Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen 2018 – 2022



Et forpliktende samarbeid mellom Bergen kommune, Hordaland Fylkeskommune, LEVE Hordaland, Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmordsførebygging (RVTS), Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest) og Helse Bergen HF.

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

BERGEN KOMMUNE

HORDALAND FYLKESKOMMUNE

RVTS Vest
Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmordsførebygging Region vest

LEVE
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord
Hordaland fylkeslag

NORCE
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest)

Innhold

1. Innledning 4

2. Status og samfunnsbilde 5
2.1 Nasjonale data 5
2.1.1 Ulikheter mellom kjønn og når det gjelder selvmordsmetoder 5
2.1.2 Skjulte selvmord 6
2.1.3 Selvmordsforsøk og villet egenskade 6
2.2 Lokale data 7
2.2.1 Hva vet vi om Bergen? 7

3. Noen grupper Bergen kommune vil fokusere særlig på 9
3.1 Barn og unge 9
3.1.1 Innspill fra elev og studentorganisasjonene 10
3.2 Flyktninger og asylsøkere 11
3.3 Eldre 11
3.4 Etterlatte 12
3.5 Funksjonshemmede 12
3.6 Andre grupper 12

4. Faktorer som kan øke selvmordsfaren 13
4.1 Psykiske helseproblemer og rusavhengighet 13
4.2 Traumer 14
4.3 Sorg og tap 14
4.4 Andre viktige faktorer 14

5. Hva finnes – og hva mangler? 15
5.1 Psykisk helse i barnehager 15
5.2 Skolemodellen - Selvmordsforebygging i skolen fra Fana/Ytrebygda 15
5.3 Storsatsing på barn, unge og familier 18
5.4 Arbeid mot fordommer og stigma 18
5.5 Støtte fra familie og nettverk 19
5.6 Fastlegens rolle 19
5.7 Fysioterapitjenester 19
5.8 Lavterskel hjelpetilbud for voksne og eldre 19
5.9 Kirkens SOS 19
5.10 LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord 20
5.11 Tiltak for eldre 20
5.11.1 Prosjekt for selvmordsforebygging i Arna 20
5.11.2 Forebyggende hjemmebesøk til eldre 20
5.12 Rustjenester 20
5.13 Ambulerende kvelds- og helgetjeneste under planlegging 21
5.14 Kriseplaner og akuttoppfølging 21
5.15 VIVAT 21
5.16 Oppfølging av barn og unge under 18 år som innlegges i sykehus etter selvmordsforsøk 22
5.17 Oppfølging av voksne som innlegges i sykehus etter selvmordsforsøk 22
5.18 Særlige tjenester til asylsøkere og flyktninger 22
5.18.1 Senter for migrasjonshelse 22
5.18.2 Enslige mindreårige flyktninger som blir bosatt i Bergen 23
5.19 Etat for psykisk helse og rustjenester 23
5.20 Fengselshelsetjenesten 23
5.21 Frisklivs- og mestringssenter 24
5.22 Selvhjelp 24
5.24 Lokal statistikk om selvmordsforsøk og villet egenskade 24

6. Nye tiltak og tiltak som må forsterkes 25

Tiltak 1 Tiltak i barnehager 25
Tiltak 2 Tiltak i barne- og ungdomsskoler 25
Tiltak 3 Tiltak i videregående skoler 26
Tiltak 4 Tiltak for ungdom på universitet og høgskoler 26
Tiltak 5 Kulturtilbud 26
Tiltak 6 Helsehjelp for ungdom skal gjøres mer kjent og tilgjengelig 27
Tiltak 7 Styrke kompetanse i selvmordsforebygging for leger og psykologer 27
Tiltak 8 Styrke kompetansen hos ansatte ved Bergen legevakt og Senter for migrasjonshelse 27
Tiltak 9 Identifisere selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre 27
Tiltak 10 Tettere oppfølging av personer med selvmordsproblematikk 28
Tiltak 11 Samarbeide med og styrke tilbudet som gis gjennom frivillige organisasjoner 28
Tiltak 12 Tiltak for ansatte i NAV stat 28
Tiltak 13 Kompetanseheving internt i Bergen kommune 28
Tiltak 14 Tiltak i NAV Sosialtjeneste 28
Tiltak 15 Ressursgruppe 29
Tiltak 16 Informasjon 29
Tiltak 17 Lokale data for selvmordsforsøk og villet egenskade 29

7. Referanseliste 30

Bystyrets vedtak 32

1. Innledning

Bystyrets kontor mottok 16. desember 2016 et innbyggerforslag som ble innsendt fra Kjell R. Soleim. Forslaget er opprettet av «LEVE Hordaland – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord» og har tittelen «Nullvisjon for selvmord». Innbyggerforslaget lyder slik:

«LEVE Hordaland, Fylkeslaget i LEVE -Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, vil med dette henstille til Bergen bystyre om å vedta en nullvisjon for selvmord. Etter vårt syn er det på tide at selvmord kommer på den politiske agendaen og blir behandlet som et problem som de folkevalgte kan arbeide med. En nullvisjon er selvfølgelig en utopi som vanskelig kan realiseres, men vi har tro på at en slik visjon kan bidra til å få politikerne til å ta problemet mer på alvor og gjøre hva de kan for å få redusert antallet selvmord. Antall selvmord har de siste årene vært bortimot tre ganger så høyt som antallet dødsulykker i trafikken, hvor en nullvisjon ser ut til å ha hatt positiv effekt. Denne henstillingen er blitt gjort til gjenstand for en underskriftskampanje i forbindelse med Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september 2016, og støttes av de undertegnede. Vi legger også ut kampanjen på opprop.net.»

De som har levert innbyggerforslaget er særlig opptatt av ungdom som strever. De har tatt kontakt med Nordland fylkeskommune, som har laget en egen handlingsplan mot selvmord. Der er det etablert en egen samarbeidsavtale mellom fylkeskommunen og LEVE Nordland, og det er etablert en rekke tiltak både innen skoleverket og via kultursektoren, som omhandler ungdom og psykisk helse. Samarbeidet har også omfattet Rosa Kompetanse og Skeiv Ungdom, som har bidratt med sin kunnskap.

Bergen bystyre behandlet saken i møtet 310517 sak 136-17 og fattet følgende vedtak:

1. Bystyret slutter seg til en nullvisjon for selvmord slik det fremkommer av innbyggerforslaget.
2. Bergen kommune vil gjennom samarbeid med aktuelle instanser som Helse Bergen HF og Hordaland Fylkeskommune intensivere det selvmordsforebyggende arbeidet i helsetjenestene, bedriftshelsetjenestene og skoleverket.
3. I det videre arbeidet med konkretisering av virkemidler for å få ned antall selvmord, bør kommunen samarbeide tett med ideelle organisasjoner som er aktive på feltet, som Kirkens SOS, og organisasjoner for pårørende, som LEVE.
4. Bystyret ber byrådet utarbeide en egen handlingsplan for forebygging av selvmord.
5. Bystyret ber om at handlingsplan for forebygging av selvmord inneholder et eget avsnitt som omhandler samarbeid med Universitetet i Bergen, Høyskoler og studentorganisasjoner.

Selvmordsforebygging må skje på mange ulike arenaer. Derfor har denne handlingsplanen blitt laget i et nært samarbeid mellom Bergen kommune, Hordaland Fylkeskommune, Fylkeslaget av LEVE, Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmordsførebygging Vest (RVTS), Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest) og Helse Bergen HF. En rekke andre organisasjoner og institusjoner har levert innspill gjennom å delta på innspillsseminar og møter. Dette gjelder blant annet Kirkens SOS, Velferdstinget Vest og Elevorganisasjonen i Hordaland. Tiltakene for selvmordsforebygging vil ha et sterkt fokus på å øke kompetansen til å snakke om vanskelige og sensitive tema, dermed vil tiltakene også kunne ha en positiv effekt til personer som er i kriser og sliter med livet sitt både med og uten selvmordsfare.

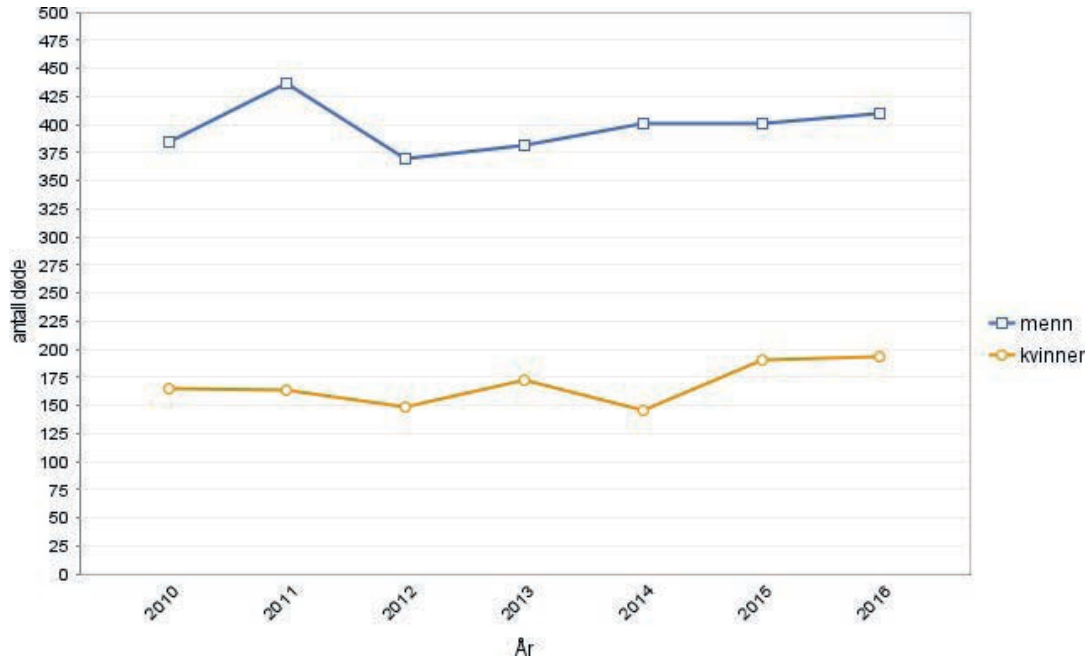
I planen presenteres pågående arbeid som har betydning for forebygging av selvmord, og avslutningsvis presenteres forslag til nye tiltak og eksisterende tiltak som kan utvikles bedre eller nå flere. Gjennom 17 nye tiltak styrkes innsatsen for å forebygge selvmord, samtidig som kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i tjenesteapparatet utvikles.

2. Status og samfunnsbilde

2.1 Nasjonale data

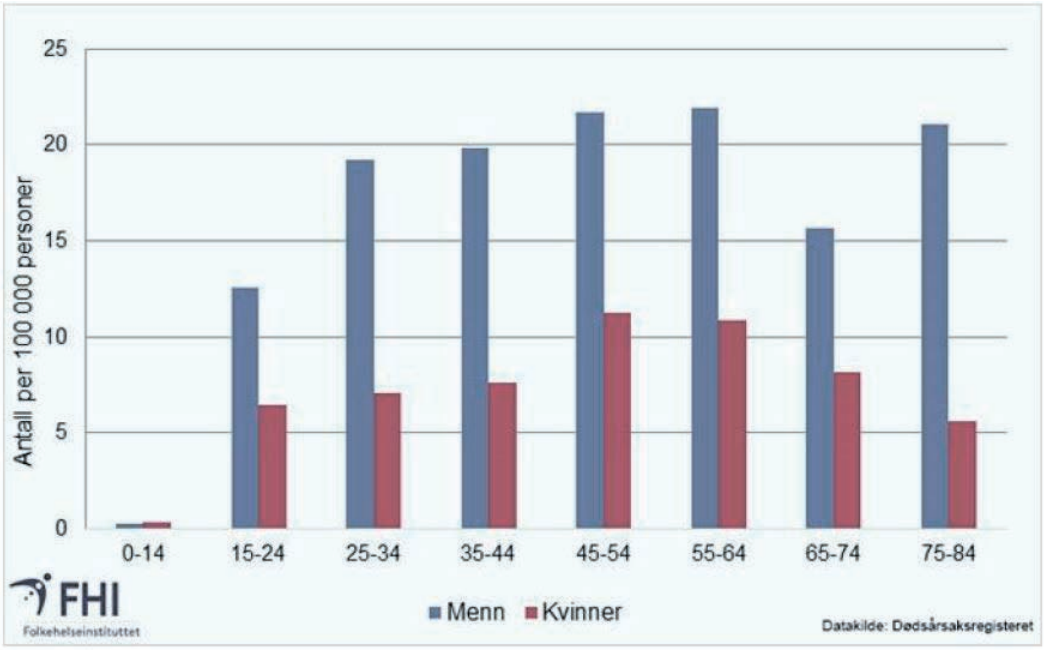
2.1.1 Ulikheter mellom kjønn og når det gjelder selvmordsmetoder

Figur 1: Utviklingen de siste årene når det gjelder antall selvmord i Norge (23):



I følge Folkehelseinstituttet (1) ble det registrert 614 selvmord i Norge i 2016. 418 av disse selvmordene ble begått av menn, mens 196 ble begått av kvinner. Det har skjedd store endringer i hvilke metoder som benyttes for å begå selvmord. De siste 20 årene er bruk av skytevåpen og sprengstoff mer enn halvert blant menn. I dag er hengning og kvelning den vanligste selvmordsmetode blant menn, etterfulgt av skytevåpen og sprengstoff, samt bruk av gift (hovedsakelig legemidler) (1, 2). For kvinner har tradisjonelt hatt forgiftning vanligste metode, men i 2016 var det flere kvinner som døde som følge av henging og kvelning enn av forgiftning.

Figur 2: Oversikt over rater av selvmord i Norge etter alder:



Folkehelseinstituttet (1) har regnet ut antall selvmord per 100.000 innbygger, basert på tall fra 2012 til 2016 (figur 2). Som det fremgår av denne figuren er selvmordsraten høyere hos menn enn hos kvinner.

Dersom man ser på antall selvmord var det flest i aldersgruppen 50-54 år (66 registrerte selvmord), og lavest antall selvmord i aldersgruppen 75-79 år (19 registrerte selvmord). Selv om det er stor forskjell i antallet selvmord i aldersgruppen 50-54 og aldersgruppen 75-79 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. Vi ønsker derfor å tydeliggjøre at dette er en utsatt gruppe, som det er viktig å rette tiltak mot.

I 2016 ble 68 % av alle selvmord begått av menn. Når man ser på antallet selvmord var det flest selvmord blant menn i aldersgruppen 45-49 år (44 selvmord), etterfulgt av menn i alderen 30-34 og 50-54 (43 selvmord for begge grupper) (2). I følge 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, og for menn stiger denne risikoen etter 65 års alder, mens den synker for kvinner.

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 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). Uten ytre holdepunkter, som f.eks. et avskjedsbrev, 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, 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.

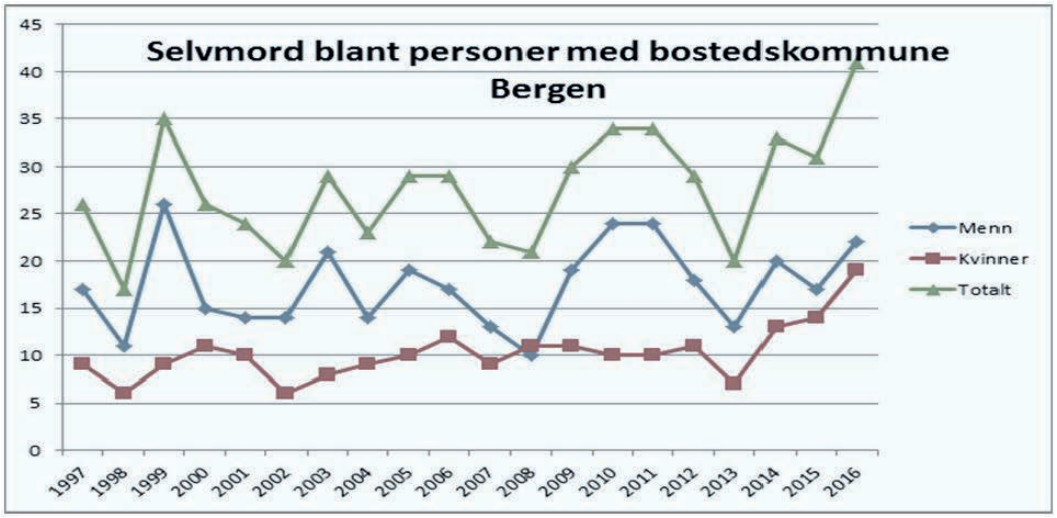
Selv om et selvmord hos en nærstående kan oppleves som lyn fra klar himmel, kan det hos personen selv ha vært en lang prosess, med mye tanker om selvmord og flere forsøk. Selvskading er også en kjent risikofaktor for gjennomført selvmord (9). Derfor vil det å fokusere sterkere på selvskading og selvmordsatferd, kunne være et av de viktigste tiltakene for selvmordsforebygging. Rask og god oppfølging av alle som har gjort forsøk, har stor forebyggingsverdi.

2.2 Lokale data

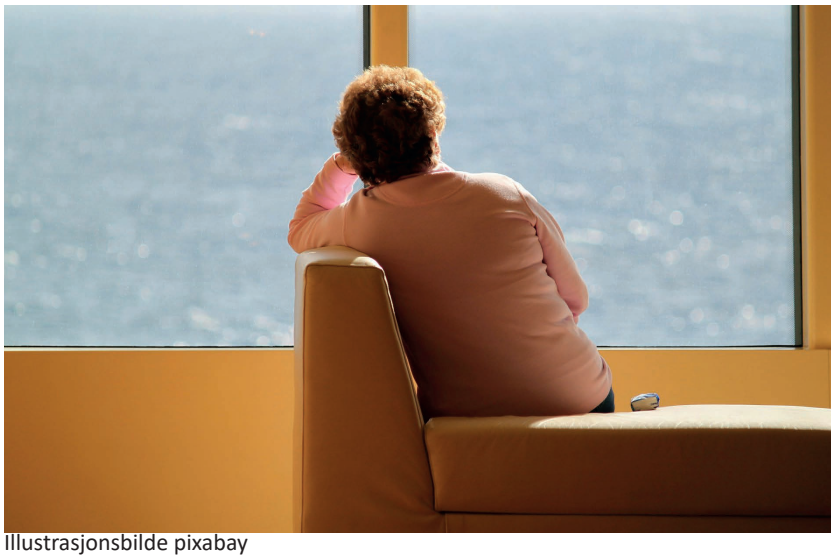
2.2.1 Hva vet vi om Bergen?

I 2016 var det 44 selvmord blant personer registrert i Rogaland, 14 selvmord i Sogn og Fjordane og 67 selvmord i Hordaland (2). Ved 41 av selvmordene i Hordaland var bostedsadressen i Bergen.

Figur 3: Selvmord blant personer med bostedskommune Bergen (tall fra Folkehelseinstituttet)



De siste par årene er det en høyere andel kvinner i tallene fra Bergen enn i de nasjonale tallene. Dette gjelder særlig for gruppen over 50 år. Tallene for 2016 i Bergen avviker både fra nasjonale tall og fra tidligere tall for Bergen. Vi vet ikke hva dette skyldes og om dette er en trend som vil fortsette. Noen foreløpige tall for 2017 tyder på en betydelig nedgang fra 2016 til 2017 i antall selvmord i Bergen. 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.



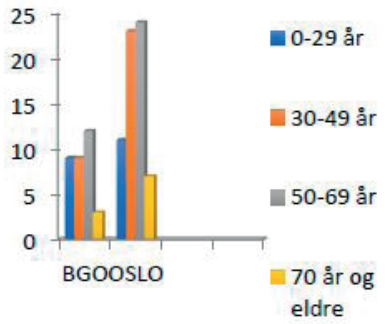
Illustrasjonsbilde pixabay

2.2.2 Oversikt over antall selvmord blant personer registrert i Bergen og Oslo for årene 2014 – 2016 (tall fra Folkehelseinstituttet)

Tabell 1: Fordelt på alder og kjønn

2014	Bergen			Oslo		
Aldersgruppe	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
0-29 år	4	5	9	9	2	11
30-49 år	9	0	9	17	6	23
50-69 år	6	6	12	16	8	24
70 år og eldre	1	2	3	6	1	7
Totalt	20	13	33	48	17	65

Fordeling totalt antall og alder:

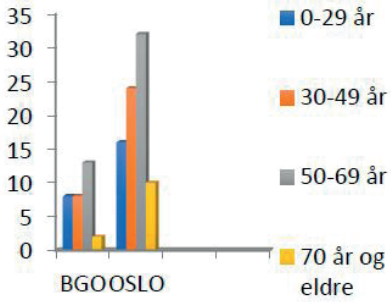


I forhold til folketall har Bergen noe høyere selvmordstall enn Oslo for 2014.

Tabell 2: Fordelt på alder og kjønn

2015	Bergen			Oslo		
Aldersgruppe	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
0-29 år	5	3	8	10	6	16
30-49 år	3	5	8	15	9	24
50-69 år	7	6	13	22	10	32
70 år og eldre	2	0	2	9	1	10
Totalt	17	14	31	56	26	82

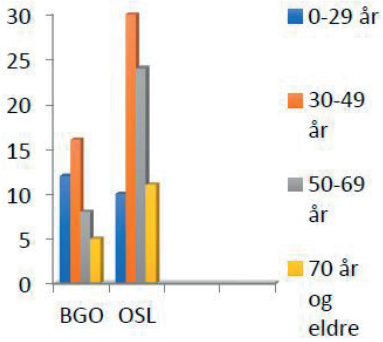
Fordeling totalt antall og alder:



For 2015 er det endret til at Oslo ligger betydelig høyere.

Tabell 3: Fordeling på alder og kjønn Fordeling totalt antall og alder:

2016	Bergen			Oslo		
Aldersgruppe	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
0-29 år	7	5	12	7	3	10
30-49 år	12	4	16	23	7	30
50-69 år	1	7	8	10	14	24
70 år og eldre	2	3	5	5	6	11
Totalt	22	19	41	45	30	75



Den kraftige økningen i Bergen for 2016 gjør at Bergen ligger over Oslo.

De endelige tallene for 2017 vil foreligge først i november 2018.

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 sårbare.

Når det gjelder elevenes rett til et godt skolemiljø, ble det 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 elevene sitt skolemiljø med alle underpunkt er førende og forpliktende for alle grunnskoler og videregående skoler.

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

I følge tall fra Ungdata-undersøkelsen (11) er det 5 % av de 4086 som svarte fra de videregående skolene i Bergen, som blir mobbet hver uke til hver 14. dag. Tallene ligger over landssnittet. Det samme gjelder for området rus, der i snitt 59 % svarer at de har vært ruset på alkohol siste året, en variasjon fra 43 % på Vg1 til 84 % på Vg3. 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.

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. Helsesøstre og sosiallærere på skolen, helsestasjon for ungdom 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 befolkninga og er overrepresenterte i selvmordsstatistikken.


Illustrasjonsbilde pixabay

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 svært personlig. Derfor ville reduserte egenandeler, eller frikort for ungdom opp til en viss alder, være en måte å stimulere til at de oppsøkte 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.

I følge Folkehelseinstituttet (12) tar i gjennomsnitt seks unge menn mellom 20 og 30 år livet sitt hver måned i Norge. Mette Lyberg Rasmussen og medforfattere (13) har intervjuet etterlatte etter 10 unge menn som tok livet sitt om hvordan de forsto selvmordet. Selvmord blir ofte satt i sterk sammenheng med psykiske lidelser, særlig depresjon. Rasmussen og medforfattere fant i sin studie at det ikke var psykiske lidelser og depresjon som var den viktigste forklaringen på selvmordene. Mange etterlatte hadde ikke sett noen tegn på alvorlige psykiske lidelser, og opplevde at selvmordet kom som lyn fra klar himmel. Rasmussen og medforfatterne fant hos disse unge mennene «en særlig sårbarhet for å oppleve seg som avvist og ikke å ha lykkes med å nå sine mål» (12). Hun forklarer videre at «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 lengre, og selvmordet blir en vei ut av en situasjon med uutholdelig psykisk smerte» (12).

3.1.1 Innspill fra elev og studentorganisasjonene

I møter med Elevorganisasjonen og Velferdstinget Vest fremkommer det at særlig 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 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 helsesøstertjenestene og psykologene på skolene, fordi det lett kan være synlig for medelever. Dette gjelder i mindre grad studenter, som i stor grad benytter de psykiske helsetjenestene på studentsenteret. Disse ligger i nærheten av andre hjelpe- og veiledningstjenester, og oppleves ikke stigmatiserende.

Elev- og studentorganisasjonene vurderer oppstarten på videregående skole og overgang til studier som særlig kritiske faser. Da skal nye vennskap etableres og den enkelte må finne sin posisjon og rolle 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 for mer informasjon om disse programmene). Dette blir svært positivt evaluert av elevene. De ønsker at alle skolene benytter slike programmer, eller eventuelt kurser tillitsvalgte elever i å organisere noe tilsvarende.

Både studenter og elever ønsker at det blir laget en brosjyre om aktuelle hjelpetilbud – og at denne ble gitt til alle elever og studenter. Den bør også ligge lett tilgjengelig i læringsportalen It`s Learning, slik at den ble enkel å finne for alle elever og studenter.

Organisasjonene for studenter og elever ville gjerne delta i å lage brosjyren. Kirkens SOS har allerede laget noe lignende, og vil gjerne delta i dette – slik at disse initiativene kan slås sammen. Velferdstinget ønsker også at Bergen kommune støtter opp om initiativet for å etablere en student-hjelper-student tjeneste. De vil rekruttere frivillige studenter til dette, men disse vil trenge opplæring og veiledning for å sikre kvalitet og ivareta de som driver tjenesten.

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. De har noen ganger mistet, eller mistet kontakten med, nære pårørende. Også selve flukten er for mange traumatisk. Disse forholdene, sammen med usikkerheten knyttet til asylsøknaden og oppholdstillatelsen, gjør dem sårbare. Særlig i fasen etter avslag på søknader, eller for ungdom som får opphold kun fram til fylte 18 år, kan det være økt selvmordsfare (14).



Illustrasjonsbilde pixabay

3.3 Eldre

Tross at det lenge har vært kjent at eldre er en av gruppene med høyest 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, funksjon 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 han/hun vil få nødvendig og respektfull hjelp fra det offentlige, men blir til byrde for sine nærmeste, øker selvmordsfaren.

Forebygging og helsefremming er svært viktig også innen tjenester til eldre. Selvmordstanker kommer sjelden plutselig, og derfor er det å skape meningsfulle hverdager og ha et godt sosialt nettverk rundt seg viktig. Bergen kommune har derfor de siste tre årene satset stort på et meningsfylt innhold i hverdagen både for de som ikke har behov for pleie og omsorgstjenester, for de som har hjelp fra hjemmetjenestene og for de som bor på sykehjem. Det er mange aktivitetssentre og seniorsentre rundt om i Bergen, frivillighetskoordinatorer både i hjemmebaserte tjenester og på sykehjem som bidrar til å kartlegge eldre som har behov for eksempelvis besøksvenner, større sosialt nettverk, aktivitetssentre, utflukter, spisevenn osv. På sykehjem har vi nå ansatt aktivitets- og frivillighetsledere på alle våre sykehjem, og kurser våre ansatte innen tro og livssyn slik at beboere også etter eget ønske kan få hjelp til å dekke sine åndelige behov. Vi har også ansatt psykologer på sykehjem som en av de første kommunene i landet

3.4 Etterlatte

Personer som er i sorg etter selvmord hos nærstående, har høyere 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, mord, 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 i en tidlig fase, men disse familiene skal alltid tilbys langvarig oppfølging fra bydelenes lokale kriseteam.

Bystyret har vedtatt å gjøre de ambulante psykiske helsetjenestene tilgjengelige også på kveld og helg, og dette vil gi nye muligheter for tettere oppfølging av personer i kriser.

3.5 Funksjonshemmede

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

3.6 Andre grupper

Statistisk vet vi at pasienter innlagt i psykiatriske døgnenheter, innsatte i fengsel, yrkesgrupper som leger og veteraner fra militære operasjoner har økt selvmordsfare (3).
Tiltak for innlagte til psykiatrisk behandling ligger utenfor denne kommunale planen, og her har myndighetene satt inn et økt fokus nylig.

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



foto Per Arne Juvang - Forsvaret

4. Faktorer som kan øke selvmordsfaren

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

4.1 Psykiske helseproblemer og rusavhengighet

Psykiske lidelser, inkludert ruslidelser, er en viktig risikofaktor 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 nylig kartlegging gjort av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging fant at 43% av de som tok livet sitt i perioden 2008 til 2015 hadde vert i kontakt med spesialisthelsetjenesten 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 prosent av de som tar sitt eget liv, har vært i kontakt med primærhelsetjenesten det siste året, derav nærmere 66 prosent i løpet av siste måned (21). Kvinner og personer over 50 år var i størst grad i kontakt med primærhelsetjenesten før selvmordet.

Selv om psykiske lidelser er en viktig risikofaktor for selvmord, er det likevel viktig å poengtere at de aller fleste mennesker med psykiske lidelser ikke tar livet sitt. Når det gjelder alvorlig depresjon anslår Folkehelseinstituttet anslår at livstidsrisikoen for selvmord er mellom 3 og 6 prosent (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 dessuten til en del uheldige konsekvenser av overdrevent fokus 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», samtidig som betydning av kontekst og relasjoner får mindre oppmerksomhet.
Det finnes ingen forskning som entydig avdekker årsakene til den høye selvmordsraten hos pasienter under behandling i spesialisthelsetjenesten. Men en del brukere melder at manglende ressurser kan føre til at tvangstiltak og overmedisinering gjerne benyttes på bekostning av menneskelig omsorg og samtaler.

Selvskadende atferd i form av villet egenskade og rusavhengighet er også forbundet med forhøyet selvmordsrisiko. Omfanget av ungdommer som driver med selvskading er usikkert, men i en norsk studie oppgav 11% av ungdommer 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 som hadde skadet seg selv at de ønsket å dø da de skadet seg. Selvskading er også en kjent risikofaktor for senere gjennomført selvmord (9).

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 det er det er også vanlig med selvnedvurdering og selvforakt. Alt dette øker faren for selvmordsatferd. I tillegg vil ofte rusen i seg selv kunne være årsak til impulsive og lite gjennomtenkte 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. Mange 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 det opp. Derfor er tilgjengelig og kompetent traumebehandling god og 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 innhold i hverdagen.

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 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.


Illustrasjonsbilde pixabay

5. Hva finnes – og hva mangler?

5.1 Psykisk helse i barnehager

Barnehagen er gjennom barnehageloven og barnekonvensjonen forpliktet til å skape et godt fysisk og psykososialt barnehagemiljø for alle barn. Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver 2017, er en forskrift til lov om barnehager. Rammeplanen fastsetter at barnehagen skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon. Livsmestring og helse har fått et eget kapittel i ny rammeplan og understreker dermed betydningen av temaet.

Bergen kommune sin kvalitetsutviklingsplan «Sammen for kvalitet - lek og læring» er gjort gjeldende for alle kommunale barnehager og har som mål: «Livsmestring for det 21. århundre - medvirkende barn i lek og læring». Barns livsmestring er sentralt og barnehagen skal bidra til barnas trivsel, livsglede, mestring og følelse av egenverd, samt forebygge krenkelser og mobbing. Livsmestring i barnehagen handler om å oppleve tilhørighet, mestring og utvikling - og om autonomi. Livsmestring i barnehagen handler også om å møte motstand, håndtere utfordringer og være utholdende. Alle barn skal oppleve forutsigbarhet, stabilitet og trygghet i møte med sensitive, varme og inkluderende ansatte. Dette gir et godt grunnlag for læring og mestring.

Barnehagenes systematiske arbeid med å skape et godt psykososialt leke- og læringsmiljø for alle barn er nedfelt i «Sammen for kvalitet- lek og læring» og beskrives i avsnittet om tiltak.
Det utarbeides hvert halvår en aktivitetsplan for kommunale barnehager som skal støtte målene i kvalitetsutviklingsplanen gjennom ulike kursrekker, samlinger og barnehagebaserte kompetansehevingsrekker. Tiltakene er rettet mot å fremme voksen-barn, voksen-foreldre, foreldre - barn og barn-barn-relasjonen i barnehagen.

Det finnes en rekke hjelpeinstanser som tilbyr rådgivning, konsultasjon, kartlegging og behandling til barn i barnehage. Barnehagen sin nærmeste støttespiller i det som handler om systemarbeid og barns behov er Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT). Fra et folkehelseperspektiv kjennetegnes barnehager med høy kvalitet av at de har små barnegrupper, tilstrekkelig, godt utdannet og personlig egnet stabilt voksenpersonell, som har lett tilgang til veiledning fra kommunepsykolog eller annet kompetent psykisk helsepersonell.

Tall fra hjelpeapparatet tyder på at det er store variasjoner i hvor ofte ulike barnehager kontakter hjelpeapparatet. Det er viktig at barnehagene er godt kjent med hvilke samarbeidsinstanser som finnes, samt at rutiner og kriterier for kontakt med andre instanser er kjent. Eventuelle hinder for at barnehagene tar kontakt med hjelpeapparatet bør kartlegges, slik at man kan bygge disse ned.

Mange barnehager har også implementert evidensbaserte universalforebyggende tiltak for å fremme psykisk helse, livsmestring, inkludering, egenverd og relasjonskompetanse. Eksempler på slike tiltak/ programmer er: ICDP (International Child Development Program), COS (Circle of Security), Grønne tanker - glade barn og De Utrolige Årene. For en utfyllende oversikt over, og beskrivelse av, aktuelle tiltak vises det til http://www.ungsinn.no.

Tiltakene er rettet mot å fremme voksen-barn og barn-barn-relasjonen i barnehagen, da forskning viser at det er kvaliteten på disse relasjonene som har tydeligst sammenheng med senere psykiske helseplager. Mange barnehager involverer foreldregruppen i dette arbeidet.

5.2 Skolemodellen - Selvmordsforebygging i skolen fra Fana/Ytrebygda

Grunnskolen skal ha mange helsefremmende og forebyggende innsatser. Dette omfatter for eksempel tilpasset opplæring, arbeid med inkludering og deltakelse, innsats for sosial kompetanse og mot mobbing. Dette er også grunnmuren i det tverrfaglige og tverretatlige selvmordsforebyggende arbeidet blant barn og unge. www.ungsinn.no

Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett og byrådsavdeling for helse og omsorg 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 flere år etterpå, og også inn i voksenlivet. Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett er nå i ferd med å utarbeide en plan for forebygging av mobbing og krenkelser der målet er å utvikle et godt og trygt 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 kommunale grunnskoler og fylkeskommunale og private videregående skoler – til sammen 117 skoler. I forlengelsen av skolehelsetjenesten etableres det et tverrfaglig ressurssenter i hvert byområde som driver psykososialt arbeid for barn og unge (se kap. 5.3.).

Det ble i november 2011 laget en «Prosjektplan for selvmordsforebygging i skolene i Fana og Ytrebygda skoleområder». Prosjektet er et samarbeid mellom RVTS Vest og Bergen kommune, ved Fana og Ytrebygda skoleområde. Prosjektet er nå avsluttet og videreført som et etablert samarbeid mellom grunnskolene i Fana/Ytrebygda og RVTS. Dette samarbeidet har gitt verdifulle erfaringer med målrettet selvmordsforebygging i grunnskolen, og kan danne basis for utvikling av tilsvarende prosjekter også for de andre skoleområdene i Bergen. I dag er ca. 20 skoler inne i programmet, både barne- og ungdomsskoler. Modellen beskrives nøyere i artikkelen ved denne lenken: https://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/5435

Byrådsavdeling for helse og omsorg har estimert et dagsverk for en helsesøster til kr 2700.-
Det er totalt 85 helsesøstre som arbeider med elever i grunn- eller videregående skoler i Bergen. Disse vil trenge en grunnopplæring på 5 dager pluss 2 dagers VIVAT kurs. Helsesøstre i 20 skoler, 16 barne- og ungdomsskoler og 4 videregående, har allerede gjennomført opplæringen og en del av helsesøstrene i de gjenværende skolene har allerede denne kompetansen inne og trenger ikke kurses ytterligere. Det er totalt 117 skoler som er aktuelle i programmet. Kostnadene for opplæring av helsesøstrene kan estimeres til 1.4 millioner fordelt over 4 år (2019 – 2022), ca. 350.000.- pr år.



foto Andrew Buller - Bergen kommune

Skolemodellen Fana/Ytrebygda

En **hovedressursgruppe** per bydelsområde.

Deltakere: Ressurspersoner fra skole og helsesøster.
(4-6 personer)

Hovedressursgruppen har ansvar for:
Organisering av nettverkssamlinger og portnerkurs.

Skal være bindeledd til øvrige ressurspersoner i sitt bydelsområde.

Skolens ressursersoner
Gjennomføre portnerkurs for ansatte i skolen.
Støtte og veiledning til skoler ved selvmord og alvorlig selvskading.
Sørge for gode interne rutiner ved selvmordsproblematikk eller selvskading ved egen skole.

FAU: Foreldrerådets arbeidsutvalg
Får årlig tilbud om et møte med ressurspersoner ved skolen (skoleansatt + helsesøster).
Får også tilbud om Vivatkurset: ”OPS” Oppmerksomhet på selvmordsfare.

Ressurspersonene:
Minimum en person per skole og alle helsesøstrene som jobber på skolen.

Hovedressursgruppe:
Et utvalg på 5 til 6 personer fra ressurspersonene (består både av skoleansatte og helsesøstre) per bydelsområde.

Opplæring av ressurspersoner:

RVTS i samarbeid med ressursgruppe i Fana/Ytrebygda

5 dagers grunnopplæring om selvmordsforebygging og selvskading, samt kurlederopplæing i Portnerkurset.

2 dagers Vivat-kurs: ”Førstehjelp ved selvmordsfare”.

Deretter årlig: Ett dagskurs for oppfølging og vedlikehold/oppdatering av kompetanse.

5.3 Storsatsing på barn, unge og familier

I mange tiår har norske kommuner drevet med brannslukking av store psykiske utfordringer i stedet for å prioritere forebygging og helsefremming hos barn og unge. Barns oppvekstsvilkår gjennom blant annet familie, nettverk, barnehage og skole har svært mye å si for barns psykiske helse. Byrådet har i budsjettforslag for 2019 foreslått å starte opp samlivskurs for alle førstegangsforeldre i Bergen. Forskning viser oss hvor viktig oppvekstmiljø og spesielt familien er for barn og ungdoms helse senere, og da må vi gjøre det vi kan for at flest mulig foreldre kan holde sammen og ha det godt i samlivet. Flere studier har vist at foreldres samlivsbrudd, og spesielt dersom det er konflikt mellom foreldrene, har sammenheng med både psykiske helseplager hos barna, skoleproblemer og frafall fra skolen (Amato, 2010; Størksen, 2007; Sun, 2002; Kelly, 2000; Burke, 2009). Konflikter mellom foreldrene kan bidra til psykiske vansker, søvnvansker, kroppslige helseproblemer, endrede fysiologiske reaksjoner og utagerende atferd hos barn (El-Sheikh, 2001; El-Sheikh, 2006; Harold, 2018). I tillegg har Bergen kommune gjennom de siste tre årene styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten med over 30 nye årsverk for at vi skal nå barn og unge når de har behov for hjelp, og ikke uker, måneder eller år senere.

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 foreldre i forlengelsen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

De nye ressurssentrene – «Barne- og Familiehjelpen» - etableres i alle fire byområder og tilbyr lavterskel psykososial hjelp og psykisk helsehjelp, både individuelt og gruppe. Barne- og familiehjelpen skal tilby hjelp til både barn/unge, og 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.
For tiltaket Rask Psykisk Helsehjelp, se punkt 5.8

Barnevernet er også en svært viktig tjeneste for barn og unge i de tilfellene familien trenger hjelp for å ivareta foreldrerollen eller i de tilfellene foreldrene ikke lenger kan ha omsorgen for egne barn. Barn og unge med psykiske problemer er overrepresentert i barnevernet, og derfor har byrådet også lagt inn en stor barnevernssatsing i 2018 for å hjelpe flere barn og familier på en bedre måte. Vi gikk fra å ha 150 årsverk som saksbehandlere, og styrket med 22 nye årsverk øremerket saksbehandlere. Det vil si en økning på 15 %. I tillegg ble det ansatt en psykolog i hvert av de fire byområdene for å få bedre kompetanse på psykisk helse og på mennesker i krise som mange av disse barna og familiene er i. I tillegg til å styrke antall ansatte og kompetansen på psykisk helse, ble det også gjennomført en kompetansepakke. Det betyr en egen basisopplæring for alle nyansatte, veiledning til alle ansatte og videreutdanningsmuligheter. Vi vil at alle våre ansatte skal få veiledning og trening i relevante programstillinger, og ha muligheten til å oppdatere seg på relevant forskning sånn at barn og familier skal få enda bedre hjelp fremover.

5.4 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 bidragsytere. 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 er også viktig å satse på psykisk-helse-uker på skolene, og ulike innslag i media der 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 fokuserer på sorgen og savnet hos de etterlatte.

5.5 Støtte fra familie og nettverk

Vi må 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 kan være veteraner som hjelper veteraner og jevnlig havner i situasjoner med selvmordsproblematikk.

5.6 Fastlegens rolle

Fastlegen er ofte den første, og noen ganger den eneste, som blir kontaktet av selvmordsnære. Pasienten 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, og at han/hun 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 organer. Det er viktig at erfaringskompetansen i LEVE benyttes i kurstilbudene til fastlegene.

5.7 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 nybosatte flyktninger.

5.8 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 er et lavterskel samtaletilbud til mennesker i akutte livskriser ved Bergen legevakt. Det er åpent alle dager i året, det er gratis og krever ikke timebestilling.
Andre typer lavterskel behandlingstilbud er også viktige. Bystyret har besluttet å etablere tjenesten Rask Psykisk Helsehjelp innen utgangen av 2020. Dette er en type lavterskel poliklinikk der personer kan henvende seg uten henvisning. Tilbudet vil kunne gi hjelp til «alminnelige psykiske problemer», samt identifisere og sluse videre personer med mer alvorlige problemer til relevant behandling.
I dag er det en utfordring for noen at de fleste behandlingstilbud krever både henvising fra fastlege og har ventetid. I tillegg er det en økonomisk kostnad, som for noen enda er en terskel å forsere. Dette kan være hindre for at personer i kriser får hjelp i tide, og krisen kan eskalere. Det arbeides med å rette tilbudet Rask Psykisk Helsehjelp i Bergen, i starten særlig rettet inn mot ungdom og unge voksne.

5.9 Kirkens SOS

Kirkens SOS har et heldøgns samtaletilbud både via telefon og ved chat på internett. Tilbudet er mye benyttet og en stor del av samtalene handler om tanker rundt selvmord. I Bergen er det alltid to medarbeidere som betjener telefon og 6 – 8 medarbeidere som betjener chaten. 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. Bergen kommune støtter denne tjenesten med kr 1 037 000.- for 2018, dette utgjør ca. 25 % budsjettet til Kirkens SOS i Bjørgvin.

5.10 LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord

LEVE er en aktiv og ressurssterk organisasjon av og for etterlatte ved selvmord i samarbeid med fagfolk, med lokalavdeling i Hordaland. Foreningen arrangerer i samarbeid med RVTS, sorggrupper for etterlatte etter selvmord, ledet av en fagperson og en med etterlatte-erfaring. De arrangerer også Club LEVE en gang i måneden i sine nye lokaler i Danckert Krohn senteret. De tilbyr likemannsstøtte, sosialt samvær og foredrag rundt selvmord og arbeider for 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 støtte til etterlatte, gjennom å bidra i faglige fora sammen med profesjonelle.

5.11 Tiltak for eldre

5.11.1 Prosjekt for selvmordsforebygging i Arna

Bergen kommune og RVTS har samarbeidet om et selvmordsforebyggende prosjekt i Arna. Dette har handlet om selvmordsforebygging hos eldre og å identifisere vold i nære relasjoner. Kurset «Alderdom med trygghet» er basis i dette programmet, https://www.rvtsvest.no/alderdom-med-trygghet/. Erfaringene fra prosjektet i Arna blir tatt inn i handlingsplanen ved at RVTS skolerer 20 nye kursledere for kurset Alderdom med trygghet. Disse kurser videre ansatte i Etat for hjemmetjenester, Etat for sykehjem og Ergo/fysioterapitjenesten i Etat for helsetjenester. Kurslederopplæringen gjennomføres i 2019.

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.

5.11.2 Forebyggende hjemmebesøk til eldre

Bergen kommune gjennomfører i dag forebyggende hjemmebesøk hos personer som er 80 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. Fra 2018 er denne tjenesten lagt inn under det nye Frisklivs- og mestringssenteret i Etat for helsetjenester.
Det er ønskelig å kunne tilby forebyggende hjemmebesøk også til eldre mellom 70 og 80 år som bor alene, og der fastlege eller pårørende melder behov for det. De ansattes kompetanse i denne tjenesten må styrkes ved at de også gjennomfører kurset «Alderdom med trygghet» og at kartleggingsverktøyet de bruker sikrer at de vurderer forhold knyttet til psykisk helse, trivsel og livskvalitet. Tilbudet må markedsføres slik at fastleger, pårørende eller andre kjenner til det.

5.12 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. Avdelingen har ikke mulighet til å henvise til konsulttjenestene på Haukeland, men benytter seg av Psykiatrisk legevakt og eventuelt overflytting til Psykiatrisk akuttmottak.

Bergen kommune skal sammen med KORUS arrangere seminar for alle bydelskontorene til NAV, med fokus på kartlegging av rusproblemer og selvmordstanker. Seminaret har en varighet på seks timer. Det er planlagt datoer for seminaret om kartlegging av rusproblem. Seminaret med fokus på selvmordstanker planlegges gjennomført i løpet av 2018-2019.

5.13 Ambulerende kvelds- og helgetjeneste under planlegging

Det er 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 brukere som trenger tettere oppfølging, særlig når de er i dårlige perioder. Tjenesten vil styrke tilbudet både til brukere som har en mer kronisk selvmordsproblematikk og til brukere i kriser, der krisen 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.

5.14 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 ha en selvmordsforebyggende effekt. Kommende kriser kan fanges tidlig opp og tiltak brukeren ønsker og aksepterer kan settes raskere inn.

Kartleggingen med verktøyet BrukerPlan viser at mange brukere med rusavhengighet, som hjelperne opplever jevnlig er i selvmordsfare, mangler kriseplan. Dette er svært uheldig.
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 varseltegn 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 følges opp i spesialisthelsetjenestene, enten ved innleggelse eller rask poliklinisk oppfølging. Dette gjelder både ungdom (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) og voksne (Akutteam ved distriktspsykiatriske 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. Kartleggingen av rusavhengige gjennom BrukerPlan viser at ansatte vurderer en langt større andel av brukerne som periodevis selvmordstruede, enn de som har kriseplaner i dag.

5.15 VIVAT

Et kanadisk program for opplæring som heter Living Works Education er oversatt til norsk av Universitetssykehuset i Nord Norge og kalles VIVAT. 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 tryggere i å intervenere i akutte 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***

I forbindelse med sin handlingsplan mot selvmord har Nordland fylkeskommune kjørt VIVAT kurs for store deler av de ansatte ved to store videregående skoler. Dette gjelder både pedagogisk personale

og andre i elevmiljøet, som vaktmester og ansatte i kantiner. Dette har de sett på som svært viktig for at alle som omgås med de unge på skolen skal føle seg trygge på å snakke med ungdom som henvender seg til dem.

VIVAT kurs 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 dette kurset for ansatte i hjemmesykepleien, hjelpepersonell ved legevaktstasjoner og ansatte i ungdomsskoler og videregående skoler. Kurset bør gjøres obligatorisk for helsesøstre i ungdomskoler, videregående skoler og ansatte i helsestasjoner for ungdom. Etat for psykisk helse og rustjenester vil få ansvar for å ha et visst antall kursinstruktører oppdatert til bruk for å kurse i ulike kommunale tjenester.

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

Prosedyren i dag er at er at alle under 18 år som blir innlagt i somatisk sykehus, der det er selvmordsforsøk/alvorlig selvskading/forgiftning blir vurdert av lege eller psykolog fra Psykisk helsevern barn og unge (PBU) eller lege 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. Bare 1-2 personer per år takker nei til oppfølging og fyller heller ikke kriteriene for akuttinnleggelse på tvungent psykisk helsevern.

5.17 Oppfølging av voksne som innlegges i sykehus etter selvmordsforsøk

Pasienter over 18 år innlagt ved somatisk sykehusavdeling grunnet selvmordsforsøk blir henvist til vurdering av psykiater eller psykolog. I de tilfellene hvor det vurderes som forsvarlig, og hvor pasienten ønsker å samarbeide om tiltaket, vil pasienten overføres lokalt distriktspsykiatrisk 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, og i tilfelle dette ikke lykkes vil det tas 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 direkte for å avtale videre tiltak. Dersom selvmordsfaren vurderes som 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 under tvang etter lov om psykisk helsevern.
Et tilsvarende system burde vært gjennomført også innen rusbehandling, jmfr. tiltaket om økt bruk av kriseplaner i rustjenestene.

5.18 Særlige tjenester til asylsøkere og flyktninger

5.18.1 Senter for migrasjonshelse

Den kommunale helsetjenesten til nyankomne flyktninger er nylig omorganisert og styrket på psykisk helsefeltet. Fra 2015 har det arbeidet to psykologer der, sammen med lege, helsesøster 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 har 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.

5.18.2 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 utfordringer har denne tjenesten siden oppstarten i 1999, ikke opplevd selvmord i sin brukergruppe. De er over 100 ansatte, samtlige har gjennomført VIVAT- kurs (se punkt 5.14) og alle nyansatte får tilbud om det. De ansatte går inn i 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 utfordringer og kompetanse på dette feltet.

Ungdom som skal returneres når de fyller 18 kommer ikke i kontakt med denne tjenesten. Det er UDI 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. De ansatte i Senter for migrasjonshelse som ikke har VIVAT kurs – må få samme tilbud som ansatte ved Bergen Legevakt.

5.19 Etat for psykisk helse og rustjenester

En betydelig del av kommunens kompetanse innen psykisk helse, inklusive selvmordsproblematikk, finnes i Etat for psykisk helse og rustjenester. De psykiske helsetjenestene i etaten gir tilbud til over 1700 personer, hvorav over 1200 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 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 må til enhver tid ha et tilstrekkelig antall ansatte med kurslederkompetanse for VIVAT - kurs.

5.20 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 i fra denne kartleggingen med tanke på tilsyn, kontaktsykepleier, faste samtaler, legetilsyn og henvisning til psykologtjenesten 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 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 med fokus på pasientsikkerhetsprogrammet 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 Fylkesmannen for å få en gjennomgang av sin behandling og sine rutiner.

5.21 Frisklivs- og mestringssenter

Bergen kommunes frisklivs- og mestringssenter har en rekke gode og relevante tilbud for mennesker som sliter med livene sine. Dette kan gjelde utfordringer knyttet overvekt, søvnvansker, stressbelastninger og depresjoner. https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/frisklivsog-mestringssenter
De kartlegger alle som tar kontakt for å se om tilbudene passer, men har ellers ikke noen formelle skranker for kunne ta kontakt.

5.22 Selvhjelp

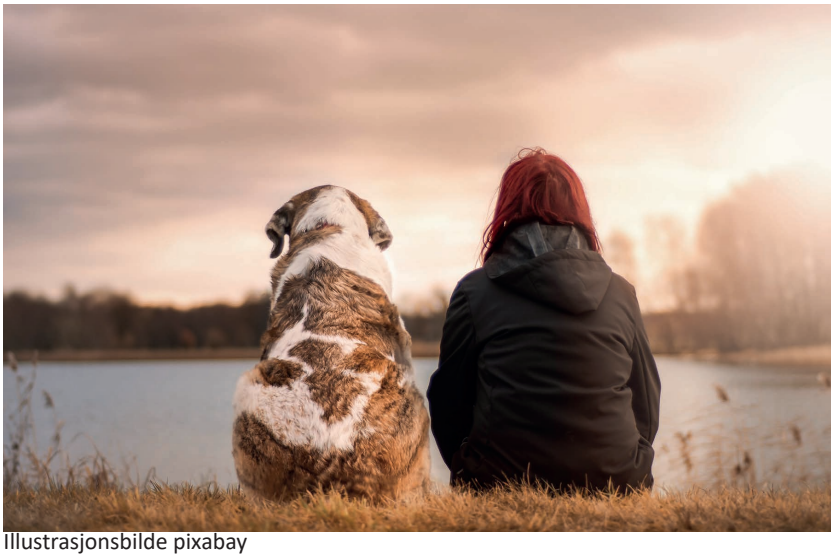
Norge har i dag en ganske omfattende satsing på selvhjelp, nedfelt i en nasjonal handlingsplan for selvhjelp. https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for-selvhjelp20142018 Selvhjelpsgrupper kan bidra betydelig til livsmestring, og Selvhjelp Norges distriktskontor for Hordaland, har blant annet har det blitt satt i gang en prosess for å etablere et LINK senter for selvhjelp og mestring her i Bergen.

Det har vært et ønske fra brukermiljøer å kunne ha en enklere tilgang til kontaktinformasjon om krisetjenester, både kommunale og andre. Dette vil kommunen prøve å legge til rette for. I dag er det vanlig å google på stikkord – slik at strukturen på nettsidene ikke det viktigste. Det er imidlertid viktig at nettsiden gir en samlet oversikt med enkel informasjon om hvert tilbud slik at det blir enkelt å velge. Informasjonsavdelingen i Bergen kommune vil samarbeide med brukerorganisasjonen LEVE og Kirkens SOS for å finne en god måte å anrette denne informasjonen. De vil også samarbeide med Elevorganisasjonen og Velferdstinget Vest om informasjonstiltak for ungdom.

5.24 Lokal statistikk om selvmordsforsøk og villet egenskade

Det har vært drøftet en del i ulike fora å etablere et lokalt register for selvmordsforsøk og selvskading. Det kan bringe ny kunnskap, gi opphav til verdifull forskning og også bidra til å øke oppmerksomheten på denne pasientgruppen i Bergen.

Men det finnes også enklere muligheter for å skaffe seg slik informasjon. Norsk pasientregister (NPR) har informasjon om villet egenskade hos personer som behandles i spesialisthelsetjenesten, og det vil omfatte alle pasienter som behandles på sykehus og Helse Bergen-delen av Bergen legevakt. Fra desember 2017 kan man også få slike data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), så derfor vil en søke å overvåke utviklingen i befolkningen i Bergen ved å kombinere data fra NPR og KPR.



Illustrasjonsbilde pixabay

6. Nye tiltak og tiltak som må forsterkes

Professor emeritus i helsepsykologi ved Universitetet i Oslo, Arne Holte, sa nylig om selvmordsforebygging: «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.

Tiltak 1 Tiltak i barnehager

Ansattes møte med enkeltbarn og barnegruppe er den viktigste byggesteinen i et bærekraftig psykososialt barnehagemiljø. I Bergen kommune har pedagogisk relasjonskompetanse har vært et satsningsområde i de kommunale barnehagene siden 2011 og videreføres i den nye kvalitetsutviklingsplanen.
Pedagogisk relasjonskompetanse innebærer et systematisk og målrettet arbeid med formålsparagrafens verdier, både på organisasjons- og individnivå. Kvaliteten på den pedagogiske relasjonskompetansen er avhengig av de ansattes bevisste holdninger, verdier, barnesyn og læringssyn, og virkeliggjøres gjennom personalets handlinger i møte med barn.

Arbeid med både det usynlige og synlige leke- og læringsmiljø i barnehagen er et sentralt arbeidsområde i våre kommunale barnehager. Planverk, kompetansehevingstiltak og kvalitetsoppfølging i barnehagene er virkemidler for å støtte dette arbeidsområdet.

Foreldresamarbeid er en viktig del i arbeidet med et godt psykososialt barnehagemiljø. Våre barnehager har ansvar for å tilrettelegge for en samarbeidsform og et innhold som fremmer trivsel og positive relasjoner. Barnehageansatt tilbys årlig veilederopplæring i ICDP og får støtte til å gjennomføre foreldreveiledningsgrupper med utgangspunkt i ICDP i de kommunale barnehagene.

Samarbeid med eksterne instanser: Det finnes en rekke hjelpeinstanser som tilbyr rådgivning, konsultasjon, kartlegging og systemrettede tiltak til barnehagene. Barnehagen sin nærmeste støttespiller i det som handler om systemarbeid og barns behov er Pedagogisk Psykologiske Tjeneste (PPT).

Gjennomføring: Oppstart innen utgangen av 2019
Ansvarlig: Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett

Tiltak 2 Tiltak i barne- og ungdomsskoler

Implementere skolemodellen fra Fana/Ytrebygda: «Selvmordsforebygging i skolen», i øvrige tre bydelsområder, samt resterende skoler i Fana/Ytrebygda. Implementeringen starter med resten av skolene i Fana/Ytrebygda i 2019 og fortsetter med ett nytt bydelsområde per år i perioden 2020 – 2022. Hovedressursgruppen for Fana/Ytrebygda deltar i opplæringen, til sammen 1 uke pr år, i fire år. De private skolene inviteres til å implementere skolemodellen parallelt med de kommunale.

Gjennomføring: Implementeres i ett nytt byområde per år i perioden 2019 - 2022
Ansvarlig: Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett, Byrådsavdeling for helse og omsorg og RVTS.

Tiltak 3 Tiltak i videregående skoler

Skolemodellen fra Fana/Ytrebygda skal implementeres i videregående skoler i Bergen. (Se skolemodellen side 19.) Implementeringen i Bergen gjennomføres i løpet av 2019 - 2022, parallelt med de kommunale byområdene skolene ligger i.
Ressurspersoner:
Opplæring som ressurspersoner gis til 1 til 3 personer, avhengig av skolens størrelse, samt til alle helsesøstrene som jobber i videregående skoler.
Hovedressursgruppe:
3 ressurspersoner fra barne-/ungdomsskolene og 2 helsesøstre fra hvert bydelsområde er med i hovedressursgruppen, i tillegg til 2 – 4 ressurspersoner fra de videregående skolene, avhengig av antall skoler i området.
Deltagelse og detaljer skal drøftes i videre samarbeid med skoleledelsen og kursansvarlige.
Det anbefales sterkt at også de private videregående skolene implementerer skolemodellen parallelt med de offentlige.
Hordaland fylkeskommune vil arbeide for at alle elever som begynner i videregående opplæring skal oppleve en trygg og inkluderende skolestart gjennom tilbud om deltakelse i ulike skolemiljøprogram som MOT, Drømmeskolen, kurs og lignende.

Gjennomføring: Implementeringen av skolemodellen skjer i løpet av 2019 – 2022, parallelt med de kommunale byområdene skolene ligger i
Ansvarlig: Hordaland fylkeskommune, Opplæringsavdelingen, Byrådsavdeling for helse og omsorg og RVTS

Tiltak 4 Tiltak for ungdom på universitet og høgskoler

Det skal arrangeres VIVAT - kurs for utvalgte medarbeidere ved Norges Handelshøgskole, Universitetet i Bergen og Høgskolen på Vestlandet. Her deltar også ansatte ved SAMMEN (tidl. Studentsamskipnaden i Bergen) og eventuelle studenter som er engasjert i frivillig likemannsarbeid for studenter.

Gjennomføring: Innen utgangen av 2019
Ansvarlig: SAMMEN og Bergen kommune ved byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering

Tiltak 5 Kulturtilbud

Hordaland fylkeskommune skal samarbeide med organisasjoner som KUN (Senter for kunnskap og likestilling), Skeiv ungdom og Rosa kompetanse med henblikk på å støtte workshops, konferanser og ulike kulturtiltak som tematiserer kjønns- og seksualitetsmangfold og problematiserer stereotype idealer.
Den kulturelle skolesekken skal tilby forestillinger/kunstformidling som tar sikte på å bryte med kroppspress, normalitetspress og prestasjonspress, og som fremmer anerkjennelse og inkludering av sårbare minoriteter.

Gjennomføring: Oppstart 2019
Ansvarlig: Hordaland fylkeskommune/Den kulturelle skolesekken

Tiltak 6 Helsehjelp for ungdom skal gjøres mer kjent og tilgjengelig

Bergen kommune skal lage en brosjyre/digital link til aktuell læringsportal med oversikt over de viktigste hjelpetilbudene for ungdom som har det vanskelig. Denne skal utvikles i samarbeid med elev- og studentorganisasjonene og Kirkens SOS og distribueres til alle elever i ungdomsskoler og videregående skoler. (se tiltak 11).
Bergen kommune skal støtte opp om initiativet fra Velferdstinget Vest om å etablere et student-hjelper-student tilbud.
Bergen kommune skal arbeide for egenandelsfritak for ungdom opptil 21 år, for å lette tilgangen til helsehjelp for ungdom og stimulere til nødvendig kontakt med fastlegen.

Gjennomføring: Fortløpende fra 2019
Ansvarlig: Bergen kommune, Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering, Byrådsavdeling for helse og sosial og Hordaland fylkeskommune, Opplæringsavdelingen.

Tiltak 7 Styrke kompetanse i selvmordsforebygging for leger og psykologer

Kompetanse på identifisering og håndtering av selvmordsfare hos fastlegene skal styrkes ved å arrangere fagdager om psykisk helse, der selvmordsforebygging inngår som en del av programmet.

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 kommunens psykologer.

Gjennomføring: Årlig fra 2019
Ansvarlig: Etat for helsetjenester og rådgiver for psykisk helse, i et samarbeid med fastlegenes egne organer, RVTS og LEVE

Tiltak 8 Styrke kompetansen hos ansatte ved Bergen legevakt og Senter for migrasjonshelse

Øke kompetansen på identifisering og håndtering av selvmordsfare ved å tilby VIVAT - kurs til legevaktpersonell som ønsker det. Dette inkluderer også de ansatte ved Senter for migrasjonshelse.

Gjennomføring: Fortløpende fra 2019
Ansvarlig: Byrådsavdeling for helse og omsorg

Tiltak 9 Identifisere selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre

Bergen kommune skal utdanne 20 kursledere for kurset «Alderdom med trygghet» i samarbeid med RVTS. Kurslederne skal årlig gjennomføre kurs for ansatte i Bergen kommune som arbeider med eldre i kommunens helse- og omsorgtjenester. Kursledere skal rekrutteres fra ulike etater som gir tjenester til eldre, minst 15 av dem fra hjemmesykepleien og sykehjem. Det legges opp til et tverrfaglig samarbeid blant kurslederne. Det innebærer at to kursledere fra to ulike etater holder kurs sammen.

Tilbud om forebyggende hjemmebesøk, utvides til også å gjelde enslige eldre mellom 70 og 80 år, der det er meldt behov om dette fra fastlege, pårørende eller andre instanser.

Gjennomføring: Kurslederopplæring gjennomføres i løpet av 2019
Ansvarlig: Byrådsavdeling for helse og omsorg og byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering i samarbeid med RVTS.

Tiltak 10 Tettere oppfølging av personer med selvmordsproblematikk

Styrke det ambulante tilbudet til brukere av kommunale psykiske helsetjenester med selvmordsproblematikk, i forbindelse med etableringen av ny kvelds- og helgetjeneste.

Gjennomføring: Oppstart i løpet av 2019
Ansvarlig: Etat for psykisk helse og rustjenester

Tiltak 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 lage et visittkort med de mest aktuell steder å henvende seg.
Støtte Kirkens SOS og LEVE sine tilbud økonomisk.

Bidra til å markedsføre Club LEVE, en månedlig møteplass for etterlatte og berørte av selvmord.
LEVE skal inviteres til å bidra med erfaringskunnskap i alle faglige fora der tema er selvmord og selvmordsforebygging.

Gjennomføring: I løpet av 2019
Ansvarlig: Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering

Tiltak 12 Tiltak for ansatte i NAV stat

Øke kompetanse på selvmordsforebygging i NAV stat ved å gjennomføre VIVAT kurs for to ansatte pr NAV-kontor.

Gjennomføring: Innen 2020
Ansvarlig: Byrådsavdeling sosial, bolig og inkludering

Tiltak 13 Kompetanseheving internt i Bergen kommune

Det gjennomføres et e-læringsprogram for ansatte i relevante tjenester i Bergen kommune med det veiledende materialet for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord: https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selvmord-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-selvmord
Programmet utvikles sammen med Helsedirektoratet.

Gjennomføring: Fortløpende fra 2019
Ansvarlig: Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering

Tiltak 14 Tiltak i NAV Sosialtjeneste

Øke bruken av kriseplaner for rusavhengige med selvmordsrisiko.

Øke kompetansen om selvmordsforebygging i NAV sosialtjeneste gjennom opplæringsvirksomhet fra KoRus Vest. (Kompetansesenter Rus Vest).

Gjennomføring: Oppstart 2019
Ansvarlig: Etat for sosiale tjenester

Tiltak 15 Ressursgruppe

Etablere en ressursgruppe 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. De skal gjennom oppfølgingsmøter sikre, koordinere og evaluere gjennomføringen av planen.

Gjennomføring: Årlig fra 2019
Ansvarlig: Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering

Tiltak 16 Informasjon

Samarbeide med LEVE og Kirkens SOS om å anrette informasjon i kommunens dataportal på en måte som gir lett og helhetlig oversikt over aktuelle hjelpetilbud i kriser.

Gjennomføring: I Løpet av 2019
Ansvarlig: Informasjonsavdelingen

Tiltak 17 Lokale data for selvmordsforsøk og villet egenskade

Bergen kommune skal samarbeide med RVTS om å samle og gjøre tilgjengelig data om selvmordsforsøk og villet egenskade i Bergen.

Gjennomføring: Oppstart 2019
Ansvarlig: Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering i samarbeid med RVTS



Illustrasjonsbilde pixabay

7. Referanseliste

(1) Folkehelseinstituttet. (2017). Selvmord og selvmordsforsøk i Norge. Hentet fra: https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-og-selvmordsforsok-i-norge/

(2) Dødsårsaksregisteret. D10 Selvmord etter kjønn, alder og dødsmåte. 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/selvmord/selvmord-og-selvmordsforsok---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/selvmord-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 ivaretakelse 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/infografi kk_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



Illustrasjonsbilde pixabay

Bystyrets vedtak

Bergen bystyre behandlet saken i møtet 21.11.2018 sak 261/18 og fattet følgende vedtak:

1. Bystyret vedtar Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen 2018 – 2022 med de tiltak og målsettinger som ligger i planen.

2. Planen vil danne grunnlag for prioriteringer av kommunens innsats på området, og tiltak som gir økte kostnader må vurderes gjennom de årlige budsjettprosessene.

3. Bystyret ber byrådet om å forelegge en statusmelding av handlingsplan for selvmordsforebygging Bergen midtveis i planperioden.

Merknad 1
Overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er en spesielt sårbar overgang for mange pasienter, og kan medføre høyere selvmordsrisiko. Bystyret er bekymret for at et større press i spesialisthelsetjenesten fører til at pasienter blir skrevet ut og overført til kommunen tidligere enn de burde. Det er svært viktig at det er en god dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i god tid før utskriving, slik at man på best mulig måte kan tilrettelegge for videre oppfølging i kommunen. Bystyret vil understreke viktigheten av det er tilstrekkelig kapasitet i spesialisthelsetjenesten og gode tilrettelagte botilbud i Bergen kommune.

Merknad 2
Bystyret viser til at det normalt ikke blir foretatt obduksjon av personer over 60/65 år hvis det ikke er tegn på ytre skader på avdøde og det ikke er indikasjon på straffbart forhold. En slik praksis kan føre til betydelig underrapportering av selvmord blant eldre mennesker. Bystyret ber derfor byrådet om å ta opp praksis med ansvarlige myndigheter med sikte på undersøkelse, f.eks. i form av utvalgsundersøkelse, og med sikte på tiltak for å bøte på eventuell underrapportering.

Merknad 3
Bystyret merker seg at for mange etterlatte oppleves selvmordet som lyn fra klar himmel, og at de ikke har sett noen tegn på psykiske lidelser. Hjelpeapparatet bør, i tillegg til å ufarliggjøre det å søke hjelp for psykiske plager, også finne måter å tilnærme seg fenomener som kan være situasjonsbetinget og akutt så som; skam, ydmykelser, håpløshet, følelser av å ikke lykkes sosialt o.l. En bør samtidig være oppmerksom på at dette er fenomener som rammer mennesker i alle aldersgrupper.

Merknad 4
Bruken av internett og sosiale medier har eksplodert de siste tiårene, samtidig som vi har liten kunnskap om på hvilken måte teknologien påvirker den psykiske helsen. Bystyret vil oppfordre til at en i arbeidet med å forebygge selvmord, søker mer kunnskap om virkninger nettbruk har på mennesker i alle aldre.