mot det faglige nettverket ved Lillehammer helsestasjon. Ungdomsbasen er ukentlig tilstede på de to avdelingene til Lillehammer videregående skole. Det er faste møtepunkt mellom skolene, sosialpedagogisk rådgiver, helserådgivere, oppfølgingstjenesten og Ungdomsbasen.

Skolehelsetjenesten og sosialpedagogisk rådgivningstjeneste har undervisning om psykisk helse i videregående skole. Det varierer på hvilket trinn undervisningen skjer. Siden 2017 har det i tillegg vært et samarbeid mellom TO psykisk helse og rus og Lillehammer videregående om undervisning og for å ha tilgjengelig psykologisk fagkompetanse. Gjennom samarbeidet tilbys oppfølging til elever med psykiske utfordringer. Det er ønskelig å videreføre samarbeidet, samt å sikre at elever ved alle videregående skoler skal få det samme tilbudet.

Aktivitet og fritidstilbud

Barn og unge tilbringer mye tid på ulike fritidsarenaer. TO kultur har oppmerksomhet rettet mot å ha tilgjengelige kunst- og kulturtilbud for alle innbyggerne, og å bidra til et åpent og inkluderende lokalmiljø. Det er en målsetting at det skal være aktivitetstilbud på Lillehammer også til dem som ikke ønsker å delta i idrett eller annen organisert aktivitet. Gjennom et mangfoldig fritidstilbud og tilgjengelige møteplasser legger kommunen til rette for at den enkelte unge skal oppleve tilhørighet og fellesskap. TO kultur har ordninger for å inkludere enkeltindivider som ellers står i fare for å være uten aktivitetstilbud, f.eks. på grunn av vanskelig familieøkonomi.

Psykisk helsefremmende arbeid

Gjennom Helsestasjon for ungdom har kommunen et lavterskel helsetilbud som ukentlig er tilgjengelig for ungdom og unge voksne mellom 13 og 25 år. Informasjon og kunnskapsformidling om psykisk helse, selvskading og selvmord er viktig på flere nivåer. Utenforskap, sosial isolasjon og ensomhet er knyttet til økt risiko for selvskading og selvmordsforsøk. Åpenhet om psykisk helse bidrar til inkludering og aksept for mangfold i lokalsamfunnet. I sine innspill til planutkastet har både ungdom og etterlatte etter selvmord vært opptatt av åpenhet. Det handler om spørsmål man som ung sitter med, om at det er greit å ikke ha det bra og om konkrete psykiske vansker man strever med. TO psykisk helse og rus har telefontjenester hvor kommunens innbyggere kan ta kontakt vedrørende spørsmål om psykisk helse eller ønske om hjelp.

Gutter og unge menn oppsøker i mindre grad enn jenter hjelpetjenestene med spørsmål om emosjonelle vansker eller psykisk uhelse. Samtidig er det flere menn enn kvinner som tar sitt eget liv. I forbindelse med denne planen har ungdom kommet med innspill til at jenter og gutter er en del av de samme ungdomsmiljøene og i stor grad opplever de samme miljøutfordringene, konfliktene, prestasjonspresset m.v. De er opptatt av at også gutter har behov for å bli sett, å bli invitert til samtaler og til gruppeaktiviteter, og at tiltakene i større grad kan være felles og uavhengig av kjønn. Samtidig erfarer tjenestene at tiltakene synes å nå flest jenter. I tillegg er det dokumentert at utfordringer knyttet til kjønnsidentitet og seksuell orientering er en risikofaktor for selvmordsatferd. Tjenestene trenger kunnskap om kjønnsforskjeller for å tilpasse strategiene i det forebyggende arbeidet til alle kjønn.

Selektive tilnærminger

Tilrettelegging i utdanning og arbeidsliv

Generelt gjør lærere i Lillehammerskolen en aktiv innsats for å legge til rette for elever med psykiske vansker. Alle elever skal oppleve mestringsfølelse og verdi i det fellesskapet som skole kan gi. Det er et mål for skolen å redusere antall vedtak om spesialundervisning og tilby flest mulig et godt nok tilbud innenfor ordinær undervisning. Målsettingen er at praksisen skal inkludere alle, samtidig som de med behov for spesialundervisning skal få det.

Det er nødvendig å nyttiggjøre seg den tverrfaglige kompetansen som er i skolen ved at flere instanser er tilgjengelige. Det jobbes målrettet for å videreutvikle dette samarbeidet slik at denne kompetansen kommer elevene til gode.

Arbeid og deltakelse skal prege all oppfølging av NAVs tjenestemottakere. NAV har et særlig fokus på at ungdom under 30 år skal sikres målrettet aktivitet mot utdanning eller arbeid. Det er en målsetting å inkludere grupper som er i risiko for utenforskap i gode og meningsfulle tiltak, blant annet unge som ikke har fullført videregående opplæring. Ungdomsbasen har en særlig viktig rolle i å se og fange opp unge som ikke lenger går på skolen, og som står utenfor utdanning- og arbeidsliv.

Identifisering av hjelpebehov

Både helsestasjonstjenestene og Ungdomsbasen er i kontakt med barn og unge med begynnende eller utviklet problematikk knyttet til psykisk helse og/ eller selvmordsatferd. Ukentlig har Ungdomsbasen åpent hus hvor ungdom i alderen 13 – 20 år kan komme innom. Det er et fellestrekk at mange opplever en viss grad av utenforskap, og flere har manglende tillit til hjelpeapparatet. Helsesøstre er ofte i dialog med elever om psykisk helse, både gjennom skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Individuelle samtaler om dette temaet har vært økende de siste årene. Formidling av kunnskap, ferdigheter og veiledning til hvordan unge kan oppsøke hjelp gir den enkelte bedre forutsetninger til å håndtere livets utfordringer.

Erfaring tilsier at barn og unge som er i kontakt med barnevernstjenesten i større grad enn andre barn opplever psykisk uhelse. Det er dokumentert at konfliktfylte hjemmeforhold, rus og overgrep er særpreg ved livssituasjonen til mange unge som selvskader (Ystgaard m.fl., 2003). Selvmordsatferd kan være et symptom på skadelige forhold i barnets omsorgssituasjon, og er ikke nødvendigvis knyttet til psykiske lidelser alene. Det er derfor nødvendig med intensivert innsats overfor risikoutsatte familier og ungdomsgrupper.

Selvmordsforsøk er en sterk risikofaktor for selvmord (FHI, 2018). Oppfølging av personer som har gjort selvmordsforsøk er derfor et viktig forebyggende tiltak. Det er viktig med gode varslingsrutiner på tvers av forvaltningsnivå, og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kompetanse på å identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt på hvordan en kan gå videre med bekymring for konkrete personer, er avgjørende for at den enkelte skal få god hjelp. Her kan VIVAT-kursene «Oppmerksom på selvmordstanker» og «Førstehjelp ved selvmordstanker» være aktuelle.

Kommunal responsplan ved bekymring for utvikling av «cluster»

Det kan være en utfordring å avdekke sosiale smitteeffekter blant ungdom. Ungdomsmiljøene i Lillehammer består av Lillehammerungdom, men også av unge fra Øyer, Gausdal, Ringsaker og andre

nære kommuner. Det er også en stor andel ungdom bosatt i Lillehammer som går på videregående skole i Gausdal.

Kjennskap til enkeltindividers selvmordsatferd rapporteres som hovedregel ikke videre fra en tjeneste til en annen. For å forebygge mulige smitteeffekter og potensielle «cluster», kan det likevel være hensiktsmessig å varsle aktuelle kommunale tjenester i tilfeller der selvmordsatferd utvikler seg eller hvis en ungdom lykkes med å ta sitt eget liv. I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig også å varsle instanser utenfor Lillehammer kommune ved bekymring for sosial smitte. En slik orientering kan gis uten å oppgi den unges identitet. Det foreligger ikke en formalisert informasjonskjede på tvers av kommunegrenser, og det blir en skjønnsvurdering hvem som eventuelt skal kontaktes i mottakerkommunen. Ofte vil skole og helsepersonell i skolen være relevante mottakere for slik informasjon.

Ved opphopning av selvmordsatferd/ selvmord, vil det være viktig med en kommunal respons forankret på tvers av tjenestenivå og med involvering av relevante ressurser i lokalsamfunnet for øvrig. Samtidig skal en være bevisst på faren for at ytterligere unge blir satt i risiko gjennom stor oppmerksomhet på fenomenet. Eksempler på aktuelle samarbeidspartnere er spesialisthelsetjenesten, skole/høyskole, kirke, andre religiøse og/eller humanistiske forbund, politi, frivillige organisasjoner, samt aktuelle fagmiljø (RVTS). En slik respons bør ha avklarte roller og ansvarsområder knyttet til ledelse, samordning, kommunikasjon, rapportering og evaluering.

Indiserte tilnærminger

Individuell oppfølging

Ved selvmordsatferd er det en målsetting å så tidlig som mulig avdekke hjelpebehovet og iverksette tiltak. Dette kan bidra til å forhindre videreutvikling av vanskene. Alle som jobber med barn og unge i Lillehammer kommune; ansatte i skolen, helsesøstre, fastleger, legevakt, ansatte i PPT, barnevern eller Ungdomsbasen kan være den som er i kontakt med den enkelte og som først blir bekymret for situasjonen. I tillegg til at ansatte har kompetanse til å avdekke unge i risiko eller med selvmordsatferd, må ansatte også ha kunnskap om hvilke tjenester som kan følge opp en slik bekymring videre og handlekraft til å opprette kontakt mellom den aktuelle tjenesten og den unge.

Fastlegen er ofte den første, og noen ganger den eneste, som blir kontaktet av personer med selvmordsatferd/ i risiko for selvmord. Ofte presenteres helt andre problemstillinger enn selvmordstanker. Det er derfor særlig viktig at fastlegen kjenner til risikofaktorer og faresignaler, og har kompetanse på å vurdere selvmordsfare. Fastlegen representerer en sentral kompetanse som er nødvendig for å vurdere behov for og omfang av oppfølging av personer med risiko for selvmordsatferd.

Gjennom samtaler, samarbeid med foreldre, lærere, fastleger og andre, kartlegges den enkeltes behov og det opprettes kontakt med aktuelle hjelpe- og behandlingsinstanser. Dette kan blant annet handle om psykiatrisk behandling på spesialisthelsetjenestenivå og/ eller oppfølging og tiltak fra barnevernstjenesten.

TO psykisk helse og rus tilbyr helhetlige tjenester til tjenestemottakerne i form av alt fra behandlings- og oppfølgingstilbud til aktivitet og arbeidstrening. TO psykisk helse og rus har ambulante tjenester, gruppetilbud og individuelle behandlingstilbud knyttet til kjente risikofaktorer. Eksempelvis kan

nevnes kurs i depresjonsmestring (KID), kurs i håndtering av livsbelastninger (KIB), traumefokusert behandling (EMDR), angstmestrings kurs og bo- og oppfølgingstjeneste til personer med alvorlige psykiske lidelser.

TO psykisk helse og rus og spesialisthelsetjenesten har omfattende erfaring fra arbeid med enkeltpersoner i stor risiko og med høy grad av selvmordsatferd. Den kompetansen og de rutinene som finnes i disse tjenestene er en viktig ressurs for tjenester som opererer på mer universelt og selektivt forebyggingsnivå.

Når selvmord skjer

TO for psykisk helsearbeid og rusomsorg har ansvar for drift av kommunens kriseteam. Når selvmord oppstår kobles psykososialt kriseteam inn og jobber målrettet for ivaretagelse av pårørende og nettverk. Helsestasjonen blir informert av kriseteam som ledd i oppfølgingsarbeidet opp mot etterlatte, og ved behov bidrar skolehelsetjenesten med videre oppfølging av berørte. Det er relevant for en rekke tjenester i oppvekstsektoren å være særlig oppmerksomme på barn som mister foreldre i selvmord.

Skolehelsetjenesten bidrar med støtte for skoler berørt av selvmord i form av drøftinger, veiledning, og bidragsyter inn i informasjonsarbeid rettet mot elevene. Ungdomsbasen tilbyr også tilstedeværelse, samtaler og informasjonsarbeid i skolene ved konkrete hendelser, gjerne i samarbeid med skolehelsetjenesten. Ved hendelser en antar berører ungdomsmiljøene i byen vil tjenesten også vektlegge å være synlig i det offentlige rom og tilgjengelig for samtale.

I ungdomsgrupper en antar kan være sårbare for sosiale smitteeffekter vil tjenestene være særlig oppmerksomme på reaksjoner og samtaler rundt det som har skjedd, og eventuelt tilby tettere oppfølging til enkeltpersoner med kjent risiko.

I forbindelse med utarbeidelsen av denne planen er det spilt inn fra etterlatte i nære nettverk at det kan oppleves vanskelig å få nødvendig hjelp og støtte når man mister en nær venn. Dette fordi en gjerne faller utenfor det tilbudet som finnes for familie og nærmeste pårørende, og kanskje heller ikke går på samme skole som den avdøde.

Det er viktig at det finnes lett tilgjengelig informasjon om hvor man kan henvende seg dersom man har behov for noen å snakke med. Det er også nødvendig med god samhandling mellom kriseteamet og øvrige hjelpetjenester når kriseteamet avslutter sin oppfølging. Erfaring tilsier at både de kommunale tjenestene, frivillige organisasjoner og kirken driver oppfølging og sorgarbeid for etterlatte og pårørende langt utover den akutte krisen.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets Veileder om ivaretakelse av etterlatte ved selvmord (link bak i dokumentet).

Kriseteamets virksomhet og ansvarsområde

Kriseteamet har ansvar for psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer, herunder selvmord. Kriseteamet bistår etterlatte, familier og lokalsamfunn og har som hovedoppgave å sikre forsvarlig psykososial oppfølging til de berørte. Dette skjer gjennom individuell oppfølging, mobilisering av nettverk og etablering av nødvendig kontakt med det ordinære hjelpeapparatet. I tillegg til kriseteamets innsatsgruppe (4 personer) har teamet en tverrfaglig sammensatt

ressursgruppe (8-10 personer) som kan bistå teamet ved behov. Kriseteamets psykososiale oppfølging kan regnes som en forebyggende kapasitet for pårørende, etterlatte og lokalsamfunn hva gjelder sosiale smitteeffekter. Dokumentasjon om administrasjon og varslingsrutiner ligger vedlagt i dokumentet (vedlegg 1 og 2).

Informasjon om hjelpetilbud

De ulike tjenestene må ha oppmerksomhet på muligheten for at barn og unge kan være i en situasjon som oppleves så vanskelig at selvskading og selvmordstanker er en realitet. Det er avgjørende for den enkelte unge at voksenpersoner oppdager dette. Frivillige lag og organisasjoner står bak mange av de organiserte fritidsaktivitetene, og utfordringer for enkeltpersoner eller i det psykososiale miljøet til barn og unge, kan komme til uttrykk ovenfor tillitspersoner på disse arenaene.

God informasjon om hjelpetilbud vil være et bidrag både for å fremme psykisk helse generelt, for å forebygge selvskading og selvmord i risikogrupper, samt for å bedre oppfølgingen av etterlatte og pårørende. Det er viktig at kommunen gjør det kjent hvor fritidsledere, personer i unges nærmiljø eller nære nettverk, kan ta kontakt dersom de er bekymret for barn og unge.

I tillegg til de ordinære kommunale internettsidene, er det utarbeidet en nettportal www.tryggoppvekst.no , som gir veiledning til ungdom selv, foreldre/ innbyggere generelt og ansatte i å identifisere risikofaktorer og hjelpebehov, samt hvordan hjelp kan oppsøkes. For mange barn og unge vil likevel informasjon fra lærere, helsesøstre, Ungdomsbasens ansatte, fastleger og andre være den viktigste kilden til hvor en kan få hjelp.

5 Handlingsdel

Et generelt råd er å ta alle former for selvmordsatferd (selvmordstanker, planer og forsøk) på alvor. Selvmordsatferd kan komme til uttrykk i direkte utsagn eller gjennom væremåte. Dersom en blir bekymret for enkeltpersoner (eller miljø) i skolen, på fritidsarenaer, i kontakt med egne eller andres barn og unge, anbefales å ta kontakt med hjelpetjenestene for å drøfte saken. En slik drøfting/ veiledningssamtale kan være anonym. Ved behov for øyeblikkelig hjelp skal nødetater kontaktes på 113 (akuttmedisin/ ambulanse) eller 112 (politi).

Overordnet mål:

Redusere selvskading, selvmordsforsøk og selvmord blant barn og unge i Lillehammer.

Tiltakene for planen er utarbeidet med utgangspunkt i hovedstrategiene *forebygging, inkludering, medvirkning, samarbeid* og *kompetanse*. Det er vektlagt å ha tiltak både på universelt, selektivt og indisert forebyggingsnivå. Mens noen av tiltakene er felles for tjenesteområder og sektorer, er andre tiltak knyttet til et enkelt tjenesteområde. Eksempelvis vil enkelte tiltak være å finne i skolenes strategiplan eller virksomhetsplan for TO helsestasjon og plan for skolehelsetjenesten (2016).

Delmål 1: God psykisk helse og mestring blant barn og unge

Tiltak	Ansvar	Tidsramme	Kommentar

Forankre det tverrfaglige arbeidet med godt psykososialt skolemiljø i årshjul for samarbeidende tjenester i skolen, herunder sikre tverrfaglig involvering i revisjon.	SLT-koordinator	Årlig revisjon.	
Konkretisere i årshjul for samarbeidene tjenester i skolen hvordan psykisk helse tas opp som tema mellom skole, samarbeidspartnere og foresatte.	TO grunnskole, TO helsestasjon, SLT-koordinator	I forbindelse med årlig revisjon.	Jfr. skolehelseplan (2016), f.eks. i foreldremøter.
Styrke skolehelsetjenesten i hht vedtatt opptrappingsplan.	Kommunalsjef OUK, TO helsestasjon	Kontinuerlig ihht årlig vedtatt budsjett.	Jfr. nasjonale retningslinjer for bemanning i skolehelsetjenesten.
Videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet rundt elever i innføringsklassen, Lillehammer Læringssenter.	Kommunalsjef OUK, TO-ledere	I løpet av planperioden.	Må sees i sammenheng med opplæringstilbudet til nyankomne flyktningbarn.
Vurdere å opprette tverrfaglig team i private skoler (Engesvea, Steinerskolen, NTGU).	Kommunalsjef OUK, TO-ledere	I løpet av planperioden.	I dialog med de aktuelle skolene.
Sikre at informasjon om kultur- og fritidsaktiviteter når ut til barn/ unge.	TO kultur, TO grunnskole, TO helsestasjon	Kontinuerlig.	Kan evt. linkes til informasjon i www.tryggoppvekst.no
Mer systematisk involvere barn og unge i arbeidet med tjenesteutvikling.	Alle tjenesteområder, fagavdeling OUK	Kontinuerlig.	Jfr. tiltak i kommunedelplan oppvekst.

Delmål 2: Redusert forekomst av selvskading og selvmord i risikogrupper

Tiltak	Ansvar	Tidsramme	Kommentar
Utarbeide rutiner for hvordan skoleansatte skal håndtere bekymring knyttet til enkeltelevers selvskading/ selvmordsfare.	TO grunnskole	2019	SLT-koordinator, evt. TO helsestasjon bidrar.

Ha et særlig fokus på gutter/ unge menns psykiske helse, og tilpasse forebyggende tiltak til denne gruppen.	Alle tjeneste-områder.	Kontinuerlig	
Nedsette et faglig nettverk for mannlige ansatte i TO helsestasjon, TO psykisk helse og rus, kommuneoverlegen m.v. for særlig å holde fokus på forebyggende strategier rettet mot gutter/ unge menn.	TO helsestasjon, TO psykisk helse og rus	2019	I dialog med barnehage og skole.
Gi ut informasjon til fritidsarenaen om hvor de kan ta kontakt ved bekymring for barn/unge.	TO kultur, TO helsestasjon, fagavdeling OUK	2019	Jfr. implementering av www.tryggoppvekst.no
Oppdatere **www.tryggoppvekst.no** med lett tilgjengelig kontaktinformasjon til sentrale tjenester ved bekymring for enkeltpersoners selvmordsatferd.	Prosjektgruppen trygg oppvekst, fagavdeling OUK	2019	F.eks. gjennom en «rød knapp» på forsiden. Det må presiseres av ved behov for øyeblikkelig hjelp må nødetater kontaktes.
Utarbeide rutiner for mottak av henvendelser om bekymring for enkeltpersoner fra skole, fritidsarenaer, nære nettverk eller andre, som sikrer at henvendelsen følges opp.	Prosjektgruppen trygg oppvekst, fagavdeling OUK	2019	Jfr. tiltak i kommunedelplan oppvekst/ prinsippet om «en dør (telefon) inn».
Det skal gjennomføres en gjennomgang av risikosteder/ vurdering av objektsikring.	Kommunalsjef-nivå, kommune-overlegen	2019	Aktuelle samarbeids-partnere er SVV, RVTS, NSSF. SLT kan bidra, jfr. byvandringsmodell.
Utvikle en kommunal responsplan for håndtering av opphopning av relaterte selvmord.	Kommunalsjef-nivå, kommune-overlegen	2019	Forebygge sosiale smitteeffekter og potensielle «cluster».
Ta initiativ til å revidere rutine for tilbud om kommunal oppfølging av personer som har vært i	TO rus og psykisk helse, TO helsestasjon	2019	I samarbeid med spesialisthelse-tjenesten

behandling i spesialisthelsetjenesten etter selvmordsforsøk (somatisk og/eller psykiatrisk behandling).			

Delmål 3: God oppfølging og ivaretakelse av etterlatte, pårørende og andre berørte

Tiltak	Ansvar	Tidsramme	Kommentar
Tilby kontakt og oppfølging til etterlatte og pårørende i hht kriseteamets rutiner.	TO rus og psykisk helse	Kontinuerlig/ ved hendelser	
Tilby tilgjengelig helsepersonell i skolen når selvmord skjer, i hht rutiner for barnehage, skole og kriseteam.	TO helsestasjon, TO psykisk helse og rus	Kontinuerlig/ ved hendelser.	Evt. i samarbeid med legetjenestene.
Sikre at oppfølging etter selvmord spesifikt nevnes i skolenes kriseplaner.	TO grunnskole	2019	
Sikre synlig og tilgjengelig møteplass og informasjon for innbyggere ved eventuell opphopning av selvmord («cluster»).	Kommunalsjef OUK, kommunalsjef velferd, kommune-overlegen, informasjons-avdelingen	Ved hendelser/ opphopning.	Jfr. kommunal respons våren 2017.

Delmål 4: Et kunnskapsbasert tjenesteapparat (kompetanse)

Tiltak	Ansvar	Tidsramme	Kommentar
Oppdatere **www.tryggoppvekst.no** med informasjon om risikofaktorer og rutine for håndtering av bekymring for enkeltpersoners selvskading og/ eller selvmordsatferd.	Prosjektgruppe trygg oppvekst	2019	

Systematisk bruke Ungdata som kartleggingsverktøy. Analysere og bruke dataene i videreutviklingen av det psykososiale arbeidet i skolen.	SLT-koordinator, i samarbeid med TO grunnskole.	Etter oppsatt tidsplan for Ungdata.	
Analysere og systematisk bruke funn fra Ungdata i videreutviklingen av det forebyggende arbeidet.	SLT-koordinator og TO-ledere.	Kontinuerlig.	
Systematisk og jevnlig gjennomføre kompetansehevende tiltak for ansatte i kommunen som er i direkte møter med barn/unge.	Alle tjeneste-områder og fastlegene.	Kontinuerlig.	F.eks. VIVAT, safetalk, COS, psykologisk førstehjelp, psykisk helse i skolen
Sikre at psykisk helse barn/unge regelmessig er et tema på interne opplæringsdager i oppvekstsektoren.	Kommunalsjef OUK og TO-ledere.	Kontinuerlig.	
Analysere og bruke data vedr. gjennomførte selvmord, i arbeidet med å videreutvikle det forebyggende arbeidet.	TO psykisk helse og rus, kommune-overlegen og fastlegene.	Oppstart i løpet av planperioden.	F. eks gjennom årlig møte med oppvekstsektoren.
Gjennomføre oppsummerings-/ evalueringsmøte med bruker-/ pårørende organisasjoner, samt frivillige organisasjoner og tros-/ livssynssamfunn vedr. denne planen etter ca et år.	Fagavdeling OUK	2020	I forbindelse med rullering. Sees i sammenheng med andre aktuelle handlingsplaner.

6 Oppfølging av planen

Oppfølgingen av handlingsplanen skjer gjennom den daglige tjenesteutøvelsen og i møte med barn, unge og deres familier. Det enkelte tjenesteområde som omfattes av denne planen skal følge opp planens innhold gjennom det årlige arbeidet med virksomhetsplaner i tjenesteområdet. Her konkretiseres tiltak, tidsperspektiv og ansvar ytterligere.

Planens handlingsdel rulleres administrativt i forbindelse med arbeidet med tjenesteområdenes virksomhetsplaner og leveransemål til neste års budsjett.

Handlingsplan for forebygging av selvskading og selvmord blant barn og unge skal revideres hvert fjerde år, i samarbeid med fagutvalg for oppvekst, utdanning og kultur, samt fagutvalg for helse og omsorg.

Kontaktinformasjon

Tjeneste	Telefonnummer	E-post
Barnevernsvakten	90 73 52 15	bvv@fagertun-nf.no
Helsestasjonen	61 22 17 70	
Legevakt	61 25 14 50	
Politi	62 53 90 00	
Psykisk helseteam (psykisk helse og rus)	91 71 33 38	
Ungdomsbasen	94 83 78 86	ungdomsbasen@lillehammer.kommune.no
Ungdomshelsetjenesten	99 32 17 70	ungdomshelsetjenesten@lillehammer.kommune.no

Nasjonale føringer

IS – 2182, Nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading: https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-20142017

Veiledningsmateriell for kommunene om forebygging av selvmord og selvskading: https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selvmord-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-selvmord

IS – 1898, Etter selvmordet – veileder om ivaretakelse av etterlatte ved selvmord https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretakelse-av-etterlatte-ved-selvmord

Statistikk

Tall for insidens land, helseregion og Fylke:
http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/
http://www.ungdata.no

Referanser

FHI (2018) https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/selvmord-og-selvmordsforsok---fakta/ Lesedato: 30.10.2018.

HDIR (2018) https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selvmord-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-selvmord#betydningen-av-psykisk-helse-i-skolen Lesedato: 20.10.2018

IS-1511 (2008) *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*, Helsedirektoratet

NSSF (2018) https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forskning/ Lesedato: 30.10.2018

Rundskriv Q-16/2013 Forebyggende innsats for barn og unge

Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. *Villet egenskade blant ungdom* Tidsskr Nor Legeforening 2003;123(16);241 -5

Vedlegg 1: Administrasjon av Psykososialt kriseteam og dets arbeid

1. **LOVHJEMMEL**
   Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 er utgangspunkt for kommunens ansvar for psykososial oppfølging til kriserammede innbyggere.

   https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

   https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

2. **KVALITETSMÅL**
   Sikre et systemansvar og lederansvar for arbeidet med og i Psykososialt kriseteam

3. **FREMGANGSMÅTE**
   Den som leder kommunens psykososiale kriseteam, eller den i teamet som denne delegerer ansvaret til, har ansvar for følgende:

- Sørge for tilstrekkelig ressurser til å håndtere krisen.
- Psykolog skal orienteres om kriseteamets aktivering første virkedag.
- Sørge for at psykolog deltar i arbeidet om nødvendig.
- Dialog rundt behov for fristillelse fra ordinært arbeid avspasering osv. skal gå direkte mellom ansatt og sin avdelingsleder.
- Underveis og ved avslutning av saken, sikre at de involvert i krisearbeidet får evaluert arbeidet som pågår og er gjort.
- To leder og berørte avdelingsledere skal informeres om når saken er avsluttet.
- Sikre at prosedyrer og rutiner holdes oppdatert og legges ut i Standarden
- Sikre regelmessig og nødvendig informasjon om kriseteamets arbeid til sentrale aktører.
- Avholde møter med innsatsgruppen og psykolog en gang i måneden.
- 1-2 ganger i året, eller ved behov, innkalle til felles møte med samarbeidspartnere og / eller andre berørte, jamfør retningslinjer og organisering av kriseteamets arbeid
- Jevnlig sikre samarbeidsmøter eller informasjon til sentral parter som berøres av arbeid med og i krise
- 2 ganger i året, delta i ledermøte i tjenesteområdet Psykisk helsearbeid og rusomsorg. To leder innkaller. I disse møtene rapporters på:
    - Status og endringer
    - Antall saker i kriseteam siden sist
    - Antall timer (Gerica timer) benyttet totalt siden sist med arbeid i Kriseteam

4. **SELVEVALUERING**
   Evaluere innsatsen underveis og i etterkant av arbeidet.

   At prosedyrer følges og forstås.

Vedlegg 2: Varsling av kommunens ledelse når Psykososialt kriseteam er aktivert

1. **LOVHJEMMEL**
   Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 er utgangspunkt for kommunens ansvar for psykososial oppfølging til kriserammede innbyggere.

   https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30
   https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

2. **KVALITETSMÅL**
   Sikre at kommunes øverste ledelse, ledere og andre i tjenesteområdet Psykisk helsearbeid og rusomsorg, og andre sentrale aktører varsles når Psykososialt kriseteam er aktivert.

3. **FREMGANGSMÅTE**
   a. **ADMINSTRASJON OG VARSLING VED STØRRE HENDELSER SOM BERØRER UTOVER TJENESTEOMRÅDET**
   Leder for psykososialt kriseteam, eller den som har delegert ansvar, melder/varsler hendelsen i henhold til rutine. Lillehammer kommune har egen beredskapsplan som trår i kraft ved større hendelser. Varslingen vil derfor i disse tilfellene gjerne skje fra beredskapsleder i kommunen og til leder i kommunens psykososiale kriseteam.

   Ved behov for personell utover innsatsgruppen, meldes dette fra leder i psykososialt kriseteam til tjenesteområdeleder. Tjenesteområdets beredskapsplan iverksettes.

FREMGANGSMÅTE

   b. **ADMINISTRASJON OG VARSLING VED ORDINÆRE HENDELSER**
   Leder for Psykososialt kriseteam, eller den som har delegert ansvaret, melder/varsler hendelsen i henhold til rutine, og koordinerer alt krisearbeid.

- Rådmann, media ansvarlig og ansvarlig for beredskapsgruppen i Lillehammer kommune skal varsles om igangsatt krisearbeid. Pr 01.01.17 er dette: Rådmann Tord Buer Olsen, Beredskapskoordinator Grim Syverud, Kommunikasjonssjef Kjersti Morset, Tjenesteområdelder Anne Karin Lien, Psykolog Iver Sørlie Røhr,
- Kopi til avdelingsleder Gunn Kristin Leine, Avdelingsleder Karine Nydahl.
- Varslingen skal skje så snart som mulig etter at Psykososialt kriseteam er varslet om krisen.
- Varslingen gjøres pr mail.
- Varslingen gjøres av leder for Psykososialt kriseteam eller den som er ansvarlig i den konkrete krisesak.
- Varslingen skal inneholde:
  1. Type hendelse
  2. Hvor hendelsen geografisk sett har inntrådt
  3. Når fant hendelsen sted
  4. Antall berørte
  5. Når ble Psykososialt kriseteam varslet

SELVEVALUERING

Etter endt sak vurderes det om varslingen ble gjort i henhold til rutinen og om innhold i varslingen var tilstrekkelig og hensiktsmessig.
Ansvar: Leder av Kriseteamet.