



BERGEN
KOMMUNE



HANDLINGSPLAN FOR SELVMORDS- FOREBYGGING I BERGEN

Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen

Bergen bystyre behandlet saken i møtet 18.10.2023 sak 355/23 og fattet følgende vedtak:

1. Bystyret vedtar Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen med de tiltak og målsettinger som ligger i planen.
2. Noen av tiltakene innebærer årlige merkostnader på til sammen 1,2 mill. utover vedtatt budsjett. Tiltakene må vurderes i forbindelse med rullering av handlings- og økonomiplanen.
3. Bystyret ber Byrådet om å rette særskilt søkelys på selvmord blant eldre menn i sin handlingsplan.

Merknad 1

Bergen Bystyret vektlegger viktigheten av styrkning av de svært viktige lavterskeltilbudene som er svært sentrale i å ta imot barn, unge og voksne i en sårbar tid. Organisasjoner som Rask psykisk helsehjelp, Kirkens SOS, LEVE og Psykiatrilianansen har et sentralt og viktig tilbud som vil kunne bidra til viktig nødvendig hjelp.

Merknad 2

Det må holdes et høyt fokus på den gruppen der det er høyest selvmordsfare, aldersgruppen 40-59 år.

Merknad 3

Mange unge har feil eller mangelfull kjennskap til hva som skjer når man oppsøker hjelp. Det bør i implementeringen av planen gjøres tiltak for å forbedre informasjon om konsekvenser ved å oppsøke hjelp, som eksempelvis hva som er taushetsbelagt og når aktivitetsplikten trer inn.

Merknad 4

De fleste unge velger å oppsøke hjelp hos en venn, fremfor hos en voksen. Det bør i implementeringen av planen gjøres tiltak for å styrke unges kompetanse til å hjelpe hverandre.

Merknad 5

Gruppen menn i alderen 20-50 bør bli synliggjort bedre, gjerne som egen kategori, i statusrapportene som omhandler selvmord og selvmordsforebygging.

Merknad 6

Årsakssammenhengen til selvmord blant menn mangler forskning. Bystyret mener at kommunen bør i større grad sikre fokus på forskning om psykisk helse til gruppene menn og gutter, særlig ifht. sammenhengen mellom kjønn og selvmord.»

Merknad 7

Ifølge en ny studie fra Lund Universitet, har én av fem personer med store gjeldsproblemer, forsøkt å ta sitt eget liv. I lys av disse funnene, må byrådet arbeide for at spørsmål om gjeld og økonomi inkluderes i selvmordsrisikovurderinger og selvmordsforebyggende arbeid i de helsetjenestene og sosialtjenestene som kommunen rår over.

Merknad 8

Bystyret understreker at bevisstgjøring av barn og unge om seksualitet først og fremst handler om grensesetting og integritet. Respekt for egne og andre sine grenser må læres tidlig, og arbeidet med forebygging av seksuelle overgrep mot barn og unge må styrkes. Et bevisst forhold til grensesetting og integritet tidlig forebygger overgrep og krenkelser senere i livet.

Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen

Denne planen er laget i et samarbeid mellom Bergen kommune, Landsforeningen for etterlatte etter selvmord (LEVE) Hordaland, Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebygging (RVTS Vest), Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest), Vestland Fylkeskommune og Helse Bergen HF.

Forord



Ett liv tapt er ett for mye. Hvert eneste selvmord er en tragedie for den som ikke maktet å leve videre. Det er en tragedie for venner og familie som står igjen i sjokk og sorg. Det er en tragedie for felleskapet fordi vi mister en av våre.

Vi har som samfunn ingen å miste. Hvert eneste menneske som tar sitt eget liv etterlater seg et tomrom som ikke kan fylles.

Bergen bystyre vedtok i 2017 en nullvisjon for selvmord. Nullvisjonen stiller krav til at vi jobber systematisk med å forebygge selvmord, gjennom en kunnskapsbasert og faglig tilnærming. Handlingsplan for selvmordsforebygging er en rullering av handlingsplanen som ble vedtatt i 2018. Siden den ble vedtatt har vi gjort mye viktig arbeid for å få ned selvmordstallene i Bergen. Dette arbeidet må nå videreføres, videreutvikles og forsterkes.

Selvmod er et alvorlig og betydelig samfunns og folkehelseproblem, og forebygging krever bred innsats fra alle våre tjenester i et livsløpsperspektiv – fra barn til eldre. De fleste som begår selvmord, har vært i kontakt med hjelpeapparatet tidligere. Vi må derfor innrette våre tilbud slik at alle blir sett og hørt. Vi må sørge for at ansatte får kompetanse og verktøy til å avdekke selvmordstanker og forebygge selvmord.

Arbeidet med planen har hatt en bred involvering av ulike organisasjoner, instanser og tjenester. Det er en styrke at planen favner vidt og legger til rette for at tjenestene skal samarbeide om gjennomføringen av tiltakene.

Planen legger vekt på en forebyggende innsats rettet mot barn og unge. Hvis barn og unge lærer å håndtere kriser på en god måte, vil dette kunne være en styrke de tar med seg gjennom hele livet. Selvmord er også den hyppigste dødsårsaken blant de under 25 år. Livet på timeplanen er her et avgjørende tiltak å videreføre, for at ansatte i skolene skal kunne få trygghet og verktøy til å snakke med skoleelever som står i kriser. Dette byrådet har arbeidet for at grunntjenestene våre skal se unge og deres behov tidlig. Det kan sørge for at flere får en god oppvekst som varer livet ut.

Veien mot et samfunn der disse tragediene ikke finner sted er lang og krevende. Årsakene bak selvmord er sammensatte og ofte et resultat av mange faktorer. I det viktige arbeidet mot å nå nullvisjonen er derfor et helhetlig, kompetent og forebyggende tjenestetilbud helt avgjørende. Det vil kunne redde liv.

Byråd for Barnevern og sosiale tjenester,
Line Berggreen Jacobsen

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
2. Status og samfunnsbilde	8
2.1 Nasjonale data	9
2.2 Lokale data	13
3. Noen grupper Bergen kommune vil fokusere særlig på.....	14
3.1 Barn og unge.....	15
3.2 Flyktninger og asylsøkere	17
3.3 Studenter	17
3.4 Eldre.....	18
3.5 Etterlatte	18
3.6 Funksjonshemmede	19
3.7 Gutter og menn	19
3.8 LHBT-personer.....	22
3.9 Andre grupper	23
4. Faktorer som kan øke selvmordsfaren.....	24
4.1 Psykiske helseproblemer og rusavhengighet	25
4.2 Traumer	26
4.3 Sorg og tap.....	26
4.4 Andre viktige faktorer	27
5. Hva finnes – og hva mangler?	28
5.1 Psykisk helse i barnehager.....	29
5.2 Livet på timeplanen - et program for alle voksne i skolen	30
5.3 Lavterskel hjelpetilbud for barn og unge	32
5.4. Ambulante spesialisthelsetjenester for unge ved selvmordsfare	36
5.5 Informasjon og arbeid mot fordommer og stigma	36
5.6 Støtte fra familie og nettverk	37
5.7 Fastlegens rolle.....	37
5.8 Fysioterapitjenester	38
5.9 Lavterskel hjelpetilbud for voksne og eldre	38
5.10 Kirkens SOS.....	38
5.11 LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord	39
5.12 Tiltak for eldre	39
5.13 Rustjenester	40
5.14 Ambulerende kvelds- og helgetjeneste.....	40

5.15	Kriseplaner og akuttoppfølgning	40
5.16	VIVAT	41
5.17	Oppfølging av barn og unge under 18 år som innlegges i sykehus etter selvmordsforsøk ..	42
5.18	Oppfølging av voksne som innlegges i sykehus etter selvmordsforsøk	42
5.19	Særlige tjenester til asylsøkere og flyktninger	43
5.20	Etat for psykisk helse og rustjenester	43
5.21	Fengselshelsetjenesten	44
5.22	Frisklivsentralen.....	44
5.23	Selvhjelp	45
6.	Nye tiltak og tiltak som kan forsterkes.....	46
6.1	Tiltak i barnehager.....	47
6.2	Tiltak i barne- og ungdomsskoler	47
6.3	Tiltak i videregående skoler.....	47
6.4	Tiltak for ungdom på universitet og høyskoler	48
6.5	Tiltak for å bedre nå gutter og menn	48
6.6	Helsehjelp for ungdom skal gjøres mer kjent og tilgjengelig	48
6.7	Styrke kompetanse i selvmordsforebygging for leger og psykologer	49
6.8	Styrke kompetansen ved Bergen legevakt og Senter for migrasjonshelse	49
6.9	Identifisere selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre.....	49
6.10	Tettere oppfølging av personer med selvmordsproblematikk	49
6.11	Samarbeide med og styrke tilbudet som gis gjennom frivillige organisasjoner	50
6.12	Øke kompetansen hos relevante yrkesgrupper og tillitsvalgte.....	50
6.13	Kompetanseheving internt i Bergen kommune	50
6.14	Tiltak i NAV Sosialtjeneste.....	51
6.15	Ressursgruppe	51
7.	Økonomiske forutsetninger	52
8.	Referanseliste.....	54



1. INNLEDNING

Professor emeritus i helsepsykologi ved Universitetet i Oslo, Arne Holte, har sagt om selvmordsforebygging at det overordnede målet for innsatsen for det forebyggende arbeidet, bør være å foredle landets mentale kapital. Han definerer mental kapital som «innbyggernes samlede mulighet til å utvikle trygghet, selvstendighet og kreativitet, bruke sine følelser, tenke smart, koordinere sin atferd, danne sosiale nettverk og mestre utfordringer». Han anbefaler økt kunnskap som fremmer psykisk helse hos familie, barnehage, skole, venner, arbeid og foreldre.

Bergen bystyre vedtok i møtet 21.11.2018 sak 261/18 en handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen. Planen kom til etter et innbyggerforslag fra Landsforeningen for etterlatte etter selvmord (LEVE) Hordaland, og et planarbeid som involverte bredt både i kommunale, statlige og fylkeskommunale tjenester, samt flere kompetansesentre og brukerorganisasjoner.

Det ble lagt fram en statusrapport for bystyret den 24.03.2021 Sak 78/21 som viste at en rekke av tiltakene i planen var i god rute – mens noen tiltak var forsinket grunnet smittevernrestriksjoner og derav utfordringer med å samle folk til kurs. Bystyret tok statusrapporten til etterretning og ba om at senere rapporter/planarbeid spesielt måtte sette søkelys på gutter og menn som dominerer statistikken over selvmord.

I perioden etter at smittevernet ikke lenger begrenser kursvirksomheten, har det ved en ekstra innsats vært mulig å ta inn igjen den tapte tiden når det gjelder tiltakene for barn og unge (Livet på timeplanen). Vivat kursene «1. hjelp ved selvmordsfare» har fortsatt et etterslep – men dette vil trolig være a jour ved utgangen av 2023. Skoleringen av instruktører til kurset «Alderdøm med trygghet» ble gjennomført høsten 2022, men i mindre omfang enn det som var vedtatt i planen.

Bergen kommune har vært representert i Nasjonalt forum for selvmordsforebygging i Helsedirektoratet, og har der både samlet ny kunnskap på feltet og bidratt med å dele erfaringer med lokalt selvmordsforebyggende arbeid på kommunalt nivå.

Byrådet vedtok 01.12.2022 Sak 1330/22 at handlingsplanen skulle rulleres, og arbeidet startet umiddelbart med alle samarbeidspartnerne som deltok i forrige planarbeid.

Selvmordsforebygging må skje på en rekke ulike arenaer i samfunnet. Derfor har denne handlingsplanen blitt laget i et nært samarbeid mellom Bergen kommune, Vestland Fylkeskommune, Fylkeslaget av LEVE Hordaland, Ressurssenter om vald, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Regional Kunnskapscenter for barn og unge (RKBU) og Helse Bergen HF. En rekke andre organisasjoner og institusjoner har levert innspill gjennom å delta på møter om planen. Det gjelder blant annet Kirkens SOS og Elevorganisasjonen Vestland.

Planarbeid har gjort en avgrensing til selvmordsforebygging i Psykisk helsevern – der staten har en stor satsing blant annet gjennom sin Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020 - 2025 *Ingen å miste*. Her er selvmord blant personer i, eller like etter, psykiatrisk behandling, et viktig

tema.

I Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen presenteres pågående arbeid i Bergen som har betydning for forebygging av selvmord, og avslutningsvis presenteres forslag til nye tiltak og eksisterende tiltak som kan utvikles bedre eller nå flere. Gjennom de nye tiltakene styrkes innsatsen for å forebygge selvmord, samtidig som kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i tjenesteapparatet utvikles.

En del tiltak i denne handlingsplanen kan gjennomføres innenfor eksisterende budsjettammer. Enkelte tiltak innebærer merkostnader på til sammen 1,2 mill. utover vedtatt budsjett. Slike tiltak må vurderes i forbindelse med årlig rullering av handlings- og økonomiplanen.

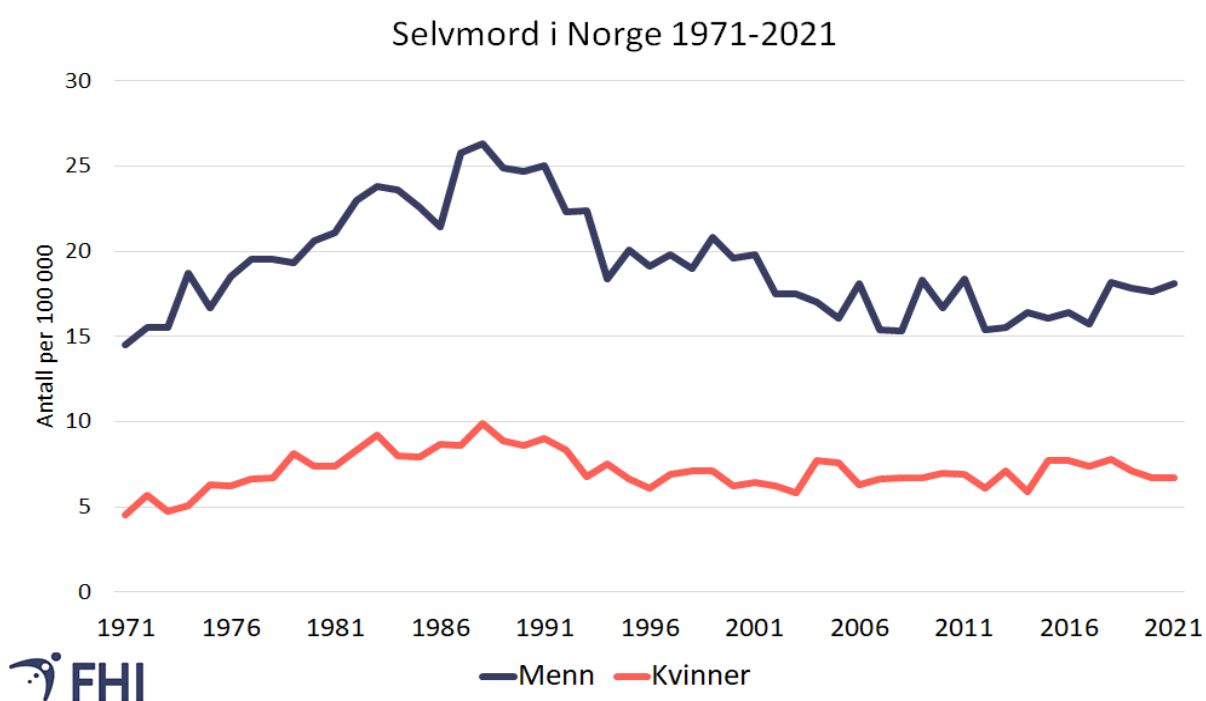


2. STATUS OG SAMFUNNSBILDE

2. 1 Nasjonale data

Etter en kraftig vekst i antall selvmord fra 1970 til 1990 sank tallene frem til rundt 2005. Deretter har det ikke vært en videre nedgang – og noen år en økning. Grafen under viser ulikhetene mellom menn og kvinner.

Ifølge Folkehelseinstituttet (1) ble det registrert 610 selvmord i Norge i 2022. 436 av disse ble begått av menn, mens 174 ble begått av kvinner. Tall for de siste årene viser at andelen menn er økende, men trenden endres i 2022.



Figur 1. Antall selvmord per 100 000 innbyggere. Menn og kvinner for perioden 1971 til 2021.

Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet

2.1.1 Ulikheter mellom kjønn og metoder når det gjelder selvmords metoder

Det har skjedd store endringer i hvilke metoder som benyttes for å begå selvmord over de siste 20 årene. Bruk av skytevåpen og sprengstoff er mer enn halvert blant menn. I dag er hengning og kvelning den vanligste selvmordsmetoden blant menn, etterfulgt av skytevåpen og sprengstoff, samt bruk av gift (hovedsakelig legemidler) (1, 2). For kvinner har tradisjonelt forgiftning vært vanligste metode, men i 2022 var det langt flere kvinner som døde som følge av hengning og kvelning enn av forgiftning (se tabell 1).

Tabell 1: Utviklingen de siste årene når det gjelder antall selvmord i Norge etter metode:

Dødsår	2018	2019	2020	2021	2022
Dødsårsak					
Total	674	652	643	660	610
Forgiftning (X60-X66)	114	119	95	96	83
Hengning og kvelning (X70)	314	305	315	336	293
Drukning (X71)	34	32	37	24	38
Skyting og eksplosive stoffer (X72-X75)	73	75	61	77	69
Skjærende eller stikkende redskaper (X78)	22	16	25	26	24
Sprang fra høyt sted (X80)	45	34	44	43	43
Annen eller uoppgitt måte	72	71	66	58	60

I 2022 ble 71 % av alle selvmord begått av menn, i gruppen under 30 år er det 67 %. Ifølge den nasjonale handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading (3), er risikoen for selvmord 2-3 ganger høyere hos menn i alderen 15 - 65 enn for kvinner. For menn stiger denne risikoen etter 65 års alder mens den synker for kvinner (Tabell 2).

Tabell 2: Oversikt over selvmord i Norge etter alder:

Dødsår		2018	2019	2020	2021	2022
Dødsårsak	Alder					
	<u>Total</u>	674	652	643	660	610
	0-19 år	31	34	37	39	24
	20-29 år	104	115	102	86	101
	30-39 år	110	99	114	107	94
	40-49 år	132	132	95	124	117
<u>Total</u>	50-59 år	133	111	114	129	104
	60-69 år	89	81	92	88	81
	70-79 år	45	47	63	59	48
	80-89 år	24	29	22	24	34
	90 år og over	6	4	4	4	7

Av de 24 unge mellom 0 – 19 år som døde i selvmord i 2022, var det 14 gutter og 10 jenter. Dette er en kraftig nedgang fra 39 året før. For unge under 25 år er likevel selvmord den vanligste dødsårsaken i Norge.

Dersom man ser på totalt antall selvmord var det flest i aldersgruppen 50-59 år (104 registrerte selvmord), og i aldersgruppen 40 - 49 år (117 registrerte selvmord). Selv om det er stor forskjell i antallet selvmord i aldersgruppen 40 – 49 år og aldersgruppen 80 – 89 år, så er raten nesten like høy for disse gruppene (2). Eldre har over lengre tid vært en gruppe som har hatt høy selvmordsrate, men som har fått forholdsvis lite oppmerksomhet innenfor selvmordsforebyggingsfeltet.

Det er vanskelig å vite hvorfor flere menn enn kvinner tar sitt eget liv, men noe forskning indikerer at det fins ulike mønster i selvmordsatferd relatert til kjønn. Mens kvinner gjør flere selvmordsforsøk og oftere selvskader med metoder som ikke har dødelig utfall, velger menn i større grad metoder som har dødelig utfall, som henging og skyting (4). De fullbyrder også selvmordet på første forsøk i større grad enn kvinner (5). Menn søker også i mindre grad hjelp fra venner, familie og helsevesenet når de har det vanskelig (6).

I og med at menn i mindre grad selv søker hjelp for sine vansker, kan arbeidsplassen være en viktig arena for å nå denne gruppen. Bergen kommune har ikke mulighet til å nå alle arbeidsgivere i kommunen. Men ved å øke kompetansen på å avdekke selvmordsrisiko og samtale med selvmordsnære i NAV, har vi mulighet til å nå mange mennesker som av ulike

grunner har behov for arbeidsrelaterte tiltak. Bergen kommune oppfordrer også bedrifter til å øke kompetanse på selvmordsforebygging. Arbeidsmiljøutvalget, mellomledere og tillitsvalgte er nøkkelpersoner i denne sammenheng.

2.1.2 Skjulte selvmord

Det er grunn til å tro at det finnes mørketall når det gjelder registreringen av selvmord i Norge (7). Det er vanlig å operere med at rundt 25 % av alle selvmord registreres som død av andre grunner. De fleste av disse er i de eldre aldersgruppene. Uten ytre holdepunkter, som f.eks. et selvmordsbrev eller en melding fra den døde, er det vanskelig å vite om det skjuler seg et selvmord bak f.eks. en ulykke eller et overdosedødsfall. Andre kilder til mørketall kan være at leger skriver andre dødsårsaker enn selvmord på dødsattesten, der det er andre mulige årsaker, eller at nordmenn i utlandet dør uten at dødsårsak blir registrert i Norge.

2.1.3 Selvmordsforsøk og villet egenskade

Beregninger viser at helsetjenestene i Norge behandler mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk årlig (7). Omtrent tre ganger flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk. Selvmordsforsøk er en type villet egenskade, hvor formålet i større eller mindre grad er å avslutte eget liv. For mange er det likevel også et uttrykk for ønske om hjelp til forandring av problemer som oppleves mer eller mindre uløselige. Det er vanlig å oppgi både ønske om hjelp og tanker om å dø samtidig (8), og ved nærmere samtale vil de fleste selvmordsforsøkere fortelle at ønsket om å få hjelp er det sterkeste.

Samtaler med personer som har forsøkt å ta sitt eget liv, men overlevd, kan gi mye kunnskap om hva som kan føre til et valg om å avslutte livet. Det er også fra dem vi kan lære mer om hva som påvirker viljen til å leve likevel, tross overveldende problemer. Risikoen øker med økende grad av symptomer, som følelse av håpløshet, overdreven skyldfølelse og selvanklager, og ved biologiske forandringer som alvorlige søvnproblemer, konsentrasjonsproblemer og energitap.

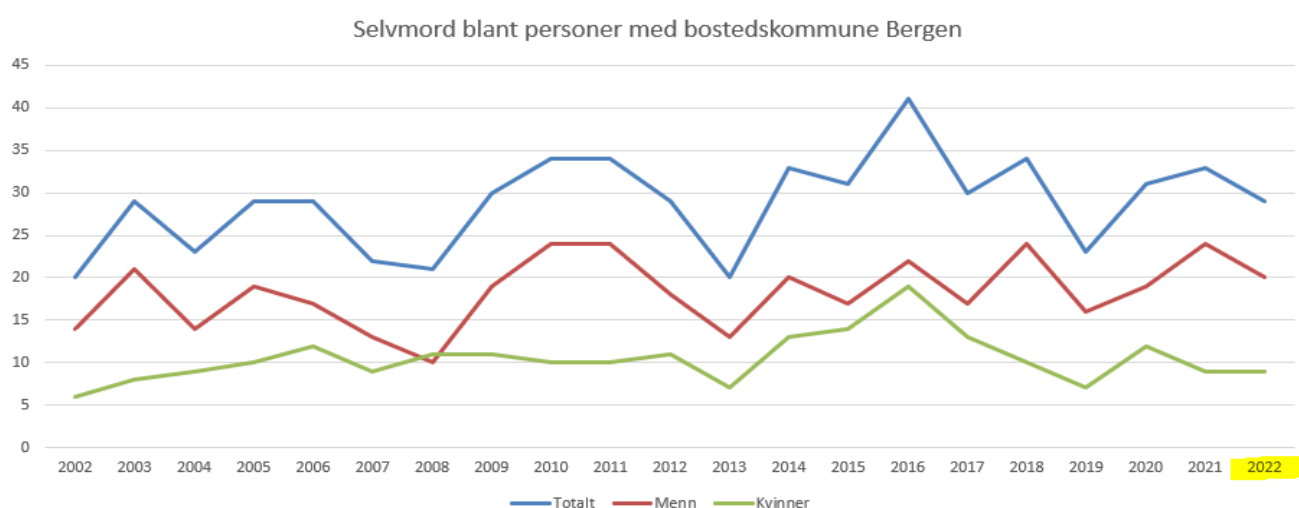
Selv om et selvmord hos en nærstående kan oppleves som lyn fra klar himmel, kan det hos personen selv ha vært en lang prosess, med mye tanker om selvmord og flere forsøk.

Selvskading er også en kjent risikofaktor for senere gjennomført selvmord (9). Derfor vil det å fokusere sterkere på selvskading og selvmordsatferd, kunne være et av de viktigste tiltakene for å forebygge selvmord. Rask og god oppfølging av alle som har gjort forsøk, har stor forebyggingsverdi.

2.2 Lokale data

2.2.1 Hva vet vi om Bergen?

I perioden 2019 og 2020 var det en høyere andel kvinner i tallene fra Bergen enn i de nasjonale tallene. Dette gjelder særlig for gruppen over 50 år. Tallene for 2021 og 2022 i Bergen viser en utvikling mellom kjønnene mer lik de nasjonale tallene. I 2022 var det registrert selvmord for 20 menn og 9 kvinner. Vi vet ikke hva disse endringene skyldes og om det er en trend som vil fortsette. Det er uansett viktig at ulike fagmiljøer som møter personer i selvmordskriser, holder kontakt med hverandre og drøfter fortløpende årsaker til endringer som oppstår. Det er også behov for mer lokal forskning omkring dette.



Figur 3: Selvmord blant menn og kvinner med bostedskommune Bergen. Utvikling fra 2002-2022 (tall fra Folkehelseinstituttet).

2.2.2 Sammenligning av antall selvmord registrert i Bergen, Oslo og Trondheim

Mens Bergen hadde registrerte 29 selvmord i 2022, hadde Oslo 75 og Trondheim 20. Det viser at i forhold til folketallet ligger Bergen nokså likt de to andre store byene. Vestland fylke som helhet har lavere antall selvmord enn snittet for Norge.



3. NOEN GRUPPER BERGEN KOMMUNE VIL FOKUSERE SÆRLIG PÅ

3.1 Barn og unge

Ungdom i dag har mange valgmuligheter, og mange lever med et stort press om å lykkes på flere områder samtidig. Både kropp, utseende og resultater i idrett og skoleprestasjoner betyr mye for hvordan ungdom bygger selvbilde og opplever egenverdi. Det samme gjør forholdet de har til familie og venner. Ungdom som strever med seksuell orientering og identitet er en gruppe som har økt risiko for selvmordsatferd (10). Derfor bør samfunnet, og særlig skolene, være mer opptatt av å formidle både informasjon og aksept. Også ungdom som opplever seg mobbet eller sosialt utenfor, er ofte sårbare.

Når det gjelder elevenes rett til et godt skolemiljø, ble denne forsterket gjennom endring av Opplæringsloven, med virkning fra 1. august 2017. Det er tydeliggjort bl.a. i § 9A-3 «*Skolen skal ha nulltoleranse mot krenking som mobbing, vold, diskriminering og trakassering*», og § 9A-4 «*Alle som arbeider på skolen, skal følge med på om elevene har et trygt og godt skolemiljø, og gripe inn mot krenking som mobbing, vold, diskriminering og trakassering dersom det er mulig*». Kapittel 9 A om elevenes sitt skolemiljø med alle underpunkt, er førende og forpliktende for alle grunnskoler og videregående skoler. Det er også kommet tilsvarende tekst og lovverk for barnehager, barnehageloven kap. 8. §41-43.

Undersøkelser viser at barnehagebarn opplever mobbing, både verbalt, fysisk og indirekte gjennom avvising og utestenging. Ved RKBU Vest prøver de ut *Sammen mot mobbing* som et tiltak for å forebygge, avdekke og håndtere mobbing i barnehagen. Tiltakets program er utviklet av professor François D. Alsaker ved Universitetet i Bern og prøvd ut i barnehager i Sveits. Der fungerte det godt og førte til reduksjon i tallet på barnehagebarn som ble mobbet. RKBU-Vest prøver nå ut tiltaket for norske forhold tilpasset lovkravene jf. Kap 8, paragraf 41-43 i Barnehageloven.

Det forebyggende arbeidet mot mobbing ble forsterket i Hordaland (nå Vestland) fylkeskommune gjennom ansettelse av mobbeombud i 2015. Mobbeombudet arbeider for at elever og læringer skal ha et godt psykososialt miljø på skole og i lære, gjennom en forebyggende virksomhet direkte ut mot elevene. I tillegg behandler ombudet enkeltsaker.

Ifølge tall fra Ungdata-undersøkelsen 2022 svarte 4 % av guttene og 3 % av jentene fra Bergen at de blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre på skolen eller fritiden. På spørsmål om de selv utfører plaging, trusler eller utfryser svarer 4 % gutter og 1 % av jentene at de gjør dette. Når det gjelder området rus, svarte 57 % jenter og 49 % gutter at de har følt seg tydelig beruset siste året, og hadde gjort dette mer enn en gang. På spørsmål om de hadde brukt hasj eller marihuana mer enn en gang siste året svarte 20 % av guttene og 13 % jentene at de hadde prøvd/brukt det.

Rus er en viktig faktor ved selvmordsatferd, både der det oppstår negative konsekvenser knyttet til selve rusbruken, men også at rus i seg selv kan senke terskelen for å gjøre drastiske valg i en

følelsesmessig ustabil situasjon.

Folkehelseinstituttets undersøkelse fra 2019 viser at familieøkonomi har store konsekvenser for ungdoms psykiske helse. Andelen som deltar i organiserte fritidsaktiviteter er større, trivsel på skolen er bedre, triste og depressive følelser mindre og bruk av rusmidler mindre hos ungdom fra hjem med god økonomi.

Det er svært viktig at ungdom vet hvor de kan henvende seg når de har det vanskelig, at tilbudet er lett å nå og at det ikke er forbundet med stigma. Helsesykepleiere og sosiallærere på skolen, helsestasjon for ungdom, Ung Arena Bergen og ulike hjelpetelefoner/chattelinjer er lavterskeltilbud som kan være livreddende.

Skolen er en arena der lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (samlet kalt LHBTI-elever), kan oppleve utestenging, homofobisk erting og seksuell trakassering. Bifile, homofile og mennesker med et atypisk kjønnsuttrykk blir mobbet mer enn heterofile. LHBTI personer rapporterer om dårligere helse enn resten av befolkningen og er overrepresenterte i selvmordsstatistikken. Ungdom generelt har ofte lite kontakt med fastlegen sin. En av årsakene kan være at de ikke prioriterer det økonomisk. Å spørre foreldre etter penger for å gå til lege kan være vanskelig, særlig om årsaken til legebesøket er personlig. Derfor ville reduserte egenandeler, eller frikort for ungdom, være en måte å stimulere også ungdom over 16 år til å oppsøke lege når de trenger det. Dette er et statlig ansvar. Mange studenter har også fastlege i andre deler av landet, der de kommer fra. Dette er også uheldig for muligheter til rask og god helsehjelp i kriser.

3.1.1 Innspill fra elev- og studentorganisasjonene

I møte med Elevorganisasjonen fremkommer det at elever i videregående opplæring har en del hindre for å få nødvendig hjelp. Mange elever vet ikke hvilke muligheter som finnes og hva de skal gjøre for å få kontakt. I tillegg er det for noen skam og usikkerhet knyttet til psykiske problemer i denne aldersgruppen. Det å bli likt og akseptert av de andre teller mest. Frykten for å havne utenfor sosiale fellesskap er stor. Mange skjuler hva de sliter med, også for nære venner. Mange kvir seg også for å oppsøke helsesykepleier eller psykolog på skolene, fordi det lett kan være synlig for medelever. Særlig gjelder dette gutter. Dette gjelder i mindre grad studenter, som i stor grad benytter de psykiske helsetjenestene hos SAMMEN. Disse ligger i nærheten av andre hjelpe- og veiledningstjenester, og oppleves ifølge studentene lite stigmatiserende.

Elev- og studentorganisasjonene vurderer oppstarten på skoleåret i videregående skole og overgang til studier som særlig kritiske faser. Da skal nye vennskap etableres, og den enkelte skal finne sin posisjon og plass i nye sosiale systemer. For videregående elever vil hvert nytt skoleår kunne innebære endringer i klassestrukturer og gruppetilhørighet. En del videregående skoler benytter programmer som MOT, Drømmeskolen, nærværsteam eller lignende ved skolestart (se [ungsinn.no](https://ung.sinn.no) for mer informasjon om disse programmene). Dette blir svært positivt evaluert av elevene. De ønsker at alle skolene skal benytte slike programmer.

Elevorganisasjonen er særlig opptatt av elever på yrkesfag, som bytter klassesammensetning hvert år og må tidlig ut i voksenmiljøer i lære. De mener også at de typiske guttefagene er mest preget av tradisjonelle holdninger, der det blir sett på som «lite mandig» å ha psykiske utfordringer eller søke hjelp.

Både studenter og elever har etterspurt lett tilgjengelig informasjon om aktuelle lavterskel samtaletilbud som er tilgjengelige 24/7 – og at denne ble gitt til alle elever og studenter. Begge disse gruppene medvirket da det ble laget et visittkort med de mest aktuelle telefon- og chat-tjenester. Kortet er også laget i plakatform og kjøres også på en del informasjonsskjermer i skoler og kommunale kundemottak. Visittkortene deles ut til 8. klassinger, til elever i 1. videregående og til nye studenter gjennom fadderuke-pakken. På de nye visittkortene er det også en QR-kode til nettstedet www.hardetvanskelig.no som ble opprettet i forbindelse med forrige planarbeid. Veldig mange unge liker heller å skanne QR koden eller å ta bilde av visittkortet med mobiltelefonen sin. Elevorganisasjonen oppfordrer likevel til at visittkortet fortsatt deles ut i papirformat, og mener at det er viktig at helsesykepleier som deler det ut sier noe i klassen om hensikten med kortet og vektlegger at de kan komme til å bli til hjelp for en venn i krise. Elevorganisasjonen ønsker også at Bergen kommune benytter Tik-Tok og Instagram mer som kanal for å dele informasjon med ungdom.

3.2 Flyktninger og asylsøkere

Mange av de som kommer til Norge som flyktninger eller asylsøkere har opplevd traumer og store tap, noen også forfølgelse og tortur. En del har også mistet nære familiemedlemmer, eller mistet kontakten med dem. Også selve flukten er for mange traumatisk. Disse forholdene, sammen med usikkerheten knyttet til asylsøknaden og oppholdstillatelsen, gjør dem ekstra sårbare. Særlig i fasen etter avslag på søknader, eller for ungdom som bare får opphold fram til fylte 18 år, kan det være økt selvmordsfare (14). Det er i dag rundt 18000 personer som lever i Norge uten lovlig opphold. Mange av disse bor i asylmottak, men en del har også reist fra mottaket. Disse har svært begrensede rettigheter til helsehjelp og er i en særlig sårbar situasjon.

3.3 Studenter

Hvert andre år gjøres det en større undersøkelse om studenters helse og trivsel (SHOT-undersøkelsen). Denne undersøkelsen viser at en økende andel studenter har betydelige selvrapporterte psykiske plager, og at selvskading og selvmordstanker er en del av dette. På landsbasis har 20 % av de som svarer skadet seg selv med vilje og 5 % har forsøkt å ta sitt eget liv. Dette er alvorlig og over de siste 10 årene har andelen av studenter med psykiske plager økt betydelig. I Bergen har rundt 10 % av studentene kontakt med Studentenes psykiske helsetjeneste, som også støttes økonomisk av Bergen kommune. I tillegg er det mange som benytter helsestasjon for ungdom og studenter. Studentene er en viktig målgruppe for selvmordsforebygging i Bergen.

Studentene har for tiden problemer med å finne fastlege i Bergen, og dette er særlig krevende for de som har behandlingsbehov over tid. For studenter som flytter til Bergen er det også viktig å kunne orientere seg raskt i hvilke tilbud som finnes – og Bergen kommune ønsker å samarbeide mer med SAMMEN om hvordan informasjon kan gjøres tilgjengelig på en enda bedre måte.

3.4 Eldre

Tross at det lenge har vært kjent at eldre er en av gruppene med høy selvmordsrate i Norge (1, 2), vies selvmord blant eldre sjelden mye oppmerksomhet. De fleste eldre går gjennom perioder med tap og sorg knyttet til tap av partnere, venner, funksjoner og sosiale arenaer (15). Mange kan ha sykdommer og sterke smertetilstander som også forringer livskvaliteten. Dersom de i tillegg opplever ensomhet og mangel på sosial tilhørighet, er det en økt risiko for selvmord. Særlig ensomme eldre menn er en utsatt gruppe, men for Bergen ser det ut til at dette også gjelder eldre kvinner. Her kan kommunen bidra positivt ved aktivt å bruke forebyggende hjemmebesøk til å kartlegge risikofaktorer og stimulere til bruk av sosiale tilbud i seniorsentre, inkl. transportordninger, for de som trenger det. Det samme gjelder tilbud som pasientvenn, spisevert, støttekontakt og lignende. Eldrerådet poengterer at dersom den eldre med pleiebehov ikke har tillitt til at de vil få nødvendig og respektfull hjelp fra det offentlige, men opplever seg til byrde for sine nærmeste, øker selvmordsfaren. Høsten 2022 ble det gjennomført en opplæring av instruktører i programmet «Alderdøm med trygghet». Programmet handler om forebygging av selvmord hos eldre og forebygging og håndtering av vold mot eldre. Disse instruktørene skal igjen kurse kollegaer som arbeider særlig med eldre i etat for forvaltning og rehabilitering, etat for sykehjem, etat for hjemmetjenester og etat for helsetjenester.

3.5 Etterlatte

Personer som er i sorg etter selvmord hos nærstående, har høy risiko for å utvikle langvarig og komplisert sorg (16, 17, 18), og disse prioriteres særlig til oppfølging over lengre tid fra de lokale kriseteamene. Det samme kan gjelde død etter overdose, drap, ulykker og barnedød. Her kan sterk følelse av skyld og skam være et tyngende element, på toppen av sorgen og savnet. God oppfølging av etterlatte kan ikke bare bedre helse og fungering, men også forebygge nye selvmord. Tilbudet gjennom Livskrisehjelpen har nådd mange med god støtte og hjelp, men disse familiene skal alltid tilbys langvarig oppfølging fra bydelenes lokale kriseteam.

Det er en utfordring at noen av disse selvmordene ikke meldes til Livskrisehjelpen/kriseteamene, tross aktiv markedsføring opp mot politi, ambulansepersonell, sykehus, prester, begravelsesbyrå og andre.

Tilgang til kontakt med andre etterlatte gjennom LEVE (Landsforeningen for etterlatte etter selvmord) har betydd svært mye for mange etterlatte. LEVE i Bergen har mange gode tilbud som

de kommunalt ansatte informerer om, blant annet likepersonssamtaler, sorggrupper, åpent hus og ungdomsgruppe. Kriseteamene har nå fast rutine om å informere om disse tilbudene til etterlatte de kommer i kontakt med.

3.6 Funksjonshemmede

Mange funksjonshemmede lever med begrenset livsutfoldelse og livskvalitet. Noen ganger skyldes dette at de ikke får formidlet sine ønsker og behov godt nok til hjelpetilbudene, eller at det mangler ressurser til å imøtekomme disse. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon peker på viktigheten av at assistenter, tolker, pårørende eller andre blir gitt anledning til å delta i møter og drøftinger om hvilken hjelp de trenger og hvordan den skal gis. Dette gjelder også for situasjoner der funksjonshemmede trenger krisehjelp.

3.7 Gutter og menn

All statistikk viser at langt flere gutter og menn dør i selvmord enn jenter og kvinner. Vi vet ikke nok om årsaksfaktorene til dette, men vi vet noe om menns adferd når det gjelder å søke helsehjelp generelt og hjelp i kriser spesielt. De tradisjonelle og kulturbetingede forventningene til menn gjelder fremdeles. Menn skal være fysisk sterke, de skal kunne forsørge, de skal være modige, selvstendige og følelsesmessig stabile. Vi vet at menn i mindre grad enn kvinner oppsøker helsetjenestene når de har helseutfordringer. Nær 80 % av de som jobber i helse- og sosialyrkene er kvinner. 80 % av de som utdanner seg til psykolog eller lege er kvinner. Blant helsesykepleiere er tallet nær 100 %. Guttene selv sier at dette kan gjøre det vanskeligere for endel gutter å komme frem med sine problemer og tanker. Fraværet av gode tilbud for gutter og menn kan bidra til at de vegrer seg for å oppsøke helsetjenester. Vi har skapt en helsetjeneste som ikke treffer gutter og menn i kriser godt nok.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging ha gitt ut en rapport som oppsummerer noe av den kunnskap som finnes om gutter og selvmord i Norge (26). Rapporten viser blant annet at mens 40,5 % av jentene hadde kontakt med Psykisk helsevern - barn og unge siste året før de døde i selvmord, gjelder dette bare 12,3 % av guttene.

Det har blitt gjennomført en kvalitativ studie i Bergen i 2020 med mål om å utforske tanker, holdninger og erfaringer rundt barrierer og fasiliterende faktorer knyttet til hjelpesøking og mottagelse av hjelp for psykososiale problem fra hjelpetjenester blant unge menn mellom 16 til 18 år. I studien fremkom det at deltakerne uttrykte barrierer i forbindelse med mangel på psykisk

Unge gutter og menn som tar sitt eget liv

Hver måned tar i gjennomsnitt seks unge menn mellom 20 og 30 år livet sitt i Norge.

Forskere ved Folkehelseinstituttet har dybdeintervjuet etterlatte til unge menn som tok livet sitt i overgangen til voksenlivet, om hvordan de forsto selvmordet. Hovedfunnet tyder på en særlig sårbarhet for å oppleve seg som avvist og ikke å ha lyktes med å nå sine mål. I slike situasjoner oppstår det en sterk følelse av skam og av å være fanget i sitt eget sinne. Dette utvikler seg til uutholdelige tanker som den sårbare personen ikke er i stand til å regulere eller håndtere og fører til en følelse av å ikke være verd å leve. Den tidligere strategien, som innebar kompensasjon ved stadig å øke sine prestasjoner, fungerer ikke lenger, og selvmordet blir en vei ut av en situasjon med uutholdelig psykisk smerte

(<https://www.fhi.no/nyheter/2014/selv-mord-hos-unge-tilsynelatende-ve/>)

helsefremmende kunnskap, sosiale normative barrierer, avmakt, risiko for mulige sosiale konsekvenser grunnet stigma, mangel på kunnskap om hjelpesøking og kontroll over hjelpesøking som prosess. Deltakerne fremhevet fasiliterende faktorer som autonomi, diskresjon, anonymitet, kontroll og enkel kontaktetablering inkludert oppsøkende hjelpetjenester, muligheten for å motta hjelp i deres naturlige kontekst, tilgjengelighet, og normaliserte og systematiske tilbud om hjelp (24).

Innsiktsarbeid fra etat for barn og familie i Bergen Kommune, «Verden sett fra Gutterommet» kartla gjennom intervju og spørreskjemaer til unge gutter fra Bergen hvordan de helst ønsker å kommunisere med tjenestene og hvilke plattformer de foretrekker. I denne undersøkelsen fremkom det blant annet at gutter trenger å oppnå tillit i relasjonen til tjenesteytere og tid for å kunne åpne seg. De synes at sosiale medier er et hensiktsmessig sted å kontakte hjelpetjenester fordi det er enkelt, uformelt og mindre stressende enn å måtte ringe eller sende e-post. Når de ønsker hjelp, vil de være anonyme og at tjenestene er tilgjengelige på plattformer de kjenner, utenfor kontortid og hjemme på gutterommet. Flere av guttene beskrev en høy terskel å møte opp på kontor, grunnen til dette er at de ikke ønsker å komme inn i et saksbehandlingssystem. Mange ønsker bistand der og da, når de har behov. (Bergen kommune - Verden sett fra gutterommet – rapport). (25).

Utekontakten i Bergen sitt eget innsiktsarbeid som ble utført i 2021 sier noe om hva målgruppen ønsker hjelp til av Utekontakten på digitale plattformer. 146 ungdommer svarte, og majoriteten var gutter i alder 10 til 17 år. Omtrent 50 - 60 prosent ønsket praktisk bistand til jobb og skolesøknad. Rundt 60 prosent ønsket seg tips til hvor de kunne oppsøke hjelp angående psykisk og fysisk helse og seksualitet. Over 60 prosent ønsket seg hjelp til utfordringer i hjemmet, på skolen og i fritida. Rett over 40 prosent ønsket hjelp til utfordringer med rus og alkohol. 70 prosent ønsket seg tips om, og påmelding til fritidsaktiviteter, og hele 82 prosent ønsket bare å ha noen å snakke med. Mange ansatte ved utekontakten i Bergen har gjennomført VIVAT kurs.

For menn kan kriser knyttet til arbeidsledighet, økonomiske problemer, samlivsbrudd og det å ikke kunne stille opp for barna sine være noe som særlig truer mannens selvbylde og identitet som mann. Traumer fra barndom og oppvekst eller eks. fra farlige oppdrag i krigssoner, kan utløse kriser lenge etterpå dersom disse ikke blir bearbeidet. Menn tyr lettere til destruktivt rusbruk, vold mot andre og noen ganger selvmord. Her blir nettopp handlekraften deres farlig.

Nesten 45 % av alle selvmord i Norge er blant menn etter fylte 40 år (NHI.no). Det har vært lite forskning på årsakene til selvmord blant middelaldrende og eldre menn, selv om det er de som er overrepresentert i statistikken. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) vil derfor gå i gang med å forske på selvmord blant menn. Selv om selvmordsforebyggende tiltak skal dekke alle grupper i befolkningen, er det trolig et ekstra stort potensial av denne gruppen med menn (Pileberg. S 2022).

De aller fleste helsetjenester er dominert av kvinner, og for noen menn kan det å møte en annen mann som hjelper være viktig. Et eksempel er at innen veteranmiljøer er kameratstøtte en type hjelp som når mange som aldri ville oppsøkt en lege. Det er viktig at menn har tilgang til hjelp i kriser som ivaretar deres selvrespekt og som styrker deres mestringsevner heller enn å la dem oppleve at det er «noe galt med dem». De fleste av disse mennene er ikke syke – de er belastet. De har opplevd utfordringer som overstiger deres kapasitet – og trenger å gjenvinne en opplevelse av at de kan mestre og overkomme utfordringene. Som oftest er verken diagnoser eller medikamenter særlig nyttige. Mange menn foretrekker også lavterskel tilbud, der de enkelt kan oppnå kontakt. Mye av det samme gjelder gutter – som i langt mindre grad en jenter oppsøker helsesykepleier på skolen, eller andre hjelpetilbud. Noe av forklaringen kan ligge i at det stort sett er kvinner som er hjelpere.

Organisasjonen **Menn i Skjul** (inspirert av Men's Shed fra Australia) har etablert seg i Bergen. Dette er en grasrotbevegelse som lager sosiale fellesskap der menn kan møtes og jobbe med praktiske prosjekter de bringer med seg. Tiltaket skal motvirke isolasjon og bygger på at menn snakker best «skulder ved skulder», og at fortrolighet og støtte lettere kan skapes i et slikt aktivitetsfellesskap. <https://www.menniskjul.no>

Livskrisehjelpen ved Bergen Legevakt fører ikke statistikk på kjønn vedr. de som henvender seg, men anslår at kanskje rundt 30 % er menn. Livskrisehjelpen har ikke mannlige ansatte. <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/akutt-helsehjelp/livskriser/hjelp-til-mennesker-i-livskrise>

Mannsforum er Norges største medlemsbaserte mannsorganisasjon. De arbeider for at gutter, menn og fedre skal ha en tydelig stemme i likestillingsdebatten. De har blant annet etablert noe de kaller kamerathjelpen som er en gratis lavterskeltjeneste og foregår på telefon, e-post eller gruppemøter. Kamerathjelpen er bygget opp med regionale samtalegrupper og har lokale personer som er kurset i denne type arbeid. Gjennom dette frivillige arbeidet har de sett at det er et stort behov for å få hjelp og støtte i prosesser med samlivsbrudd, økonomi, avtaler om

barnefordeling, og ikke minst møte med det offentlige. De hjelper også mange med innvandrerbakgrunn. <https://mannsforum.no/kamerathjelpen/>

Spillhuset i Veiten 3 har blitt et viktig tilbud for ungdom som liker gaming og andre spill. De har også utviklet en modell der mer erfarne medlemmer frivillig fungerer som kontakter for nye og hjelper dem til rette. Erfaring viser at dette tilbudet når mange som har falt utenfor skole og arbeid – eller står i fare for det. Ungdom som har levd isolert har her funnet et miljø som inkluderer dem på en positiv måte. Bergen kommune er allerede en av samarbeidspartnerne til Spillhuset. De frivillige ved spillhuset kan tilbys VIVAT kurs for å være enda bedre i stand til å identifisere ungdom som kan være i faresonen og bistår dem til å finne relevant hjelp. <https://www.spillhus.no>

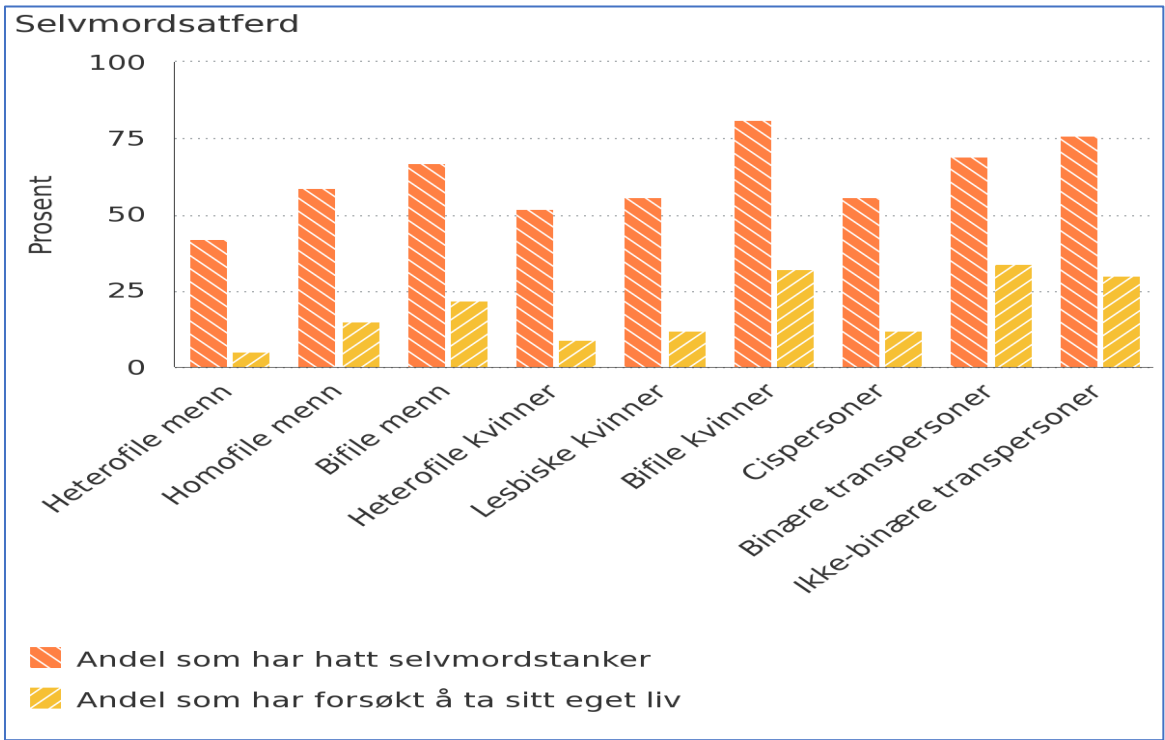
3.8 LHBT-personer

I det nye tilbudet **Drop-in Livsmestring** i Kristiansand kommune arbeider det både kvinner og menn, og de har oppnådd at rundt 50 % av henvendelsene kommer fra menn. Selv tenker de at grunnen til dette er lav terskel og at hjelperne er både kvinner og menn.

<https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/helse-velferd-og-omsorg/rus-og-psykisk-helse/drop-in/>

Flere undersøkelser viser at LHBT-personer i Norge har forhøyet selvmordsrisiko. Grafen under er fra en undersøkelse gjort av forskere ved Universitetet i Bergen i 2021 (N. Anderssen m.fl., UiB) (27). Utfordringene og tiltak for LHBT-personer er grundigere beskrevet i planen Regnbuebyen Bergen – Plan for kjønns- og seksualitetsmangfold.

En graf (FHI.no) som viser at både selvmordstanker (ST) og selvmordsforsøk (SF) stiger for menn og kvinner med annen legning enn heterofile:



3.9 Andre grupper

Statistisk vet vi at pasienter innlagt i psykiatriske døgnenheter, innsatte i fengsel, yrkesgrupper som leger, veterinærer og veteraner fra militære operasjoner har økt selvmordsfare (3).

Tiltak for innlagte til psykiatrisk behandling ligger utenfor denne kommunale planen, og her har statlige myndigheter satt inn en økt innsats gjennom handlingsplanen «Ingen å miste».

For veteraner foreligger det en egen kommunal plan som også omhandler hjelpetiltak for denne gruppen, som kan ha traumer og behandlingsbehov de sliter med å finne hjelp for.



4. FAKTORER SOM KAN ØKE SELVMORDSFAREN

Det er sjelden eller aldri en enkelt årsak bak et selvmord. Bakenforliggende forhold som eks. prestasjonspress, multiple tap eller manglende aksept for seksuell legning, vil spille sammen med utløsende forhold som f.eks. sterk kjærlighetssorg, store skuffelser og akutt forvirring. Individets sårbarhet, robusthet til å håndtere vansker, samt egne mestringsressurser er sentrale. En ytre situasjon som kan lede til selvmord for en person, trenger ikke gjøre det for en annen.

4.1 Psykiske helseproblemer og rusavhengighet

Psykiske lidelser, inkludert ruslidelser, er viktige risikofaktorer for selvmord. Det hersker imidlertid stor uenighet blant selvmordsforskere når det gjelder hvor stor andel av de som har tatt livet sitt, som faktisk har hatt en psykisk lidelse. Her spriker prosentanslagene fra 90 % (19) til 23 %. En kartlegging gjort av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging fant at 43 % av de som tok livet sitt i perioden 2008 til 2015 hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av året før dødsfallet. Mange som gjør selvmordsforsøk, eller som dør ved selvmord, har vært i kontakt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tiden før selvmordet. En studie som undersøkte kontakt med primærhelsetjenesten før selvmord fra 2000 til 2017, viste at mer enn 80 % av de som tok sitt eget liv, hadde vært i kontakt med primærhelsetjenesten det siste året, derav 66 % i løpet av siste måned (21). Kvinner og personer over 50 år var i størst grad i kontakt med primærhelsetjenesten før selvmordet. Kontakten kan imidlertid ha handlet om andre sykdommer eller plager.

Selv om psykiske lidelser er en viktig risikofaktor for selvmord, er det likevel viktig å poengtere at de aller fleste mennesker med psykiske lidelser har lav selvmordsrisiko. Når det gjelder alvorlig depresjon anslår Folkehelseinstituttet at livstidsrisikoen for selvmord er mellom 3 og 6 % (7). Tormod Stangeland (22) skriver i en av sine artikler om behandling av selvmordsnær ungdom, at det er viktig å huske på at tilhørighet i diagnosegruppe ikke belyser årsaken til at et enkeltindivid velger å ta sitt liv. Forholdet mellom selvmord og psykiske lidelser bør forstås i samspill med faktorer som håpløshet, ydmykelse, fastlåsthet, desperasjon, tapsopplevelser og pågående livsbelastninger.

Kari Dyregrov og andre forskere viser i tillegg til en del uheldige konsekvenser av overdrevent søkelys på 90 % -hypotesen, ved at det kan bre seg en oppfatning om at så lenge det ikke er tegn på psykisk sykdom er det ingen fare på ferde, og at selvmord kan bli sett på som «noe som ligger i individet». Dette kan ta oppmerksomheten bort fra viktige forhold knyttet til kontekst og relasjoner.

Det finnes ingen forskning som entydig avdekker årsakene til den høye selvmordsraten hos pasienter under behandling i spesialisthelsetjenesten. En del brukere melder at manglende

ressurser i behandlingsapparatet kan føre til at tvangstiltak og overmedisinering benyttes på bekostning av menneskelig omsorg og støtte.

Selvskadende atferd og rusavhengighet er også forbundet med forhøyet selvmordsrisiko. Omfanget av ungdommer som selvskader er usikkert, men i en norsk studie oppgav 11 % av ungdommene at de hadde skadet seg med vilje (8). I motsetning til selvmordsforsøk, har selvskading ikke til hensikt å ta sitt eget liv. Det er likevel i praksis ofte vanskelig å skille mellom villet egenskade og selvmordsforsøk. I en studie oppgav 56 % av ungdommer (9) som hadde skadet seg selv at de ønsket å dø da de skadet seg. Selvskading er også en kjent risikofaktor for senere gjennomført selvmord. Et liv med rusavhengighet er ofte preget av mange tap, nederlag og sosial utstøting. Relasjoner til familie og venner er ofte kompliserte eller brutte, og mange rusavhengige sliter med selvnedvurdering, skam og selvforakt. Alt dette øker faren for selvmordsatferd. I tillegg vil ofte rusen i seg selv kunne være årsak til impulsive handlinger. Sammen med andre disponerende faktorer kan dette gi stor selvmordsfare.

Bystyret vedtok i februar 2017 en rekke tiltak i Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall «*Men først må du overleve*». En rekke av tiltakene i handlingsplanen vil også være selvmordsforebyggende. En del av de som tar sitt eget liv har en psykisk lidelse og er under behandling. For gruppen i behandling, er selvsagt tett og god oppfølging fra behandlingsapparatet et viktig tiltak, og at det ikke benyttes tiltak i behandlingen som oppleves krenkende. For personer med dype depresjoner, er selvmordsfaren særlig stor i det depresjonen letner. Denne fasen av bedring må følges særlig nøye. Handlingsplanen for selvmordsforebygging tar ikke for seg utfordringene knyttet til selvmord for personer i pågående psykiatrisk behandling, da dette er et ansvar for spesialisthelsetjenestene i psykisk helsevern.

4.2 Traumer

Personer som har vært utsatt for store påkjenninger og traumer er ofte mer sårbare. Det kan gjelde ofre for vold, seksuelle overgrep, omsorgssvikt, eller flyktninger fra krigsområder og veteraner fra skarpe militære operasjoner. Felles for dem er traumatiske erfaringer som påvirker hele livet. Noen lever med psykiske smerter og plager som kan bli uutholdelige.

Dette er grupper som tilbakemelder at de også sliter med å få adekvat hjelp og mange gir opp å få hjelp. Derfor er tilgjengelig og kompetent traumebehandling også viktig selvmordsforebygging.

4.3 Sorg og tap

Noen ganger er selvmord knyttet til kriser ved sorg og tap. Det kan være tap av nærstående, tap av funksjoner (sykdom eller skader) eller det kan være tap av anseelse (tap av ansikt). Også tap av arbeid kan oppleves dramatisk for mange, både knyttet til vanskelig økonomi, redusert anseelse, manglende nettverk og manglende innhold i hverdagen. En gruppe som lett overses er de som mister omsorgen for egne barn – både mødre og fedre.

4.4 Andre viktige faktorer

Når en skal vurdere aktuell selvmordsfare, er det viktig å kartlegge tidligere selvmordsforsøk, da dette i seg selv er en risikofaktor. En må også kartlegge psykososiale risikofaktorer som personlige kriser, relasjonsproblemer, sosial isolasjon og evt. arbeidsledighet.

Det samme gjelder alvorlige somatiske sykdommer som eks. kreft, alvorlige nevrologiske lidelser som eks. demens eller ALS og HIV/AIDS. Summen av tilgjengelig forskning viser at det uansett er vanskelig å forutse hvem som vil ta sitt eget liv. Derfor må mange av de selvmordsforebyggende tiltakene favne bredt og rette seg mot større grupper av befolkningen, som ungdom, aleneboende eldre osv.

Det er viktig å peke på at alle mennesker også har en grad av motstandskraft og ressurser til å mestre kriser og nederlag. Evnen til å finne håp om bedring, til å finne mening og nytt fotfeste i livet, og til å åpne seg for støtte og omsorg fra andre, er viktige elementer. Både som venn, familiemedlem eller profesjonell er det viktig å vite at slike ressurser finnes i hver enkelt og å spille på lag med dem.



5. HVA FINNES OG HVA MANGLER?

5.1 Psykisk helse i barnehager

Barnehagen er gjennom barnehageloven og barnekonvensjonen forpliktet til å sikre et godt fysisk og psykososialt barnehagemiljø for alle barn. Også rammeplanen fastsetter at barnehagen skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon, med eget tema om livsmestring og helse. Dette sammenfaller med kvalitetsutviklingsplanen for kommunale barnehager i Bergen, «Sammen for kvalitet - lek og læring». Planens mål er «Livsmestring for det 21. århundre - medvirkende barn i lek og læring». Som sentralt tema i barnehagens arbeid, skal barn oppleve trivsel, glede, mestring, tilhørighet, medvirkning og følelse av egenverd. I tillegg er det viktig at barn oppøver aksept og forståelse for individuelle ulikheter når det gjelder identitet, følelser, behov og kommunikasjonsferdigheter, samt at barn lærer nyttige verktøy for selvregulering når de møter på motstand og utfordringer. Dette er faktorer som er med på å forebygge krenkelser og mobbing, og er ansvarliggjort og tydeliggjort i «Skyfritt – Plan for inkluderende oppvekstmiljø for barn og unge i Bergen». Ulike tiltak i Skyfritt, skal styrke kommunens innsats for å forebygge, avdekke og håndtere mobbing i barnehagen, på skolen og fritidsarenaer.

Gjennom ny lovendring i barnehageloven (2021), kapittel VIII §§ 41-43 Psykososialt barnehagemiljø, skal det være nulltoleranse og skjerpet aktivitetsplikt i barnehagene. Lovendringen gjør det nødvendig å sikre hele personalgruppen god nok kompetanse, kurs og samlinger som gjelder denne endringen, spesielt Ressursteamene i barnehagene, samt at det er viktig å inkludere foreldrene i dette arbeidet.

For å jobbe systematisk med å forebygge, avdekke og håndtere mobbing er «ICDP» (International Child Development Program) valgt i de kommunale barnehagene. ICDP er et helsefremmende og universalforebyggende foreldreveiledningsprogram, med mål om å styrke kvaliteten av kontakt og samspill mellom omsorgsgiver og barn. Foreldrene og barnehagens personale har et felles ansvar for barnets trivsel og utvikling, og viktigheten av foreldremedvirkning og et godt foreldresamarbeid er fremhevet i alle lover og planer barnehagene er pålagt å følge. Samarbeidet mellom hjemmet og barnehagen skal alltid ha barnets beste som mål, og en må se på foreldresamarbeid som en viktig forebyggende ressurs. Det er ønskelig at barnehagene legger til rette for systematisk foreldreveiledning i barnehagen ved bruk av ICDP, noe det dessverre viser seg kan være krevende å få gjennomført med dagens rammevilkår. Etat for barnehage samarbeider med Etat for barn og familie om ICDP, dette arbeidet skal videreutvikles.

Ved overgang barnehage – skole er det viktig med en etablert og god struktur for samarbeid, for å sikre at overføring av viktig kunnskap om risikoutsatte og sårbare barn og familier blir ivaretatt og tatt hånd om på en klok og god måte når barnet starter i skolen. Det blir viktig å etablere gode strukturer og en arena/plattform for viktige avklaringer mellom barnehage, skole og foreldre i god tid før skolestart, og er tema som må tas med i årlige samarbeidsmøter mellom Etat for

barnehage og Etat for skole. Det utarbeides i 2023 en ny handlingsplan for å sikre god overgang mellom barnehage og skole/SFO i Bergen kommune.

Seksuell helse er en del av folks generelle helse og seksualitet, og omfatter både følelser, tanker og handlinger i tillegg til det fysiologiske. S å bidra til at barn og unge får handlingskompetanse slik at de skal være i stand til å ivareta god seksuell helse, og på den måten bidra til god livskvalitet. Etat for barnehage samarbeider med Etat for barn og familie omkring dette temaet.

Andre viktige samarbeidsparter, hjelpeinstanser og støttespillere for barnehagene, er Pedagogisk Psykologiske Tjeneste (PPT), Pedagogisk Psykologisk Senter (PPS), helsestasjon, Tverrfaglig Utviklings Team (TUT) og Team Skyfritt. Det at barnehager har et godt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er viktig for å sikre god nok og tidlig nok hjelp til barn og foreldre som strever, og er med å sikre felles ansvarliggjøring av tilbud og kompetanse som gis til barnehagene. Et godt eksempel på en slik felles ansvarliggjøring og praksis, er inngåelsen av en samarbeidsavtale om felles ICDP opplæring i etat for barnehage og etat for barn og familie.

5.2 Livet på timeplanen - et program for alle voksne i skolen

Grunnskolen har mange helsefremmende og forebyggende innsatser, med særlig forankring i Nasjonal læreplanen, LK-20. Læreplanens overordnede del og verdigrunnlag vektlegger «folkehelse og livsmestring» som et av tre tverrfaglige tema. Folkehelse og livsmestring er med dette et gjennomgående overordnet tema som er førende for hele skolens virksomhet og elevoppfølging. Opplæringsloven §9A har gitt en skjerpet aktivitetsplikt for skolen ved mobbing. BBSI har utarbeidet et helhetlig system for oppfølging av aktivitetsplikten, og implementeringsarbeidet i skoler og for alle ansatte har høy prioritet. Læreplan og lovverk gir videre føringer om tilpasset opplæring, arbeid med inkludering og deltakelse og innsats for sosial kompetanse. Dette er også grunnmuren i det tverrfaglige og tverretattlige selvmordsforebyggende arbeidet blant barn og unge. www.ungsinn.no

Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett og byrådsavdeling for barnevern og sosiale tjenester prioriterer tverrfaglige forebyggende innsatser i en helhetlig sammenheng, sammen med skolene og byområdene. I dette arbeidet skal barnehagenes Tverrfaglige Områdeteam og skolenes Tverrfaglige Team være sentrale, ansvarlige og delaktige.

Sammenheng mellom mobbing og psykiske helseplager er grundig dokumentert. Mobbing kan føre til angst, depresjon, lav selvtillit, psykosomatiske plager og selvmordstanker. Barn og ungdom som har blitt mobbet i oppveksten kan slite med depressive tanker i mange år etterpå, også inn i voksenlivet. Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett har laget planen SKYFRITT Plan for inkluderende oppvekstmiljø for barn og unge i Bergen, der målet er å utvikle et gode og trygge oppvekstmiljø i barnehage, skole og på fritidsfeltet for alle barn og unge i Bergen kommune.

Skolen sin nærmeste støttespiller i det som handler om systemarbeid og barns behov er Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT). I tillegg er den kommunale skolehelsetjenesten til stede på alle skoler, både offentlige og private grunnskoler, samt fylkeskommunale og private videregående skoler. I forlengelsen av skolehelsetjenesten etableres det et tverrfaglig ressurscenter i hvert byområde som driver psykososialt arbeid for barn og unge (se kap. 5.3.).

I handlingsplanen fra 2018 vedtok bystyret implementering av programmet **Livet på timeplanen** ved alle skolene i Bergen. Avhengig av størrelsen på skolen har rektor valgt ut 1 til 4 personer som ressurspersoner. Disse har mottatt til sammen 7 dagers kursing, inkludert trening i å formidle kunnskapen videre til resten av staben på sin skole. Ressurspersonene er avdelingsledere, sosiallærere, miljøterapeuter eller lærere. Alle helsesykepleiere i skolen har fått tilsvarende opplæring. Opplæringen gir kunnskap om psykisk uhelse, selvmordsadferd og selvskading, og hvordan ansatte i skolen kan identifisere og møte dette. Målet er at alle ansatte i skolene skal kunne få trygghet og verktøy til å snakke med elever i kriser eller der de er særlig bekymret for eleven. Dette for å identifisere mulige selvmordstanker og vite hvordan de kan ta dette videre for at eleven skal få relevant hjelp.

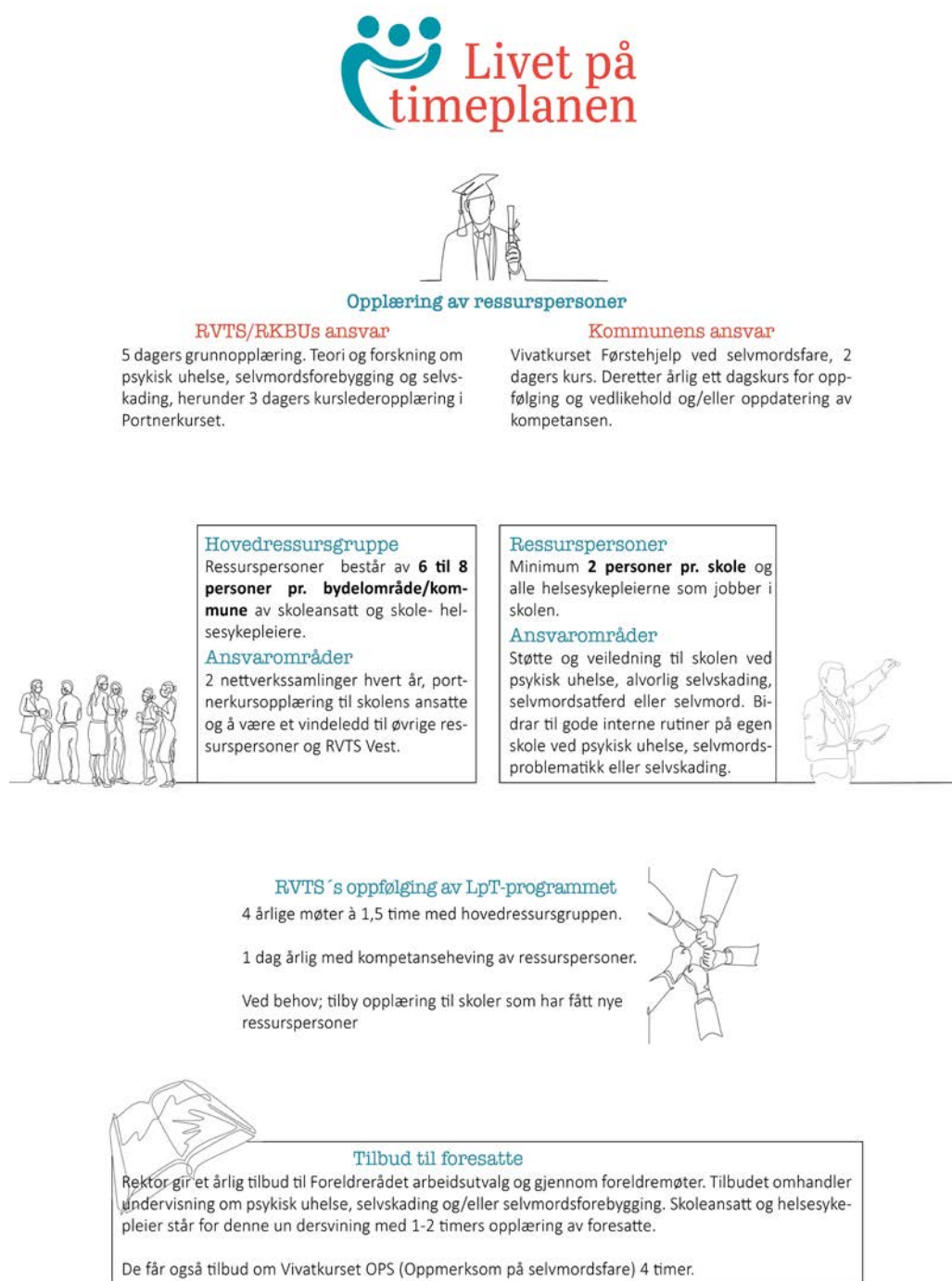
Ressurspersonene ved hver skole avtaler videre med rektor bruk av planleggingsdager til opplæringen lokalt for de øvrige ansatte ved skolene (lærere, renholdere, merkantilt ansatte, vaktmestere m fl) – totalt 7 timers kursing kalt Portnerkurs. Her er noen skoler allerede ferdig med lokal kursing – de fleste er i gang med dette, mens noen ennå ikke har startet. De fleste vil være ferdig med dette innen skoleåret 2022/2023.

NORCE har fått midler til et omfattende forskning- og evalueringsprosjekt, der nytteverdien måles ift. holdninger og handlingsberedskap hos de ansatte. Dette går parallelt med implementeringen.

Det er de to kompetansesentrene RVTS Vest (Ressurssenter om vald, traumatisk stress og selvmordsforebygging) og RKBV Vest (Regionalt kunnskapssenter for barn og unge) som har stått for opplæringen av ressurspersoner. De støtter også prosjektet ved å samle hovedressursgruppene (4 ganger årlig à 1,5 time) og å arrangere nettverksseminarer (2 ganger årlig à 1 dag), samt årlig fagdag for ressurspersoner. Det er også etablert en nettside med mye ressurser knyttet til Livet på timeplanen og selvmordsforebygging for unge. Denne siden vil også vise oversikt over hvem som er ressurspersoner på de ulike skolene. <https://livetpatimeplanen.no>

Hvert byområde har etablert en Hovedressursgruppe som skal videreføre dette arbeidet og vedlikeholde kompetansen ved samlinger der de deler erfaringer og ved rådgivning til lokale ressurspersoner. Livet på timeplanen har effekter langt utover å forebygge selvmord – det kan på et tidligere tidspunkt identifisere elever som viser tegn til psykisk uhelse og løse dem til hjelp før det oppstår akutt fare, eller varig nedsatt psykisk helse og fungering.

Følgende modell gir en oversikt over programmets oppbygging:



RVTS Vest © 2023

5.3 Lavterskel hjelpetilbud for barn og unge

Bergen kommune har etter at planen «Bergens barn – byens fremtid» ble vedtatt i desember 2016, arbeidet med å styrke den forebyggende innsatsen, og utvikle og etablere en samlet og tverrfaglig lavterskel hjelpetjeneste for barn og unge og deres foresatte i forlengelsen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De nye ressursentrene – «**Barne- og Familiehjelpen**»

- er etablert i alle de fire byområdene og tilbyr psykososial støtte og psykisk helsehjelp, både individuelt og grupper. Dette er tilbud med lav terskel for kontakt. Barne- og familiehjelpen skal tilby hjelp til barn og unge, samt veiledning og støtte til foreldre. Samtidig skal sentrene samarbeide med fastleger og andre helse-, omsorgs- og hjelpetjenester for barn og unge, for å sikre god og samordnet oppfølging til den enkelte med ulike behov. Sentrene skal også ha en sentral rolle i kommunens helhetlige helsefremmende og forebyggende innsatser for barn og unge.

Et program som når mange gutter er i gang på **Åstveit ungdomsskole i Bergen**. Det bruker aktivt en kjent feedbackverktøy og opplever blant annet at de får mange flere gutter i tale. Her er hva de sier om seg selv:

«På vår skole bruker vi KOR (FIT). Dette verktøyet bruker vi både som et samtaleverktøy i samtale med ungdommen, så vel som ett kartleggingsverktøy. Målet med bruken er i hovedsak for å gi ungdommene en «lettere» mulighet til å formidle hvordan de har det. Verktøyet tar for seg kjernepunkt, som er gode utgangspunkt for samtale, avdekke ulike behov og for ungdommen til å formidle hvordan det går.

Vi har organisert det slik at vi er syv voksne på skolen som primært følger opp arbeidet med KOR. Vi går rundt i klassene og gjennomfører undersøkelsen, bearbeider dataene og organiserer videre der det er behov for oppfølging. Vi gjennomfører dette fire til fem ganger i året for alle elevene. Dette skaper godt tverrfaglig samarbeid mellom skolen, miljøterapeut, skolehelsetjenesten og ledelsen. I tillegg utfyller KOR de andre miljøtiltakene på skolen (MOT, Olweus-programmet, Livet på timeplanen og AART). AART blir også brukt som tiltak på gruppenivå.

Etter å ha brukt KOR i noen år har vi fått gode erfaringer og tilbakemeldinger fra ungdommen. Det er stadig flere elever som «tar i bruk tilbudet» - størst økning hos gutter, sammenlignet med før KOR. Både individuelle samtaler og guttegrupper. Med individuelle samtaler gjelder det både gutter som tar kontakt for første samtale, men også en merkbart økning som bruker samtale tilbud over tid. I guttegruppene kan vi både gjøre godt stykke forarbeid, evaluere underveis og kvalitetssikre utbytte av øktene på best mulig måte.

Det er mange gode tiltak på skole- og gruppenivå, men det vi finner unikt med dette tiltaket er at det er både på individnivå og gir en oversikt på skole- og klassenivå. Det er et verktøy som sikrer at vi får sett hver enkelt elev på en så god måte som mulig. Vi har en større oversikt over sårbare elever og kommer raskere i gang med tiltak som kan hjelpe, både på og utenfor skolen».

Dette programmet fortjener mer oppmerksomhet. Skulle dette vært gjennomført ved alle ungdomsskoler i Bergen ville det kreve en betydelig ressursøkning til psykososial innsats i skolen. Miljøterapeuter i skolene er et tiltak som på en særlig måte kan fange opp og støtte barn og unge i kriser. Slik kan dette også ha en viktig selvmordsforebyggende effekt. At barn og ungdom som opplever mobbing og ekskludering, utsettes for overgrep eller sliter med identitetsutvikling blir fanget opp, kan også på lang sikt være livreddende.

For tiltaket **Rask Psykisk Helsehjelp**, se punkt 5.8

Utekontaktens oppsøkende avdeling

Utekontakten er et gatenært og oppsøkende hjelpetilbud som blant annet tilbyr individuell oppfølging med unge under 25 år. Feltarbeiderne kan ved hjelp av sin fleksible tilnærming oppsøke ungdommene hjemme, på skolen eller andre aktuelle arenaer, og tilby hjelp og støtte ut fra den enkelt sine behov. Utekontakten har ansatte med et tverrfaglig mangfold, som i tillegg til helse- og sosialfag blant annet inkluderer erfaringskompetanse. Det kan vurderes om noen elever kan ha nytte av kontakt med en erfaringskonsulent.

Livsmestring for ungdom-LIFU

LIFU er et psykososialt drop-in tilbud for ungdom i Utekontakten. I LIFU er begge kjønn representert. Fra august til desember i 2022 var det 55% menn og 45% kvinner som brukte tiltaket. Majoriteten var i aldersgruppen 16-18 år og oppsøkte tiltaket primært på bakgrunn av behov for hjelp til konkrete problemstillinger som jobbsøking/skole med mer. I LIFU skal alle få tilbud om at samtalen eller bistanden gjennomføres på et samtalerom, slik at det kan avdekkes om det er bakenforliggende hjelpebehov i tillegg til de konkrete problemstillingene. Ungdom kan oppsøke tiltaket flere ganger, da det er et drop-in tilbud.

Fra mars 2023 er en mannlig psykolog til stede i åpningstiden hver torsdag. Åpningstiden er tirsdager og torsdager fra 15-18:00, tilpasset skolegang og ønske om å kunne motta hjelp på ettermiddagstid. Tiltaket er lokalisert i 1. etasje i sentrumskjernen med intensjon om å øke opplevd tilgjengelighet dersom motivasjonsvinduet tilknyttet hjelpesøking inntreffer hos ungdom som blant annet oppholder seg i sentrum. [Bergen kommune - Livsmestring for ungdom - LIFU](#)

Digitalt oppsøkende barne- og ungdomsarbeid

Utekontakten opprettet i 2021 prosjektet «Digitalt oppsøkende barne- og ungdomsarbeid», finansiert med tilskudd fra bystyres tilleggsbevilgning til Utekontakten under pandemien. Prosjektet utvikler strategier og metodikk for oppsøkende sosialt arbeid på digitale plattformer som sosiale medier og kommunikasjons- og spillforum. Utekontakten hadde i 2022 nærmere 460 ungdommer i egen Discordkanal, hvor majoriteten er ungdomsskoleelever. Det arrangeres gamingkveld minst en gang hver uke der øktene er på ca. 3 timer.

Problemstillinger som går igjen i samtalene med ungdommene som møtes digitalt er psykisk helse, ensomhet, utenforskap, rusproblematikk, kjønnsproblematikk, mangel på nettverk og fritidsaktiviteter, samt skolevegring og søvnproblematikk. Det oppsøkende arbeidet gjennom gaming, har siden prosjektets start i 2021 resultert i over 60 individuelle oppfølgingsforløp der feltarbeidere har møtt og fulgt opp ungdommene fysisk.

Nye Muligheter

Nye Muligheter er en møteplass i regi av et samarbeid mellom Utekontakten og Møhlenpris idrettslag (MIL). Tilbudet ble utviklet sammen med erfaringskonsulent som hadde tilgang på et

miljø som Utekontakten var bekymret for, som ikke hadde kontakt med hjelpeapparatet av ulike grunner. I dag er Nye Muligheter en møteplass for ungdom med tilhørighet til dette miljøet som er åpent annenhver onsdag i MIL sine lokaler i Bergen sentrum. Tiltaket er godt besøkt og brukes i hovedsak av gutter med flerkulturell bakgrunn. Målsettingen med tilbudet er blant annet å senke terskelen for å kunne snakke om ulike utfordringer, motivere til å ta imot nødvendig hjelp, samt fjerne stigma rundt psykisk helse. Siden oppstart har vi blant annet gjennomført workshop om psykisk helse der 19. gutter med tilhørighet til miljøet deltok aktivt. Mannlig psykolog fra Utekontakten har hatt hyppig tilstedeværelse i tiltaket. Tilbudet i sin helhet har medført bedre forståelse for psykisk helse blant ungdommene samt. motivert enkelte til å motta hjelp fra psykolog/kontaktpersoner i Utekontakten.

Ung Arena

Ung Arena er et by-omfattende lavterskel hjelpe- og samtaletilbud for unge mellom 12 og 23 år. De holder til i lokaler på Nesttun, men kan også møte unge på andre arenaer. Tilbudet er utviklet i samarbeid med ungdom og har som formål å gjøre det lettere å få hjelp når noe er vanskelig uavhengig av tematikk og alvorlighetsgrad. Ung Arena har også som formål å gjøre andre tilbud og tjenester i Bergen kjent for unge og arrangerer jevnlig åpne temakvelder og aktiviteter hvor unge kan delta anonymt og uten krav om påmelding.

Ved Ung Arena jobber sosionomer, barnevernspedagoger, psykologer, erfaringskonsulenter (unge voksne som selv har kjent vanskeligheter på kroppen og har erfaringer fra kontakt med hjelpeapparatet) og frivillige. Det er ingen krav om henvisning eller kontakt på forhånd og ungdommer kan også selv ta kontakt direkte. En kan enten lage en avtale via vakttelefonen deres, via chat, eller ungdommen kan komme på drop-in uten avtale i åpningstidene.

Ung Arena tilbyr hjelp og støtte tilpasset ungdommens ønske og behov. Alle som kommer til samtale, får en kontaktperson som kan tilby oppfølging over en viss tid. Sammen med ungdommen utforskes hva som er riktig hjelp basert på deres premisser. Ung Arena tilbyr også gruppesamtaler for unge som har spørsmål og tanker om kjønnsidentitet.

FACT Ung innføringsprosjekt

FACT Ung (Flexible Assertive Community Treatment eller Fleksibelt Oppsøkende Behandlingsteam) er under etablering i Bergen i samarbeid mellom Bergen kommune, Helse Bergen og Betanien, med oppstart til høsten 2023. Formålet med FACT Ung er å tilby fleksibel, helhetlig og integrert oppfølging av barn og unge mellom 12 år og 24 år med behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester og nivåer. Ungdommene har moderate til alvorlige psykiske vansker, og kan ha samtidige rusvansker. FACT Ung teamet skal hjelpe de som ikke får tilstrekkelig tilrettelagt oppfølging og behandling i det ordinære tjenesteapparatet.

5.4. Ambulante spesialisthelsetjenester for unge ved selvmordsfare

I Helse Bergen finnes det tilbud om Ambulante tjenester der de yter hjemmebasert behandling til barn og unge med psykiske vansker. Dette skjer i samarbeid med den lokale poliklinikken for barn og unge med psykiske vansker (BUP). Alle som får et tilbud fra Ambulante tjenester har allerede et tilbud fra poliklinikk eller døgnavdeling, og det er disse som kan henvise til ambulante tjenester. Målgruppen er barn og unge med psykiske lidelser, som ikke kan nyttiggjøre seg poliklinisk behandling, som har prøvd ut det meste uten at det hjelper, og der en ikke ønsker innleggelse i døgnavdeling. De tilbyr også kortvarig oppfølging etter innleggelser ved døgnavdeling. BUP ved Haukeland universitetssykehus har også et Intensivt Ambulant Team. Dette tilbudet tilbyr mere høyfrekvent behandling til barn og familie i krise, eller ved funksjonsnedgang. Dette tilbudet har en varighet på 4 uker, og er en hjelp til å stabilisere «her og nå» i form av en kriseplan.

Alternativ organisering av spesialisthelsetjenester med lavere terskel

Ser vi til Helse Stavanger ved klinikk psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige (PH-BURA) har de også et Akutt Ambulant Ungdomsteam (AAUT). Her er det ikke krav om henvisning internt, men i mange tilfeller er også dette aktuelt. Ungdommen selv, foreldre, barnevern, fastlege, legevakt, skole eller eks. helsesykepleier kan ringe AAUT i vakttelefonens åpningstid. En får da en vurdering om det er aktuelt for AAUT å tilby en vurderingssamtale, eller de kan gi råd om andre aktuelle instanser å henvende seg til. Dette kan AAUT i Stavanger tilby;

- Rask hjelp i kortere behandlingsløp.
- Oppfølging i ungdommens hjem.
- Møte ungdommen på skolen eller andre passende arenaer.
- Behandling i tett samarbeid med ungdommen selv og deres pårørende. I noen tilfeller vil vårt behandlingstilbud være et alternativ til innleggelse.
- Ungdom i alderen 12-18 år som henvises eller henvender seg til oss i akutte psykiske kriser.
- Ungdom med problemstillinger som selvmordsfare, spørsmål om psykose, alvorlig/hyppig selvskading eller andre vansker som gir seg utslag i

5.5 Informasjon og arbeid mot fordommer og stigma

Psykiske problemer og lidelser er fortsatt preget av skam og stigma. Større åpenhet om at det er en naturlig del av livet å slite med personlige problemer i perioder, kan redusere skam og stigma, og gjøre det lettere å søke støtte og hjelp. Her kan både skoler, media og den offentlige debatten være viktige bidragsyttere. Noen eksempler på produksjoner som har folkeopplysende effekt er TV-seriene «Skam» og «Stemmene i hodet», sammen med Petter Nyquist sine programmer «Fra gata til Nordkapp» og «=Kaffe». Det samme gjelder TV serien «Rådebank».

Mange skoler satser også på psykisk-helse-uker, der blant annet personer som har erfaring fra psykiske lidelser eller personlige kriser, deler av sine erfaringer. Særlig erfaringer som kan gi håp til de som strever, er viktige. Det er også viktig at media ikke omtaler selvmord på en detaljert og sensasjonspreget måte, men heller setter søkelys på sorgen og savnet hos de etterlatte.

Våren 2023 (mai-juni) ble det gjennomført en folkeopplysningskampanje på Vestlandet for å forebygge selvmord, «Snakk om selvmordstanker- det kan redde liv». Arbeidet ble koordinert av Helse vest og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS Vest). Helsedirektoratet er prosjekteier og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) er prosjektleder nasjonalt. For at kampanjen skal få best mulig spredning har Helse vest og RVTS Vest fått med seg mange instanser på laget. Statsforvalter i Rogaland og Vestland, Fylkeskommunene i Rogaland og Vestland, KS, regionalt brukerutvalg, NSSF og Helsedirektoratet.

Målet med kampanjen er å senke terskelen for å søke hjelp, samt bidra til å øke befolkningen sin kunnskap om selvmord. Målgruppen er den voksne befolkningen med et særlig fokus på menn mellom 40-60 år. Arbeidet er todelt. En kampanje rettet mot befolkningen, og et opplæringstilbud for ansatte i kommuner, halsbåndforetak, frivillige organisasjoner, privat næringsliv og offentlige virksomheter. Kampanjen gikk hovedsakelig i sosiale mediene, nett- og papiraviser og på en egen nettside, www.helsenorge.no/selvmond. På nettsiden er det blant annet informasjon om hvordan snakke om selvmord, og hvor søke hjelp.

5.6 Støtte fra familie og nettverk

Vi må likevel ikke glemme at de aller viktigste støttepersonene i personlige kriser ikke er fagfolk, men de nærmeste i familie, kollegaer og vennekrets. I mange tilfeller kan vi være livreddende, når vi har kunnskap og er vare for hvordan de vi har rundt oss har det. Mange problemer krever ikke først og fremst profesjonell hjelp, men klok og god støtte fra nærstående. Et av de viktigste prinsippene i terapeutisk krisehjelp er også nettopp å etablere kontakt med, og støtte fra, ressurspersoner i det sosiale nettverket. Derfor er det også viktig at hjelpeapparatet tilbyr støtte til pårørende og andre som står i krevende relasjoner til personer med selvmordsrisiko. Eksempel på andre ikke-profesjonelle støttepersoner kan være veteraner som hjelper veteraner, som melder at de jevnlig havner i situasjoner med selvmordsproblematikk.

5.7 Fastlegens rolle

Fastlegen er ofte den første, og noen ganger den eneste, som blir kontaktet av selvmordsnære. Personen kan ofte presentere helt andre problemstillinger enn selvmordstanker. Derfor blir det særlig viktig at fastlegen kjenner til faresignaler, vet hvordan han/hun skal undersøke selvmordsfare hos pasientene sine, og at kjenner seg trygg på å samtale med pasienter om dette. Fastleger har ofte stort arbeidspress og kravet til oppdatering på mange felt er stort. Derfor må kurs og faglig oppdatering gjøres tilgjengelig på en måte som tar hensyn til dette, og i et

samarbeid med fastlegene sine egne organer. Det er svært nyttig at erfaringskompetansen i LEVE benyttes i kurstilbudene til fastlegene.

5.8 Fysioterapitjenester

Psykiske spenninger setter seg ofte i muskulaturen, og smerten oppleves som fysisk. Derfor er også fysioterapeutiske tilbud viktig. Dette har særlig vist seg nyttig for personer med traumehistorier. Psykomotorisk fysioterapi er et viktig tilbud og ytes både i private institutter og i den kommunale tjenesten. Det ytes også i Senter for migrasjonshelse til flyktninger.

5.9 Lavterskel hjelpetilbud for voksne og eldre

Kompetente og tilgjengelige krisetjenester er særlig viktige. Livskrisehjelpen og kriseteamoppfølging lokalt er eksempel på tilbud som på ulike måter kan bidra til at personer som opplever at alt er håpløst, igjen ser muligheter for at livet er verdt å leve.

Livskrisehjelpen ved Bergen Legevakt er et lavterskel samtaletilbud til mennesker i livskriser ved Bergen legevakt. Det er åpent alle dager i året, det er gratis og krever ikke timebestilling. De yter også hjelp pr telefon.

Andre typer lavterskel behandlingstilbud er også viktige. Behandlingstilbudet **Rask Psykisk Helsehjelp** ble etablert i Bergen i 2020. Ved nyttår 2023 gis tilbudet til bydelene Arna/Åsane og Bergenhus/Årstad. Dette er en type lavterskel poliklinikk der personer kan henvende seg uten henvisning. Tilbudet gir hjelp til personer med lettere til moderate utfordringer innen angst, depresjon, søvnløshet og begynnende rusproblemer. Dette er en gruppe som vil få avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten. Rask Psykisk Helsehjelp tilbys personer fra 16 år og oppover uten øvre aldersgrense. Rask Psykisk Helsehjelp har hatt 34 % mannlige pasienter. De har mannlige ansatte og kan i enda større grad enn i dag markedsføres som et tilbud for gutter/menn.

I dag er det en utfordring for noen at de fleste øvrige behandlingstilbud krever både henvisning fra fastlege, vurdering med skriftlige vedtak og har lang ventetid. Når det i tillegg også er en økonomisk kostnad, blir det flere terskler å forsere. Dette kan være hindre for at personer i krise får hjelp i tide, og krisen kan eskalere.

5.10 Kirkens SOS

Kirkens SOS har et heldøgns samtaletilbud både via telefon og ved chat på internett.

<https://www.kirkens-sos.no/bjorgvin> Enheten i Bergen har i snitt 61 samtaler i døgnet. En stor del av samtalene handler om tanker rundt selvmord. Andel menn som ringer/chatte har tidligere vært rundt 50 %, og har siste året vært rundt 40 %. Det er alltid 2 medarbeidere som betjener telefonen og 6 – 8 medarbeidere som betjener chatten. De kontaktes av personer i alle aldre, inkludert barn og unge. Det er viktig at flest mulig kjenner Kirkens SOS sitt telefonnummer både

til eget bruk, og til å dele med andre i kriser. Deres telefonnummer er med på visittkortet «Kjenner du noen som har det vanskelig?» og på nettdomenet <http://www.hardetvanskelig.no> Kirkens SOS holder også foredrag i organisasjoner som tradisjonelt rekrutterer mange menn, som Rotary, Kiwanis og Lions. De opplever stor åpenhet blant menn i disse organisasjonene der medlemmene kjenner hverandre godt. Bergen kommune støtter Kirkens SOS med årlige tilskudd.

5.11 LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord

LEVE er en aktiv og ressurssterk forening av og for etterlatte etter selvmord, i samarbeid med fagfolk. De har en lokalavdeling i Hordaland, med lokaler i Bergen. Foreningen arrangerer sorggrupper for etterlatte etter selvmord, ledet av en fagperson og en med etterlatt-erfaring. De arrangerer også Club LEVE en gang i måneden i sine lokaler i Danckert Krohn senteret. De tilbyr likemannsstøtte, sosialt samvær og foredrag rundt selvmord og arbeider aktivt for bedre selvmordsforebygging. De markerer verdensdagen for selvmordsforebygging den 10. september med lokale arrangement i Bergen. Arbeidet deres sikter mot å redusere tabu og øke åpenhet omkring selvmord, i tillegg til at de gir støtte og hjelp til etterlatte. LEVE ønsker å øke kunnskapen om selvmordsforebygging og om behov for støtte til etterlatte, gjennom å bidra i faglige fora sammen med profesjonelle. LEVE har vært sterkt delaktig i å skrive og gjennomføre Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen.

5.12 Tiltak for eldre

5.12.1 Alderdom med trygghet

Bergen kommune og RVTS startet i 2011 et samarbeid om et selvmordsforebyggende prosjekt blant eldre i Arna. Dette har handlet både om selvmordsforebygging og om å identifisere og forebygge vold i nære relasjoner. Kurset «Alderdom med trygghet» var basis i dette programmet. <https://www.rvtsvest.no/alderdom-med-trygghet/> Erfaringene fra prosjektet i Arna ble tatt inn i handlingsplanen for selvmordsforebygging i 2018 ved at RVTS skulle skolere kursledere for kurset Alderdom med trygghet. Disse skulle kurse videre ansatte i Etat for hjemmetjenester, Etat for vurdering og rehabilitering og Etat for sykehjem. Kurslederopplæringen ble gjennomført høsten 2022 for en mindre gruppe ansatte. Dette må følges opp i neste planperiode. Det er ellers etablert gode samarbeidsavtaler mellom Etat for hjemmetjenester og Etat for psykisk helse og rustjenester for samarbeid og vurderinger ved selvmordsrisiko, og det benyttes kriseplaner.

5.12.2 Forebyggende hjemmebesøk til eldre

Bergen kommune tilbyr i dag forebyggende hjemmebesøk hos personer som fyller 75 år og ikke har kommunale tjenester fra før. Dette er et populært tilbud som de fleste takker ja til. Denne tjenesten gjennomfører nesten 1000 slike besøk årlig. Tjenesten er lagt inn under Frisklivs- og mestringssenteret i Etat for helsetjenester.

Det er ønskelig å kunne tilby forebyggende hjemmebesøk også til eldre mellom 70 og 75 år som bor alene, og der fastlege eller pårørende melder behov for det. De ansattes kompetanse i denne tjenesten er styrket ved at de også deltok på kurset «Alderdøm med trygghet» og at kartleggingsverktøyene de bruker skal sikre at de vurderer forhold knyttet til psykisk helse, trivsel og livskvalitet. Besøksstilbudet må markedsføres slik at fastleger, pårørende eller andre kjenner til det.

5.13 Rustjenester

Rusakutten eller Akuttposten drives av Helse Bergen og ligger i Helsehuset i Solheimsviken. Den har 10 plasser. Den er på dagtid betjent av leger fra Mottaksklinikken, mens vaktene ellers dekkes av leger fra Avdeling for rusmedisin. De gjør selvmordsrisikovurdering på risikopasienter. De har ikke mulighet til å henvise til konsulttjenestene på Haukeland, men benytter seg av Psykiatrisk legevakt og eventuelt overflytting til Psykiatrisk akuttmottak.

Bergen kommune har samarbeidet med KORUS Bergen (Kompetansesenter innen rusfeltet) om å arrangere seminar for alle bydelskontorene til NAV, med fokus på kartlegging av rusproblemer og selvmordstanker. Seminaret har en varighet på seks timer. Det er også en del av de ansatte i sosialtjenestene som arbeider med rusavhengighet som har gjennomført 2 dagers VIVAT kurset 1. hjelp ved selvmordsfare VIVAT. Dette vil fortsette i årene fremover, slik at flere får dette tilbudet.

5.14 Ambulerende kvelds- og helgetjeneste

Det ble i Plan for psykisk helse 2016 - 2020 og i Handlings- og økonomiplan 2018-2021/budsjett 2018, vedtatt å utvide den kommunale ambulerende tjenesten innen psykisk helse til også å omfatte kveld og helg. Denne tjenesten skal kunne følge opp registrerte brukere som trenger tettere oppfølging, særlig når de er i dårlige perioder. Tjenesten vil styrke tilbudet både til brukere som har en mer langvarig selvmordsproblematikk og til brukere i kriser, der krisen likevel ikke er så alvorlig at det nødvendiggjør innleggelse. Det er viktig at det etableres et godt og avklart samarbeid omkring brukere med selvmordsproblematikk, da det ofte vil være spesialisthelsetjenestene som har behandlingsansvaret og som gjør fortløpende vurderinger om behovet for innleggelse, enten dette skjer frivillig eller ved bruk av tvang. Det har vært prøvd ut to ulike modeller for denne tjenesten, og begge er nå avviklet. Det er nå planer om en ny måte å etablere dette tilbudet om kvelds- og helgetjenester på.

5.15 Kriseplaner og akuttoppfølging

Alle som har alvorlige psykiske lidelser over tid har rett på en Individuell Plan, og som en del av dette også en Kriseplan. I henhold til inngåtte samarbeidsavtaler mellom Bergen kommune og Helse Bergen HF skal de to partene samarbeide om dette. Der gode kriseplaner lages sammen

med brukeren selv, i en god fase, og der evt. pårørende og andre støttepersoner deltar, vil dette kunne ha en god selvmordsforebyggende effekt. Kommende kriser kan fanges tidlig opp og virksomme tiltak som brukeren ønsker og aksepterer kan settes raskere inn.

Kartleggingen med verktøyet BrukerPlan viser at mange brukere med rusavhengighet, og som hjelperne opplever jevnlig kan være i selvmordsfare, mangler kriseplan. Dette er svært uheldig. Siste oppdatering av BrukerPlan ble gjort i 2019, så det mangler helt oppdatert kunnskap her. Kriseplaner er i utbredt bruk i de psykiske helsetjenestene. Enten det gjelder selvskading eller selvmordsforsøk, bør det alltid tilbys samarbeid med brukeren om en kriseplan. Kriseplanen bør inneholde hvilke tegn som er vanlige varsler om forverring/krise hos denne brukeren, hvilke tiltak som erfaringsmessig er nyttige og ønsket av bruker, samt mulige tiltak som har vist seg lite nyttige og/eller evt. krenkende.

De aller fleste selvmordsforsøk som fører til innleggelse i sykehus følges opp i spesialisthelsetjenestene, enten ved innleggelse i Psykisk helsevern eller rask poliklinisk oppfølging. Dette gjelder både ungdom (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) og voksne (Akutteam ved distriktpsikiatriske sentre). Dette er en målgruppe der kriseplaner er særlig aktuelt. Denne bør lages sammen med personen det gjelder når den akutte situasjonen er avklart, og personen er klar for å tenke fremover. Det er laget en god mal for kriseplan – men denne må tilbys langt flere enn i dag.

5.16 VIVAT

Etat for psykisk helse og rustjenester har skolert 8 instruktører for VIVAT kurset 1. hjelp ved selvmordsfare. Dette kurset har vært benyttet jevnlig i Bergen i mange år, for ansatte i psykiske helsetjenester og for en del av det pedagogiske personellet. Men dette programmet kan nå enda lenger ut ved å tilby kurset for ansatte i en rekke ulike tjenester som møter mennesker som har det vanskelig. Det passer også for de som arbeider i frivillige organisasjoner. I planperioden 2018 – 2022 har de vært prioritert for ressurspersoner i programmet Livet på timeplanen, ansatte i sosialtjenestene, nøkkelpersonell ved høyskoler og universitetet og noen hjelpetjenester. Målet er at dette tilbudet skal nå minst 200 – 240 nye pr år – og at det skal være gratis for deltakerne.

Et kanadisk program for opplæring som heter VIVAT (Living Works Education) er oversatt til norsk av Universitetssykehuset i Nord Norge. Dette programmet tilbyr opplæring av helsepersonell, pedagogisk personell og andre som kan møte mennesker med selvmordstanker. Målsettingen er at kursdeltakerne etter kurset skal være mer kompetente og trygge til å identifisere og intervenere i selvmordskriser. Helsedirektoratet dekker deler av kostnadene.

På VIVAT kurset lærer man å:

- *Fange opp mennesker som har det vanskelig og kan være i selvmordsfare*
- *Stille direkte spørsmål om selvmordstanker*
- *Hjelpe personen i selvmordsfare til å snakke om det som er vanskelig*
- *Lage og implementere en plan med vedkommende, hvor målet er å berge liv*
- *Bruke lokale ressurser i krisehjelp*

5.17 Oppfølging av barn og unge under 18 år som innlegges i sykehus etter selvmordsforsøk

Prosedyren i dag er at alle under 18 år som blir innlagt i somatisk sykehus, der det er mistanke om selvmordsforsøk/alvorlig selvskading/forgiftning, blir vurdert av lege eller psykolog fra Psykisk helsevern barn og unge (PBU) eller konsultlege i vakt (helg/helligdag). Mange er allerede pasienter i PBU. De aller fleste følges opp i PBU enten ved time innen et par dager ved poliklinikk eller innleggelse i akuttpost. PBU har utvidet tilbudet sitt med blant annet et Intensivt ambulant team, som raskt kan gå inn med utvidet oppfølging hjemme i en periode om det er nødvendig. Svært få som ikke fyller kriteriene for akuttinnleggelse i psykisk helsevern, takker nei til poliklinisk oppfølging.

5.18 Oppfølging av voksne som innlegges i sykehus etter selvmordsforsøk

Pasienter over 18 år innlagt ved somatisk sykehusavdeling grunnet selvmordsforsøk, blir vurdert av psykiater eller psykolog mens de er innlagt. I de tilfellene hvor det vurderes som forsvarlig, og hvor pasienten ønsker å samarbeide om tiltak, vil pasienten overføres lokalt distriktpsikiatrisk senter (DPS). Dette kan enten være i form av innleggelse ved allmennpsykiatrisk døgnavdeling, eller ved at det avtales time ved Akutt ambulant team, som regel påfølgende dag. I tilfelle pasienten ikke møter til denne timen vil Akutt ambulant team forsøke å kontakte pasienten. I tilfeller der dette ikke lykkes, tar de kontakt med den som henviste pasienten, for å avklare videre tiltak.

Pasienter med selvmordsatferd over lengre tid, med gjentatte innleggelser på somatisk sykehusavdeling, vil som regel ha en fast behandler på lokalt DPS. Denne kontaktes da direkte for å avtale videre tiltak. Dersom selvmordsfaren vurderes som akutt høy, vil pasienten tilbys innleggelse ved Psykiatrisk akuttmottak, Sandviken sykehus. I de tilfellene hvor selvmordsfaren vurderes som høy og pasienten motsetter seg innleggelse, vil det vurderes om det er grunnlag for å begjære innleggelse ved tvang etter lov om psykisk helsevern. Et tilsvarende system burde vært gjennomført også innen rusbehandling, jfr. tiltaket om økt bruk av kriseplaner i rustjenestene.

5.19 Særlige tjenester til asylsøkere og flyktninger

5.19.1 Senter for migrasjonshelse

Den kommunale helsetjenesten til nyankomne flyktninger ble for noen år siden styrket på psykisk helsefeltet. Fra 2015 har det arbeidet to psykologer der, sammen med lege, helsesykepleier og fysioterapeut, som alle har lang erfaring i arbeid med traumer. Psykologene kartlegger psykisk helse ved hjelp av gode verktøy utviklet ved Senter for krisepsykologi. De fanger opp og videreformidler behandlingsbehov. De tilbyr også kurs for nybosatte flyktninger i Bergen, med tanke på å øke kunnskap om psykisk helse, stimulere til bedre egenomsorg og det å håndtere psykiske utfordringer hos seg selv og barna sine. Disse ansatte er i målgruppen for å ta VIVAT kurset 1.hjelp ved selvmordsfare.

5.19.2 Enslige mindreårige flyktninger som blir bosatt i Bergen

Fra 2017 er botilbud til enslige mindreårige flyktninger etablert som en egen enhet i barnevernstjenesten. Tross mange unge med store psykiske utfordringer har denne tjenesten siden oppstarten i 1999, ikke opplevd selvmord i sin brukergruppe. De har i sin kompetanseplan at alle ansatte skal ha gjennomført VIVAT kurset 1. hjelp ved selvmordsfare. De ansatte går aktivt inn i denne tematikken med dem det gjelder, og de unge får god og tett oppfølging. De opplever samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt, særlig i alvorlige saker. Terskelen for å bli tatt inn i behandling i spesialisthelsetjenesten oppleves likevel noe høy. De vurderer selv at det er god balanse mellom deres utfordringer og kompetanse på dette feltet.

Ungdom som skal returneres når de fyller 18 kommer ikke i kontakt med denne tjenesten. Det er UDI (Utlendingsdirektoratet) som har ansvar for oppfølging av disse unge, som oppholder seg i asylmottak. Disse unge har likevel kontakt med Senter for migrasjonshelse inntil de får en fastlege.

5.20 Etat for psykisk helse og rustjenester

En stor del av kommunens samlede kompetanse innen psykisk helse, inklusive selvmordsproblematikk, finnes i Etat for psykisk helse og rustjenester. De psykiske helsetjenestene i etaten gir tilbud til over 1800 personer, hvorav rundt 1400 har individuell

oppfølging. En del av disse brukerne er ofte eller noen ganger i selvmordskriser. I tillegg ledes arbeidet i kriseteamene fra denne etaten, og lang tids oppfølging etter ulykker og brå død skjer oftest her. Kompetansenivået er gjennomgående høyt. Storparten av de ansatte er høgskoleutdannet og over halvparten av disse har en eller flere relevante videreutdannelser. Selv om mange av forebyggingstiltakene må skje på andre arenaer, er det viktig at denne tjenesten besitter en spisskompetanse som øvrige tjenester i kommunen kan gjøre seg nytte av, særlig innen opplæring og veiledning. Etaten skolerte i 2019 åtte nye instruktører for VIVAT kurset 1. hjelp ved selvmordsfare, og vil i 2023 erstatte de som har sluttet ved å kurse opp nye.

5.21 Fengselshelsetjenesten

Det er etablert gode rutiner for forebygging av selvmord hos innsatte i Bergen og Bjørgvin fengsel. Alle innsatte kartlegges i løpet av de første 48 timene etter innsettelse med tanke på psykiske lidelser, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer i forhold til selvmord.

Det iverksettes oppfølging og forebygging ut ifra denne kartleggingen med tanke på tilsyn, kontaktsykepleier, faste samtaler, legetilsyn og henvisning til psykologtjenesten og evt. innleggelse i sykehus. Graden av behov for ekstra oppfølging, og effekten av denne, blir evaluert hver 14. dag. Det gis ekstra oppfølging av innsatte som sitter i varetekt og isolasjon for å forbygge selvmord og isolasjonsskader. Den innsatte følges opp i forhold til viktigheten av å opprettholde gode døgnrutiner med tanke på søvn, ernæring, lufting og trening. Det etableres samarbeid med den innsattes kontaktbetjent og evt. ansvarsgruppe for å koordinere oppfølgingen og graden av denne, samt planlegging av løslatelse. Det er ukentlige samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten i fengselet og kriminalomsorgen vedrørende de innsattes psykiske helse. Sykepleierne har daglige møtepunkter på avdelingene for å få informasjon fra kriminalomsorgen om de innsatte. Det er etablert samarbeid med kriminalomsorgen i forhold til løslatelser der de benytter pasientsikkerhetsprogrammet, og der målet er at alle skal ha «en time i hånden» dvs. en avtale eller en plass å gå til etter løslatelse.

Ved selvmord eller «nærselvmord» melder fengselshelsetjenesten seg selv til Statsforvalteren for å få en gjennomgang av sin behandling og sine rutiner.

5.22 Frisklivsentralen

Bergen kommunes frisklivsentral har en rekke gode og relevante tilbud for mennesker som sliter med livene sine. Dette kan gjelde utfordringer knyttet overvekt, søvnvansker, stressbelastninger og depresjoner. De kartlegger alle som tar kontakt for å se om tilbudene passer, men har ellers ikke noen formelle skranker for kunne ta kontakt. Frisklivs- og mestringssenteret har også ansvar for tjenesten forebyggende hjemmebesøk til personer over 75 år.

<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/helse-omsorg-og-inkludering/frisklivsog-mestringssenteret-endrer-navn-til-frisklivssentralen>

5.23 Selvhjelp

Norge har i dag en ganske omfattende satsing på selvhjelp, nedfelt i en nasjonal handlingsplan for selvhjelp. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-plan-for-selvhjelp-2014-2018>

Selvhjelpsgrupper kan bidra betydelig til livsmestring, og Selvhjelp Norges distriktskontor for Hordaland har blant annet satt i gang en prosess for å etablere et LINK senter for selvhjelp og mestring her i Bergen.



6. NYE TILTAK OG TILTAK SOM KAN FORSTERKES

6.1 Tiltak i barnehager

- Videreføre satsingen med opplæring av relasjonskompetanse i de kommunale barnehagene, og legge til rette for foreldreveiledning i barnehagen. Rammene i barnehagen vil kreve ekstra støtte for å sikre gjennomføring av dette.
- Sikre god opplæring for alle ansatte og særskilt av ressursteamene, om ansvarlig håndtering av aktivitetsplikten §§ 41-43 i barnehageloven.
- Fastholde etablerte rutiner og satsingsområder rundt tverrfaglig samarbeid mellom barnehagene og Pedagogisk Psykologiske Tjeneste (PPT), Pedagogisk psykologisk senter (PPS), Tverrfaglig Utviklings Team (TUT), helsestasjon og Team Skyfritt.
- Etablerer gode rutiner for god overgang barnehage – skole, bør være fast tema på samarbeidsmøter i Etat for barnehage og Etat for skole

Gjennomføring: Fortløpende

Ansvarlig: Etat for barnehager

6.2 Tiltak i barne- og ungdomsskoler

- Videreføre og vedlikeholde programmet Livet på timeplanen.
Sikre at skolene deler erfaringer med arbeidet. Invitere ansvarlig fra RVTS til møter.
Holde oppdatert oversikten over skolerte ressurspersoner, og sikre opplæring av nye når det er aktuelt.
Gi nødvendig støtte til Hovedressursgruppene til at de kan ivareta sitt ansvar.
- Aktivt dele gode miljøterapeutiske modeller som bidrar til å identifisere og støtte elever som har det vanskelig.

Gjennomføring: Fortløpende

Ansvarlig: Etat for skole og Etat for barn og familie sammen med RVTS/RKBU

6.3 Tiltak i videregående skoler

- Vestland fylkeskommune avventer tiltak i videregående opplæring til rapporten fra Sintef «Kunnskapsgrunnlag for forebygging av selvmord i Vestland fylkeskommune» er ferdig politisk behandlet høsten 2023 Rapporten vil gi et grunnlag for videre valg av kunnskapsbaserte tiltak som rettes mot befolkningen i Vestland, herunder også ungdom.
- De fylkeskommunale og de private videregående skolene inviteres med til videre samarbeid om programmet Livet på timeplanen og deltar dersom de ønsker det.
- Alle helsesykepleiere på videregående skoler kurses som ressurspersoner i Livet på timeplanen.

Gjennomføring: Fortløpende

Ansvarlig: Byrådsavdeling for barnevern og sosiale tjenester, etat for barn og familie og RVTS/RKBU

6.4 Tiltak for ungdom på universitet og høyskoler

- Siste 4 år har rundt 110 ansatte nøkkelpersonell med universitet og høyskoler blitt kurset ved egne VIVAT kurs, sammen med ansatte i SAMMEN. Fra 2024 inviteres nøkkelpersonell ved universitet og høyskoler med på åpne VIVAT kurs i Bergen kommune sammen med andre yrkesgrupper, inkludert også ansatte ved folkehøgskolene i Bergen.

Gjennomføring: Fra 2024.

Ansvarlig: Etat for psykisk helse og rustjenester.

6.5 Tiltak for å bedre nå gutter og menn

- Sikre så langt det er mulig at det er tilgang til mannlige hjelpere i aktuelle hjelpe- og krisetjenester.
- Tydelig markedsføre Rask Psykisk Helsehjelp som et tilbud til menn – der pasienter også kan be om en mannlig terapeut om de ønsker det.
- Samarbeide med Kirkens SOS og RVTS om å tilby foredrag til organisasjoner og arbeidsplasser med stor andel av menn.
- Arrangere en konferanse om menn og kriser.

Gjennomføring: Oppstart 2024.

Ansvarlig: Etat for helsetjenester, Etat for barn og familie, Etat for psykisk helse og rustjenester og byrådsavdeling for barnevern og sosiale tjenester

6.6 Helsehjelp for ungdom skal gjøres mer kjent og tilgjengelig

- Samarbeide med Helse Bergen om å etablere en ordning der alle kan henvende seg direkte til Psykisk helsevern for barn unge for veiledning og støtte i situasjoner der barn og unge er i selvmordsfare, tilsvarende det Helse Stavanger tilbyr.
- Visittkortet «Kjenner du noen som har det vanskelig» skal deles ut til alle 8. klassinger og alle i 1. videregående av helsesykepleier.
- Plakaten og skjermbildet «Kjenner du noen som har det vanskelig?» skal spres til skoler, ulike informasjonsskjermer og kundemottak i kommunen.
- Visittkortet «Kjenner du noen som har det vanskelig» deles ut i fadderpakken til alle nye studenter.

Gjennomføring: Fortløpende

Ansvarlig: Byrådsavdeling for barnevern og sosiale tjenester og Etat for barn og familie

6.7 Styrke kompetanse i selvmordsforebygging for leger og psykologer

- Kompetanse på identifisering og håndtering av selvmordsfare hos fastlegene skal styrkes/vedlikeholdes ved å arrangere emnekurs om psykisk helse, der selvmordsforebygging inngår som en del av programmet.
Kurstilbud tilrettelegges i et nært samarbeid med fastlegenes tillitsvalgte.
- Markedsføre aktivt E-læringskurs i selvmordsrisikovurdering fra Senter for Selvmordsforskning og -forebygging. Kurset er godkjent av Legeforeningen og er et 3 timers nettbasert kurs. Kurset skal også gjøres tilgjengelig for kommunale psykologer.

Gjennomføring: Innen 2 år fra planen er vedtatt.

Ansvarlig: Etat for helsetjenester i samarbeid med fastlegenes egne organer.

6.8 Styrke kompetansen ved Bergen legevakt og Senter for migrasjonshelse

- Ledelsen ved Bergen legevakt og Senter for migrasjonshelse skal legge til rette for at ansatte får anledning til å gjennomføre kurs i selvmordsforebyggende helsearbeid.
- Etablere rutiner for samhandling mellom Bergen legevakt og relevante kommunale instanser ved selvmordsfare som ikke følges opp i spesialisthelsetjenesten.

Gjennomføring: Opplæring gjennomføres fortløpende i planen virketid. Etablering av rutiner innen 2024.

Ansvarlig: Etat for helsetjenester

6.9 Identifisere selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre

- Tilby utvalgte ansatte kompetansehevende kurs på dette i samarbeid med RVTS.
- Tilbud om forebyggende hjemmebesøk, utvides til også å gjelde enslige eldre mellom 70 og 75 år, der det er meldt behov om dette fra fastlege, pårørende eller andre instanser.
Markedsføre dette tilbud aktivt.

Gjennomføring: Fortløpende

Ansvarlig: Byrådsavdeling for helse og omsorg i samarbeid med RVTS.

6.10 Tettere oppfølging av personer med selvmordsproblematikk

- Styrke oppfølgingen av brukere av kommunale psykiske helsetjenester med selvmordsproblematikk, i forbindelse med etableringen av ny kvelds- og helgetjeneste.

Gjennomføring: Innen 2024

Ansvarlig: Etat for psykisk helse og rustjenester

6.11 Samarbeide med og styrke tilbudet som gis gjennom frivillige organisasjoner

- Samarbeide med LEVE, og Kirkens SOS om å tilrettelegge informasjon om krisetjenester, både på ulike nettsider og ved å spre visittkortet «Kjenner du noen som har det vanskelig?».
- Støtte Kirkens SOS og LEVE sine tilbud økonomisk.
- Bidra til å markedsføre LEVE for etterlatte og berørte av selvmord, og sikre at alle som har kontakt med kriseteamene etter selvmord får denne informasjonen.
- Invitere LEVE til å bidra med erfaringskunnskap i alle faglige fora der tema er selvmord og selvmordsforebygging.

Gjennomføring: Fortløpende

Ansvarlig: Byrådsavdeling for barnevern og sosiale tjenester og etat for psykisk helse og rustjenester.

6.12 Øke kompetansen hos relevante yrkesgrupper og tillitsvalgte

- VIVAT kurset 1. hjelp gjøres tilgjengelig for ansatte i etat for hjemmetjenester, etat for tjenester til utviklingshemmede, etat for boligforvaltning og andre etater som ikke har spesifikke tiltak i planen.
- Etter hvert som viktige grupper kommunalt ansatte har fått tilbud om VIVAT kurs skal dette også tilbys ansatte i NAV stat, politiet samt organisasjoner som Røde Kors, idrettslag og andre relevante frivillige organisasjoner.

Gjennomføring: Innen 2026.

Ansvarlig: Etat for psykisk helse og rustjenester

6.13 Kompetanseheving internt i Bergen kommune

- Utvikle et nanolæringskurs med basis i det veiledende materialet for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord som grunnlag:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selv-mord-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-selv-mord>

Programmet utvikles i et samarbeid mellom Bergen kommune og RVTS, og spres til grupper i Bergen kommune som ikke omfattes av VIVAT opplæringen.

Gjennomføring: Innen 2024

Ansvarlig: Byrådsavdeling for barnevern og sosiale tjenester, RVTS og Seksjon for digitalisering og innovasjon (SDI)

6.14 Tiltak i NAV Sosialtjeneste

- Øke bruken av kriseplaner for rusavhengige med selvmordsrisiko.
- Tilby VIVAT kurs 1. hjelp ved selvmordsfare VIVAT til alle ansatte i NAV sosialtjenester.

Gjennomføring: Fortløpende

Ansvarlig: Etat for sosiale tjenester

6.15 Ressursgruppe

- Videreføre ressursgruppen bestående av de instansene som har deltatt i å utarbeide Handlingsplan for selvmordsforebygging. Gruppen knytter til seg aktuelle fagmiljøer og organisasjoner som vil bidra i gjennomføringen.
- Gruppen skal gjennom halvårige oppfølgingsmøter sikre og evaluere gjennomføringen av planen.

Gjennomføring: Fortløpende

Ansvarlig: Byrådsavdeling for barnevern og sosiale tjenester



7. ØKONOMISKE FORUTSETNINGER

En del tiltak i denne handlingsplanen kan gjennomføres innenfor eksisterende budsjettrammer. Enkelte tiltak innebærer merkostnader på til sammen 1,2 mill. utover vedtatt budsjett. Slike tiltak må vurderes i forbindelse med årlig rullering av handlings- og økonomiplanen, og gjennomføring av disse avhenger dermed av fremtidig økonomisk handlingsrom og budsjettmessig prioritering.

Merkostnaden på 1,2 mill. gjelder følgende:

- Den største årlige kostnaden vil være knyttet til å arrangere 8 – 10 kurs pr år VIVAT 1. hjelp ved selvmordsfare. Kostnadene er knyttet til frikjøp av kursledere, husleie og materiell beregnet til ca. 600 000.- pr år.
- Noen av kursdeltakerne vil også måtte erstattes i turnus der de arbeider eller i undervisning på skoler de jobber ved, kr 200 000.-
- Opplæring av nye ressurspersoner i programmet Livet på timeplanen og ulike samlinger av Hovedressursgruppene i de fire byområdene vil koste rundt 200 000.- pr år.
- Kursopplegg for leger og psykologer og å arrangere en konferanse om menn og kriser vil til sammen koste 200 000.»

8. Referanseliste

- (1) Folkehelseinstituttet. (2017). Selvmord og selvmordsforsøk i Norge. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvord-og-selvordsforsok-i-norge/>
- (2) Dødsårsaksregisteret. D10 Selvmord etter kjønn, alder og døds måte.
<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- (3) Helsedirektoratet. (2014). Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Oslo: Direktoratet.
- (4) Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Tsirigotis M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*, 17(8). 65-70.
- (5) Isometsä E. T. & Lönnqvist, J. K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, 173, 531-535.
- (6) Addis M. E. & Mahalik J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American psychologist* 58(1), 5-14.
- (7) Folkehelseinstituttet. (2017). Faktaark om selvmord og selvmordsforsøk. Henta frå:
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/selvord-og-selvordsforsok---fakta/>
- (8) Ystgaard, A., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskriftet norske legeforening*, 123, 2241-2245.
- (9) Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*, 182, 537–542.
- (10) Moseng, B. U. (2007): Selvmordsatferd blant sammekjønnsseksuelle kvinner og menn: funn fra nyere representative studier. *Suicidologi*, 12(1), 3–8.
- (11) Nova & KoRus. (2017). Videregående elever i Bergen kommune. Ungdata. Hentet fra:
<http://www.ungdata.no/Fylker-og-kommuner/Hordaland/Bergen>
- (12) Folkehelseinstituttet. (2015). Hvorfor tar unge, velfungerende menn selvmord? Hentet fra:
<https://www.fhi.no/nyheter/2014/selvord-hos-unge-tilsynelatende-ve/>

- (13) Rasmussen, M. L., Haavind, H., Dieserud, G., & Dyregrov, K. (2014). Exploring Vulnerability to Suicide in the Developmental History of Young Men: A Psychological Autopsy Study. *Death studies*, 38(9), 549-556.
- (14) Proba samfunnsanalyse. (2012). Undersøkelse av vold og uønskede hendelser i asylmottak. Rapport 2014-08.
- (15) Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-218.
- (16) Kristensen, P., Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2017). Hva skiller forlenget sorg-forstyrrelse fra depresjon? *Tidsskr Nor Legeforen*, 137(7-8), 538-539.
- (17) Dyregrov, A. (2006). Komplisert sorg: teori og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(8), 779-786. Henta frå http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=256752&a=2
- (18) Helsedirektoratet, (2011). Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Oslo: Direktoratet.
- (19) Cavanagh J. T., Carson A. J., Sharpe M., & Lawrie S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33(3), 395-405.
- (20) NSSF. (2018). Selvmord i spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rus mellom 2008 og 2015. Hentet fra: https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/infografikk_hovedfunn1.pdf
- (21) Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2017). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health*. doi: 10.1177/1403494817746274
- (22) Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(2), 138-144.
- (23) Norgeshelse statistikkbank. Dødsårsaker - Selvmord (LH). Hentet fra: norgeshelsa.no

(24) Slotte, S., Ramsøy-Halle, H., Melby, I. og Kaasbøll, J. (2020) Facilitating factors for seeking help for mental health problems among Norwegian adolescent males: A focus group interview study

(25) Hønsi A. og Longva L., Etat for barn og familie, Bergen kommune, «Verden sett fra gutterommet» – rapport.

(26) Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø., og Kildahl, T. (2022) Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en nasjonal registerstudie. [Ny rapport gir kunnskap om selvmord blant barn og unge - Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging \(uio.no\)](#)

(27) Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. og Holmelid, Ø. (2021) Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020.

