



SINTEF

Rapport

Kunnskapsgrunnlag for forebygging av selvmord i Vestland fylkeskommune

Forfattere:

Silje L. Kaspersen, Jorid Kalseth og Solveig O. Ose (SINTEF)
Kim Stene-Larsen og Lars Johan Hauge (FHI)

Rapportnummer:

2023:00306 - Åpen



SINTEF Konsernstab
Postadresse:
Postboks 124 Blindern
0314 Oslo
Sentralbord: 40005100
info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919 303 808 MVA

Rapport

Kunnskapsgrunnlag for forebygging av selvmord i Vestland fylkeskommune

EMNEORD

Selvmordsforebygging
Mørketall
Statistikk
Tiltak
Folkehelse

VERSJON

Versjon1

DATO

2023-02-01

FORFATTER(E)

Silje L. Kaspersen, Jorid Kalseth og Solveig O. Ose (SINTEF)
Kim Stene-Larsen og Lars Johan Hauge (FHI)

OPPDRAGSGIVER(E)

Vestland fylkeskommune

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

EL-L

PROSJEKTNUMMER

102028035

ANTALL SIDER OG VEDLEGG

94

SAMMENDRAG

I denne rapporten har forskere i SINTEFs gruppe for helsetjenesteforskning og Folkehelseinstituttets Avdeling psykisk helse og selvmord samarbeidet om å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for forebygging av selvmord på oppdrag fra Vestland fylkeskommune. Oppdraget ble utlyst i forbindelse med at fylkeskommunens handlingsprogram for folkehelse skal revideres i løpet av 2023. Hovedmålet med prosjektet har vært å gi Vestland fylkeskommune en oppsummering av selvmordstall (inkl. mørketall) og eksisterende kunnskap om selvmordsforebygging som skal danne grunnlag for å vurdere tiltak inn mot spesifikke grupper i fylket.

UTARBEIDET AV

Silje L. Kaspersen


SIGNATUR


Silje L. Kaspersen (Mar 3, 2023 09:55 GMT+1)

KONTROLLERT AV

Mari Gunnes

SIGNATUR


Mari Gunnes (Mar 3, 2023 09:52 GMT+1)

GODKJENT AV

Line Melby

SIGNATUR


Line Melby (Mar 3, 2023 09:50 GMT+1)

COMPANY WITH
MANAGEMENT SYSTEM
CERTIFIED BY DNV
ISO 9001 • ISO 14001
ISO 45001

RAPPORT NR.

2023:00306

ISBN

978-82-14-07787-2

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Fortrolig

Innholdsfortegnelse

Forord	4
Sammendrag og anbefalinger	5
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for oppdragsforskningsprosjektet	8
1.2 Selvmord som fenomen	8
1.2.1 Hvordan forstår vi selvmord?	9
1.3 Hvilke arenaer for selvmordsforebygging har fylkeskommunen?	10
1.4 Handlingsplaner og strategier som kan relateres til selvmordsforebygging	12
1.4.1 Utviklingsplan for Vestland 2020-2024	13
1.4.2 Handlingsprogram for folkehelse Vestland 2022-2025	14
1.4.3 Regionale planer for kultur, idrett og friluftsliv	15
1.4.4 Regional transportplan 2022-2033 for Vestland (RTP)	15
1.4.5 Nærings- og samfunnsutvikling	15
1.4.6 Handlingsplaner for selvmordsforebygging i kommunene	16
2 Problemstillinger og forskningsspørsmål	18
3 Data og metode	19
DEL 1	21
Statistikk og analyse	21
4 Selvmord i Vestland fylkeskommune over tid	21
4.1 Om statistikken og aldersstandardisering	22
4.2 Selvmord per 100 000 innbyggere, fylker	23
4.3 Standardiserte selvmordsrater fordelt på kjønn, fylker	24
4.4 Standardiserte selvmordsrater fordelt på kjønn, Hordaland og Sogn og Fjordane	27
4.5 Andel selvmord fordelt på ulike aldersgrupper og kjønn, fylker	30
4.6 Andel selvmord fordelt på utdanningsnivå, fylker	32
4.7 Standardiserte selvmordsrater fordelt på utdanningsnivå, fylker	34
4.8 Andel selvmord fordelt på sivilstatuskategorier, fylker	36
4.9 Selvmord etter median inntekt, fylker	38
4.10 Selvmord etter metode, fylker	39
4.11 Selvmord i ulike kommunestørrelsesgrupper, fylker	42
4.12 Oppsummering	45
5 Forebygging av selvmord i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i Vestlandskommunene	47
5.1 Om datamaterialet fra kommunene	47

5.2	Involvering av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kriser	49
5.3	Skriftlige rutiner/prosedyrer	49
5.4	Kjent med veiledende materiell.....	51
5.5	Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)	52
5.6	Oppfølging av barn som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord.....	53
5.7	Oppsummering	53
DEL 2	54
Trender og mørketall	54
6	Hva vet vi om mørketall i selvmordsstatistikken?	54
6.1	Usikkerhet i dødsårsaksstatistikken.....	56
6.2	Rettsmedisinske undersøkelser	56
6.3	Trender og mørketall for selvmord i trafikken.....	58
6.3.1	Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe (UAG) – dybdeanalyser av dødsulykker	59
6.3.2	Selv mord ved jernbane, T-bane og trikk	60
6.4	Mørketall i drukningsstatistikken.....	61
6.5	Mørketall i overdosestatistikken	62
6.6	Mørketall i dødstillene blant eldre.....	65
6.7	Oppsummering	66
Del 3	68
Effektive forebyggende tiltak lokalt	68
7	Hva vet vi om hvilke selvmordsforebyggende tiltak som virker?	68
7.1	Oppsummeringer av internasjonal forskningslitteratur	69
7.2	Effektive selvmordsforebyggende tiltak lokalt	71
7.2.1	Skolebaserte programmer	71
7.2.2	Vivat selvmordsforebygging	75
7.2.3	Kulturbaserte tilnærminger - erfaringer fra Nordland fylkeskommune.....	76
7.2.4	#Chatsafe	77
7.2.5	iFightDepression	79
7.2.6	Folkeopplysningskampanjer	80
7.2.7	Nærings- og samfunnsutvikling - arbeidsmarked og arbeidsplassintervensjoner ..	81
7.2.8	Vestlands rolle i arbeidet med Nasjonal overdosestrategi	82
7.2.9	Selv mordsforebyggende bro- og veisikring	82
7.3	Nettressurser	84
7.4	Oppsummering	85
8	Referanser	86

Forord

Denne rapporten vil inngå som del av kunnskapsgrunnlaget i Vestland fylkeskommune (VLFK) sitt "Handlingsprogram for folkehelse Vestland 2022-2025", og er utarbeidet av forskere i SINTEF og ved FHI. Forskerne samarbeider i et større prosjekt finansiert av Forskningsrådet ([Treatpath](#)), der vi undersøker betydningen av helse- og velferdstjenestene i forebygging av selvmord, samt i oppfølgingen av etterlatte ved selvmord. Vi vurderte at utarbeidelse av et kunnskapsgrunnlag for Vestland fylkeskommune ville gi oss økt kunnskap om fylkeskommunale perspektiver på selvmordsforebygging, og fattet derfor interesse for oppdraget. Seniorforskerne fra FHI har bistått med arrangering av workshop, veiledning på kunnskapsgrunnlag og tilgjengeliggjøring av data. Seniorforsker Jorid Kalseth har utført tilrettelegging og fremstilling av registerdata i kapittel 4. Seniorforsker Solveig O. Ose har skrevet kapittel 5 og gjennomført analyser av IS-24/8-data fra psykisk helse- og rustjenestene i kommunene. Prosjektleder og seniorforsker Silje L. Kaspersen har ledet prosjektet, gjennomført workshop, intervjuer og litteraturgjennomgang, og skrevet oppsummering, kommentarer til figurene i kapittel 4, kapittel 1-3, 6 og 7. Den endelige rapporten er gjennomgått av hele prosjektgruppen, inkludert kvalitetssikrer i SINTEF, forsker Mari Gunnes.

Underveis i prosjektet har vi lagt opp til dialog med oppdragsgiver VLFK om problemstillingene som undersøkes, og har avholdt workshop med sentrale aktører og forskere innenfor selvmordsforebygging, herunder Nasjonalt forum for forebygging av selvmord. Vi har også intervjuet andre aktører som har virkemidler i det selvmordsforebyggende arbeidet eller som møter problemstillinger om mørketall, som f.eks. Vivat, Redningselskapet/Flyte, helsetjenester innenfor psykisk helse og rus, Mental Helse, RVTS Vest, Nordland fylkeskommune, politi, Statsforvalteren i Vestland og rettsmedisinere. Workshopen har vært brukt som innspillsrunder på problemstillinger rundt trender og mørketall i selvmordsstatistikken og hva som er effektive selvmordsforebyggende tiltak lokalt. For øvrig har vi brukt statistikk fra Dødsårsaksregisteret kombinert med befolkningsdata fra SSB, og gjennomført litteratur- og dokumentgjennomgang for å belyse forskningsspørsmålene som er undersøkt.

Vi ønsker å takke VLFK ved Elisabeth Lofthus-Lie og Anne Mette Nesje Porten for oppdraget og godt samarbeid, og retter en stor takk til alle som har bidratt som informanter og kommet med innspill til oss i prosjektperioden som varte fra november 2022, ut januar 2023.

Trondheim, 1. februar 2023

Silje L. Kaspersen
Seniorforsker, ph.d.

Sammendrag og anbefalinger

Denne rapporten omhandler et tungt og trist, men veldig viktig, tema man kanskje i utgangspunktet ikke forbinder med fylkeskommunen, nemlig selvmordsforebygging. For de som ikke jobber med selvmordsproblematikk til vanlig kan det være vanskelig å si ordet selvmord høyt. Kanskje har man selv traumatiske erfaringer med venner, kollegaer eller familie som har tatt sitt eget liv, eller kanskje er man bekymret for at noen man kjenner har selvmordstanker. Selv om det har skjedd store framskritt i åpenhet om selvmord som fenomen i Norge, blant annet ved at det omtales mer i media, i folkeopplysningskampanjer og ved mer systematisk selvmordsforebyggende arbeid i helse- og velferdstjenestene, skal vi ikke undervurdere at det fortsatt er stigma knyttet til selvmord. For mange er det fortsatt et tema man helst unngår å snakke om, og kanskje ikke akkurat ser fram til å bli sendt på kurs i? Stigmaet kan ha betydning for engasjementet man klarer å få til rundt selvmordsforebygging i en organisasjon, og her skal Vestland fylkeskommune, og andre fylkeskommuner, ha honnør for at de nå setter temaet høyt på agendaen, etterspør kunnskapsbaserte tilnærminger og planlegger å jobbe systematisk med det framover.

«Helse i alt vi gjør» er det overordnede prinsipp som ligger i folkehelseloven. Å jobbe godt med selvmordsforebygging handler om å ta et bredt perspektiv som inkluderer både psykisk helse, rus, levekår, utdanning- og arbeidsliv, sosiale relasjoner og andre systemfaktorer. Selv for eksperter på psykiske lidelser er det svært vanskelig å predikere hvem som kan komme til å ta sitt eget liv. Ofte er det andre faktorer enn psykisk uhelse i seg selv som kan trigge selvmord. Samtidig er en relativt høy andel av de som tar livet sitt i kontakt med tjenesteapparatet i tiden før selvmordet, og det ligger et klart potensial i å jobbe med selvmordsforebygging i både helse- og velferdstjenestene. Å tilegne seg mer kunnskap om hvordan man kan snakke om selvmord med personer som trenger det, inkludert etterlatte ved selvmord, vil alle ha nytte av. Vi håper dette kunnskapsgrunnlaget kan hjelpe Vestland fylkeskommune med å operasjonalisere selvmordsforebygging i sitt "Handlingsprogram for folkehelse Vestland 2022-2025" på en god måte. Under har vi oppsummert innholdet i rapporten.

Spill videre på eksisterende samarbeidsrelasjoner

Generelt opplever vi at det er mange aktører i Vestland som allerede samarbeider godt om selvmordsforebygging, og er langt framme i en nasjonal målestokk. Helse Vest HF/RVTS Vest, i samarbeid med nasjonale eksperter på selvmord, har stått i bresjen for å utvikle regionale folkeopplysningskampanjer mot selvmord (omtalt i del 3 av denne rapporten), og det har vært flere arrangementer med selvmordsforebygging som tema de siste årene der f.eks. Statsforvalteren, KORUS, RVTS, RKBU/NORCE, NAPHA, KS og Vestland fylkeskommune har deltatt. Det finnes også et eget læringsnettverk for det overdoseforebyggende arbeidet som kan være relevant å knytte til selvmordsforebygging (Statsforvalteren i Vestland, Bergen kommune og KORUS). Framover bør fylkeskommunen fortsette å ha et nært samarbeid med de ulike kompetansemiljøene som jobber med selvmordsforebygging i Vestland, og ha fokus på rolleavklaring slik at fylkeskommunen får optimalisert sin rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet. Vi anbefaler videre at Vestland fylkeskommune bruker erfaringene fra Nordland fylkeskommune og Rogaland fylkeskommune, som har utviklet egne handlingsplaner for selvmordsforebygging. Nordland fylkeskommune var først ute med en nullvisjon for selvmord, og har vært med på å inspirere den nasjonale handlingsplanen for forebygging av selvmord som trådte i kraft i 2020. I rapporten (kapittel 1.4) har vi også pekt på potensialet for å implementere selvmordsforebygging som tema inn i de ulike ansvarsområdene og planverkene i fylkeskommunen. Dette kan gjøres i handlingsprogrammet for folkehelse, men man kan også vurdere om temaet skal nevnes i de øvrige planverkene.

Selvordstall for Vestland

I del 1 av rapporten (kapittel 4) har vi brukt data fra Dødsårsaksregisteret kombinert med befolkningsdata fra SSB i perioden 2000-2021 til å beskrive utviklingen selvmordstallene for Vestland over tid. Vi presenterer selvmordsrater og andeler fordelt på ulike kategorier som kjønn, alder, utdanning, sosioøkonomisk status (inntekt), sivil status, og kommunestørrelse. Rogaland, Møre og Romsdal og Nordland ble valgt som sammenlikningsfylker for Vestland. Oppsummert kan vi si at Vestland har vært blant fylkene med lavest selvmordsforekomst med rundt 10 selvmord per 100 000 innbyggere per år, og med relativt stabile selvmordstall over tid. Vestland og Møre og Romsdal har hatt relativt lik utvikling i andelen selvmord hos hhv. menn og kvinner, mens Rogaland har større variasjon, og en nedadgående trend, i andelen selvmord blant menn i alderen 20-39 år. Tallene for kvinner spriker betraktelig mer mellom år, og her har Vestland ligget høyt over flere år i alderskategorien 40-59 år.

Det er en klar tendens til at flere i de laveste utdanningskategoriene tar sitt eget liv, sammenliknet med de høyere utdannede. Det kan se ut til at Vestland har hatt en noe brattere økning blant høyt utdannede menn de siste årene, og denne gruppen sto for rundt 30 % av selvmordene i 2021. Den samme tendensen ser vi for kvinner som har tatt sitt eget liv i Vestland. Her sto høyt utdannede for over 40 % av selvmordene blant kvinner i Vestland, mens de to kategoriene med lavere utdanning sto for omtrent 30 % hver.

Ved å studere median inntekt og selvmord i de ulike fylkene så vi blant annet at de som har tatt sitt eget liv i Vestland har hatt en noe lavere medianinntekt enn de som tok livet sitt i f.eks. Rogaland i deler av observasjonsperioden. Vestland har ligget relativt stabilt på dette inntektsmålet over tid, sammenliknet med f.eks. Nordland og Møre og Romsdal som har større endringer de siste årene.

Vestland fylkeskommune ønsket også tall for ulike metoder brukt ved selvmord. Henging er den klart vanligste selvmordsmetoden, og i Vestland har det vært relativt stabil utvikling i de ulike kategoriene over tid. Forgiftning er nest vanligste selvmordsmetode både i Vestland, Rogaland og øvrige fylker. Det som skiller Vestland fra de andre, er at det er flere drukninger på Vestlandet enn i de øvrige fylkene. Vi minner om at det fort blir små tall i hver kategori når vi stratifiserer selvmordstallene i ulike grupper, noe som gjør at små endringer gir store utslag, og gjør statistikken sensitiv for tilfeldige utslag. I våre intervju med Redningsselskapet kom det fram at de har mange oppdrag i Vestland som er kodet "suicidal". Vi kan anbefale aktørene som driver selvmordsforebygging på Vestlandet å ta kontakt med Redningsselskapet for å se nærmere på statistikken de har på drukning, og hvilke tiltak de eventuelt kan anbefale å sette i verk.

For de minste kommunene så vi en klar nedadgående trend for Vestland, sammenliknet med både Møre og Romsdal, Nordland og Rogaland. For mellomstore kommuner (5 000 – 20 000 innbyggere) var det derimot en svakt økende tendens i både Nordland, Vestland, Rogaland og Møre og Romsdal. Når det gjelder kommuner med mellom 20 000 til 50 000 var det en svakt økende trend i Vestland, klart økende trend i Nordland, mens både Rogaland og Møre og Romsdal har svakt nedadgående trend i denne kommunegruppen. For storkommunen med flere enn 50 000 innbyggere (altså kun Bergen i Vestland) så vi en veldig stabil trend i hele perioden, mens både Møre og Romsdal og Rogaland hadde fallende trend.

SINTEF har gjennom mange år utarbeidet statistikk og kunnskapsgrunnlag om ressursinnsatsen i psykisk helse- og rustjenestene i kommunene på oppdrag fra Helsedirektoratet. Det sendes ut en kartlegging (spørreskjema) til alle landets kommuner hver vår, og nesten samtlige kommuner svarer. De siste årene har det blitt spurt om kommunenes innsats i det selvmordsforebyggende arbeidet, og i kapittel 5 har vi sett på hvordan kommunene i Vestland har svart sammenliknet med resten av landet. Vi ser at de 43 kommunene i Vestland arbeider på ulike måter med å forebygge selvmord. På de fleste av indikatorene vi har tatt med skiller ikke kommunene seg i Vestland vesentlig fra kommunene ellers i landet. Det er under halvparten av kommunene i Vestland som svarer at de skriftlige rutiner eller prosedyrer for oppfølging av personer etter

selvmordsforsøk. Dette er omtrent som ellers i landet, men det uansett mange kommuner som må etablere fungerende rutiner, også i Vestland.

Mørketall i selvmordsstatistikken

I kapittel 6 har vi undersøkt nasjonale trender og mørketall for selvmord i Norge generelt og i Vestland spesielt. Vi har diskutert usikkerhet i dødsårsaksstatistikken, sett på utbredelsen av rettsmedisinske undersøkelser og undersøkt trender og mørketall for noen utvalgte områder der det er sannsynlig at mørketallene for selvmord er størst; i trafikkulykkesstatistikken, i drukningsstatistikken, i overdosestatistikken og blant eldre som dør. Vi har referert til nasjonal og internasjonal litteratur på disse områdene, brukt innspill vi har fått gjennom workshop og intervju med ulike aktører som jobber med selvmordsforebygging og presentert tall fra dødsårsaksregisteret for å si noe om trendene innenfor hvert av områdene.

Vi har ikke funnet noe som tyder på at mørketallene i selvmordsstatistikken for Vestland er høyere enn i andre fylker, tvert imot ser vi at andelen rettsmedisinske undersøkelser tradisjonelt (i alle fall fram til 2017, som var studieperioden i en nasjonal studie) har vært relativt høy på Vestlandet. Bergen kommune må kunne ses på som en foregangskommune både hva gjelder arbeid med den nasjonale overdosestrategien og med handlingsplanen for forebygging av selvmord. Bergen kommune har selv hatt handlingsplan for selvmordsforebygging i flere år, og vi ser at andre kommuner i Vestland (f.eks. Bjørnafjorden) også jobber godt med temaet. Vestland fylkeskommune har ansvaret for mange og lange veistreknings, inkludert broer, og det kan være aktuelt å se på hvordan veisikring/brosikring i relasjon til selvmordsforebygging eventuelt kan omtales i transportplanen.

Effektive forebyggende tiltak lokalt

I kapittel 7 presenterer vi en rekke evidensbaserte selvmordsforebyggende tiltak som vi tenker Vestland fylkeskommune kan vurdere relevansen av til sin revisjon av handlingsprogrammet for folkehelse. Vi har vektlagt befolkningsrettede og grupperettede tiltak (mot f.eks. grupper av elever og ansatte) som kan egne seg for en fylkeskommune å implementere – enten selv eller i samarbeid med andre aktører på feltet som f.eks. RVTS, Statsforvalteren og kommunene. Vi har konsentrert oss om tiltak innenfor områder vi tenker en fylkeskommune har ansvar og virkemidler, som f.eks. folkeopplysningskampanjer, skolebaserte programmer (herunder YAM som er anbefalt i handlingsplanen for selvmordsforebygging), kulturbaserte tiltak, tiltak rettet mot grupper av ansatte/tjenesteutøvere og tiltak som handler om å begrense tilgang til metode (brosikring). Videre har vi viet oppmerksomhet til arbeidet som gjøres med å forebygge overdoser i Vestland, og vi har pekt på hvordan folkehelse og selvmordsforebygging kan henge sammen med fylkeskommunens planer for nærings- og samfunnsutvikling (inkl. tiltak mot arbeidsledighet og utenforskap). Et felt vi ikke har behandlet så eksplisitt i rapporten er tannhelsetjenestene som fylkeskommunen har ansvar for. Det finnes lite forskning på om og hvordan tannhelsetjenestene kan drive selvmordsforebygging, men ettersom de når ut til nesten samtlige barn og unge i fylket kan fylkeskommunen vurdere å utrede hvilken rolle både venterom (med infoskjermer) og ansatte i tannhelsetjenestene eventuelt kan spille i helsefremmende arbeid og selvmordsforebygging. Observasjonskompetansen som ligger hos PPT i videregående skole er også noe som kan tenkes å brukes aktivt i arbeidet med selvmordsforebygging.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppdragsforskningsprosjektet

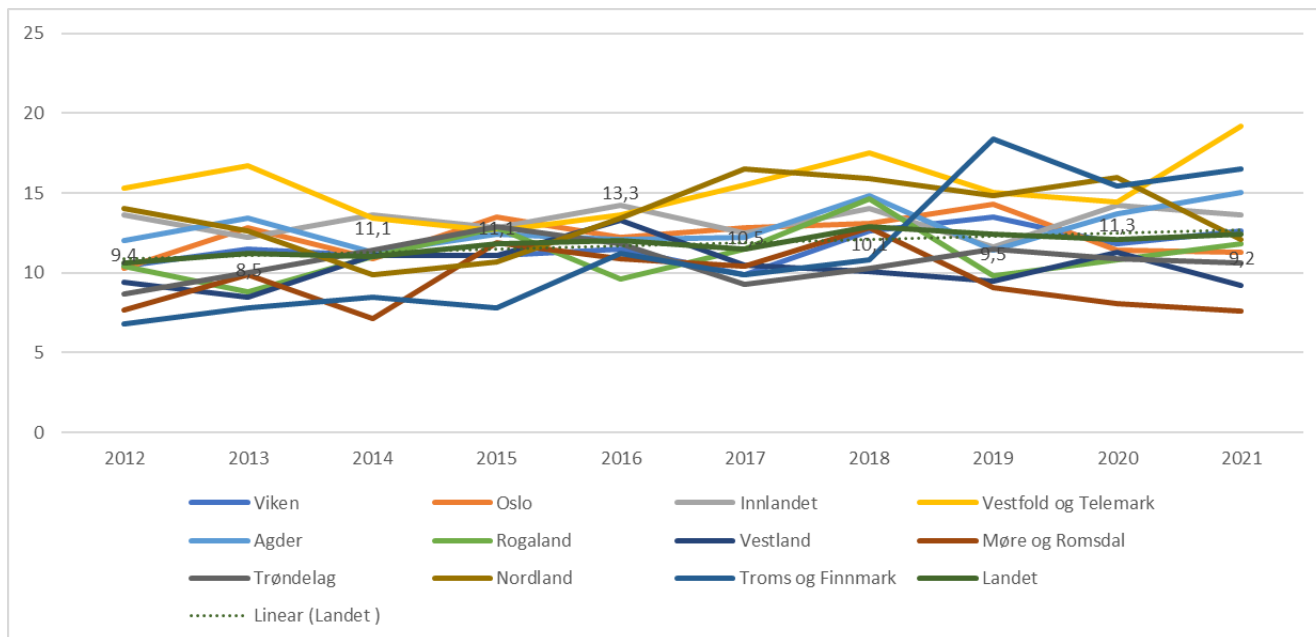
Forskere i SINTEFs gruppe for helsetjenesteforskning og Folkehelseinstituttets Avdeling psykisk helse og selvmord, svarte i september 2022 på en offentlig utlysning fra Vestland fylkeskommune (ref. VLFK/22/173) om å utarbeide "Kunnskapsgrunnlag for forebygging av sjølv mord". Bakgrunnen for utlysningen var at Vestland fylkeskommune i forbindelse med "Handlingsprogram for folkehelse Vestland 2022-2025" ønsket å få utarbeidet en oppsummerende rapport som samordner eksisterende kunnskap om forebygging av selvmord (tiltak 2.28 i handlingsprogrammet). Fylkeskommunen ønsket både selvmordsstatistikk for Vestland, analyser av trender og mørketall, samt en oppsummering av kunnskap om hvilke regionale og kommunale tiltak som har vist seg effektive for selvmordsforebygging. I denne rapporten presenteres resultatene i prosjektet.

1.2 Selvmord som fenomen

Selvmord defineres som en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og der denne skaden har ført til døden (Malt & Walby, 2022). Det er Dødsårsaksregisteret hos Folkehelseinstituttet som holder oversikt over dødsfall og tilhørende dødsårsaker, herunder selvmord. Statistikken for fjoråret gjøres som regel tilgjengelig i juni hvert år (Dødsårsaksregisteret, 2022). Før vi går inn på hvilke arenaer for selvmordsforebygging en fylkeskommune kan ha, presenterer vi noen fakta fra Folkehelse rapporten 2022 (Stene-Larsen, 2022) som kan være nyttige å vite om selvmord:

- Om lag 650 mennesker tar livet sitt i Norge hvert år. To av tre er menn. Kjønnforskjellen har blitt mindre over tid; rundt 1970 var det nesten tre ganger så mange selvmord hos menn som hos kvinner, mens forholdet nå nærmer seg 2:1. Selvmordsraten er høyere for menn enn for kvinner i alle aldersgrupper, utenom den aller yngste aldersgruppen (0-14 år).
- Antall selvmord per 100 000 har gått noe ned siden 1990, men ligger fortsatt høyere enn på 1950- og 60-tallet. I perioden 1970 til 1990 doblet risikoen for selvmord seg, for siden å falle igjen. Økningen var mest dramatisk for unge menn i aldersgruppen 15-24 år. I 2021 var selvmordsraten 12,4 per 100 000 innbyggere, som er om lag 25 prosent lavere enn i 1990 da raten var på 16,4 per 100 000 innbyggere.
- Median alder for selvmord er 47 år, det vil si at halvparten er eldre og halvparten yngre enn 47 år.
- Omtrent 6500 etterlatte og nærstående berøres av selvmord hvert år.
- Forekomsten av selvmord er omtrent den samme i Norge som i Europa, Nord-Amerika og Australia.
- Selvmordsforsøk og selvskading er som oftest ulike fenomener. Ved selvmordsforsøk foreligger det en intensjon om å dø, selv om intensjonen kan variere i styrke.

En viktig ting å være klar over når vi sammenlikner selvmordstall på fylkesnivå, er at det er såpass få selvmord på fylkesnivå at den tilfeldige variasjonen fra år til år blir svært stor. Noen få dødsfall til eller fra i et fylke kan utgjøre en stor statistisk forskjell. Det gjør at usikkerhetsintervallet rundt selvmordsraten i det enkelte fylket blir høyt, og det kan være vanskelig å si om et fylke reelt sett har høyere eller lavere selvmordsrate enn resten av landet. I figuren under presenteres utviklingen i selvmordsraten, dvs. selvmord per 100 000 innbygger, fra 2012 og fram til 2021. Verdien oppgitt inni figuren viser død som følge av selvmord og villet egenskade for Vestland fylke.



Figur 1 Selvmord og villet egenskade vist som rater per 100.000 innbyggere etter bofylke. Aldersjusterte rater etter Eurostats og WHO's standardpopulasjoner. Verdiene for Vestland er vist med tall over mørk blå linje i figuren (9,2 for 2021). Stiplet linje viser trenden for landet i perioden. Kilde: Tabell D11 i Dødsårsaksregisterets statistikkbank.

1.2.1 Hvordan forstår vi selvmord?

Ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSSF) beskriver de suicidologi som en tverrfaglig vitenskap der selvmordet ikke utelukkende kan forklares ut fra én synsvinkel. Den suicidale prosessen til en person kan handle om alt fra strukturelle samfunnsmessige og kulturelle forhold til genetiske faktorer som gir økt sårbarhet. Negative livshendelser og/eller levekårsrelaterte faktorer som traumer, omsorgssvikt, mobbing, arbeidsledighet, skilsmisse, kjærlighetssorg, tap av nære, rusproblematikk, økonomiske problemer, fattigdom, mangel på sosial støtte og psykiske lidelser, og kanskje kombinasjoner av disse, er eksempler på hva som kan være bakenforliggende årsaker til et selvmord. På NSSFs nettsider skriver de følgende om selvmord i et prosessperspektiv (NSSF, 2020a):

For noen kan slike erfaringer gi seg utslag i vansker med å regulere følelser eller med å kontrollere følelsesmessige impulser. Slike fenomener kan opptre alene, men er ofte en del av symptomene på psykiske lidelser. Noen forsøker å regulere slike følelser og opplevelser gjennom selvskadende handlinger uten suicidal intensjon, men slike opplevelser øker også risikoen for suicidal atferd. Andre forhold som kan virke inn for en person i krise er om personen ser selvmord som en løsning på sitt problem ("smitte", læring), om personen har lett tilgang til midler til å gjennomføre et selvmord, og om personen har reduserte sperrer (impulsivitet, rus). Når et selvmord har skjedd, påvirker det ofte mange mennesker sterkt og det kan øke sårbarheten, også for suicidal atferd, blant etterlatte.

Det er lett å tenke at selvmord er noe som bare forekommer hos personer som sliter med alvorlig psykisk lidelse, men slik er det ikke (Hjelmeland et al., 2014). Denne problemstillingen er utdypet i en relativt fersk bok om selvmordsforebygging (Hjelmeland, 2022). Hovedbudskapet i boken er at for å kunne forebygge selvmord bedre, må vi forstå mer om hvilke kontekstuelle og relasjonelle faktorer som har betydning for dem som opplever suicidalitet.

I en rapport av Walby og medforfattere (2020) kom det fram at i perioden 2009-2018 utgjorde personer fra psykisk helsevern for voksne (PHV-V) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i snitt 44,3 prosent av alle selvmord i Norge. Dette er en relativt høy prosent, som betyr at tjenestene i psykisk helsevern og rusbehandling er viktige forebyggingsarenaer. Ifølge svar fra behandlere som inngår i datagrunnlaget i rapporten hadde rundt halvparten av pasientene som hadde fått behandling i PHV-V depressivt stemningsleie ved siste kontakt før selvmord og/eller symptomer på angst og uro. Rundt en fjerdedel hadde symptomer på søvnvansker, håpløshet og/eller selvmordstanker. I TSB var det vanligste symptomet ved siste kontakt angst/uro, etterfulgt av depressivt stemningsleie. Et annet viktig funn var at mange av de som tok livet sitt i denne perioden tilhørte sosialt marginaliserte grupper. Et flertall bodde alene, og de færreste var i arbeid da de døde (Walby et al., 2020). Særlig har tiden rett etter utskrivelse fra døgnopphold vist seg å være kritisk med tanke på selvmordsfare (Walby et al., 2018b). Også oppsummering av internasjonal litteratur om kontakt med psykisk helsevern før selvmord viser liknende funn (Walby et al., 2018a). Studier fra Norge, Sverige og Nord-Irland har vist at en relativt høy andel de som tar livet sitt har fått foreskrevet medikamenter mot psykiske lidelser i tiden før selvmordet (Benson et al., 2018; Henriksson et al., 2001; Reneflot et al., 2019). Videre viser forskningen forhøyet forekomst av psykiske lidelser, selvmordsforsøk og selvmord blant etterlatte som opplever at deres nære tar selvmord (Pitman et al., 2014). God oppfølging av etterlatte ved selvmord kan dermed være selvmordsforebyggende i seg selv (Kaspersen et al., 2022a, 2022b). Her kan både helse- og velferdstjenestene, men også vi som medmennesker, anstrenge oss litt ekstra for at noen som har opplevd et slikt tap ikke står alene i sorgen.

Det viktigste vi kan ta med oss fra forskningslitteraturen referert over er at man må evne å jobbe på flere arenaer samtidig når man jobber med selvmordsforebygging. Å forebygge suicidalitet og selvmord kan både gjøres gjennom å forbedre helsetjenestetilbudet til de med psykisk helse- og ruslidelser, ved å forbedre levekårene for sårbare grupper, ha gode velferdsordninger og et velfungerende arbeidsmarked, bekjempe sosial ulikhet og ved legge til rette for gode sosiale relasjoner i befolkningen. I neste delkapittel presenterer vi ulike tjenester og innsatsområder der fylkeskommunen kan tenkes å ha virkemidler for å drive selvmordsforebygging.

1.3 Hvilke arenaer for selvmordsforebygging har fylkeskommunen?

Fylkeskommunen er det regionale folkevalgte styringsnivået i Norge, og ledes av et fylkesting, valgt i allmenne valg for en fireårsperiode. Som offentlig myndighetsorgan har fylkeskommunen en selvstendig status både i forhold til det statlige statsforvalterembetet og i forhold til kommunene innenfor fylkets grenser. Fylkeskommunens viktigste oppgaver er videregående undervisning, offentlig tannhelse, idrett og friluftsliv, forvaltning av kulturminner og drift av en del kulturinstitusjoner og tekniske oppgaver knyttet til veier, kraftproduksjon, næringsutvikling og miljøforvaltning – der særlig klimatiltak blir viktig i årene som kommer. Fylkeskommunen bidrar også med finansiell støtte til ulike frivillige organisasjoner. Fylkeskommunal virksomhet utgjorde ca. 89 milliarder kroner (16.000 kroner per innbygger) i 2020, tilsvarende 3,4 prosent av landets bruttonasjonalprodukt (Berg & Hansen, 2022).

Vestland fylkeskommune (heretter forkortet VLFK) har på egne nettsider følgende beskrivelse av sine viktigste ansvarsområder (VLFK, 2022a):

- Videregående opplæring
 - VLFK har ansvar for >20 000 elever fordelt på ca. 43 videregående skoler, mange har rett på skoleskyss som også er fylkeskommunens oppgave. I tillegg 6500 læringer i 2600 lærebedrifter. Det gis ekstra oppfølging til de som sliter med å gjennomføre videregående skole, og fylkeskommunen tilbyr karriereveiledning.
- Tannhelse
 - Vestland har 55 tannklinikker som skal yte god tannhelsehjelp og forebyggende arbeid. Gratis tannbehandling til barn, unge og prioriterte grupper – med mål om null hull.

- Kultur
 - VLFK skal sørge for et godt tilbud innen bibliotek, film, musikk, scenekunst og visuell kunst.
- Samferdsel
 - VLFK har ansvar for utvikling og vedlikehold av fylkesveier. Planlegger, bygger, drifter og vedlikeholder fylkesveiene i Vestland.
- Næringsutvikling
 - VLFK jobber for nyskaping, vekst og arbeidsplasser i nærområdene i Vestland.
- Klima og miljø
 - VLFK planlegger for fremtiden for å redusere klimagassutslepp i Vestland. Fylkeskommunen tilrettelegger for å bygge ladeplasser for bil og båt, og bidrar til forskning på miljø, klima og fornybar energi.

Det kan argumenteres for at alle disse ansvarsområdene, direkte eller indirekte, er mulige arenaer for å drive selvmordsforebyggende arbeid. Et viktig ansvarsområde som ikke er nevnt i kulepunktene er fylkeskommunens ansvar for **folkehelse**, noe vi kommer tilbake til under.

Videregående opplæring er kanskje den mest åpenbare arenaen å drive selvmordsforebyggende arbeid på, og der det allerede finnes spesifikke selvmordsforebyggende programmer rettet mot både ansatte og elever. Et eksempel på et slikt program som pågår i Vestland er "Livet på timeplanen", som både er en nettressurs og et skoleprogram som skal lære opp og trygge ansatte i skolene på å fange opp barn og unge som selvkader eller har selvmordstanker (RVTS_Vest, 2022). Et annet eksempel beskrevet i Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 er det evidensbaserte skoleprogrammet YAM, som i Norge drives av Mental Helse og er rettet direkte mot elever i alderen 13-17 år (Regjeringen, 2020a). Vi skriver mer om begge disse programmene i kapittel 7.2.

Tannklinikken møter omtrent alle barn og unge i hele landet, og kan også tenkes å være en arena som fanger opp både barn og unge, familier og voksne som har det vanskelig. Et eksempel på at tannhelsetjenesten er nevnt i en handlingsplan mot selvmord finnes i **Innlandet fylkeskommune**. Her er det utviklet verktøy for ansatte i tannhelsetjenesten som beskriver hva man skal gjøre dersom de bekymrer seg for at en pasient har selvmordstanker eller selvmordsplaner. Verktøyene beskriver hva man kan gjøre i en akutt fase og i en forebyggende fase (Innlandet_fylkeskommune, 2021). Tannhelsetjenesten kan med sin lange erfaring og sine gode resultater fra forbyggende arbeid være en viktig aktør i partnerskap for folkehelse lokalt i kommuner og fylkeskommuner. I den nasjonale veilederen for god klinisk praksis i tannhelsetjenesten, er det framhevet at samhandling på tvers av forvaltningsnivåer er viktig, og at tannhelsetjenesten må være en naturlig inkludert samarbeidspartner i all virksomhet som sørger for å sikre innbyggere og pasienter deres lovfestede tilbud (Helsedirektoratet, 2011).

Aktiv deltakelse i **kulturtilbud** kan virke helsefremmende, og ulike former for kunst og musikk kan brukes som terapiform for folk som sliter med psykiske plager og lidelser (Jensen & Bonde, 2018). Kulturskolen og "Den kulturelle skolesekken" er også eksempler på hvordan kulturtilbud for barn og unge kan kobles til forebyggende folkehelsearbeid, som beskrevet i evaluering av handlingsplan for selvmord i Nordland fylkeskommune (Pwc, 2019). Offentlige bibliotek brukes i dag til langt mer enn utlån av bøker, og er en god arena for å arrangere ulike former for kulturtilbud og menneskemøter (Rasmussen, 2019). Innenfor **samferdsel** har fylkeskommunen mulighet til å drive selvmordsforebyggende arbeid ved f.eks. å lage ekstra sikring, skilting og overvåkning på broer, samt sikre andre steder langs fylkesveiene og jernbanelinjer der man er kjent med at det systematisk forekommer selvmord eller selvmordsforsøk (såkalte "hot spots"). Når det gjelder **næringsutvikling og arbeidsplasser** vil det å holde arbeidsledigheten lav, inkludere vanskeligstilte grupper på arbeidsmarkedet og det å hindre store nedbemanninger, kunne være selvmordsforebyggende i seg selv. Det finnes god evidens for at arbeidsledighet og nedbemanning kan øke psykisk uhelse og

selvmordsrisiko i arbeidsstyrken og hos ansatte i rammede bedrifter, og at hvordan myndighetene håndterer arbeidsledighet kan forebygge selvmord, særlig blant menn (Kaspersen et al., 2017; Kaspersen et al., 2016; Kawohl & Nordt, 2020; Nordt et al., 2015; Shand et al., 2022).

I **Rogaland fylkeskommune** har man prioritert selvmordsforebygging i skolen, samt **blant de ansatte i fylkeskommunen** i den gjeldende handlingsplanen. Dette er et godt eksempel på arbeidsplassen som arena for selvmordsforebygging. "Våg å bry deg" er en intern handlingsplan for Rogaland fylkeskommune som skoleeier og arbeidsgiver, og skal bidra til å fremme psykisk helse og forebygge selvmord (Rogaland_fylkeskommune, 2021). For elever, lærlinger og lære kandidater er følgende mål formulert:

- Fremme psykisk helse og gjøre tiltak lettere tilgjengelig.
- Styrke samarbeidet mellom helse- og opplæringssektoren.
- Styrke elevenes kunnskap om egen psykisk helse.
- Skoleprogrammene: Livet på timeplanen og YAM – Youth Aware of Mental Health

For de ansatte i Rogaland fylkeskommune har handlingsplanen mål om å:

- Fremme psykisk helse på arbeidsplassen.
- Gi tilbud om profesjonell hjelp i livskriser.
- Gi kurs i psykisk førstehjelp for lærere, ansatte i sentraladministrasjonen og eget kurs for ledere med personalansvar.

Også innenfor ansvarsområdet **miljø og klima** kan man argumentere for at fylkeskommunen har en arena for å drive (psykisk) helsefremmende og selvmordsforebyggende arbeid. Det finnes etter hvert god dokumentasjon på at det er en sammenheng mellom klimautfordringene og dårligere psykisk helse i befolkningen (Cianconi et al., 2020; Clayton, 2021), og et bevisst arbeid med å fremme framtidstro og forebygge klimaangst blant barn og unge kan tenkes å være hensiktsmessig (se henvisning til ulike klimaangst-intervensjoner i (Bingley et al., 2022)).

1.4 Handlingsplaner og strategier som kan relateres til selvmordsforebygging

Fylkeskommunens handlingsplaner og strategier er redskaper for å skape utvikling i regionen, og vil være førende for hvilke områder det satses på. Hittil har det ikke vært en egen handlingsplan for selvmordsforebygging i Vestland fylkeskommune, og selvmordsforebygging har heller ikke vært nevnt som eget tema i de regionale planene for folkehelse som løper ut 2025 i de forhenværende fylkene Hordaland og Sogn og Fjordane (Hordaland_fylkeskommune, 2014; Sogn og Fjordane_fylkeskommune, 2015). Å få utarbeidet et kunnskapsgrunnlag for forebygging av selvmord er, som nevnt over, et eget tiltak i "Handlingsprogram for folkehelse Vestland 2022-2025". Vi anbefaler at kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene som foreligger i denne rapporten brukes som bakgrunn for en vurdering i VLFK for om man bør utarbeide en egen handlingsplan for selvmordsforebygging, slik flere andre fylkeskommuner har gjort.

Nordland fylkeskommune har hatt nullvisjon for selvmord siden 2015. I evalueringen av "Nullvisjon Selvmord, Handlingsplan 2015-2020" går det fram at planen inneholdt 49 tiltak innenfor fem delmål: 1) god psykisk helse og mestring i befolkningen, 2) redusert forekomst av selvmord og selvskadning i risikogrupper, 3) god oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, 4) et kunnskapsbasert tjenesteapparat og 5) kunnskapsbaserte strategier. Det ble lagt særlig vekt på det første delmålet – God psykisk helse og mestring i befolkningen - da dette området ble ansett å i størst grad gjenspeile og berøre fylkeskommunens ansvar. De viktigste tiltakene i handlingsplanen var formidling av kunnskap og holdninger gjennom den kulturbasert tilnærming/metodikk (herunder Den kulturelle skolesekken) og skolering av rådgivere/PPT i videregående skole med Vivat-kurs i selvmordsforebygging (Pwc, 2019). I en orientering til

fylkesrådet om Nordland fylkeskommunes selvmordsforebyggende arbeid framheves at en tverrpolitisk satsning har vært viktig for å løfte problematikken opp på agendaen:

I Nordland har det vært tverrpolitisk enighet og forståelse om at dette er et område vi skal prioritere, og vi ser at den enigheten har vært viktig for å løfte problemstillingen, og få flere engasjert. Vi ser også at det er en voksende nasjonal oppmerksomhet på området, blant annet har vi nylig fått en nasjonal nullvisjon mot selvmord. Det arbeidet vi har gjort i Nordland har vært et viktig bidrag til den økende oppmerksomheten, det ser vi også på en voksende interesse for våre erfaringer fra arbeidet. Det er naturlig nok sånn at det etterlyses praktiske tiltak. I fagmiljøene som jobber med selvmordsforebygging beskrives Nordland som et foregangsfylke, «Look to Nordland» er faktisk et velbrukt utsagn. Dette skyldes hovedsakelig at vi har klart å omsette enigheten til noe konkret, vi har tatt det fra ord til handling. Fremfor alt har vi våget å ta tak i et spørsmål som det er veldig lett å bli overveldet av, og som derfor ender med en følelse av maktesløshet for veldig mange. (Nordland_fylkeskommune, 2022)

Det er også verdt å nevne at Nordland fylkeskommune som følge av sitt aktive arbeid med selvmordsforebygging så det som nødvendig å bidra til at det ble etablert en prosedyre for samarbeid mellom kriseteam (Bodø kommune) og LEVE Nordland om likepersonsarbeid ved selvmord. Denne kan oppgis på forespørsel hvis andre kommuner ønsker å gjøre det samme.

Vi har gått gjennom det vi anser som de mest sentrale planene i VLFK som kan være aktuelle å løfte fram selvmordsforebygging og helsefremming i. Det kan godt være at fylkeskommunen ser flere aktuelle områder etter å ha lest våre innspill, og vi håper dette kan være utgangspunkt for en bred diskusjon om hvilke handlingsplaner, temaplaner og strategier som kan og bør ha rom for selvmordsforebygging som tema i framtiden.

1.4.1 Utviklingsplan for Vestland 2020-2024

Vestland fylkeskommune har en rekke regionale planer, temaplaner og strategier¹ innenfor alle ansvarsområdene vi listet i kapittel 1.3. På overordnet nivå gjelder den regionale planstrategien "Utviklingsplan for Vestland 2020-2024" (VLFK, 2020), der det er formulert fire hovedmål med underliggende strategier for hvert mål:

- Mål 1 Vestland som det leiande verdiskapingsfylket og nasjonal pådrivar for eit regionalisert og desentralisert Noreg
- Mål 2 Klima og miljø som premiss for samfunnsutvikling
- Mål 3 Lokalsamfunn som ramme for gode kvardagsliv i heile Vestland
- Mål 4 Like moglegheiter til å delta i verdiskaping

Her er det særlig mål 4, tuftet på FNs bærekraftsmål om god utdanning og mindre ulikhet, som inneholder strategier som peker seg ut med relevans til selvmordsforebygging:

- 4.1 Vestland skal fremje opne og inkluderande arenaer for deltaking i kultur, frivillig arbeid og sivilsamfunn.
- 4.2 Vestland skal utvikle eit meir inkluderande og aldersvenleg samfunn som grunnlag for verdiskaping.
- 4.3 Vestland skal sikre deltaking gjennom trygg oppvekst, utdanning og livslang læring.

I planen går det fram at de sosiale forskjellene i Vestland er økende og har vært det over tid. Det påpekes at samfunn med store forskjeller ofte har lavere tillit mellom folk, svakere sosiale relasjoner, svakere demokrati

¹ <https://www.vestlandfylke.no/planlegging/regional-planlegging/regionale-planar/>

og mindre økonomisk stabilitet. Lik mulighet til samfunnsdeltakelse løftes fram som et viktig mål for Vestland, der barnehage, skole og utdanningstilbud, arbeid og kultur- og fritidstilbud skal prioriteres:

Eit hovudprinsipp i berekraftmåla er at ingen skal utelatast. For å nå dette målet må vi ha spesielt fokus på sårbare grupper og sette inn eit breitt verkemiddelapparat på tvers av sektorar. Vestland skal ha eit spesielt fokus på sårbarheit, livsomstilling og utanforskap. Inkludering bør vere eit gjennomgåande perspektiv i all regional og kommunal planlegging og verksemd. Kultur-, idrett-, og frivilligheit skapar mange gode arenaer for deltaking i Vestland. Vi har sterk tradisjon for breie og inkluderande aktivitetstilbod som vert til i samarbeid mellom det offentlege, frivilligheita og profesjonelle kulturaktørar. For dei som er sårbare for utanforskap er desse arenaene ekstra viktige, og kan vere inngangen til anna samfunns- og arbeidsliv. Gode rammer og låge tersklar for deltaking vil bidra til å utjamne sosial og økonomisk ulikskap.

Utviklingsplan for Vestland 2020-2024: s.31

I utviklingsplanen (s. 37) står også det nye handlingsprogrammet for folkehelse beskrevet, der gjennomføring av tiltak i folkehelseplanene skal vektlegges i større grad, man skal styrke samordning i offentlig sektor, fremme samarbeid mellom ulike sektorer – og aktivt arbeide folkehelse inn i andre planprosesser. Vi går nærmere inn på handlingsprogrammet i neste delkapittel.

1.4.2 Handlingsprogram for folkehelse Vestland 2022-2025

I tillegg til ansvarsområdene videregående skole, tannhelse, kulturtilbud, samferdsel og næringsutvikling, er folkehelsearbeid en lovpålagt oppgave i fylkeskommunen, hjemlet i Folkehelseloven § 20 og § 21, og linket til plan- og bygningsloven § 7-1. Her heter det at "*Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer*". Videre skal fylkeskommunene understøtte folkehelsearbeidet i kommunene ved å ha nødvendig (skriftlig) oversikt over helsetilstanden i fylket, og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Loven sier også at fylkeskommunen skal være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Oversikten over fylkeskommunens folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi (jf. plan- og bygningsloven § 7-1). Vestland fylkeskommune vedtok våren 2022 et nytt [handlingsprogram for folkehelse](#) basert på innspill og samhandling med blant annet ulike aktører i kommunen, frivillig sektor og statlige aktører. Det er prioritert tolv delmål/satsninger fra regionale planer som tiltakene i Handlingsprogrammet skal bidra til måloppnåelse på. Tiltak nr. 2.28 på s. 41 i Handlingsprogrammet heter "Samordne kunnskapsgrunnlag for forebygging av sjølv mord" og er forankret i innsatsområde "*Kunnskapsbasert folkehelsearbeid, sosial ulikskap i helse, gode, trygge og deltakende nærmiljø/ lokalsamfunn, dei demografiske endringane i Vestland og ei aldrande befolkning, barn og unge – livskvalitet og psykisk helse*". Den offentlige anskaffelsen av dette prosjektet er del av dette tiltaket, og utgjør en del av kunnskapsgrunnlaget når Handlingsprogrammet skal revideres i løpet av 2023.

Et viktig virkemiddel for å fremme godt folkehelsearbeid lokalt, er den nasjonale satsingen Program for folkehelsearbeid i regi av Helsedirektoratet. I 2017 startet denne tiårige satsingen (2017–2027) på kommunalt folkehelsearbeid, som resultat av et forslag fremmet gjennom Folkehelsemeldingen av 2015. Satsingen skal, ifølge Helsedirektoratets nettsider, bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Barn og unge, psykisk helse og rusforebygging er sentrale tema. Vestland har vært programfylke fra 2018, og har en prosjektperiode fram til og med 2025. På Vestland fylkeskommunes nettsider finnes en egen oversikt over alle programkommunene og deres respektive tiltak (VLFK, 2022c).

1.4.3 Regionale planer for kultur, idrett og friluftsliv

Foreløpig gjelder de regionale planene for kultur i de to gamle fylkene Sogn og Fjordane og Hordaland, men Fylkestinget skal vedta en regional plan for kultur, idrett og frivillighet for Vestland våren 2023. Dette blir en langsiktig plan for utvikling av kulturfeltet i Vestland, og kommer til å gjelde fram til 2035. Det er mulig å følge planprosessen via fylkeskommunens nettsider, og høringsutkast har vært tilgjengelig siden høsten 2022 (VLFK, 2023). Under del 2 av planen "Kultur bygger samfunn – Aktør og fagplan" er folkehelse, kultur og helse og inkludering og integrering beskrevet i egne delkapittel, der klyngesamarbeid på ulike tema løftes fram som viktig:

Regionale samarbeid og klynger er viktig i arbeidet med folkehelse. Utviklingsarbeid innan t.d. bibliotek, fysisk aktivitet og kulturformidling har gode resultat og modellar frå samarbeid på denne måten. Denne måten å jobbe på vil vere avgjerande for gode resultat og utvikling i planperioden. Det er fleire gode døme på denne type samspel i Vestland. Kunnskapsklynga POLYFON arbeider for at musikkterapi skal vere tilgjengeleg for alle som ønsker og trenger det, og for å styrke det tverrfaglege samarbeidet om musikk som folkehelseressurs. Klynga består av kommunar, helseføretak og kompetanse- og forskingsmiljø.

Målet er at "Kultur, idrett og frivillighet skal bidra til eit langsiktig og systematisk arbeid som gir fleire gode leveår, livsmeistring og som utjamnar sosiale helseskilnader". Videre vises det til at kultur er helsefremmende, forebygger og rehabiliterer på ulike vis, og at gjennom å delta i kulturaktivitet, idrett og friluftsliv kan man utvikle både fysisk form og psykisk helse, oppleve fellesskap og knytte sosiale bånd. Det er et uttalt mål i planen at man skal "Utvikle og synleggjere samanhengen mellom kultur og helse og gjennom det motverke inaktivitet og utanforskap". Igjen løftes musikkterapi fram som eksempel. Den kulturelle spaserstokken er også et tiltak i planen, der man skal formidle profesjonell kunst og kultur til eldre, i samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren, kultursektoren og frivillige organisasjoner. Det var en egen Frivillighetsstrategi for Vestland i 2021-2022, med mål om å gjøre det enkelt å være frivillig i Vestland. Strategi og tiltak i frivillighetsstrategien blir tatt videre i arbeidet med regional plan for kultur, idrett og friluftsliv 2023–2035.

En annen strategi som kan være relevant å nevne under idrett og kultur er at Vestland i perioden 2021-2022 har hatt en egen strategi for e-sport og gaming. Hovedmålet er at VLFK skal være en tilrettelegger og kunnskapsressurs for e-sport og gaming i Vestland. Her har man fokusert på å hindre utenforskap og sikre sosial bærekraft, utvikle tilbud i regi av videregående opplæring, samt sikre kompetanse i breddeaktivitet gjennom kurs og nettressurser som f.eks. [Aktivegamere.no](https://www.aktivegamere.no).

1.4.4 Regional transportplan 2022-2033 for Vestland (RTP)

I den grad det skal drives brusikring eller andre selvmordsforebyggende tiltak på det fylkeskommunale veinettet, kan det være aktuelt å omtale selvmordsforebygging i regionale transportplaner. Så vidt vi kan se av de planlagte investeringene i regional transportplan i Vestland fylkeskommune, er ikke dette nevnt eksplisitt hittil. Fylkestinget i Vestland vedtok i juni 2022 å bruke 4,2 milliarder kroner i perioden 2023-2026 på ulike tiltak innen vei, bru, kai, tunneler, trafikktrygghet og myke trafikanter (VLFK, 2022b). I Vestland er både Askøybroen og Sotrabroen påmontert ekstra høyt rekkverk for å forebygge at suicidale hopper fra broene (se bilde i kapittel 7.2). Begge disse broene er eid av Statens Vegvesen. Vi skriver mer om brosikring i del 3 av rapporten om effektive forebyggende tiltak lokalt.

1.4.5 Nærings- og samfunnsutvikling

Vestland fylkeskommune er opptatt av bærekraftig verdiskapning og har en regional plan for innovasjon og næringsutvikling for perioden 2021-2033. Planen skal sette retning for næringslivet i Vestland de neste årene, og målet er å gjøre Vestland til det ledende verdiskapningsfylket basert på bærekraftig bruk av

naturressurser, grønn næringsutvikling og innovasjon (VLFK, 2021). Visjonene og målene er oppsummert i figuren under, hentet fra VLFK sine nettsider. Her det kanskje særlig målene om kompetanseutvikling, god tilgang til arbeidskraft og innovative og inkluderende samfunn som man kan tenke seg grenser opp mot folkehelseperspektivet. F.eks. er det et eget tiltak å gjøre de som står utenfor arbeidsmarkedet relevante for arbeidslivet under delmål 2 av "Kompetanseutvikling i arbeidslivet". Som nevnt vil det å holde arbeidsledigheten lav, inkludere vanskeligstilte grupper på arbeidsmarkedet og det å hindre store nedbemanninger, kunne være selvmordsforebyggende i seg selv. Store nedbemanninger kan oppstå når kompetansen i bedrifter ikke lenge matcher etterspørselen. Hvordan myndighetene både nasjonalt og regionalt håndterer slike store nedbemanninger kan forebygge selvmord, særlig blant menn. Vi skriver mer om forskningen på dette i kapittel 7.



1.4.6 Handlingsplaner for selvmordsforebygging i kommunene

Når fylkeskommunen skal utvikle egne handlingsplaner på selvmordsforebygging, kan det være lurt å skjele til hva som gjøres i kommunene på dette feltet. I Helsedirektoratets veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord (kap. 2.5) står det at kommunen bør utarbeide en plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvskading som selvmordsforsøk. Det er presisert at dette er et lederansvar, og at planen skal ha som mål å bidra til å tydeliggjøre hvilke tjenester/enheter som skal inneha hvilke oppgaver/roller ved forebygging, oppfølging og behandling av selvskading og selvmordsforsøk. Planen foreslås utviklet som en egen plan, eller integreres som en delplan i øvrig planverk innen psykisk helse og rus, psykososial oppfølging, samt øvrige tilgrensende temaplaner som for eksempel kommunale handlingsplaner mot vold (Helsedirektoratet, 2017). Det er også utviklet et visuelt ressurskart som kan være et verktøy for planlegging og organisering av det selvmordsforebyggende arbeidet (Helsedirektoratet, 2022). Videre har de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) utarbeidet en nettressurs som skal veilede kommuner i utarbeiding av kommunal/interkommunal handlingsplan om selvmord og selvskading: <https://kommunalhandlingsplan-mal-selvord.no/>.

I Vestland er det flere av kommunene som har utarbeidet egne handlingsplaner for selvmordsforebygging, og i forbindelse med dette prosjektet har vi særlig vært i kontakt med Bergen kommune som lenge har jobbet etter en nullvisjon for selvmord, og i tråd med den gjeldende nasjonale handlingsplanen for forebygging av selvmord. Deres første handlingsplan ble utviklet i 2017/2018 og har vært gjeldende i

perioden 2018-2022 (Bergen_kommune, 2018). Landsforeningen for etterlatte etter selvmord (LEVE) initierte i sin tid etablering av handlingsplanen i Bergen, og planarbeidet har involvert mange offentlige og frivillige aktører som LEVE, Helse Bergen HF, RVTS, gamle Hordaland Fylkeskommune og Regionalt kunnskapscenter for barn og unge. Det vil komme en oppdatert handlingsplan i 2023 for de kommende årene. Handlingsplanen har hatt et sterkt fokus på barn og unge, og inneholdt 17 tiltak rettet mot denne målgruppen (se liste under). Andre grupper kommunen har beskrevet som ekstra sårbare er flyktninger og asylsøkere, eldre, etterlatte og funksjonshemmede. Det er satset mye på å heve kompetanse i egen organisasjon, og kommunen har blant annet utdannet egne Vivat-instruktører som kjører kurs med ansatte på jevnlig basis. De har også vært sterkt involvert i implementering av det selvmordsforebyggende programmet "Livet på timeplanen", som vi beskriver nærmere i del 3 av denne rapporten.

Tiltak 1 Tiltak i barnehager

Tiltak 2 Tiltak i barne- og ungdomsskoler

Tiltak 3 Tiltak i videregående skoler

Tiltak 4 Tiltak for ungdom på universitet og høyskoler

Tiltak 5 Kulturtilbud

Tiltak 6 Helsehjelp for ungdom skal gjøres mer kjent og tilgjengelig

Tiltak 7 Styrke kompetanse i selvmordsforebygging for leger og psykologer

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

Tiltak 9 Identifisere selvmordsrisiko hos hjemmeboende eldre

Tiltak 10 Tettere oppfølging av personer med selvmordsproblematikk

Tiltak 11 Samarbeide med og styrke tilbudet som gis gjennom frivillige organisasjoner

Tiltak 12 Tiltak for ansatte i NAV stat

Tiltak 13 Kompetanseheving internt i Bergen kommune

Tiltak 14 Tiltak i NAV Sosialtjeneste

Tiltak 15 Ressursgruppe

Tiltak 16 Informasjon

Tiltak 17 Lokale data for selvmordsforsøk og villet egenskade

En annen kommune i Vestland som nylig har utarbeidet og vedtatt en handlingsplan med nullvisjon for selvmord relativt nylig er Bjørnafjorden kommune (Bjørnafjorden_kommune, 2022). De har fokusert på følgende seks mål:

Mål 1: Systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Mål 2: Trygg kommunikasjon om selvmord (interkommunalt prosjekt "Aldri Alene").

Mål 3: Avgrensa tilgang til metode for selvmord.

Mål 4: God hjelp og gode behandlingsforløp for menneske med selvmordsrisiko.

Mål 5: Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte ved selvmord.

Mål 6: Bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging.

Vi opplever at det er mange aktører i Vestland som allerede samarbeider godt når det gjelder selvmordsforebygging. Helse Vest HF og RVTS Vest (organisert i Divisjon psykisk helsevern ved Haukeland universitetssykehus) sto i bresjen for å utvikle en folkeopplyningskampanje mot selvmord (omtalt i del 3 av rapporten) og vi har fått opplyst at det har vært flere arrangementer med selvmordsforebygging som tema de siste årene der f.eks. Statsforvalteren, KORUS, RVTS, RKBU/NORCE, NAPHA, KS og Vestland fylkeskommune har deltatt. Framover vil det handle om å fortsette det gode samarbeidet og ha fokus på rolleavklaring slik at fylkeskommunen får optimalisert sin rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet.

2 Problemstillinger og forskningsspørsmål

Hovedmålet med prosjektet er å gi Vestland fylkeskommune en oppsummering av tall og eksisterende kunnskap om selvmordsforebygging som skal danne grunnlag for å vurdere tiltak inn mot spesifikke grupper i fylket. Fylkeskommunens handlingsprogram skal revideres i løpet av 2023, og denne rapporten skal være en kunnskapsbase i revisjonsarbeidet. VLFK ønsket at kunnskapsgrunnlaget skulle inneholde følgende tre hovedelementer:

1. Statistikk på hvor mange, og hvem (jf. bakgrunnsvariabler under) som begår selvmord i Vestland, herunder estimat på mørketall med kobling til trafikkstatistikk, drukningsstatistikk og ulykkesstatistikk. Aktuelle bakgrunnsvariabler vil være:
 - a. Kjønn, alder, utdanning, yrkesgruppe, sosioøkonomisk status (inntekt), sivil status, geografisk område, metode for selvmord.
2. Kvalitative analyser av nasjonal kunnskap om trender og mørketall.
3. Oversikt over regionale og kommunale tiltak som har vist seg effektive i selvmordsforebygging. Særlig av interesse er kobling til arenaer der fylkeskommunen har virkemiddel.

Med utgangspunkt i de tre overordnede problemstillingene formulert av Vestland fylkeskommune valgte vi å dele prosjektet i **tre arbeidspakker** med følgende forskningsspørsmål som skal besvares:



Arbeidspakke 1 (AP1): Statistikk og analyse

- 1a) Hvordan har antall selvmord, og selvmordsraten, i Vestland utviklet seg i perioden 2000-2021 sammenliknet med andre fylker?
- 1b) Hvordan fordeler selvmordene i Vestland seg på ulike bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, utdanning, yrkesgruppe, sosioøkonomisk status (inntekt), sivil status, geografisk område (f.eks. rural/urban, tidligere fylkesinndeling, største byer osv.) og metode for selvmord i perioden 2000-2020?
- 1c) Hvordan skiller eventuelt selvmordene i Vestland seg fra selvmord i andre fylker, basert på bakgrunnsvariablene nevnt i 1b)?
- 1d) Hvordan kalkuleres og estimeres mørketall for selvmord i trafikken, ved drukning og annen ulykkesstatistikk, og hvordan ser den tilgjengelige statistikken/estimeringen for mørketall ut for Vestland?



Arbeidspakke 2 (AP2): Kunnskap om trender og mørketall

- 2a) Hva vet vi om nasjonale trender og mørketall for selvmord i Norge og i Vestland?
- 2b) Hvordan skiller Vestland seg eventuelt fra andre fylker på det vi vet om nasjonale trender og mørketall?



Arbeidspakke 3 (AP3): Effektive forebyggende tiltak lokalt

- 3a) Hvilke regionale og kommunale tiltak har vist seg effektive i selvmordsforebygging?
- 3b) Gitt virkemidlene og ansvarsområdene til fylkeskommunen; hvilke tiltak bør fylkeskommunen prioritere?

Strukturen på rapporten er også tredelt, og følger rekkefølgen i de tre arbeidspakkene.

3 Data og metode

For å besvare forskningsspørsmålene i AP1 har vi benyttet registerdata fra Dødsårsaksregisteret (dødsårsak, kjønn, alder) koblet til statistikk hos Statistisk sentralbyrå (utdanning, sivil status, geografi), NAV (arbeidsmarkedsinformasjon) og Skatteetaten (inntekt). Vi presenterer tall for perioden 2000-2021. De fleste registrene har en tidsforsinkelse på ca. 6 måneder for tilgjengeliggjøring av data for foregående år, og vi rekker dermed ikke å inkludere 2022-tall i denne rapporten. Videre har vi koblet på tall om oppfølging og kompetanse på selvmordsforebygging i enheter for psykisk helse og rusarbeid i kommunene fra et prosjekt SINTEF gjør på oppdrag fra Helsedirektoratet ([IS-24/8](#)).

I november 2022 gjennomførte vi møter med sentrale ansatte i Vestland fylkeskommune (VLFK) med hovedmål om å undersøke 1) hvordan VLFK har jobbet med temaet selvmordsforebygging tidligere, 2) hvilke arenaer for selvmordsforebygging fylkeskommunen har virkemidler på, og 3) kunnskapsbehovene til fylkeskommunen. Innspillene som kom, har vi brukt til å justere søkene etter litteratur og offentlige dokumenter i arbeidspakke 2 og 3. Vi har også gjennomført 11 sonderingsintervju på Teams med aktører som enten har virkemidler på selvmordsforebyggingsfeltet eller som har kunnskap om hva som kan gi mørketall i statistikken. Vi har blant annet snakket med Vivat, Statsforvalteren i Vestland, Bergen kommune – flere ansatte som jobber med selvmordsforebygging og overdoser, Kunnskapsmiljø i Vestland involvert iblant annet "Livet på timeplanen" (RKBU/NORCE og Bergen kommune), RVTS Vest, Nordland fylkeskommune, Redningsselskapet, Mental helse (om YAM), Politiet og rettspatologer ved offentlige sykehus (ett intervju og mailkorrespondanse med flere). Intervjuene varte mellom 1-2 timer, ble gjennomført av prosjektleder via Teams eller telefon og det ble skrevet oppsummeringsnotat etter hvert intervju. Av hensyn til prosjektets begrensede omfang og knappe tidsramme hadde vi ikke anledning til å transkribere intervjuene, kode og analysere dem etter prinsipper for kvalitativ metode, slik vi ville gjort i et større prosjekt. Vi har derfor valgt å kalle det "sonderingsintervju".

De begrensede rammene i prosjektet tilsier ikke at vi har kunnet gjennomføre en full systematisk kunnskapsoppsummering (systematic review). Vi har derfor gjennomført tematiske litteratursøk på norsk både hos Helsebiblioteket, Google Scholar, Idunn-databasen, Kudos (offentlige dokumenter) og hos sentrale aktører som er aktivt involvert i selvmordsforebygging i Norge (NSSF, FHI, RVTS, Vivat, LEVE, Mental Helse, Rådet for psykisk helse m.fl.). Vi har brukt søkekombinasjoner av ord som f.eks. "selvmord", "forebygg*", "mørketall", "underrapportering", "fylke*", "kommun*", "tiltak", "trafikk", "rus", "brosikring", "drukning", "legemiddel". Vi har også gjort en gjennomgang av internasjonale kunnskapsoppsummeringer (review av reviews) siste fem år i litteraturlitenaturdatabasen PubMed, der vi har søkt med termene "suicide*", "prevent*", "local", "municipal", "county", "regional", "undercounting", "underreporting" "hidden".

Prosjektleder (SLK) har gjennomført og gjennomgått treffene, lagret relevante treff i Endnote, og oppsummert funnene i rapporten. Vi har også fått tilgang til en del av dokumentasjonen som utarbeides i forbindelse med tiltak i Handlingsplanen fra f.eks. Jernbanedirektoratet, Statens vegvesen og handlingsplaner for selvmordsforebygging til flere kommuner på Vestlandet. Datainnsamling fordelt på arbeidspakker er oppsummert i figur 2.



Arbeidspakke 1 Statistikk og analyse

- **Statistikkproduksjon** og enkle sammenlikningsanalyser på fylkesnivå av registerdata med de ønskede bakgrunnsvariabler tilgjengelig hos FHI (2000-2021).
- **Påkobling** av ev. andre offentlig tilgjengelige data



Arbeidspakke 2 Kunnskap om trender og mørketall

- **Sonderingsmøte** med oppdragsgiver om forskningsspørsmål.
- **Sonderingsintervju** med sentrale aktører som kan bidra med innspill om mørketall (Redningsselskapet, Jernbaneverket, rettsmedisiner, politi, psykisk helse- og rustjenester m.fl.).
- **Oppsummering og kvalitativ analyse** av eksisterende kunnskap om trender og mørketall for selvmord i Norge og Vestland.



Arbeidspakke 3 Effektive forebyggende tiltak lokalt

- **Sonderingsmøte** med oppdragsgiver om arenaer for selvmordsforebygging der fylkeskommunen har virkemiddel.
- **Workshop** med Nasjonalt forum for forebygging av selvmord om evidensbaserte tiltak
- **Litteraturgjennomgang og utarbeidelse av oversikt** over regionale og kommunale tiltak som har vist seg effektive i selvmordsforebygging.

Figur 2 Beskrivelse av datainnsamling

DEL 1

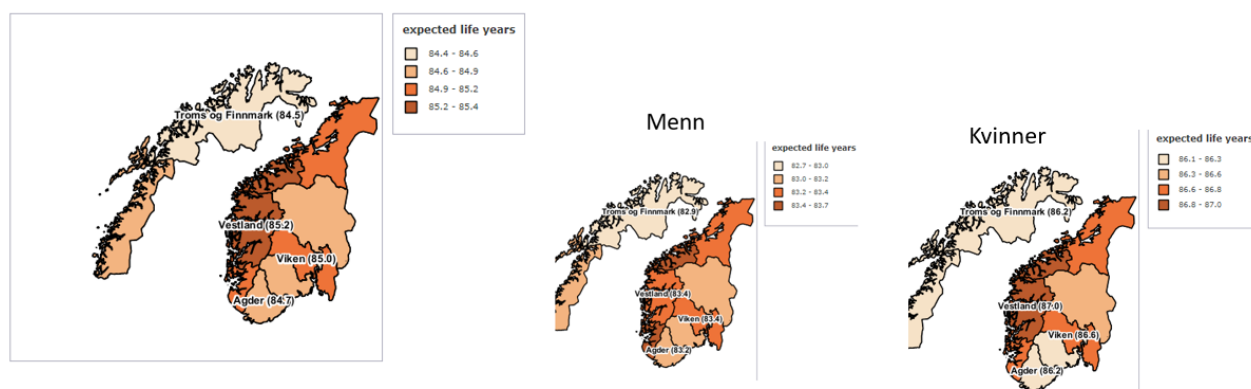
Statistikk og analyse

4 Selvmord i Vestland fylkeskommune over tid

I arbeidspakke 1 har vi brukt registerdata på individnivå til å undersøke følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan har antall selvmord, og selvmordsraten, i Vestland utviklet seg i perioden 2000-2021 sammenliknet med andre fylker?
- Hvordan fordeler selvmordene i Vestland seg på ulike bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, utdanning, yrkesgruppe, sosioøkonomisk status (inntekt), sivil status, geografisk område (f.eks. rural/urban, tidligere fylkesinndeling, største byer osv.) og metode for selvmord i perioden 2000-2020?
- Hvordan skiller eventuelt selvmordene i Vestland seg fra selvmord i andre fylker, basert på bakgrunnsvariablene nevnt i 1b)?
- Hva sier tallene fra IS-24/8 (rapportering til Helsedirektoratet på psykisk helse- og rusarbeid i kommunene) om kommunene i Vestland sitt arbeid med selvmordsforebygging? (besvares i kapittel 5)

Forventet levealder speiler dødeligheten i befolkningen og er et viktig mål på folkehelsen i et land, fylke eller en kommune. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at Vestland fylke ligger godt an på forventet levealder, sammenliknet med flere av de andre fylkene, og særlig Nord-Norge. Forventet levealder i Norge var i 2020 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn, og Vestland ligger høyere enn landsgjennomsnittet både blant kvinner (87,0 år) og menn (83,4 år) (Bevre, 2021).



Figur 3 Forventet levealder totalt og blant hhv. kvinner og menn. Fylker. År 2020. Kilde: FHI.

4.1 Om statistikken og aldersstandardisering

I det følgende presenterer vi en deskriptiv gjennomgang av selvmordstallene for Vestland og øvrige fylker i perioden 2000-2021. Her har vi brukt registerdata på individnivå fra Dødsårsaksregisteret. For å unngå overveldende mye informasjon i hver figur har vi valgt å trekke fram Rogaland, Møre og Romsdal og Nordland som sammenlikningsfylker for Vestland, og en samlekategori av de øvrige. Rogaland og Møre og Romsdal er valgt fordi de er nabofylker, mens Nordland ble valgt fordi dette er et fylke som har jobbet systematisk med selvmordsforebygging over lang tid, også fra fylkeskommunalt hold. Det er også vist standardiserte selvmordsrater over tid for de gamle fylkene, Hordaland og Sogn og Fjordane. Hvis man ønsker å lage egne tabeller og figurer av selvmord over tid anbefaler vi Dødsårsaksregisteret sin statistikkbank (Dødsårsaksregisteret, 2023) eller KommuneHelse statistikkbank hos Folkehelseinstituttet.

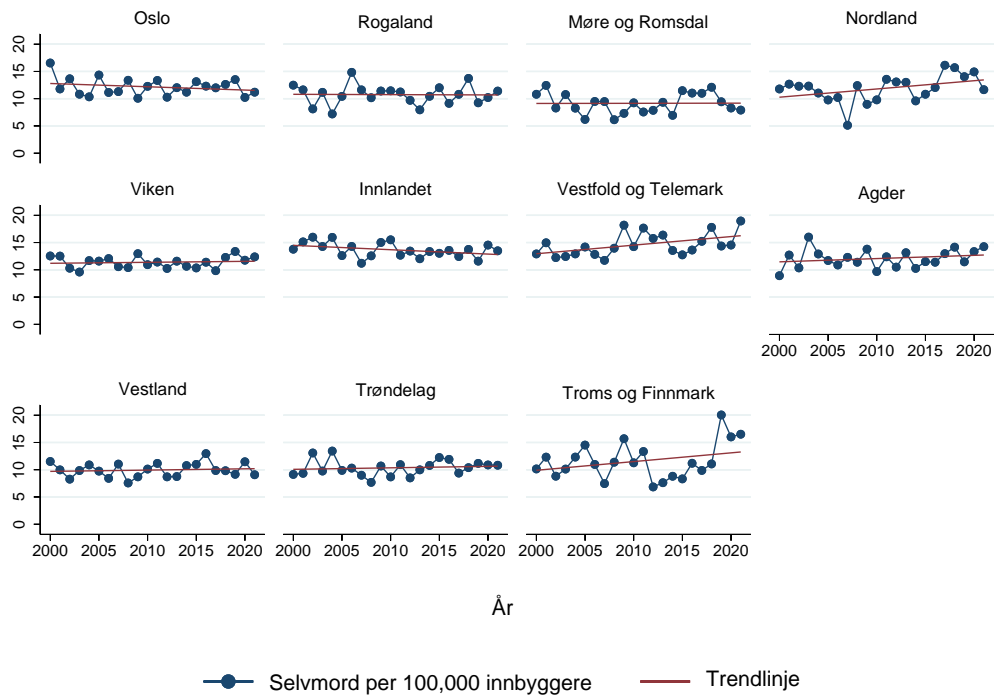
Som presisert tidligere rapporten er det slik at når vi bryter opp befolkningstallet i fylker, blir folketallet lavt, og det er såpass få selvmord per fylke per år at den tilfeldige variasjonen fra år til år blir svært stor. Noen få dødsfall til eller fra i et fylke kan utgjøre en stor statistisk forskjell. Det gjør at usikkerhetsintervallet rundt selvmordsraten i det enkelte fylket blir høyt, og det kan være vanskelig å si om et fylke reelt sett har høyere eller lavere selvmordsrate enn resten av landet. Der det er naturlig har vi lagt inn en **trendlinje** som viser hvilken retning utviklingen peker i perioden 2000- 2021. I flere av figurene presenterer vi **femårs glidende gjennomsnitt** basert på det siste året (i femårsperioden) og de fire foregående årene. Dette for å til en viss grad imøtekomme de tilfeldige variasjonene som kan oppstå mellom enkeltår.

Det er vanlig å presentere aldersjusterte/aldersstandardiserte selvmordsrater, da selvmord rammer ulikt i ulike aldersgrupper, og mellom kjønn. Ulike fylker og kommuner vil også ha ulik alderssammensetning. I vår standardisering er det brukt følgende aldersinndeling: 0-19 år, 20-39 år, 40-59 år, 60-79 år og 80+ år. Aldersstandardisering vil si at vi beregner selvmord i en standardbefolkning (antall personer etter alder og kjønn) gitt selvmordsrater etter alder og kjønn i populasjonen(e) (fylkene) vi studerer. Vi har brukt nasjonal befolkning i femårsperioden 2000-2004 som standardbefolkning. Når det gjelder yrkesgruppe anser vi datakvaliteten til å være for dårlig til at vi presenterer noe på det.

I Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord er det beskrevet hvordan registrering av dødsårsaker i Dødsårsaksregisteret (DÅR) ved FHI gjøres på bakgrunn av dødsmeldinger utfylt av leger og obduksjonsrapporter. DÅR mottar obduksjonsrapporter fra både sykehus og rettsmedisinske institutter. Alle tilstandene som er beskrevet på dødsmeldingen registreres i DÅR, men for hvert dødsfall velges det ut en underliggende dødsårsak etter regler fastsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO). Det er den underliggende dødsårsaken som vises i den offisielle statistikken. For dødsfall som skyldes en ytre årsak og ikke sykdom alene (ulykke, drap, selvmord osv.) er det omstendighetene rundt denne ytre årsaken som registreres som underliggende dødsårsak, f.eks. selvmord (Regjeringen, 2020a).

4.2 Selvmord per 100 000 innbyggere, fylker

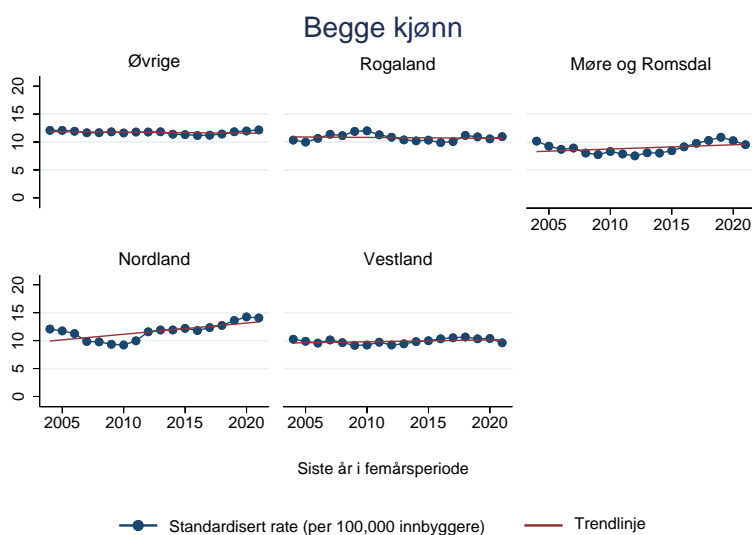
Vi starter med å presentere selvmordsraten i hvert av fylkene i perioden 2000 til 2021. Som vi ser av trendlinjen har Vestland ligget svært stabilt i perioden på rundt 10 selvmord per 100 000 innbyggere (9,4 i 2021), litt høyere enn Møre og Romsdal, men blant fylkene med lavest forekomst.



Figur 4 Selvmord per 100 000 innbyggere (årlige tall) og trendlinje i perioden 2000-2021. Fylker.

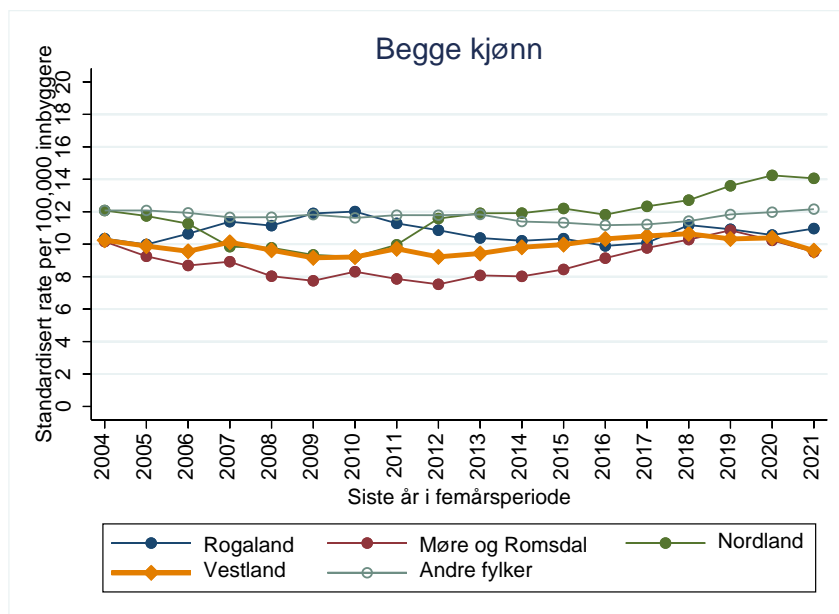
4.3 Standardiserte selvmordsrater fordelt på kjønn, fylker

I figurene under presenterer vi 5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater, først for begge kjønn, deretter for hhv. menn og kvinner. Her tar vi altså hensyn til kjønns- og alderssammensetningen i fylket når vi beregner selvmordsraten. I kategorien Øvrige ligger alle andre fylker enn de fire som er spesifisert. Igjen ser vi hvordan Vestland ligger stabilt i hele perioden, og lavere enn både Nordland, Rogaland og Øvrige, men noe over Møre og Romsdal store deler av perioden. Møre og Romsdal har en svakt økende trend utover i perioden.



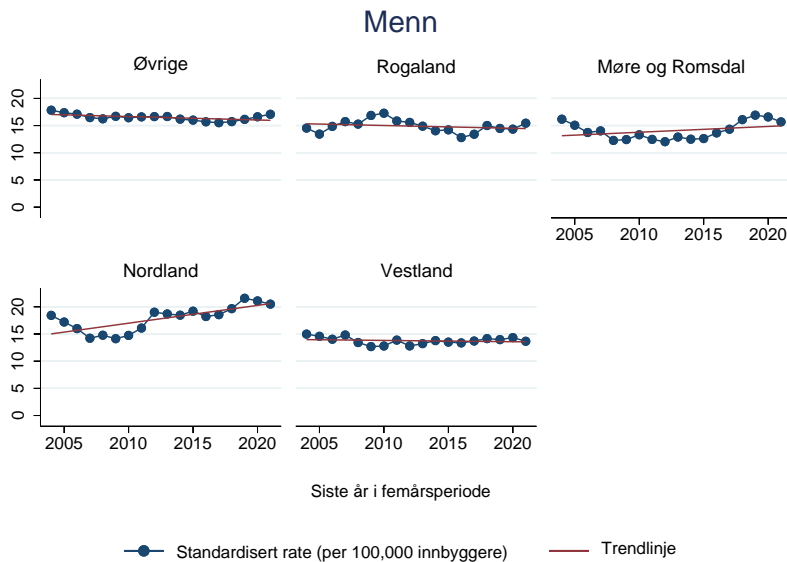
Figur 5 Selvmord per 100 000 innbyggere (5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater) for begge kjønn, trendlinje i perioden 2000-2021. Fylker.

I figuren under presenterer vi de samme tallene med en alternativ fremstillingsmetode, der man lettere ser forskjell mellom fylkene.



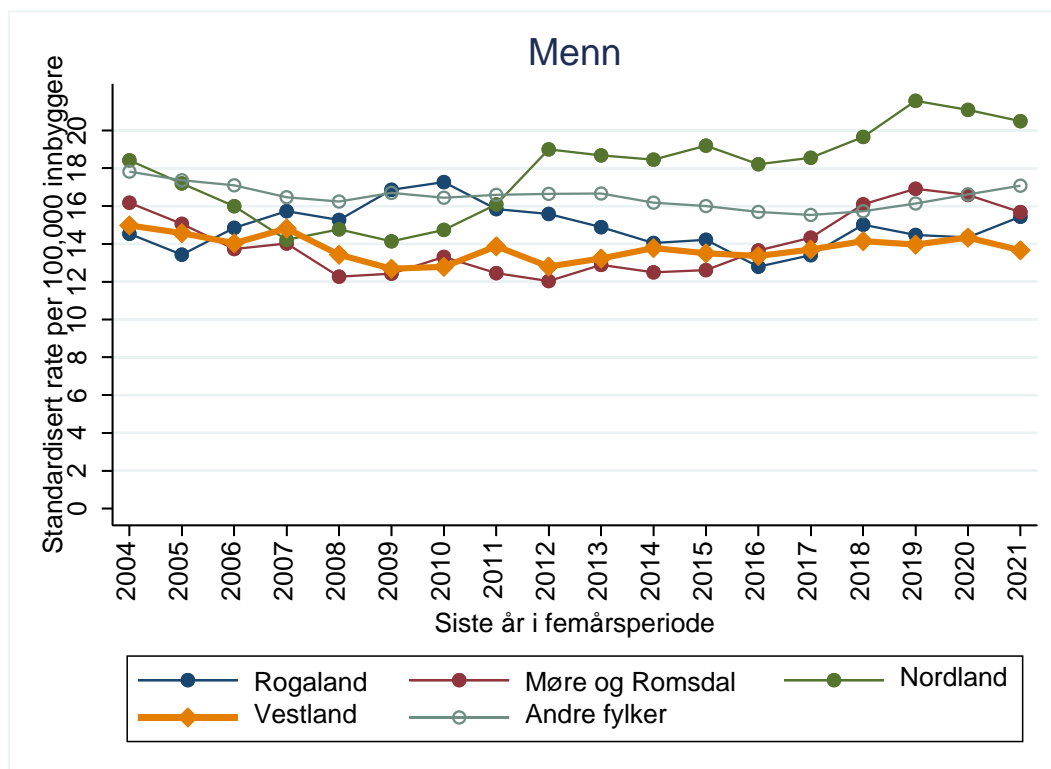
Figur 6 Selvmord (standardisert rate, per 100 000 innbyggere, 5-års glidende gjennomsnitt) i perioden 2000-2021. Fylker.

I figurene under presenterer vi tallene for hhv. menn og kvinner. Her ser vi at Vestland ligger lavere enn de øvrige og har en svakt fallende trend, mens særlig Nordland øker utover i perioden.



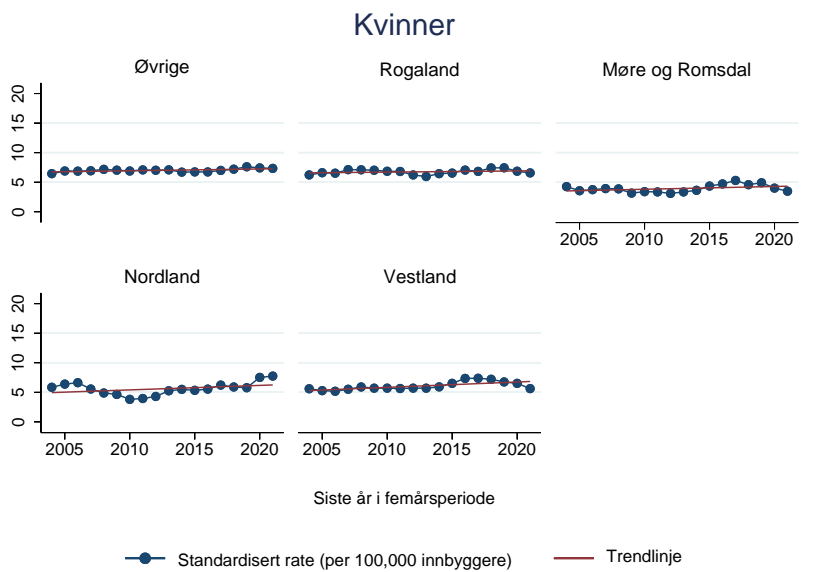
Figur 7 Selvmord per 100 000 innbyggere (5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater) for menn, trendlinje i perioden 2000-2021. Fylker.

Alternativ fremstillingsmetode av figuren over:



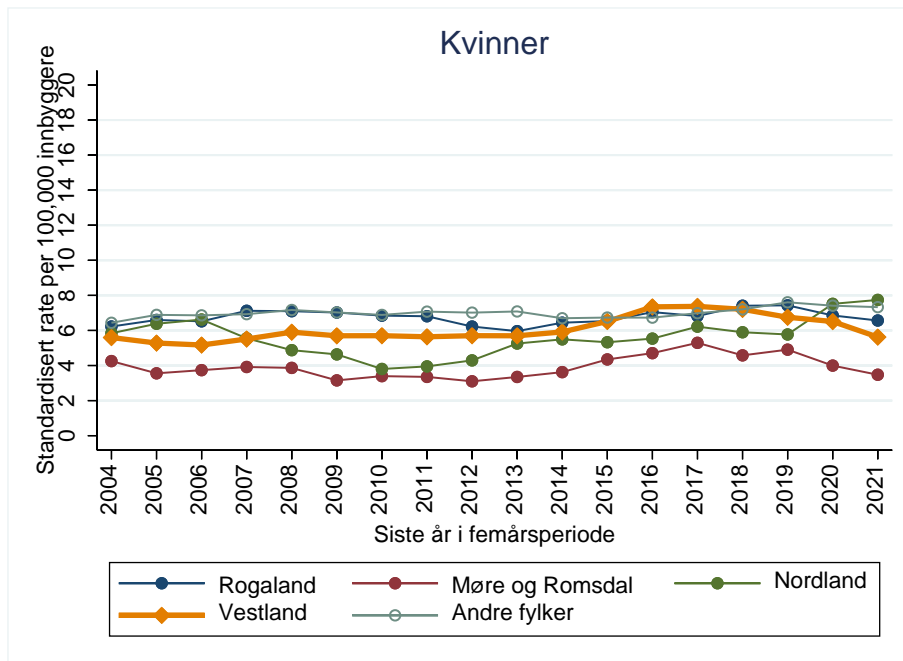
Figur 8 Selvmord per 100 000 innbyggere (5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater) for kvinner, trendlinje i perioden 2000-2021. Fylker.

For kvinner viser tallene fra Vestland en svakt økende trend utover i perioden, og her ligger Vestland høyere enn Nordland og Møre og Romsdal i perioden.



Figur 9 Selvmord per 100 000 innbyggere (5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater) for kvinner, trendlinje i perioden 2000-2021. Fylker.

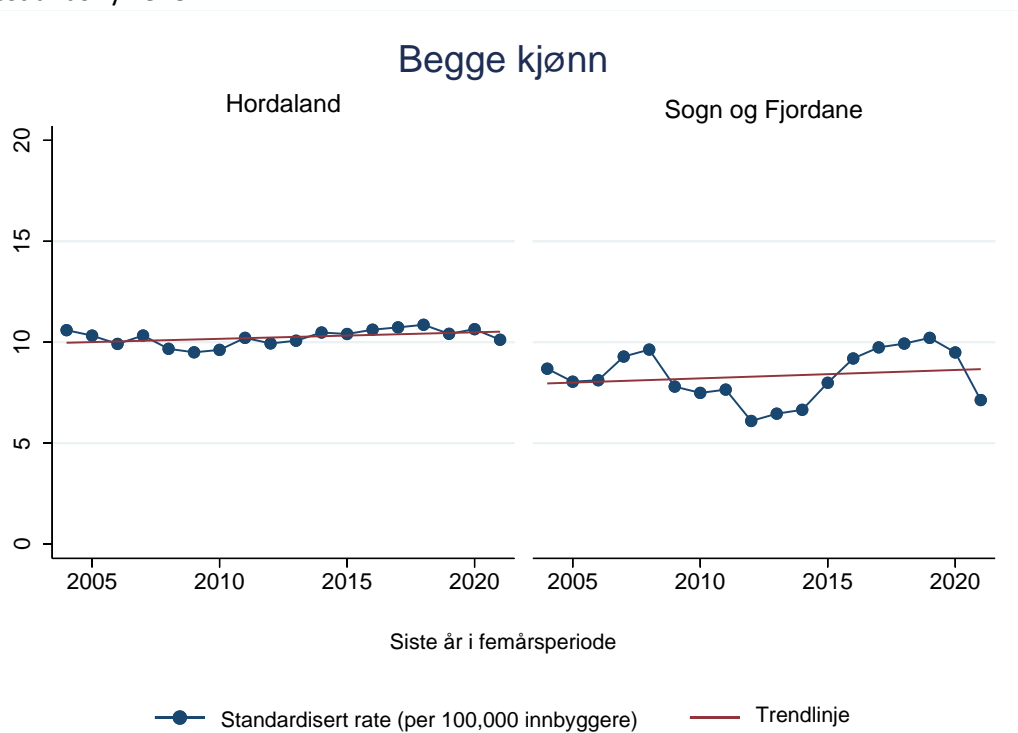
Alternativ fremstillingsmetode av figuren over:



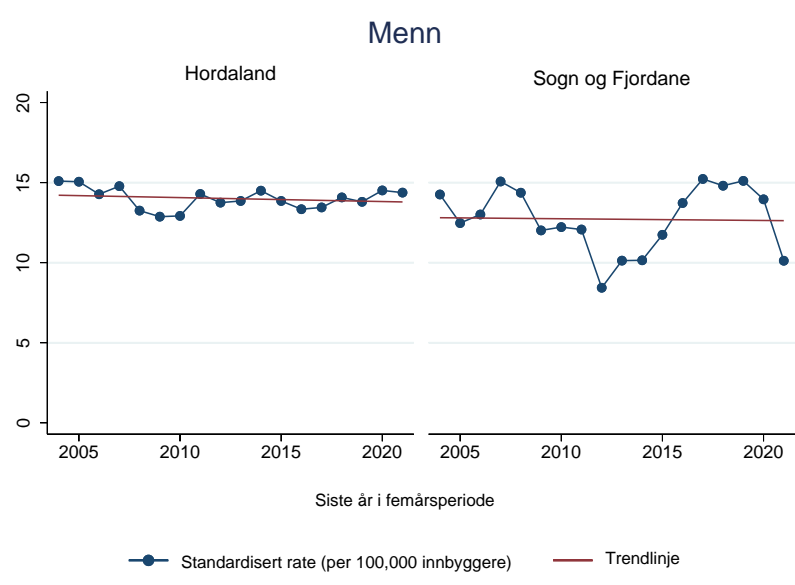
Figur 10 Selvmord per 100 000 innbyggere (5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater) for kvinner, trendlinje i perioden 2000-2021. Fylker.

4.4 Standardiserte selvmordsrater fordelt på kjønn, Hordaland og Sogn og Fjordane

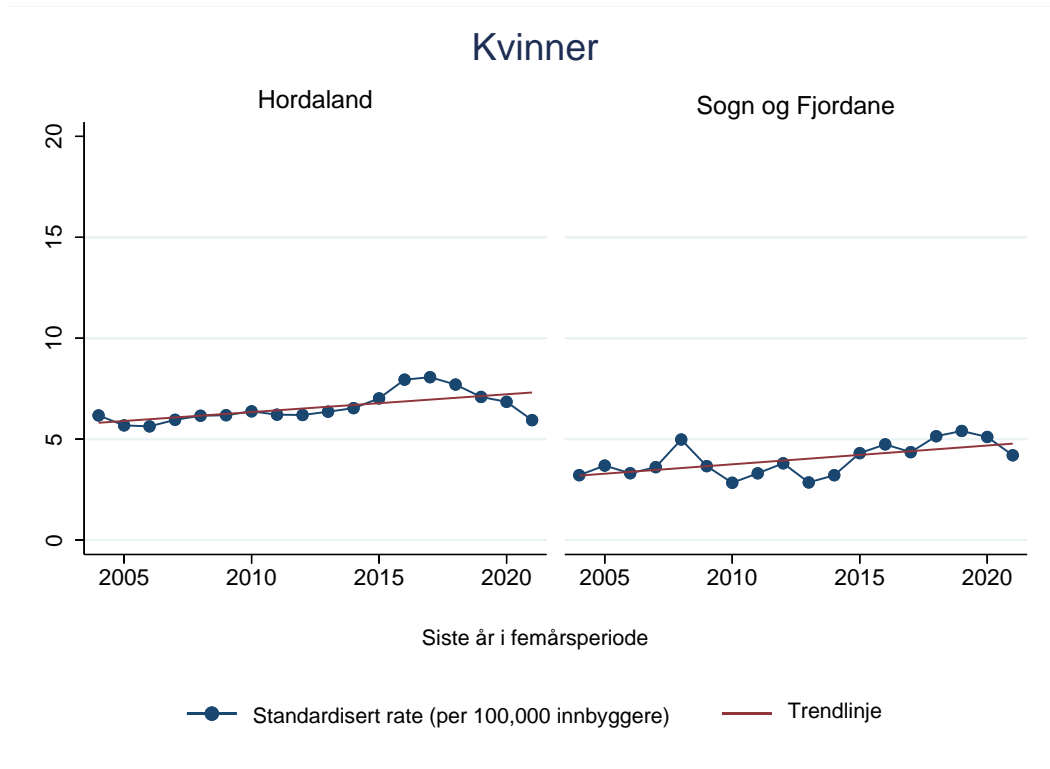
Vi har valgt å vise 5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater for de to gamle fylkene i Vestland, der vi ser at Hordaland jevnt over ligger høyere enn Sogn og Fjordane. Vi ser også hvordan tallene har ligget mer jevnt i Hordaland, med mer variasjon i Sogn og Fjordane. Det er sannsynlig at det er Bergen som storby, med f.eks. mer rusproblematikk som drar opp gjennomsnittet i Hordaland. Ser vi på tallene stratifisert etter kjønn, ser vi at tendensen med svakt fallende trend for menn og stigende trend for kvinner er gjeldende i begge Vestlands-fylkene.



Figur 11 Selvmord per 100 000 innbyggere (5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater) begge kjønn, trendlinje i perioden 2000-2021. Fylker.



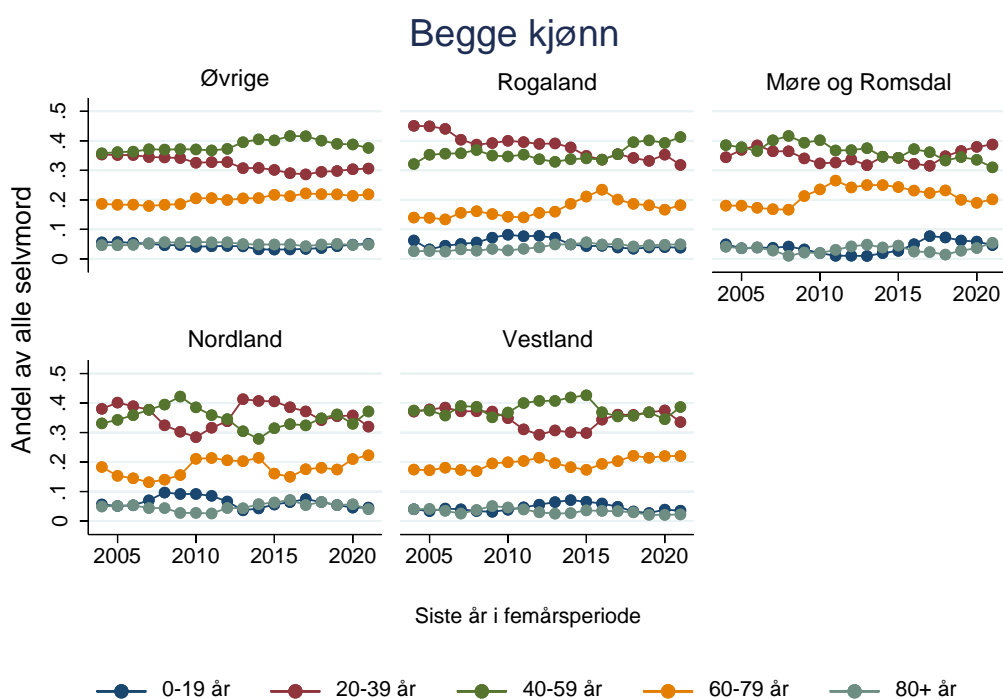
Figur 12 Selvmord per 100 000 innbyggere (5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater), menn, trendlinje i perioden 2000-2021. Gamle Vestlands-fylker Hordaland og Sogn og Fjordane.



Figur 13 Selvmord per 100 000 innbyggere (5-års glidende alders- og kjønnsjusterte rater), kvinner, trendlinje i perioden 2000-2021. Gamle Vestlands-fylker Hordaland og Sogn og Fjordane.

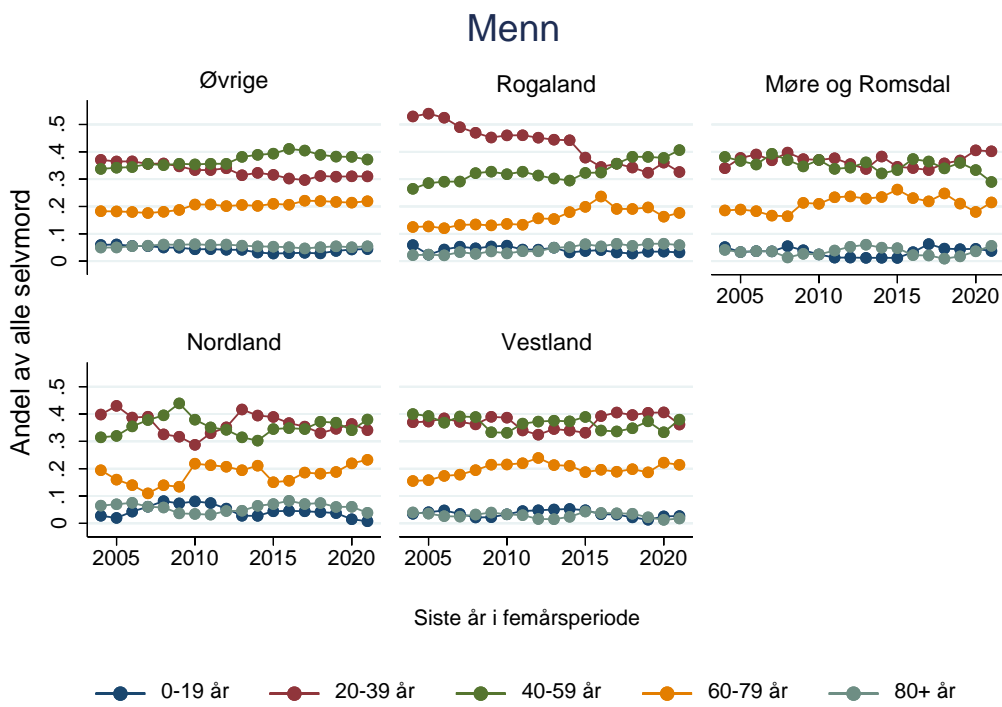
4.5 Andel selvmord fordelt på ulike aldersgrupper og kjønn, fylker

I figuren under har vi beregnet andelen selvmord av alle selvmord som har forekommet i ulike aldersgrupper. Andelen det enkelte år beregnet som gjennomsnittet av den siste femårsperioden. For alle fylker er andelen selvmord størst i alderen 20-59 år, men som vi ser av figuren under varierer det fra fylke til fylke om det er gruppen 20-39 eller 40-59 som ligger høyest. De aller yngste og de eldste ligger lavest i alle fylker. Vi ser at både i Vestland og i Møre og Romsdal har andelen selvmord i aldersgruppen 40-59 år ligget relativt høyt på mellom 30-40 % av selvmordene, mens andelen selvmord i de to eldste alderskategoriene er relativt likt i alle fylker på rundt 5 % av selvmordene.

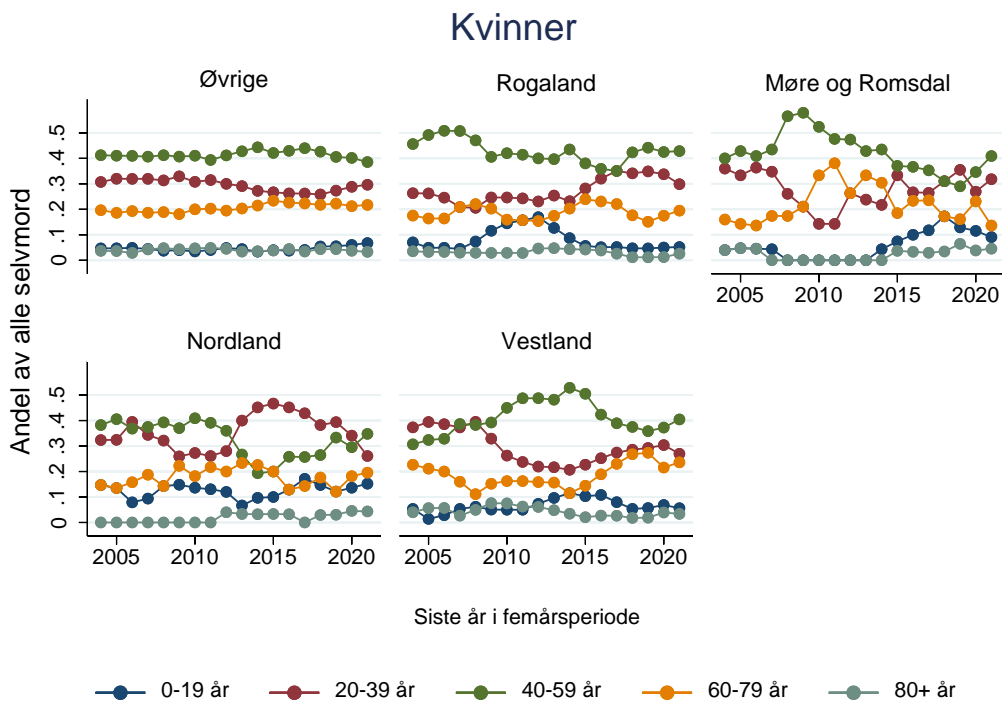


Figur 14 Andel av alle selvmord (5-års glidende gjennomsnitt), aldersgrupper, begge kjønn. År 2000-2021. Fylker.

I neste figur har vi stratifisert på kjønn, og ser at Vestland og Møre og Romsdal har relativt lik utvikling (sammen med Øvrige), mens Rogaland har større variasjon, og en nedadgående trend, i andelen selvmord blant menn i alderen 20-39 år. Tallene for kvinner spriker betraktelig mer (her er det også færre selvmord), og her har Vestland ligget høyt over flere år i alderskategorien 40-59 år, og ligger relativt likt med Øvrige. Nordland har ligget høyere for yngre kvinner (20-39 år) gjennom flere år i perioden, men mot slutten av perioden har andelen i de ulike aldersgruppene nærmet seg hverandre mer i Nordland.



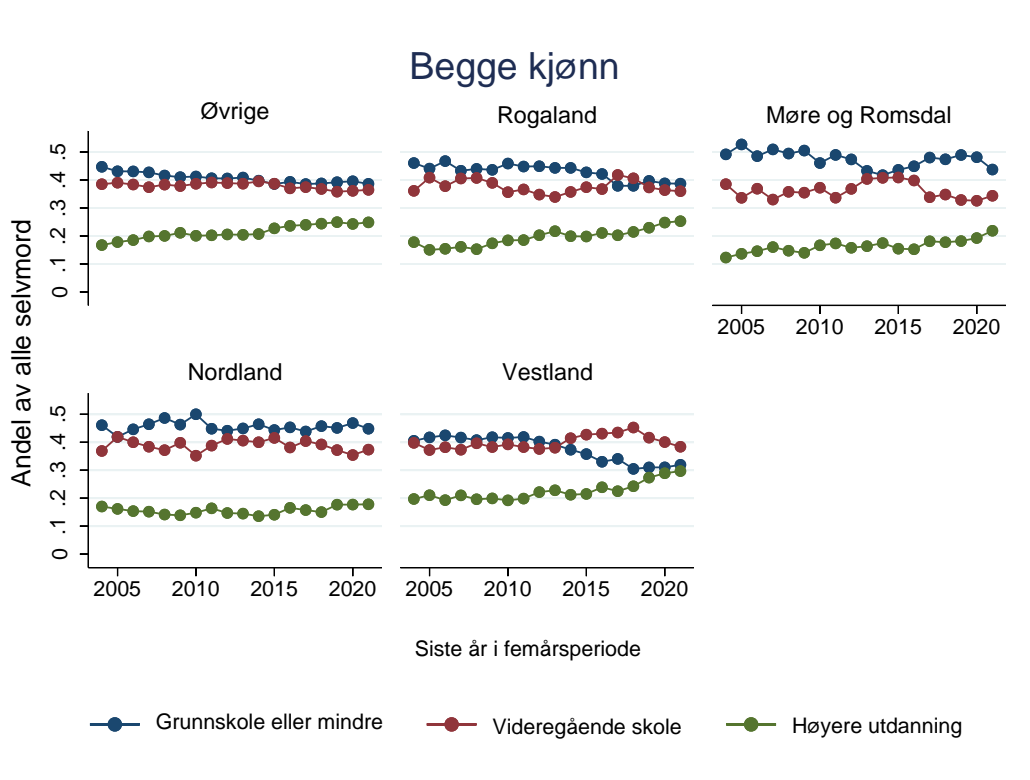
Figur 15 Andel av alle selvmord (5-års glidende gjennomsnitt), aldersgrupper, menn. År 2000-2021. Fylker.



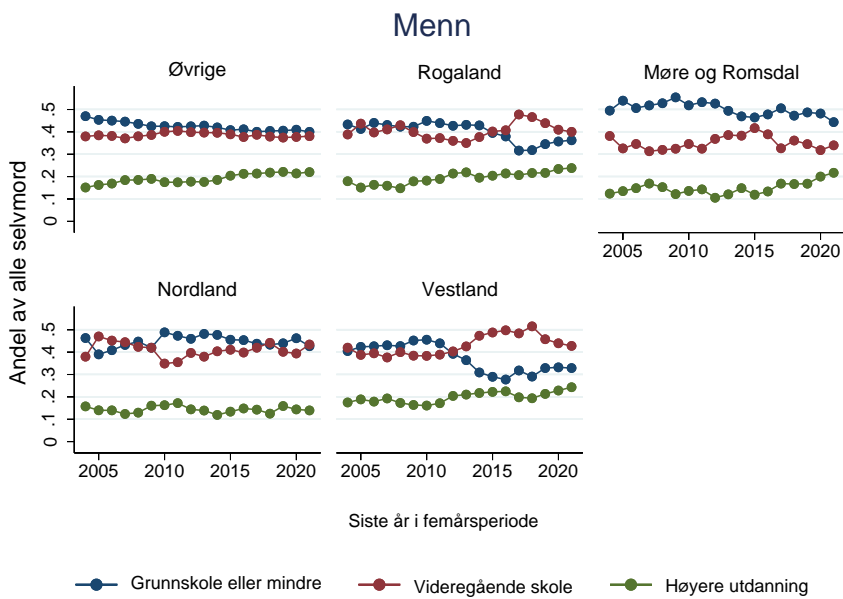
Figur 16 Andel av alle selvmord (5-års glidende gjennomsnitt), aldersgrupper, kvinner. År 2000-2021. Fylker.

4.6 Andel selvmord fordelt på utdanningsnivå, fylker

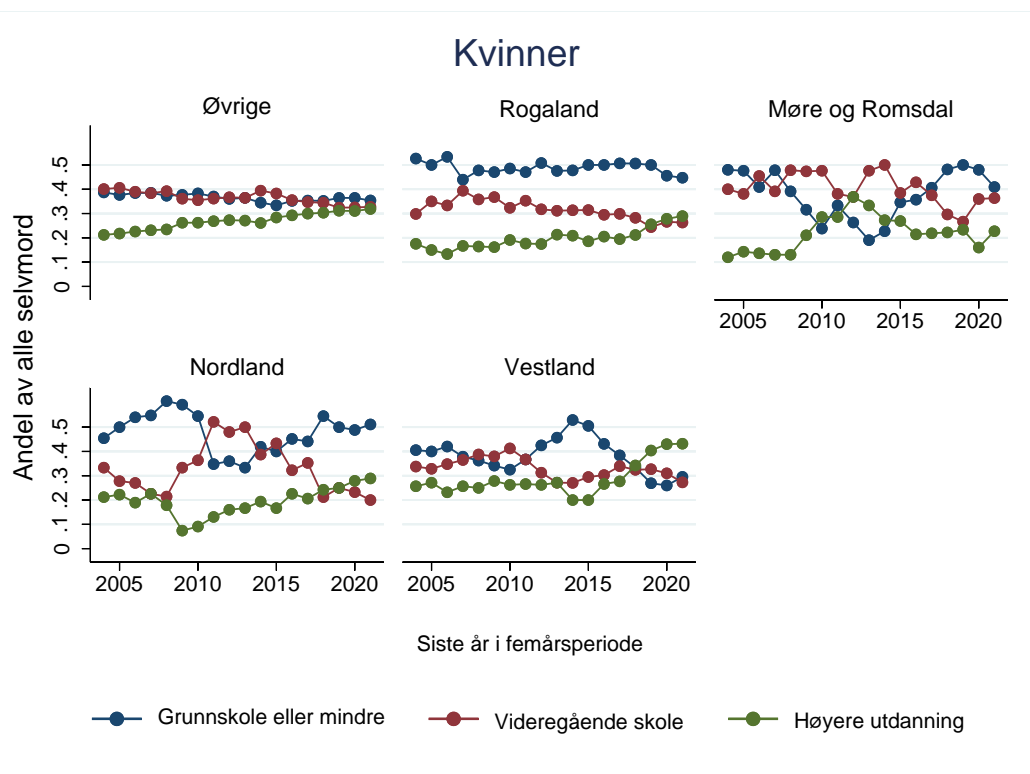
I figurene under har vi beregnet andel selvmord (glidende 5-årsnitt) i ulike utdanningskategorier. Her er det viktig å huske at den underliggende utdanningstrenden tilsier stadig høyere andel av befolkningen med høy utdanning over tid, noe som vil kunne ha betydning for disse tallene. Vi tar for oss rater i neste delkapittel. Det er en klar tendens til at flere i de laveste utdanningskategoriene tar sitt eget liv, sammenliknet med de høyere utdannede, noe som er kjent i forskningslitteraturen fra tidligere (A. Milner et al., 2013), også fra Norge (Gravseth et al., 2010). For menn ser vi at Vestland og Rogaland har hatt relativt lik utvikling med en fallende andel av selvmordene hos de med lavest utdanning. Det kan se ut til at Vestland har hatt en noe brattere økning blant høyt utdannede menn de siste årene, og denne gruppen sto for rundt 30 % av selvmordene i 2021, noe som er litt høyere enn Øvrige fylker (som i stor grad vil speile landsgjennomsnittet). Den samme tendensen ser vi for kvinner som har tatt sitt eget liv i Vestland. Her har det vært en relativt kraftig økning de siste årene, og 2021 sto høyt utdannede for over 40 % av selvmordene i Vestland, mens de to kategoriene med lavere utdanning sto for omtrent 30 % hver.



Figur 17 Andel av alle selvmord etter utdanningsnivå (5-års glidende gjennomsnitt), begge kjønn. År 2000-2021. Fylker.



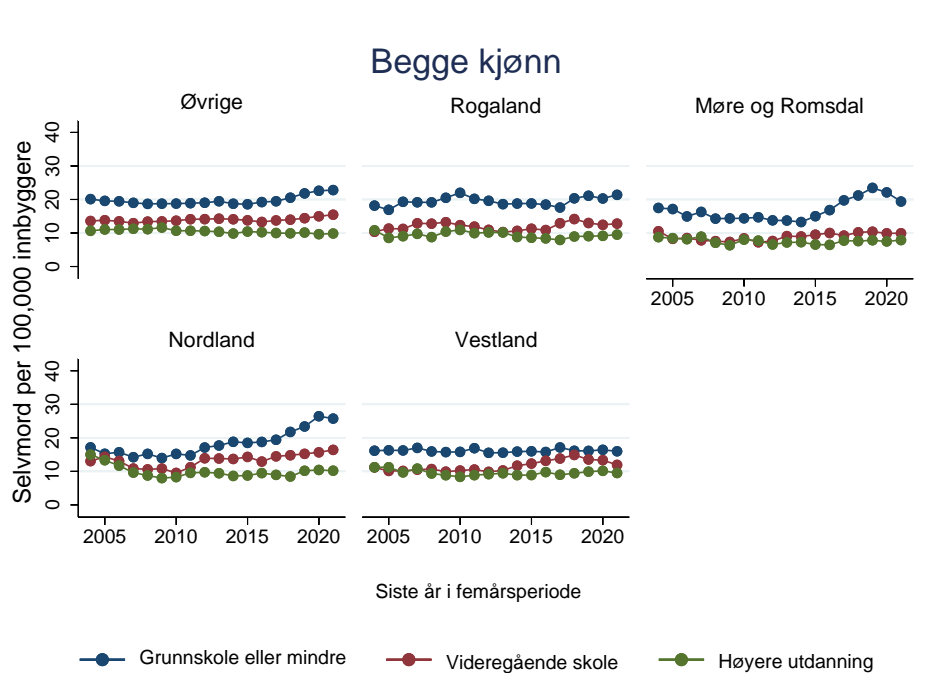
Figur 18 **Andel av alle selvmord etter utdanningsnivå (5-års glidende gjennomsnitt), menn. År 2000-2021. Fylker.**



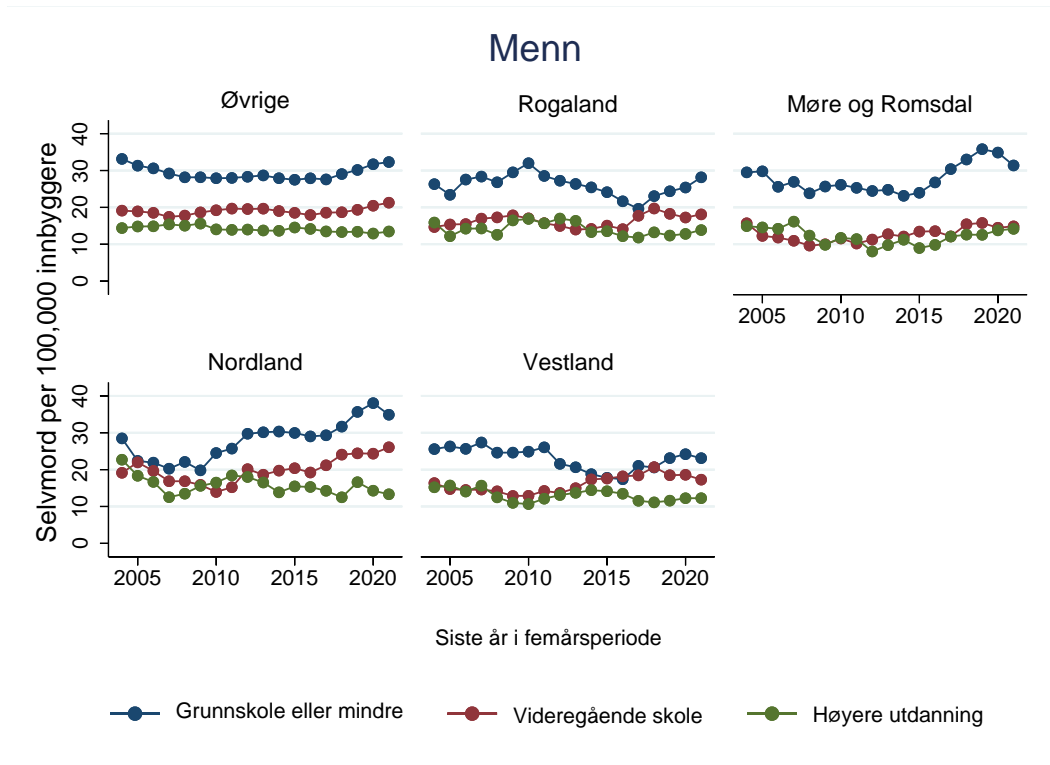
Figur 19 **Andel av alle selvmord etter utdanningsnivå (5-års glidende gjennomsnitt), kvinner. År 2000-2021. Fylker.**

4.7 Standardiserte selvmordsrater fordelt på utdanningsnivå, fylker

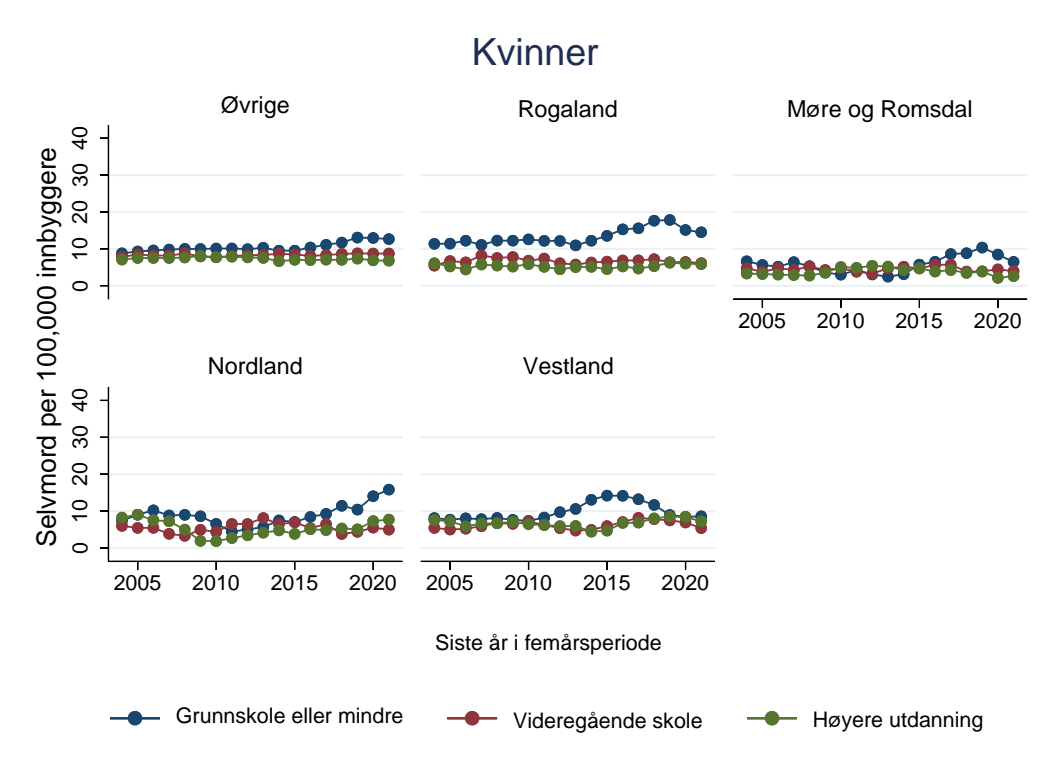
I dette delkapitlet har vi beregnet selvmordsrater etter utdanningsnivå per 100,000 i befolkningen i samme utdanningskategori. Her ser vi at den sosiale gradienten fra lavt til høyere utdannede er relativt lik mellom fylkene, og at Vestland har relativt lik rate mellom de ulike utdanningskategoriene også. Når vi stratifiserer på kjønn ser vi en klar tendens til at det er mindre forskjell mellom utdanningsnivåene i selvmordsratene hos kvinner enn menn, der lavt utdannede menn stort sett ligger høyere enn de med videregående skole eller høy utdanning gjennom hele perioden.



Figur 20 Selvmord per 100 000 innbyggere etter utdanningsnivå (5-års glidende gjennomsnitt), begge kjønn. År 2000-2021. Fylker.



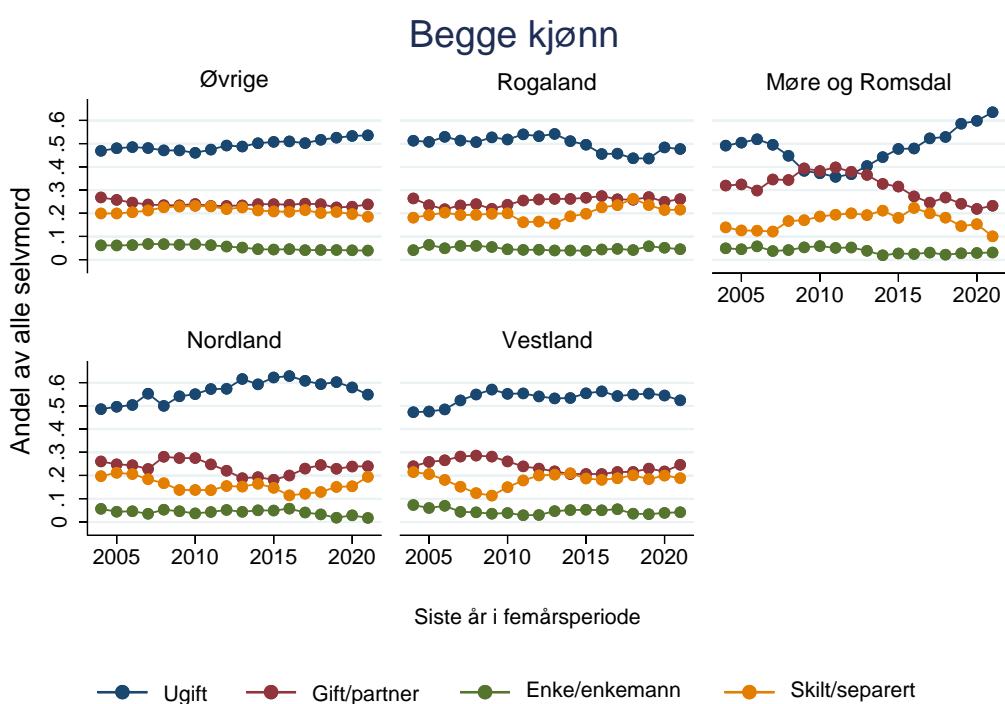
Figur 21 Selvmord per 100 000 innbyggere etter utdanningsnivå (5-års glidende gjennomsnitt), menn. År 2000-2021. Fylker.



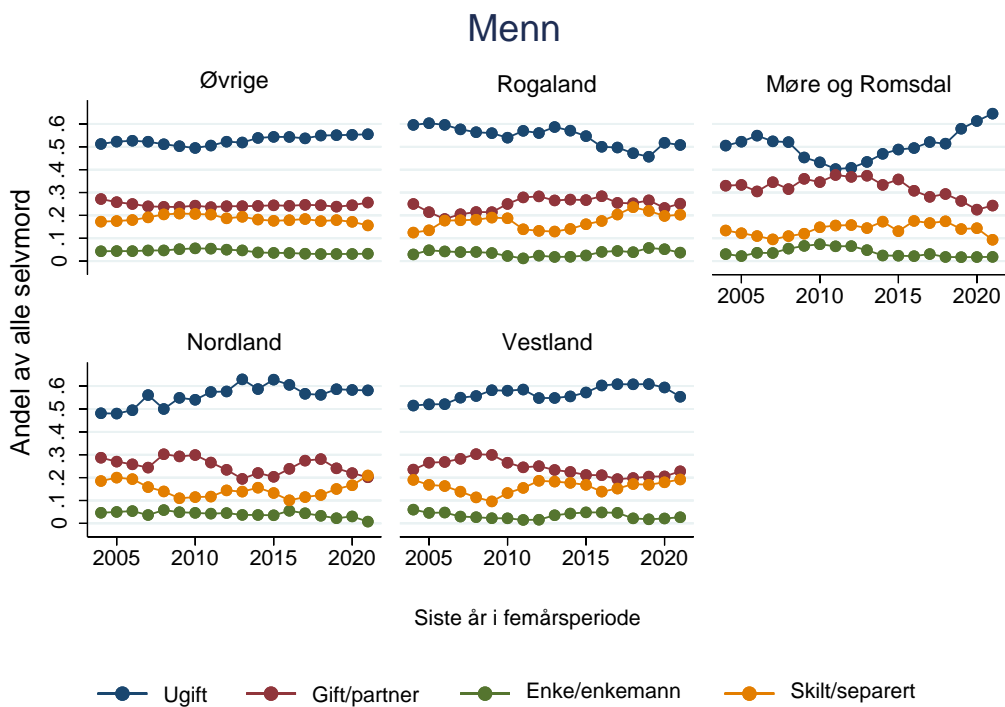
Figur 22 Selvmord per 100 000 innbyggere etter utdanningsnivå (5-års glidende gjennomsnitt), kvinner. År 2000-2021. Fylker.

4.8 Andel selvmord fordelt på sivilstatuskategorier, fylker

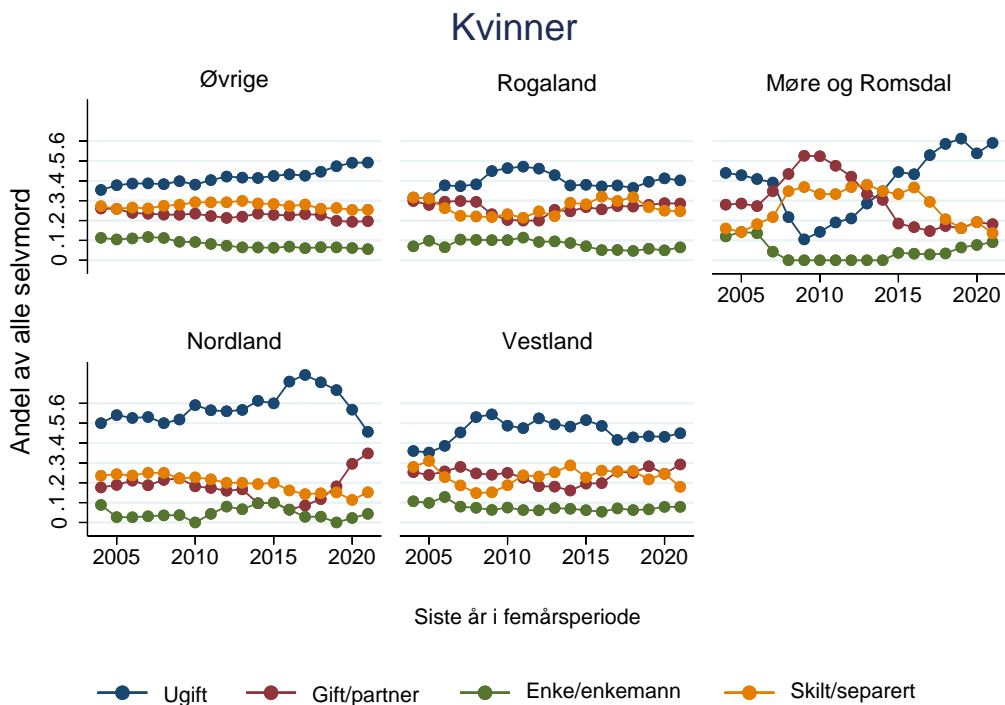
I dette delkapitlet presenteres andel av alle selvmord (5-års glidende gjennomsnitt) som har skjedd i fire kategorier av sivilstatus (målt i dødsåret); ugift, gift/partner, enke/enkemann og skilt/separert. Vi ser en klar tendens til at ugifte ligger høyere på selvmordsstatistikken sammenliknet med andre sivilstatuskategorier. Dette er også vist tidligere, blant annet i en norsk studie (Næss et al., 2021) og en internasjonal litteraturoppsummering som fokuserte på sosiale faktorer og selvmord (Allison Milner et al., 2013). Vestland har relativt lite variasjon i totaltallene over tid, sammenliknet med f.eks. Møre og Romsdal, der selvmordsraten blant ugifte har steget de siste årene. I figurene stratifisert på kjønn ser vi at det er litt mindre forskjeller mellom de ulike sivilstatusgruppene hos kvinner enn hos menn som har dødd i selvmord i Vestland. Det er også en tendens midt i perioden til at kvinner i Vestland som er skilt/separert utgjør en høyere andel av selvmordene enn menn som er skilt/separert.



Figur 23 Andel av alle selvmord etter sivilstatus (5-års glidende gjennomsnitt), begge kjønn. År 2005-2021. Fylker.



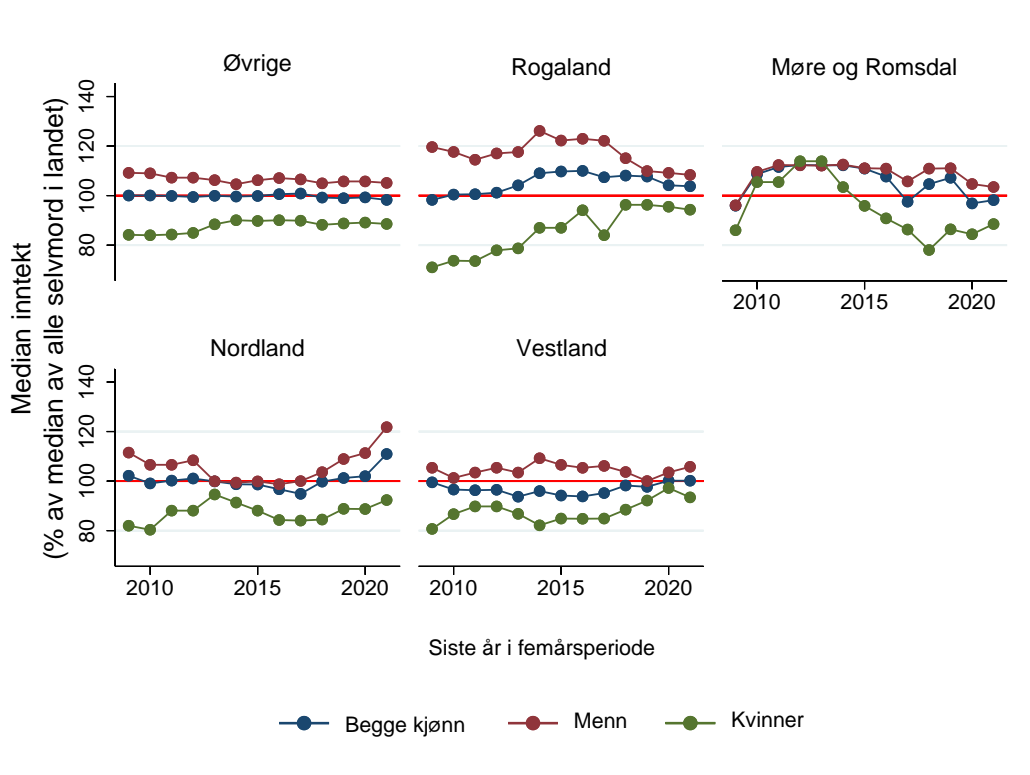
Figur 24 Andel av alle selvmord etter sivilstatus (5-års glidende gjennomsnitt), menn. År 2005-2021. Fylker.



Figur 25 Andel av alle selvmord etter sivilstatus (5-års glidende gjennomsnitt), kvinner. År 2005-2021. Fylker.

4.9 Selvmord etter median inntekt, fylker

I datasettet har vi informasjon om inntekt på individnivå fra 2005 (dvs. at år ≥ 2009 er siste år i den første femårsperioden). Vi har beregnet median inntekt på nasjonalt nivå hvert av årene som en referanseverdi (=100 %). Median inntekt er den midterste inntekten når alles inntekt er rangert fra laveste til høyeste, og vil ikke være påvirket av ytterpunktene (veldig høy eller lav inntekt). Median inntekt på nasjonalt nivå er markert med en rett, rød linje i figurene. Merk at vi for enkelhets skyld har brukt samme medianinntekt på nasjonalt nivå for kvinner og menn – dette gjør at medianinntekten til menn er høyere enn for kvinner. Vi har så beregnet 5-års glidende gjennomsnitt for andel (uttrykt som prosent) av median inntekt for de som døde i selvmord hvert av årene. F.eks. ser vi at i årene rundt 2015, for begge kjønn, var median inntekt til de som døde i selvmord i Rogaland høyere enn de som døde i selvmord i Vestland (særlig for menn). Vestland har en relativt stabil utvikling her over tid (lik Øvrige), sammenliknet med f.eks. Nordland og Møre og Romsdal som har større endringer de siste årene.

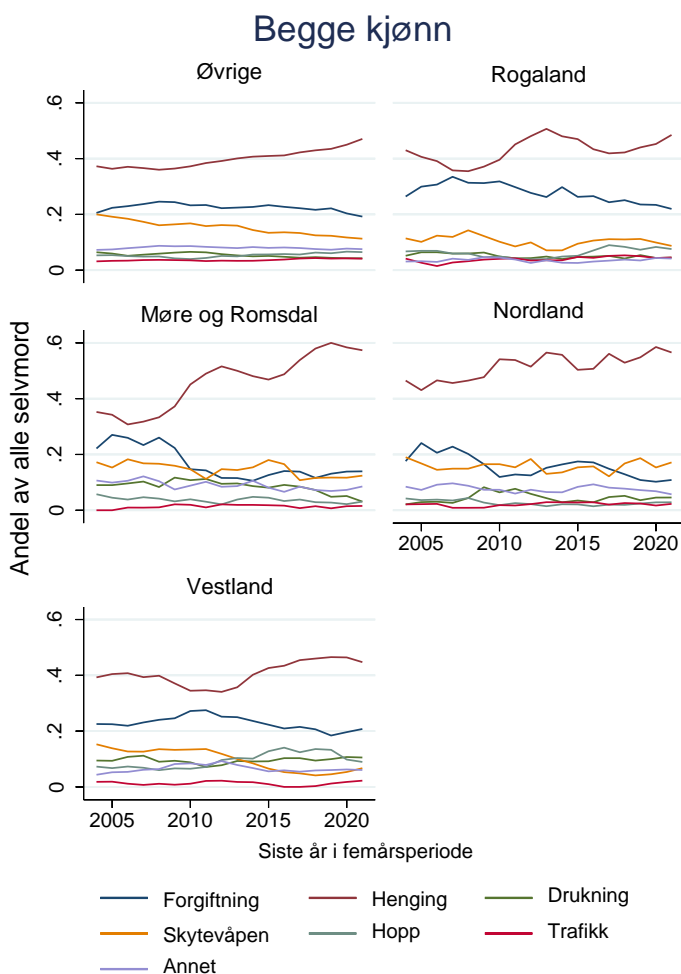


Figur 26 Selvmord etter median inntekt (5-års glidende gjennomsnitt) uttrykt som andel av median av alle selvmord i hele landet, der landsmedianen er satt til 100. Begge kjønn, kvinner og menn. År 2005-2021. Fylker.

4.10 Selvmord etter metode, fylker

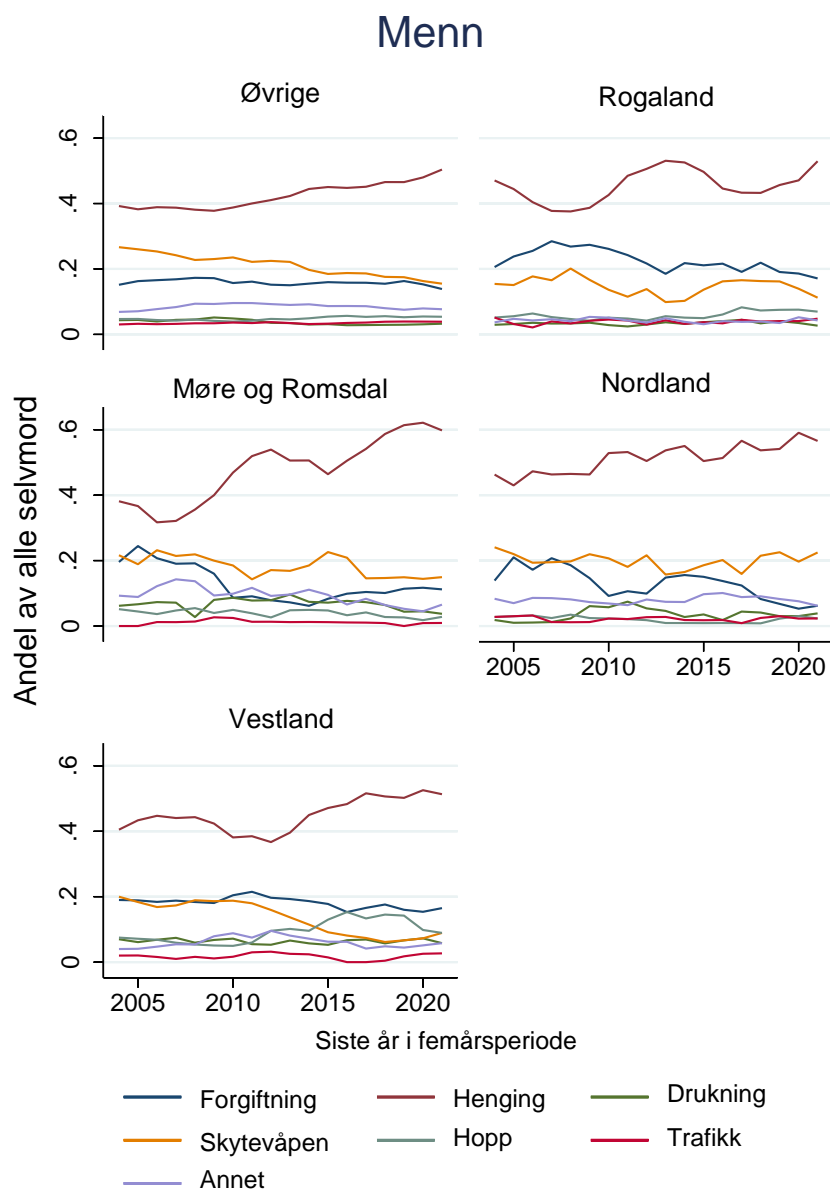
Det ble publisert en grundig gjennomgang av langtidstrendene i dødsårsaker ved selvmord i Norge i en artikkel fra 2016 av forskere ved NSSF (Puzo et al., 2016). Artikkelen er basert på dødsårsaksregisterdata fra 1969-2012. Resultatene viser at det hadde vært signifikant reduksjon i selvmord ved bruk av skytevåpen, drukning og forgiftning fra slutten av 1980-årene og fram til 2012. Suicid ved henging hadde økt kontinuerlig i perioden, men kompenserte ikke fullt ut for reduksjonen i andre metoder. Det antydes at dette kan ses på en støtte til at målrettede selvmordsforebyggende tiltak som handler om å begrense metode har god effekt (f.eks. begrense våpentilgang via våpenlovgivning eller sikre broer med høye gjerder).

I figurene under viser vi andel av alle selvmord per fylke fordelt på ulike måter selvmordet fant sted, og fordelt på kjønn. Igjen er det beregnet 5-års glidende gjennomsnitt for andelene. Figuren med begge kjønn viser hvordan henging er den klart vanligste selvmordsmetoden, og i Vestland har det vært relativt stabilt i de ulike kategoriene over tid. Forgiftning er nest vanligste selvmordsmetode både i Vestland, Rogaland og Øvrige. Hvis vi skal peke på noen som skiller Vestland fra de andre, kan det se ut til at det flere drukninger på Vestlandet enn i de øvrige kategoriene. Som vi skal se i kapittel 7 rapporterer Redningsselskapet at de registrerer relativt mange oppdrag som omhandler suicidal atferd i Vestland, sammenliknet med andre fylker. I Møre og Romsdal har det vært en kraftig økning i selvmord ved henging, mens andre selvmordsmetoder har blitt noe redusert.

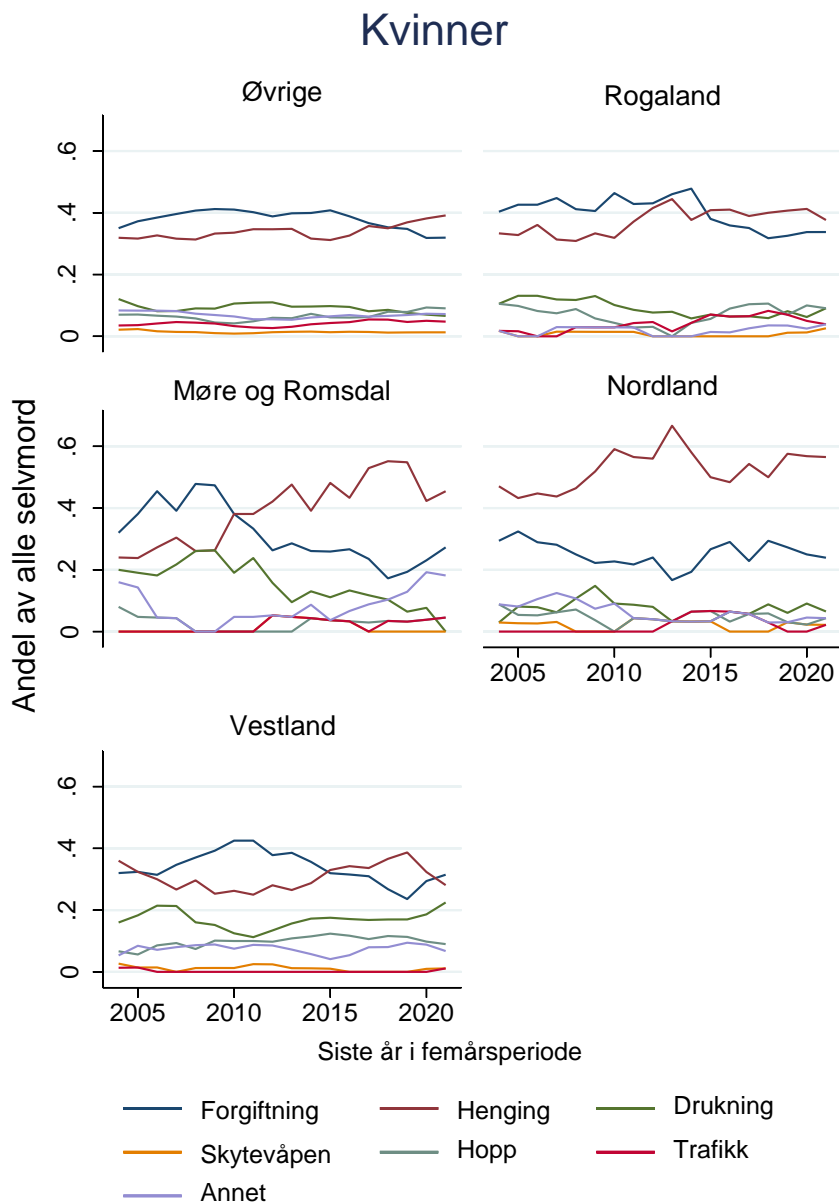


Figur 27 Andel av alle selvmord (5-års glidende gjennomsnitt) fordelt på ulike metoder for død. Perioden 2000-2021. Begge kjønn. Fylker.

Stratifisert på kjønn ser vi tydelig at det er forskjell i selvmordsmetoder mellom kvinner og menn. Kvinner ligger generelt høyere på forgiftning og drukning enn menn, mens menn ligger høyere enn kvinner på bruk av skytevåpen.



Figur 28 Andel av alle selvmord (5-års glidende gjennomsnitt) fordelt på ulike metoder for død. Perioden 2000-2021. Menn. Fylker.

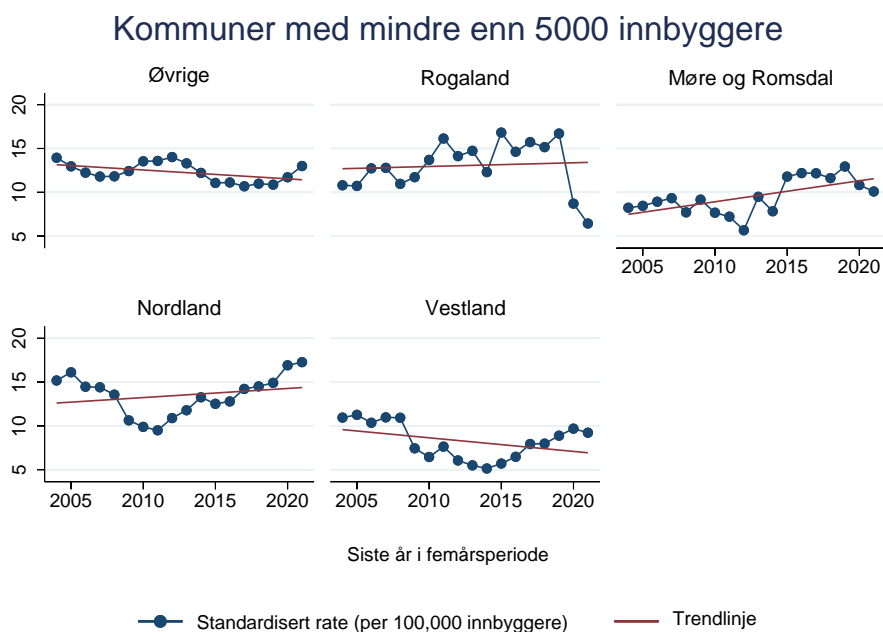


Figur 29 Andel av alle selvmord (5-års glidende gjennomsnitt) fordelt på ulike metoder for død. Perioden 2000-2021. Kvinner. Fylker.

4.11 Selvmord i ulike kommunestørrelsesgrupper, fylker

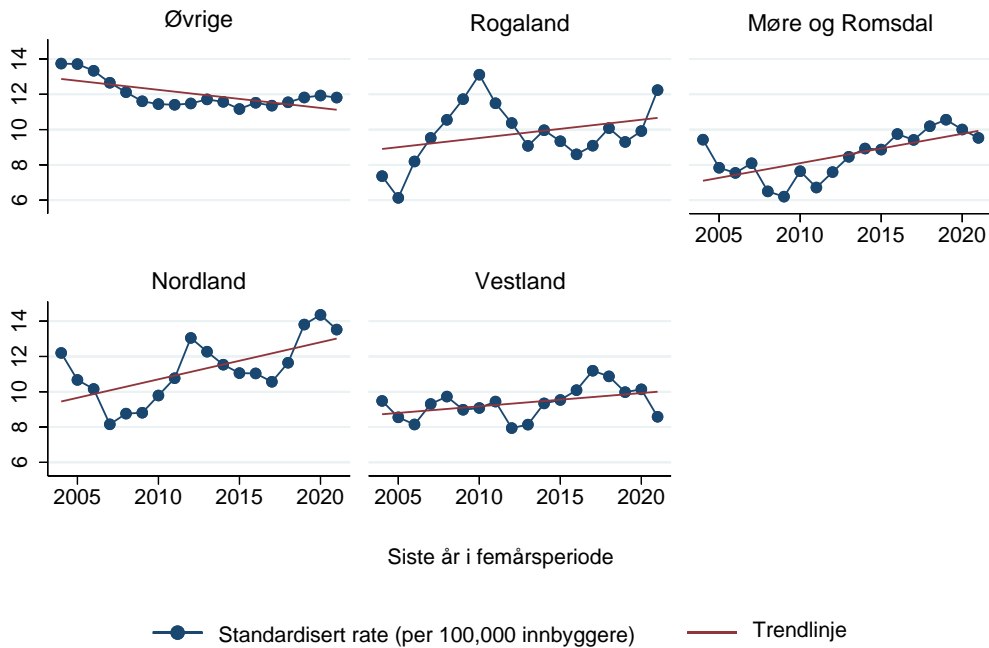
I dette delkapitlet har vi beregnet standardiserte selvmordsrater (per 100 000 innbyggere) innenfor ulike kommunegrupper etter befolkningsstørrelse på kommunen. Kommunestørrelsesgruppe for en kommune er laget utfra gjennomsnittlig innbyggertall 2000-2021 for kommunen. Merk at for Nordland er Narvik og Hamarøy ikke med og for Øvrige er Hitra, Heim og Orkland ikke med. Dette skyldes deling av kommuner, flytting av grenser (Tysfjord delt mellom Hamarøy og Narvik og Snillfjord delt mellom Heim, Hitra og Orkland) som vil si at befolkningen er satt til null før 2020 i SSB-befolkningsdata.

For de minste kommunene med mindre enn 5000 innbyggere, ser vi en klar nedadgående trend for Vestland, sammenliknet med både Møre og Romsdal, Nordland og Rogaland. For kommuner med mellom 5 000 – 20 000 innbyggere er det derimot en svakt økende tendens i både Nordland, Vestland, Rogaland og Møre og Romsdal. Ser vi på de Øvrige fylkene er trenden svakt nedadgående, så her skiller de fylkene vi har valgt ut seg fra Øvrige. Når det gjelder kommuner med mellom 20 000 til 50 000 er det en svakt økende trend i Vestland, klart økende trend i Nordland, mens både Rogaland og Møre og Romsdal har svakt nedadgående trend i denne kommunegruppen. For storkommunen med flere enn 50 000 innbyggere (altså kun Bergen i Vestland) ser vi en veldig stabil trend i hele perioden (som for Øvrige), mens både Møre og Romsdal og Rogaland har fallende trend.



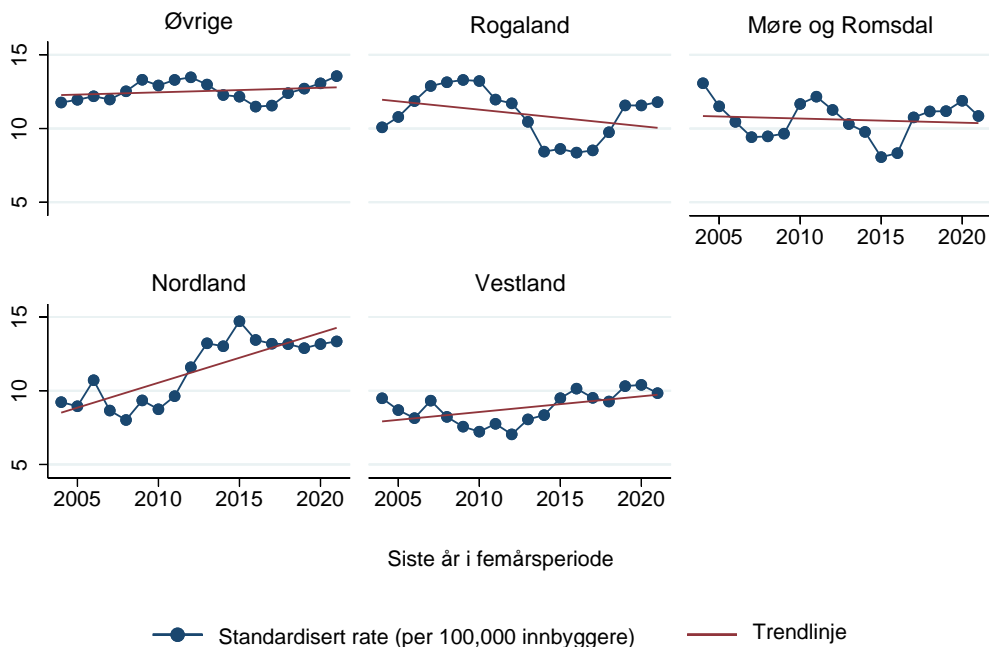
Figur 30 Selvmord (standardisert rate, per 100 000 innbyggere, 5-års glidende gjennomsnitt) i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere. Perioden 2000-2021. Fylker.

Kommuner med 5000-20000 innbyggere



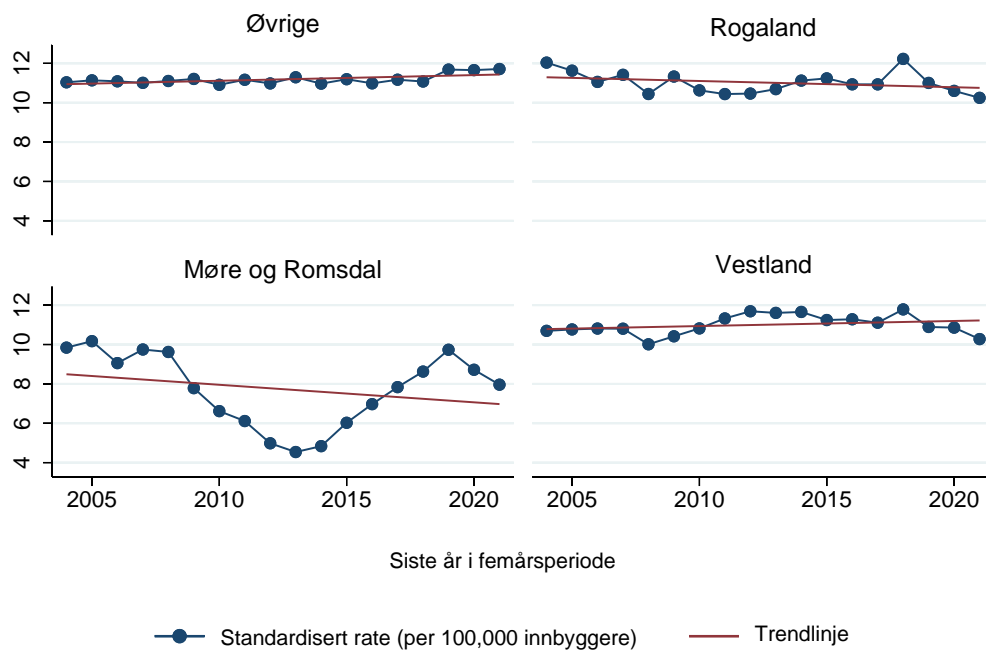
Figur 31 Selvmord (standardisert rate, per 100 000 innbyggere, 5-års glidende gjennomsnitt) i kommuner med mellom 5000 til 20 000 innbyggere. Perioden 2000-2021. Fylker.

Kommuner med 20000-50000 innbyggere



Figur 32 Selvmord (standardisert rate, per 100 000 innbyggere, 5-års glidende gjennomsnitt) i kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere. Perioden 2000-2021. Fylker.

Kommuner med flere enn 50000 innbyggere



Figur 33 Selvmord (standardisert rate, per 100 000 innbyggere, 5-års glidende gjennomsnitt) i kommuner med flere enn 50 000 innbyggere. Perioden 2000-2021. Fylker.

4.12 Oppsummering

I kapittel 4 har vi benyttet data fra Dødsårsaksregisteret kombinert med befolkningsdata fra SSB i perioden 2000-2021 til å beskrive utviklingen selvmordstallene for Vestland over tid. Vi har blant annet presentert tall fordelt på ulike kategorier som kjønn, alder, utdanning, yrkesgruppe, sosioøkonomisk status (inntekt), sivil status, og kommunestørrelse. Rogaland, Møre og Romsdal og Nordland ble valgt som sammenlikningsfylker for Vestland, samt en samlekategori av de øvrige. Vi har kommentert i teksten på hvordan Vestland skiller seg fra de øvrige fylkene, og oppsummert fant vi følgende:

- Vestland har ligget svært stabilt i perioden 2000-2021 med rundt 10 selvmord per 100 000 innbyggere (9,4 i 2021), litt høyere enn Møre og Romsdal, men Vestland er blant fylkene med lavest forekomst over tid.
- Hvis vi splitter fylket i gamle Hordaland og Sogn og Fjordane ser vi at selvmordstallene i Hordaland jevnt over ligger høyere enn Sogn og Fjordane. Stratifisert på kjønn ser vi svakt fallende trend for menn og stigende trend for kvinner i begge Vestlands-fylkene.
- For alle fylker er andelen selvmord størst i alderen 20-59 år, men det varierer fra fylke til fylke om det er gruppen 20-39 eller 40-59 som ligger høyest. De aller yngste og de eldste ligger lavest i alle fylker. Vi så at både i Vestland og i Møre og Romsdal har andelen selvmord i aldersgruppen 40-59 år ligget relativt høyt på mellom 30-40 % av selvmordene, mens andelen selvmord i de to eldste alderskategoriene er relativt likt i alle fylker på rundt 5 % av selvmordene.
- Vestland og Møre og Romsdal har hatt relativt lik utvikling i andelen selvmord hos hhv. menn og kvinner, mens Rogaland har større variasjon, og en nedadgående trend, i andelen selvmord blant menn i alderen 20-39 år. Tallene for kvinner spriker betraktelig mer (her er det også færre selvmord), og her har Vestland ligget høyt over flere år i alderskategorien 40-59 år, og ligger relativt likt med øvrige. Nordland har ligget høyere for yngre kvinner (20-39 år) gjennom flere år i perioden, men mot slutten av perioden har andelen i de ulike aldersgruppene nærmet seg hverandre.
- Det er en klar tendens til at flere i de laveste utdanningskategoriene tar sitt eget liv, sammenliknet med de høyere utdannede. For menn så vi at Vestland og Rogaland har hatt relativt lik utvikling med en fallende andel av selvmordene hos de med lavest utdanning. Det kan se ut til at Vestland har hatt en noe brattere økning blant høyt utdannede menn de siste årene, og denne gruppen sto for rundt 30 % av selvmordene i 2021. Den samme tendensen ser vi for kvinner som har tatt sitt eget liv i Vestland. Her har det vært en relativt kraftig økning de siste årene, og 2021 sto høyt utdannede for over 40 % av selvmordene i Vestland, mens de to kategoriene med lavere utdanning sto for omtrent 30 % hver.
- Når vi stratifiserer på kjønn ser vi en klar tendens til at det er mindre forskjell mellom utdanningsnivåene i selvmordsratene hos kvinner enn menn, der lavt utdannede menn stort sett ligger høyere enn de med videregående skole eller høy utdanning gjennom hele perioden.
- Da vi studerte selvmordstall og sivilstatus, var det i Vestland relativt lite variasjon i totaltallene over tid, sammenliknet med f.eks. Møre og Romsdal, der selvmordsraten blant ugifte har steget de siste årene. I figurene stratifisert på kjønn så vi at det var litt mindre forskjell mellom de ulike sivilstatusgruppene hos kvinner enn hos menn som har dødd i selvmord i Vestland. Det var også en tendens midt i perioden til at kvinner i Vestland som er skilt/separert har utgjort en høyere andel av selvmordene enn menn som er skilt/separert.
- Ved å studere median inntekt og selvmord i de ulike fylkene så vi blant annet at de som har tatt sitt eget liv i Vestland har hatt en noe lavere medianinntekt enn de som tok livet sitt i Rogaland i deler av observasjonsperioden. Vestland har hatt en relativt stabil utvikling her over tid, sammenliknet med f.eks. Nordland og Møre og Romsdal som har større endringer de siste årene.
- Henging er den klart vanligste selvmordsmetoden, og i Vestland har det vært relativt stabilt i de ulike kategoriene over tid. Forgiftning er nest vanligste selvmordsmetode både i Vestland, Rogaland og øvrige fylker. Det som skiller Vestland fra de andre, er at det er flere drukninger på Vestlandet enn i de øvrige fylkene.



- For de minste kommunene så vi en klar nedadgående trend for Vestland, sammenliknet med både Møre og Romsdal, Nordland og Rogaland. For mellomstore kommuner (5 000 – 20 000 innbyggere) var det derimot en svakt økende tendens i både Nordland, Vestland, Rogaland og Møre og Romsdal. Når det gjelder kommuner med mellom 20 000 til 50 000 var det en svakt økende trend i Vestland, klart økende trend i Nordland, mens både Rogaland og Møre og Romsdal har svakt nedadgående trend i denne kommunegruppen. For storkommunen med flere enn 50 000 innbyggere (altså kun Bergen i Vestland) så vi en veldig stabil trend i hele perioden, mens både Møre og Romsdal og Rogaland hadde fallende trend.

5 Forebygging av selvmord i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i Vestlandskommunene

5.1 Om datamaterialet fra kommunene

Sintef har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall for psykisk helse- og rusarbeid i alle landets kommuner på oppdrag fra Helsedirektoratet. Hovedformålet med prosjektet er å gi helse-myndighetene informasjon om utviklingen i ressursinnsatsen som går til målgruppen. De siste åtte årene er det inkludert spørsmål om selvmordsforebyggende arbeid i tjenestene, og i dette kapitlet ser vi på status i 2022 og sammenlikner kommunene i Vestland med resten av kommunene i landet. Vi har også inkludert andre relevante tema fra siste års datainnsamling i dette kapitlet.

Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord². Dette materialet gir kommunene råd og anbefalinger for blant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. Veiledningsmaterialet er basert på følgende hovedprinsipper:

- Forebygging, avdekking, behandling og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk bør gis tydelig prioritet og klar forankring i tjenestene.
- Kommunen bør utarbeide plan/delplan for forebygging av selvskading og selvmord.
- Det bør sikres aktivt oppsøkende hjelp der det er behov.
- Kommunen må sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle pasienter og brukere.

I dette kapitlet ser vi på svarfordeling på følgende:

Spørsmål om involvering etter vold, og selvmordsforsøk (kapittel 5.2)

- Hvordan er kommunalt psykisk helse- og rusarbeid involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte etter selvmord?
 - Gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam
 - Involveres gjennom oppfølgende virksomhet
 - Involveres om bruker tar kontakt
 - Involveres om andre tjenester tar kontakt
 - Involveres om det kommer en henvisning
 - Involveres på annen måte

Spørsmål om skriftlige rutiner/prosedyrer (kapittel 5.3)

- Har kommunen/bydelen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for:
 - Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk?
 - Oppfølging av etterlatte etter selvmord
 - Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk?

²<https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvmord>

- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter utøvelse av vold eller overgrep?
- Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?
- Forebygging av overdose?
- Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose?
- Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep?
- Oppfølging av personer som har utøvet vold
- Oppfølging av personer som har utøvet seksualisert vold
- Oppfølging av barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge
- Å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester?

Spørsmål om veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord (kapittel 5.4)

- Har kommunen/bydelen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsk?
- Har kommunen/bydelen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell?

Spørsmål om Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (kapittel 5.5)

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt: (liste over sentre)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig). Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med.
 - Besøkt nettsiden
 - Telefonkontakt
 - Konkret samarbeid
 - E-læringstilbud
 - Lest fagartikler
 - Deltatt på kurs
 - Deltatt på kompetansehevende program/tiltak
 - Annet, hva
- Gitt at dere har benyttet kompetanse- og ressurscenteret, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått?

Pårørende (kapittel 5.6)

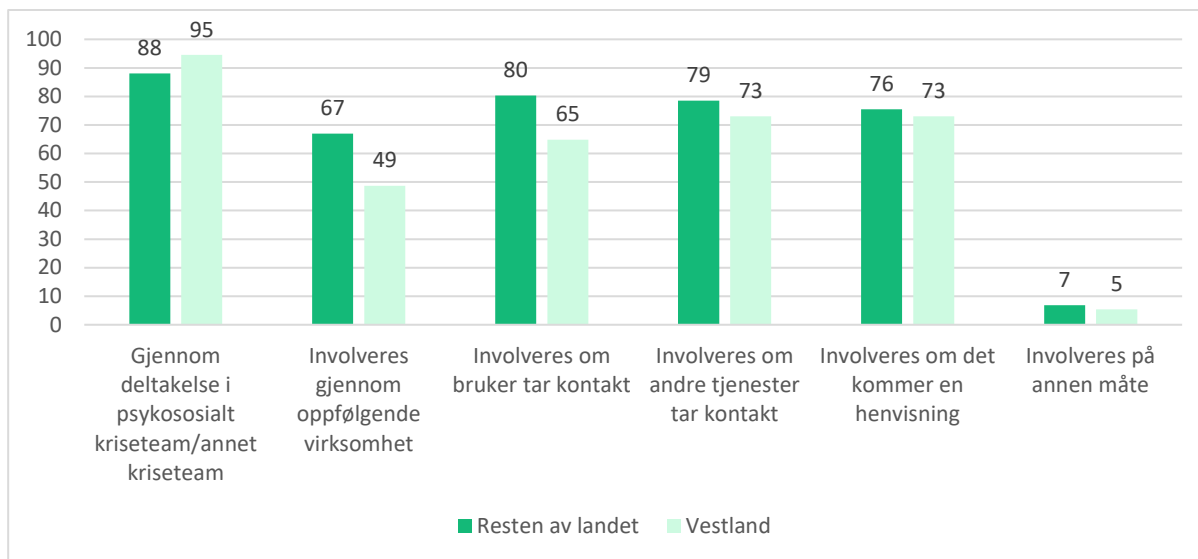
- Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av barn som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord?

5.2 Involvering av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kriser

I 2020 inkluderte vi et åpent spørsmål om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord. Basert på disse svarene etablerte vi følgende svaralternativ:

- Gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam
- Involveres gjennom oppfølgende virksomhet
- Involveres om bruker tar kontakt
- Involveres om andre tjenester tar kontakt
- Involveres om det kommer en henvisning
- Involveres på annen måte

Når vi deler datagrunnlaget i kommuner som ligger i Vestland fylke og resten av kommunene, finner vi at det er 95 prosent av kommunene i Vestland som oppgir at de involveres gjennom kriseteam, og systematisk lavere andel som oppgir at de involveres gjennom oppfølgende virksomhet og om bruker tar kontakt, enn i øvrige kommuner. Se figur 34. Det er ikke signifikante forskjeller i andel kommuner som svarer at de involveres om andre tjenester tar kontakt, eller om det kommer en henvisning mellom Vestland og øvrige fylker.



Figur 34 Antall og andel som svarer på hvilken måte tjenestene blir involvert på i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord, Vestland og resten av landet, 2022.

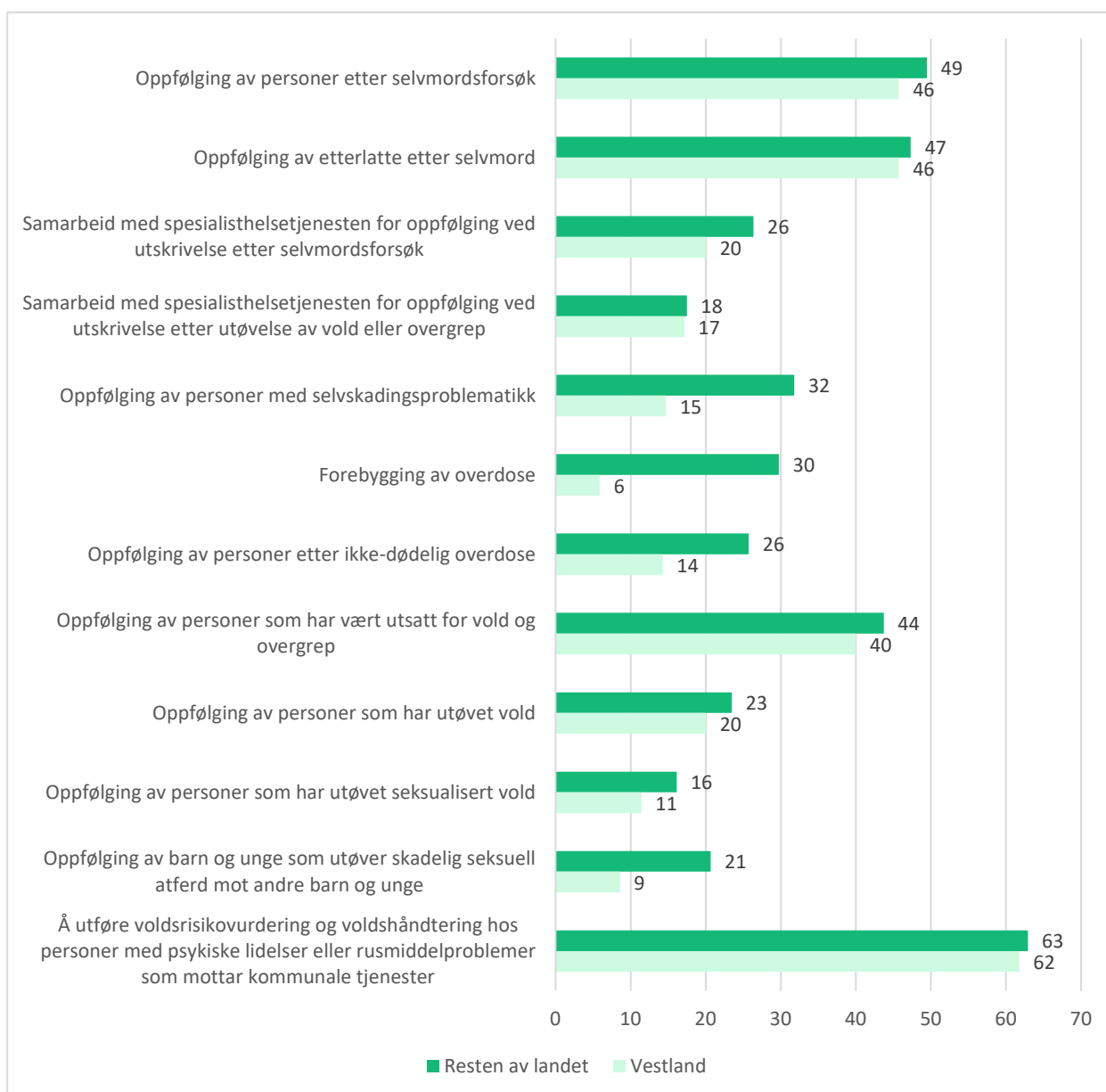
5.3 Skriftlige rutiner/prosedyrer

Om det er etablert skriftlige rutiner eller prosedyrer for ulike situasjoner eller hendelser, kan gi en indikasjon på hvor langt kommunene har kommet på de ulike fagområdene og hva som prioriteres.

Som vist i figur 35, er det særlig en lavere andel kommuner i Vestland enn i resten av landet som svarer at de har skriftlige rutiner for oppfølging av selvskadingsproblematikk (15 mot 32 prosent), for forebygging av overdose (6 mot 30 prosent), oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose (14 mot 26 prosent) og oppfølging av barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge (9 mot 21 prosent).

Noen av forskjellene skyldes tilfeldig variasjon og det er kun statistisk signifikante forskjeller i andel som har skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk og for forebygging av overdoser. Her har en del kommuner i Vestland et tydelig forbedringspotensial.

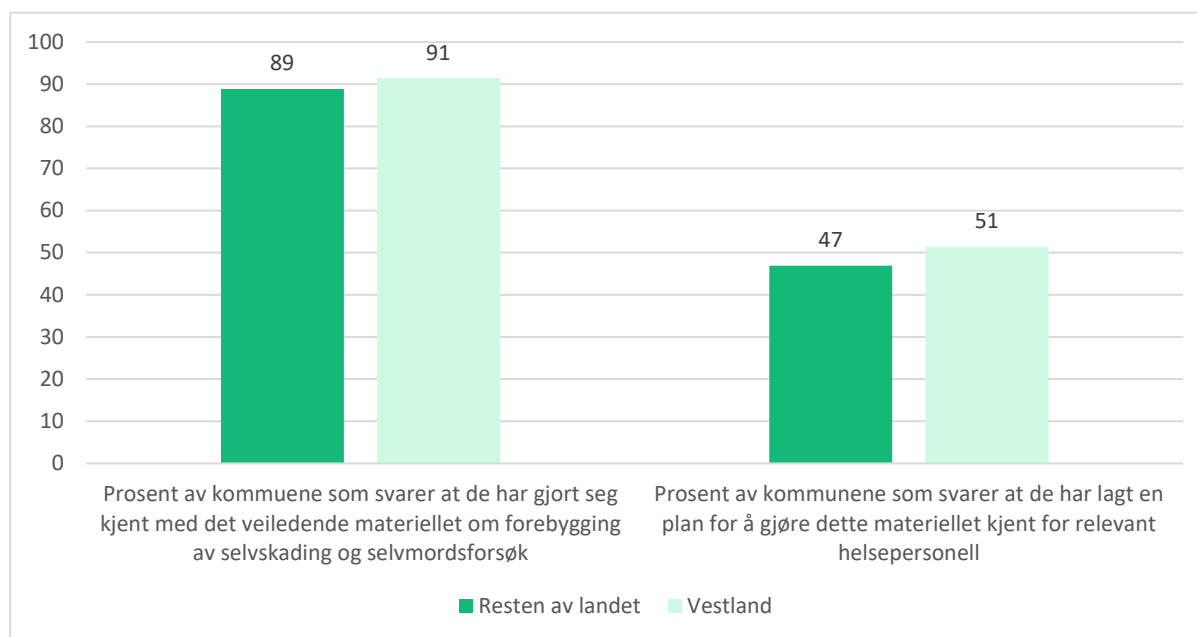
Når kommunene har fått på plass skriftlige rutiner for oppfølging i de ulike situasjonene, er det nødvendig å ha en systematisk tilnærming ut mot alle tjenestene for å gjøre rutinene kjent og innarbeide de i den daglige tjenesteytingen. Det er foreløpig lite kunnskap om hvordan disse skriftlige rutinene fungerer i praksis, og om det er spesielle forhold som gjelder selvmordsproblematikk sammenliknet med andre helserelaterte problemstillinger som hemmer eller fremmer etablering, praktisk bruk og virkning av skriftlige rutiner.



Figur 35 Prosent som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, Vestland og resten av landet, 2022.

5.4 Kjent med veiledende materiell

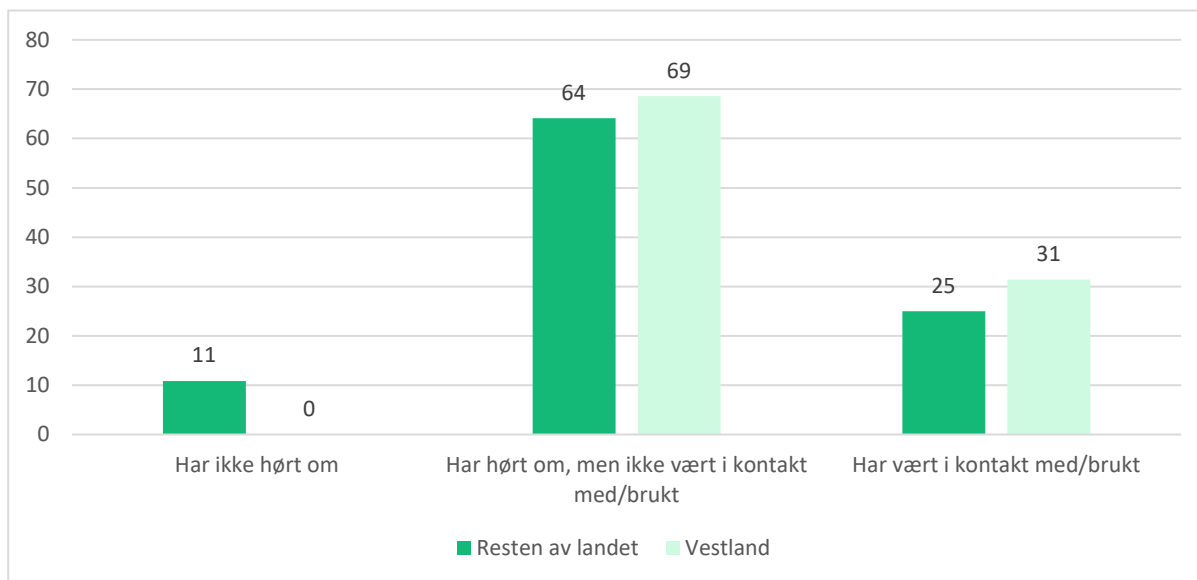
Som vist i figur 36 er det små forskjeller i andel som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvsykdom og selvmordsforsøk som er beskrevet i innledningen, og i andel som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Forskjellene er ikke statistisk signifikante.



Figur 36 Kjent med veiledende materiell og plan for å gjøre materialet kjent, Vestland og resten av landet, 2022.

5.5 Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)

Som vist i figur 37 er det ingen kommuner i Vestland som oppgir at de ikke har hørt om NSSF, mens 11 prosent av kommune i resten av landet oppgir at de ikke har hørt om NSSF. Det er dermed noen flere i Vestland som oppgir at de har hørt om NSSF, men ikke vært i kontakt med (69 prosent) enn i resten av landet (64 prosent), og som har vært i kontakt med/brukt NSSF i Vestland (31 prosent) enn i resten av landet (25 prosent).

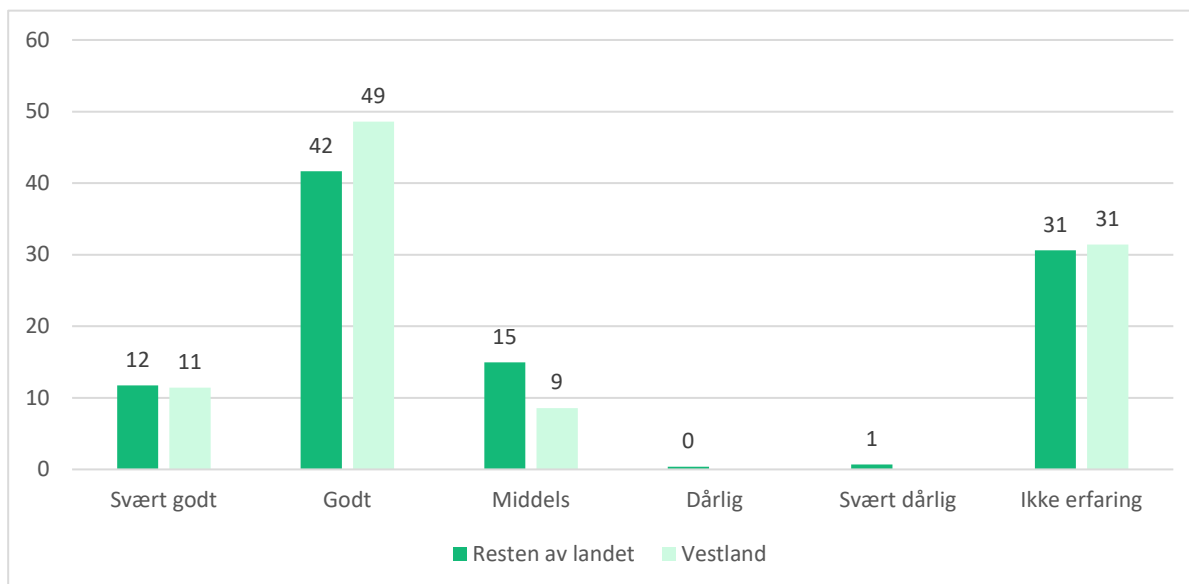


Figur 37 Prosent av kommunene som har kjennskap til NSSF, Vestland og resten av landet, 2022.

Det er kun 11 kommuner i Vestland som har vært i kontakt med NSSF, og disse har typisk besøkt nettsiden til NSSF og lest fagartikler. Det er kun en kommune som oppgir at de har deltatt på kurs i regi av NSSF, så det gode forbedringsmuligheter. De som har vært i kontakt med NSSF, er generelt veldig godt fornøyd med senteret, både i Vestland og ellers i landet.

5.6 Oppfølging av barn som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord

Som vist i figur 38, er det en litt større andel som svarer godt og en litt lavere andel som svarer middels blant kommunene i Vestland enn ellers i landet. Men forskjellene er små og ikke systematiske.



Figur 38 Prosent av kommunene som svarer på hvordan kommunen ivaretar oppfølging av barn som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord, Vestland og resten av landet, 2022.

5.7 Oppsummering

De 43 kommunene i Vestland arbeider på ulike måter med å forebygge selvmord, og her har vi sammenliknet kommunene i Vestland med kommunene ellers i landet. På de fleste av indikatorene vi har tatt med her skiller ikke kommunene seg i Vestland vesentlig fra kommunene ellers i landet. Det er under halvparten av kommunene i Vestland som svarer at de skriftlige rutiner eller prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk. Dette er omtrent som ellers i landet, men det uansett mange kommuner som må etablere fungerende rutiner, også i Vestland.

DEL 2

Trender og mørketall

6 Hva vet vi om mørketall i selvmordsstatistikken?

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra en gjennomgang av forskningslitteratur og offentlige dokumenter om mørketall i selvmordsstatistikken, samt innspill fra workshop med eksperter på selvmord fra Nasjonalt forum for forebygging av selvmord og fra intervju med et utvalg tjenesteytere som jobber med selvmordsproblematikk på ulike vis. Vi tok utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Hva vet vi om nasjonale trender og mørketall for selvmord i Norge og i Vestland?
- Hvordan skiller Vestland seg eventuelt fra andre fylker på det vi vet om nasjonale trender og mørketall?

Med mørketall forstår vi selvmord som ikke blir registrert som selvmord i dødsårsaksstatistikken, enten fordi de blir feilklassifisert som naturlige dødsfall, eller fordi de blir rapportert som ulykker når det ikke finnes spor fra den avdøde som tyder på selvmord. At det finnes mørketall i selvmordsstatistikken kan også handle om systemfaktorer som manglende obduksjoner (f.eks. blant eldre, alvorlig syke og personer som dør av overdose) og måten dødsfall registreres på. I den internasjonale litteraturen nevnes også sosialt stigma som årsak til underreportering av selvmord i statistikken (Im et al., 2018; Matsubayashi & Ueda, 2022). 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. Et mest mulig korrekt tallgrunnlag er en forutsetning for å kunne iverksette effektive forebyggende tiltak.

Det ligger i mørketallenes natur at de er vanskelige å kvantifisere. Et anslag som har vært referert til både i norske medier og på infosider for helsepersonell (Mæland, 2019; NHI, 2022) er at man anslår et tillegg på 25 prosent som mørketall, i form av plutselige dødsfall hos personer som bruker medisiner, eldre og ensomme, og i form av ulykker som egentlig er selvmord. Det er uklart hvor dette tallet på 25 % stammer fra, og nasjonale eksperter på selvmord som deltok i vår workshop i desember 2022, mener at dette sannsynligvis er et for høyt anslag i Norge. Det finnes en studie fra India fra 2012 som fant et anslagsvis mørketall på 25 % for menn og 36 % for kvinner i India (Patel et al., 2012; Phillips & Cheng, 2012), og som konkluderer med at i Asia, og andre land der selvmord har vært, eller er, forbudt, vil mørketallene være større enn i land der det er mindre stigma knyttet til selvmord.

I Norge har vi hatt et eget Dødsårsaksregister helt siden 1925 (Gjertsen, 2000), og man begynner etterhvert å få gode rutiner både for klassifisering av dødsfall og korrekte dødsmeldinger, rettsmedisinske undersøkelser, granskninger av dødsfall i trafikken og i psykisk helsevern, og etter hvert også bedre statistikk på drukningsulykker (utført av Redningsseksjonen). Det er også mindre sannsynlig at sosialt stigma påvirker dødsårsaksstatistikken i Norge i dag, sammenliknet med tidligere tider da pårørende, naboer og den enkelte lege muligens hadde større innvirkning på bestemmelse av diagnosen som ble satt som dødsårsak. Likevel

vil det til enhver tid foreligge mørketall i selvmordsstatistikken. En relativt nylig publisert internasjonal artikkel (Snowdon & Choi, 2020) peker på følgende seks usikkerhetselementer som kan gi mørketall i selvmordsstatistikken (Snowdon & Choi, 2020: side 1896):

The evidence for undercounting includes:

- (1) Various studies have shown that, in a substantial percentage of cases when coroners, medical examiners, or medico-legal authorities had reported insufficient evidence to state that death was purposely self-inflicted, psychiatrist experts (with access to relevant data) declared the deaths were probably due to suicide (Linsley et al., 2001; Gunnell et al., 2013). A coronial verdict in such cases would have been 'open verdict', the cause of death probably being recorded as 'undetermined' or accidental.
- (2) To an extent that varies between nations, deaths may be officially recorded/coded (using ICD-10) as being event of undetermined intent (EUI) or of 'ill-defined or unknown cause'. Studies suggest that many of the former and some of the latter were suicides. There is evidence that some suicides are misclassified as accidents (see below).
- (3) It is widely recognised that in many cases, but especially in countries where, to a heightened extent, there have been reasons for suppressing evidence of a suicide, people (doctors, relatives, friends and others) have been well aware that a death was due to suicide even when it was certified as due to an accident or natural cause. For example, egoistic suicide in South Korea is considered dishonourable and a moral blemish to the person, parents and ancestors; it is considered that the legacy of Confucian familism is the principal cultural force that induces the false reporting noted on death notification cards (mainly filled out by surviving family members) (Im et al., 2018). Families may not wish to acknowledge suicide for fear of stigma or shame. This could partly account for the low rates of suicide reported in certain Islamic countries: affiliation with Islam is associated with low suicide acceptability (Stack & Kposowa, 2011).
- (4) There is evidence that deaths of older adults and of people who die by poisoning or other 'less active' methods of suicide (without indication of an intent to die) tend to be less thoroughly investigated, with a consequently reduced chance that suicides among them will be identified (Rockett et al., 2011) and added likelihood of undercounting.
- (5) National autopsy rates in 'unnatural' death cases correlate positively with suicide rates (Kapusta et al., 2011), suggesting that 'hidden suicides' can more easily remain hidden if thorough investigations can be avoided.
- (6) Some nations report implausibly low suicide rates (Pritchard & Amanullah, 2007).

De fleste av disse punktene vil være relevante også for Norge, særlig hvis vi inkluderer selvmordsstatistikken noen tiår tilbake i tid. Hvis vi antar at mørketallene i Norge var større før enn nå, kan det være at trenden i selvmord per innbygger over tid er bedre (færre selvmord per innbygger) enn det offisiell statistikk tilsier, men dette kan vi altså ikke vite sikkert. I regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 er mørketall omtalt i kapittel 6. Her går det fram at mørketallene antas å være størst utenfor sykehus og i gruppen av dødsfall som skyldes overdoser og hos eldre som dør hjemme (Regjeringen, 2020a).

Vi har i prosjektet for VLFK hatt sonderingsintervju med, eller fått tilsendt dokumenter fra, flere instanser som man kan tenke seg har kunnskap om mørketall, blant annet rettspatologer som utfører obduksjoner, Politiet, Redningsselskapet, Vegvesenet (her foreligger tall i årlige rapporter), Bane Nor, Jernbanedirektoratet, kommunalt ansatt med ansvar for overdosestrategi i en Vestlands-kommune, Vivat,

Statsforvalteren i Vestland, og Nasjonalt forum for forebygging av selvmord. Vårt inntrykk er at det finnes svært lite vitenskapelig publisert materiale om mørketall i Norge generelt, og i fylkene spesielt, og det blir derfor vanskelig å være konkret i svaret på forskningsspørsmål b) over, der vi hadde mål om å si noe om hvordan Vestland eventuelt skiller seg fra andre fylker når det kommer til mørketall. I det følgende presenterer vi det vi har tilegnet oss av kunnskap om mørketall gjennom prosjektet, og anerkjenner at dette er noe det bør forskes og publiseres mer på både nasjonalt og internasjonalt.

6.1 Usikkerhet i dødsårsaksstatistikken

I Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord er det beskrevet hvordan det er flere feilkilder ved innmelding og registrering som kan påvirke forekomsttallene av selvmord. Dette kan være at dødsmeldingene er dårlig eller mangelfullt utfylt, slik at det ikke kommer frem at det er et selvmord. Eller at legen oppgir en feil (men sannsynlig) dødsårsak på dødsmeldingen, eventuelt at det er oppgitt riktig skadediagnose (f.eks. forgiftning), men feil dødsmåte (ulykke). Det kan også oppgis ukjent eller uspesifisert dødsårsak. For eldre hvor det tradisjonelt er mindre fokus på selvmord som dødsårsak vil det være en større risiko for å overse selvmord, spesielt forgiftningsdødsfall, som har få utvendige funn (Regjeringen, 2020a).

Sammenliknet med dødsfall registrert i Folkeregisteret mangler DÅR melding om dødsårsak for rundt 2–3 prosent hvert år. Over halvparten av disse dødsfallene skjer i utlandet. Dødsfall i utlandet er oftere uventede dødsfall og gjennomsnittsalderen er lavere enn for dødsfall i Norge. Det er derfor sannsynlig at det prosentvis er flere selvmord her enn i den tilsvarende gruppen med manglende dødsmeldinger i Norge, hvor man ikke har indikasjoner på at prosenten er høyere for selvmord enn for andre dødsårsaker. I tiltak 14 i handlingsplanen står det at Regjeringen vil etablere mer formaliserte og standardiserte kriterier for klassifisering av selvmord i trafikken. I årsrapporten etter andre driftsår i planen står det at *"arbeidet med å utvikle mer standardiserte kriterier for klassifisering av selvmord i trafikken bør forankres i en tverrfaglig sammensatt faggruppe med blant annet kompetanse innenfor selvmordsforskning. Gruppens sammensetning er til vurdering."* (Regjeringen, 2022).

En pålitelig dødsårsaksstatistikk forutsetter at tallet på obduksjoner er relativt høyt og representerer et bredt spekter av befolkningen.

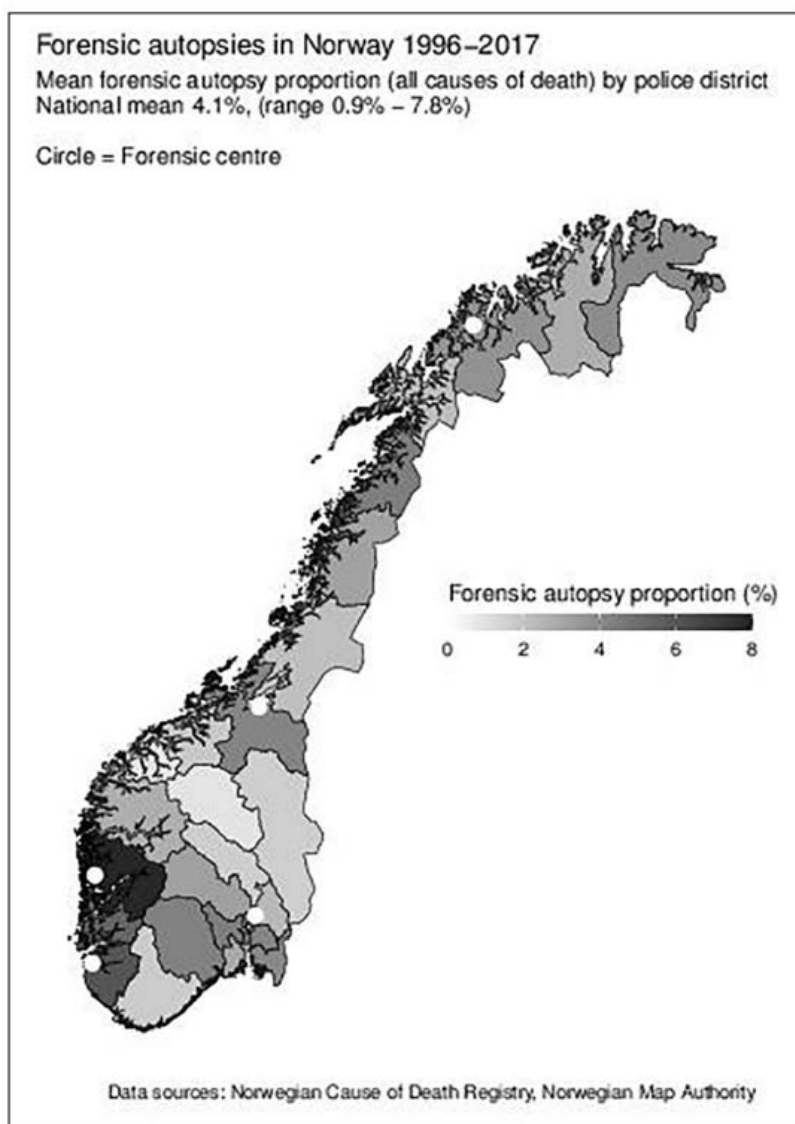
6.2 Rettsmedisinske undersøkelser

Obduksjoner og rettsmedisinske undersøkelser er regulert i Lov om obduksjon og avgivelse av lik til undervisning og forskning (obduksjonsloven). Det skilles mellom medisinsk obduksjon og rettsmedisinsk obduksjon:

1. Medisinsk obduksjon: obduksjon krevd av en lege, der formålet er å påvise eller utelukke forandringer som er forårsaket av sykdom eller skade.
2. Rettsmedisinske obduksjoner: obduksjon som er krevd etter straffeprosessloven § 228 om sakkyndig likundersøkelse og obduksjon etter § 7 a første ledd andre punktum.

Alle unaturlige dødsfall er meldepliktige til politiet, og det er politiet som bestemmer om det skal gjøres en rettsmedisinsk obduksjon. Obduksjonsfrekvensen varierer mye mellom ulike politidistrikter, både generelt og for selvmord (Frost et al., 2012; Hem, 2013; Lycke Ellingsen et al., 2022). En undersøkelse av hhv. Sør- og Nord-Trøndelag politidistrikt for årene 2007-2009 viste en variasjon på rettsmedisinske obduksjoner av selvmord på 91 % vs. 11 % (Frost et al., 2012). Ifølge tall referert til i handlingsplanen vil frekvensen av obduksjoner av registrerte selvmord variere mellom 25 og 95 prosent, med et landsgjennomsnitt for 2014–2018 på 77 prosent. Tilsvarende regler for alle mistenkte selvmord og rusrelaterte dødsfall, som i den nylige lovendringen for trafikkdødsfall, ville kunne ha betydning for selvmordsstatistikken (Regjeringen, 2020a). I en artikkel av Lycke Ellingsen et al. (2022) som studerte rettsmedisinske obduksjoner i Norge i perioden

1996-2017, fant de at andelen dødsfall som gjennomgikk rettsmedisinsk obduksjon av alle dødsårsaker var 4,1 %, der den høyeste andelen var for drap (96,6 %) og det laveste var for dødsfall av naturlige årsaker (1,7 %). For selvmord ble 64 % av selvmordene obdusert i denne perioden. Antall obduksjoner sett i forhold til befolkningen (raten) gikk ned over tid (1996-2017). Variasjonen mellom politidistriktene var 0,9–7,8 %, og den vedvarte i løpet av studieperioden. De viktigste forklaringsvariablene var dødsstedet (det var få obduksjoner av dødsfall i helseinstitusjoner), politidistrikt og avdødes alder. Avstand til obduksjonsstedet/sykehuset, kjønn, befolkningsstørrelse og urbanitetsnivå hadde bare en liten innflytelse. For død som skyldtes trafikkulykker og selvmord, var politidistrikt den viktigste forklaringsvariabelen. Variasjonen mellom politidistriktene kunne ikke fullt ut forklares av de andre undersøkte faktorene. Artikkelen konkluderte med at det er urettmessige forskjeller i obduksjonsfrekvens i Norge som kan føre til utilstrekkelig etterforskning av mulige unaturlige dødsfall. I verste fall kan drap eller andre straffesaker kan forbli uoppdaget. Det kan også introdusere falske endringer i dødsårsaksstatistikken (Lycke Ellingsen et al., 2022). Som vi ser av kartet under, publisert som Figur 1 i artikkelen (ibid.), har politidistriktene på Vestlandet en høy frekvens av rettsmedisinske undersøkelser sammenliknet med de øvrige fylkene. Det fremgår også av artikkelen at andelen obduksjoner er høyere i store kommuner enn i små kommuner.



Figur 39 Gjennomsnittlig andel rettsmedisinske undersøkelser av alle dødsfall etter politidistrikt. Figuren er Figur 1 i Lycke Ellingsen et al. (2022).

I den pågående nasjonale handlingsplanen for forebygging av selvmord er det formulert følgende fire tiltak som omhandler obduksjoner (Regjeringen, 2020a):

- Regjeringen vil vurdere om det er grunnlag for å utvide plikten til å utføre rettsmedisinsk obduksjon ved mistenkt selvmord og rusrelaterte dødsfall for å redusere usikkerheten i selvmordstallene.
- Regjeringen vil vurdere muligheten og behovet for å obdusere flere eldre for å få mer kunnskap om dødsfallene, herunder dødsårsak, i denne gruppen.
- Regjeringen vil vurdere spørsmålet om det bør etableres en ekspertgruppe og om det skal utredes en coroner-ordning i Norge, samt vurdere om det er grunnlag for å etablere faste mortalitetskomiteer som overvåker dødsfall på sykehus mv.
- Regjeringen vil sørge for at Dødsårsaksregisteret mottar fullstendige obduksjonsrapporter for å sikre tilstrekkelig informasjon.

I den siste årsrapporten etter andre driftsår av handlingsplanen fremgår det at Dødsårsaksregisteret (DÅR) har hatt dialog med rettsmedisinerne i Oslo for å informere om betydningen av at alle nødvendige opplysninger rundt selvmord blir fylt inn. I regi av Norsk Rettsmedisinsk Forening er det utarbeidet forslag til en felles nasjonal mal for rettsmedisinske obduksjonsrapporter. Denne er på høring. DÅR vil gjennomgå felles mal for rettsmedisinske obduksjonsrapporter og vil legge ved kommentarer i forbindelse med å opplyse om viktigheten av å sikre tilstrekkelig informasjon knyttet til selvmord. Spørsmålet om Norge skal ha en egen coroner-ordning er foreløpig ikke utredet. Arbeidet med å vurdere om flere eldre skal obduseres var heller ikke påbegynt anno september 2022.

6.3 Trender og mørketall for selvmord i trafikken

Politiet har ansvar for å sørge for obduksjoner ved dødsulykker i trafikken, men tidligere var det ikke lovpålagt at dette skulle skje i alle ulykker. I 2018 foreslo en arbeidsgruppe ledet av Samferdselsdepartementet, med deltagere fra Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet, Vegdirektoratet, Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe (UAG), Statens havarikommisjon for transport (SHT), politiet, Riksadvokaten og Oslo universitetssykehus, at man skulle gjennomføre rettsmedisinsk obduksjon av alle trafikkdrepte, samt gi adgang for Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe til å innhente helseopplysninger om den trafikkdrepte. Fra 1. mai 2020 trådte bestemmelsene om at det skal gjennomføres rettsmedisinsk obduksjon av alle drepte i veitrafikken i kraft. Dette gir økt kunnskap om hvorfor trafikkuulykker skjer og øker sannsynligheten for å avdekke skjulte selvmord og dermed redusere mørketallene. Ifølge årsrapporten til rettsmedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus har det vært en betydelig økning av rettsmedisinske obduksjoner i 2021 - ny antallsrekord ble satt i desember 2021 (OUS, 2021). Vi har vært i kontakt med rettsmedisinere ved Haukeland universitetssykehus som gjennomfører de fleste obduksjoner i Vestland, her er det ikke tilsvarende økning, men antall rettsmedisinske obduksjoner ligger klart høyere enn antall medisinske obduksjoner og har variert fra 308 – 330 rettsmedisinske obduksjoner de siste tre årene.

Selvmord i trafikken er en sjelden brukt metode for selvmord, og presenteres ikke som en egen dødsårsak i den offisielle selvmordsstatistikken (men vi har inkludert den i kapittel 4). Det er heller ikke gjort mye forskning på dette i Norge (Sandberg, 2016). En undersøkelse gjort ved Universitetet i Oslo viste at selvmord i trafikken utgjorde kun 1,3 % av alle selvmord. I tidsperioden 2008-2018 ble det registrert 83 personer med dødsårsak X82 (kollisjon med motorisert kjøretøy). Av disse var 75 % menn, men etter 2014 har andel kvinner vært stigende. Av de 83 personene hadde rundt én tredjedel (n = 28) vært i kontakt med spesialisthelsetjenester for psykiatri og rus siste år før selvmord (Söderlund, 2021). Til tross for den lave andelen selvmord i trafikken er dette et tema som har fått en del oppmerksomhet i media, med spesielt

fokus på mørketallene (Mjaaland & Aardal, 2015). Nullvisjonen for selvmord er hentet fra arbeidet med en nullvisjon for dødsfall på veiene. En Artikkel av Berg og Walby (2021) diskuterer at dette krever en betydelig satsning og tilpasning til sikkerhetens egenart i psykisk helsefeltet, og hvordan de savner en systematisk plan og innhold i hvordan nullvisjonen skal operasjonaliseres (Berg & Walby, 2021). I neste delkapittel ser vi nærmere på statistikken fra dybdeanalysene av dødsulykker som gjennomføres av Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe.

6.3.1 Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe (UAG) – dybdeanalyser av dødsulykker

Statens vegvesen startet i 2005 et arbeid med dybdeanalyser av samtlige dødsulykker, for å få mer informasjon om årsakssammenhenger ved trafikkuulykker. Frem til 2019 hadde Statens vegvesen en ulykkesanalysegruppe (UAG) i hver region til dette formålet. Fra 1. januar 2019 ble det opprettet en nasjonal ulykkesanalysegruppe som analyserer alle dødsulykker i vegtrafikken i Norge. Med bakgrunn analysene utarbeides det årsrapporter som oppsummerer de viktigste funnene, som presenteres her (Statens vegvesen, 2022):

<https://www.vegvesen.no/fag/fokusomrader/trafikksikkerhet/ulykkesdata/analyse-av-dodsulykker-uag/>

Ifølge vegvesenets nettsider er det slik at hensikt og formål med ulykkesanalysene til Statens vegvesen skiller seg fra politiets etterforskning. Politiet etterforsker med formål å finne ut om noen har handlet i strid med regelverket eller for øvrig kan klandres for ulykken. Statens vegvesens ulykkesanalyser forsøker å finne fram til forhold som kan ha vært medvirkende til at ulykken skjedde, og at den fikk et så alvorlig utfall, uten tanke på om det ligger noe juridisk ansvar knyttet til disse forholdene.

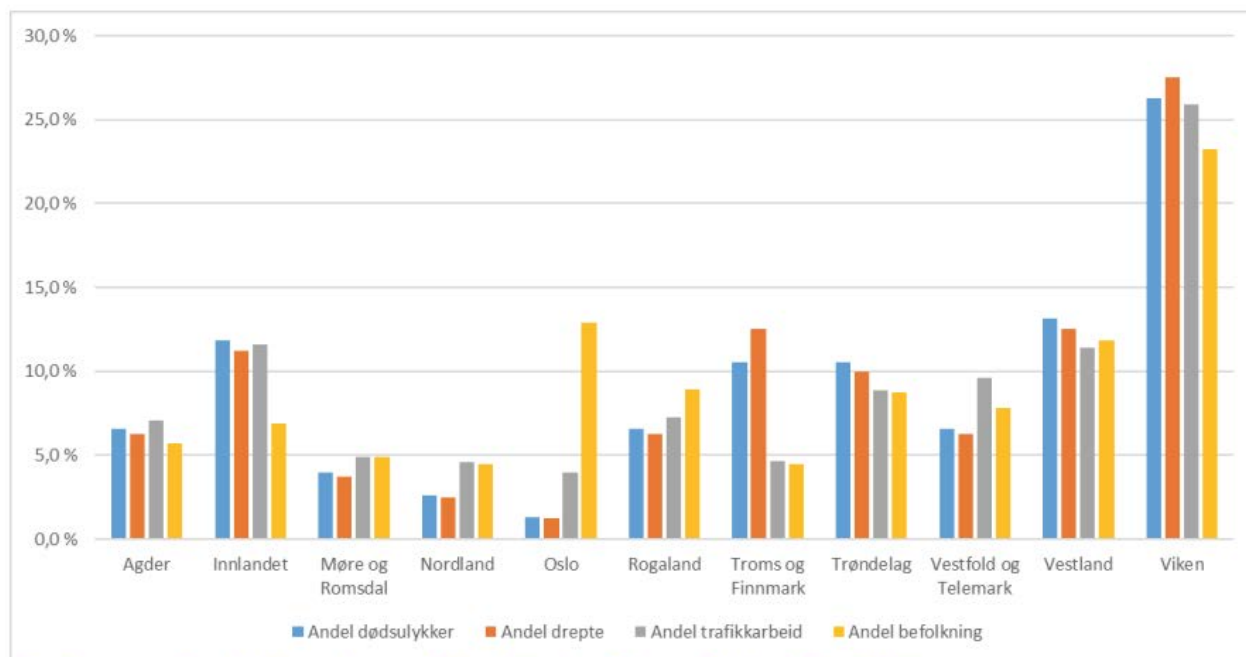
Dødsulykker der politiet har konkludert med at ulykken har vært selvalgt er tatt ut av ulykkesstatistikken, og er ikke inkludert i statistikken når det gjelder mistanke om selvalgt ulykke. Til tross for dette var det hele 15 % av dødsulykkene (11 ulykker) for 2021 hvor ulykkesanalysegruppen så det som sannsynlig at ulykken kunne være selvalgt. Det publiseres egne statistikker på dette. For perioden 2012 – 2021 som helhet var det mistanke om at i gjennomsnitt 7 % av dødsulykkene (8 ulykker i snitt pr år) har vært selvalgt. Dette er ulykker som er kodet som trafikkuulykker av politiet og som ikke er tatt ut av ulykkesstatistikken. Figur 11 i årsrapporten (ibid.) viser mistanke om selvalgte ulykker det enkelte år.



Figur 11: Dødsulykkene 2012 – 2021 hvor det er mistanke om at ulykken er selvalgt

Figur 40 Andel (%) og antall av alle ulykker med mistanke om at ulykken var selvalgt i perioden 2012-2021. Figuren er hentet fra Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe sin årsrapport for 2021, figur 11.

Det finnes ikke offentlig tilgjengelig statistikk for mistenkte selvmalte ulykker i Vestland eller andre fylker, men det finnes tall på utvikling i dødsulykker generelt på fylkesnivå (neste figur). Vestland hadde økning med 5 dødsulykker fra 2020-2021, Viken hadde samme antall begge år (Statens vegvesen, 2022). I desember 2021 vedtok Vestland sin første regionale transportplan. Transportsystemet i Vestland omfatter mange former for transport (5600 km fylkesvei, 1500 km riksveg, 289 tunnellopp, 2071 bruer mv.). Fylkeskommunen kan vurdere om selvmordsforebyggende tiltak som brosikring, midtdeler o.l. bør omtales i planen.



Figur 3: Dødsulykker, drepte, trafikkarbeid og befolkning fordelt på fylker 2021

Figur 41 Statistikk over andel dødsulykker, andel drepte, andel trafikkarbeid og andel befolkning. Figuren er hentet fra Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe sin årsrapport for 2021, figur 3.

6.3.2 Selvmord ved jernbane, T-bane og trikk

I 2021 laget Bane Nor et kunnskapsgrunnlag for arbeidet med å forebygge selvmord knyttet til jernbanen som vi har fått tilgang til. Som ellers når man omtaler selvmord, skal man være varsom med omtaler av detaljer rundt selvmord på jernbanen, da slik omtale kan føre til at flere velger jernbane som metode. Ifølge Politiet var det 110 selvmord på jernbanenettet i perioden 2010-2019, noe som tilsier at 75 % av alle dødsfall på jernbanen er selvmord. I samme periode var det flere påkjørsler på jernbanen som ikke med første død (17 med alvorlig personskade). Trenden har vært stigende i perioden 2007-2017 hvis man kun ser på antall selvmord ved jernbane. Vi har sett tall for selvmord og selvmordsforsøk med personskade fordelt på ulike banestrekninger i landet, og kan konkludere med at det er svært få (nær null) selvmord som begås på Bergensbanen. Rapporten fra Bane Nor konkluderer med at sammenlignet med selvmordsstatistikken for jernbanen i Europa, så har Norge en av de laveste andelene selvmord i forhold til de øvrige landene i Europa (utgjør under 2% av selvmordene i Norge). Analysen av selvmord og selvmordsforsøk på jernbanen de siste 10 årene har vist at det ikke er noen konkrete steder langs jernbanelinjen som kan betegnes som hotspots. Vi har ikke funnet dokumentasjon på selvmord langs T-bane/trikkeskinner.

6.4 Mørketall i drukningsstatistikken

Selv mord ved drukning (diagnosekode X71) presenteres som en egen kategori i den offisielle dødsårsaksstatistikken, og har variert mellom ca. 20-40 selvmord per år i perioden 2000-2021. Relativt til andre selvmordsmetoder har det vært en høyere andel kvinner har brukt drukning som selvmordsmetode (Puzo et al., 2016). Forgiftning har også tradisjonelt vært mer vanlig blant kvinner enn menn. Det er slik at selvmord ved hopp fra høyt sted (som f.eks. bro), der personen lander i vannet og drukner, blir kodet med underliggende dødsårsak X80 (Sprang fra høyt sted) og main injury/hodeskadekode er T751 – drukning eller nestendrukning. De som hopper fra f.eks. bro vil altså bli oppført i kategorien "Sprang fra høyt sted" og ikke drukning.

Tabell 1 Selvmord etter døds måte (antall) i perioden 2000-2021. Kilde: FHI/Dødsårsaksregisteret, D10b.

Dødsår	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2021
Dødsårsak												
Total	548	499	528	534	504	549	520	551	617	674	643	658
Forgiftning (X60-X66)	73	102	100	103	100	110	99	105	103	114	95	95
Hengning og kvelning (X70)	226	192	204	197	187	231	202	237	270	314	315	336
Drukning (X71)	37	33	28	31	32	29	29	34	27	34	38	23
Skyting og eksplosive stoffer (X72-X75)	112	90	93	88	85	83	82	59	76	73	61	77
Skjærende eller stikkende redskaper (X78)	15	13	11	11	18	17	17	13	21	22	25	26
Sprang fra høyt sted (X80)	32	25	36	26	21	26	40	38	47	45	43	43
Annen eller uoppgitt måte	53	44	56	78	61	53	51	65	73	72	66	58

Det er Redningsselskapet (RS) som har ansvar for den offisielle drukningsstatistikken i Norge, og vi har i dette prosjektet både intervjuet dem og fått tilsendt informasjon som gjelder selvmord og oppdrag merket suicidal hos redningsskøytene. Statistikken utarbeides ved kontinuerlig AI-overvåking av omtale av ulykker i vann som er omtalt i mediene og sosiale medier som Twitter (politi, brann, HRS etc.). AI-funn mates inn i GUI, der hver enkelt hendelse går gjennom manuelt. Andre kilder er Redningsselskapets oppdragsdata, Politiet, anonymisert data for PIV (person i vann) fra BRIS (brann- og rednings database). Statistikken presenteres her: [Redningsselskapets drukningsstatistikk - Redningsselskapet \(rs.no\)](https://rs.no). RS har et oppdragssystem (RO) der "suicidal" som egen oppdragskategori er registrert fra 2020. Det vanligste oppdraget er utrykning i forbindelse med brohopping og søk etter savnede (mistenkt suicidal). Antall oppdrag registrert som "suicidal" siste tre år var: 98 i 2020, 94 i 2021 og 60 i 2022 (t.o.m. 23.11.22). Det er verdt å merke at hele 50 % av disse oppdragene ble registrert i Vestland fylke, noe RS spekulerer i kan skyldes plassering av redningsskøytene og/eller spesielt godt samarbeid med nødetatene. I 2022 var Vestland fylket med flest drukningsulykker sammenliknet med andre fylker (16 personer totalt, uavhengig av selvmord).

Redningsselskapets drukningsstatistikk skal i utgangspunktet kun omfatte utilsiktede ulykker, og ikke selvalgt drukning. Mistenkte selvalgte hendelser sjekkes med aktuelt politidistrikt. Bekreftede selvalgte hendelser registreres og utelukkes. Hendelser der politiet mistenker selvmord, men ikke får det bekreftet, tas med i statistikken (som i trafikken). RS overtok statistikken fra Norsk Folkehjelp fra 2017, og det antas at det er en del selvalgte drukninger med i drukningsstatistikken for perioden 2017 – 2020. De siste årene har RS jobbet systematisk med å få bedre kontakt med og nødvendig informasjon fra de ulike politidistriktene rundt hendelser de tror kan være selvalgte. Retningslinjen RS følger er det samme som for veitrafikken: Ulykker som er bekreftet som selvalgte tas ut, mens ulykker der dette er mistenkt men ikke mulig å bekrefte tas med i statistikken. Fra 2021 antar RS at de aller fleste selvalgte drukninger er tatt ut av statistikken.

Det gjøres ikke noe tilsvarende UAG for drukningsulykker, men dette er noe både Redningsselskapet og Flyte (ny paraplyorganisasjon for drukningsforebygging, se <https://flyte.no/>) ønsker å ta opp politisk framover. Det jobbes for å få på plass en nullvisjon for drukning (på lik linje med i trafikken og for selvmord), en nasjonal handlingsplan for drukningsforebygging og tilhørende finansiering av tiltak. Her mener RS at bedre statistikk være viktig for å få mer kunnskap til å finne riktige forebyggende tiltak overfor de ulike målgruppene.

6.5 Mørketall i overdosestatistikken

Som vist i tabellen over har forgiftning (diagnosekode X60-X66) vært den nest vanligste selvmordsmetoden de siste 20 årene, og med en overrepresentativitet blant kvinner. Forgiftninger er en av selvmordsmetodene der man antar at mørketallene er størst, og det kan være vanskelig å avgjøre om en overdose grunner i en klar intensjon om å dø, likegyldighet (uavklart intensjon) eller ulykke (overdose uten intensjon om å dø).

I figuren under vises andelen selvmord (Forgiftning med intensjon) av de narkotikautløste dødsfallene i Norge de siste årene. Andelen har variert fra 11 % til 20 % i perioden 2012-2021. Tallene er ikke oppgitt på fylkesnivå. Det ble i 2022 også utgitt en egen rapport på selvmord med illegale rusmidler etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus, som viste at i perioden 2008-2020 utgjorde selvmord med illegale rusmidler i denne populasjonen 7,2 % (Myhre et al., 2022).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Forgiftning uten intensjon ¹	76 %	77 %	83 %	76 %	77 %	78 %	73 %	73 %	76 %	79 %
Forgiftning med intensjon	11 %	13 %	11 %	13 %	15 %	16 %	18 %	20 %	16 %	14 %
Psykiske lidelser/avhengighet	13 %	10 %	6 %	11 %	7 %	7 %	8 %	7 %	8 %	7 %

Figur 42 Andel narkotikautløste dødsfall fordelt i hovedkategoriene forgiftningsulykker, selvmord, psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk og ukjent intensjon i perioden 2012–2021. Kilde: FHI/Dødsårsaksregisterets Tabell D7

En studie fra Utah i USA brukte maskinlæring til å predikere mørketall i overdosestatistikken, og fant at i snitt i årene 2012-2015 var selvmord som følge av overdose underestimert med 33 % (Liu et al., 2020). En annen amerikansk studie fant at det var viktig å innhente informasjon om psykiatrisk sykehistorie og selvmordsforsøk når det gjaldt å få klassifisert selvmord ved forgiftning riktig (Rockett et al., 2018). En stor norsk studie fra 90'tallet av pasienter innlagt for rusbehandling viste sterk sammenheng mellom selvmordsforsøk og overdoser (Rossow & Lauritzen, 1999), og viser at å forebygge overdoser kan være viktig selvmordsforebyggende arbeid (og vise versa). En internasjonal kunnskapsoppsummering på feltet konkluderte med at sammenhengen mellom overdoser og selvmord er et underforsket område, og at det særlig er behov for mer kunnskap om dette for dem som ikke bruker de tyngste stoffene (Bohnert et al., 2010). Det kom nylig en artikkel fra USA som undersøkte effekten av å tillate "recreational cannabis markets" (marijuana kan selges lovlig til personer 21 år og eldre) på motorkjøretøysulykker, selvmord og overdoser. Resultatene tilsa at trafikkulykker økte med 10 % i gjennomsnitt i de sju delstatene som var med i studien. De fant ingen effekt på selvmordsratene, mens innføringen av "recreational markets" var assosiert med en gjennomsnittlig reduksjon av opioidoverdoser på 11 % (Marinello & Powell, 2023).



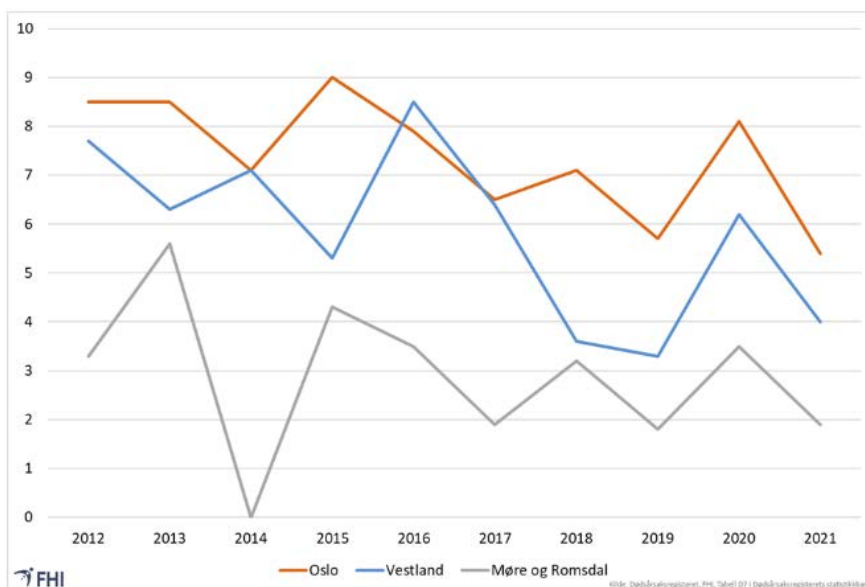
Etter gode resultater fra utdeling av nalakson neseppray mot overdoser som et tiltak i nasjonal overdosestrategi 2014-2017, har det vært en ny nasjonal overdosestrategi i perioden 2019-2022 (Helsedirektoratet, 2019). Arbeidet med nasjonal overdosestrategi skal ses i sammenheng med handlingsplan for selvmordsforebygging. Antall overdosedødsfall vil som regel være størst i de største byene, og i Vestland har blant annet Bergen kommune jobbet systematisk med overdosestrategien, der de samarbeider tett med KORUS Vest og Statsforvalteren i et eget læringsnettverk. Psykisk helse- og rustjenestene i Bergen kommune, inkl. tverrfaglig overdoseteam, sier i intervju med oss at de er oppmerksomme på å drive selvmordsforebyggende arbeid i rusmiljøene, og særlig etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten eller fengsel når toleransen for narkotiske stoffer i kroppen er lav etter avrusning, samtidig som man vet at selvmordsfaren er høyest den første tiden etter utskrivning. Kommunen har også utviklet et eget tilbud til etterlatte etter overdosedødsfall. I handlingsplanen for forebygging av selvmord pekes det på at mange overdosedødsfall virker å ha bakgrunn i en likegyldighet for om man lever eller dør, og at det er behov for at ansatte både i kommune- og spesialisthelsetjeneste snakker med brukerne om eksistensielle utfordringer knyttet til bosituasjon, sosiale forhold og helseplager. Pasienter utskrevet fra rusbehandling i spesialisthelsetjenesten og innsatte som løslates fra fengsel har spesielt stor risiko for å dø i overdoser i tiden etter utskrivning (Helsedirektoratet, 2019). I våre intervju med krimteknisk hos Politiet kom det fram at det fort kan oppstå rykter i rusmiljøet om drap arrangert som selvmord i saker der man har konkludert med forgiftning med intensjon, og at det kan være utfordrende å etterforske disse sakene.

Andel rettsmedisinske undersøkelser vil være av stor betydning for å avdekke mørketall, og som vi så av kartet som viste rettsmedisinske undersøkelser i Norge i perioden 1996-2017, ble det gjort en relativt høy andel obduksjoner på Vestlandet, sammenliknet med andre fylker. Tabellen under viser dødsfall som følge av alkohol- eller narkotikabruk over tid fra år 2000. Noen tall i statistikken er skjult av personvern hensyn, og det blir fort for små tall til å kunne vises på fylkesnivå. Dødsårsaksregisteret opplyser at dette gjelder statistikk basert på færre enn fire dødsfall, statistikk basert på befolkningssegment med færre enn 10 dødsfall totalt og underkategorier i hierarkiet av dødsårsaker hvor antall dødsfall er likt antall dødsfall i nivået over i hierarkiet. I tillegg er ytterligere noen verdier skjult fordi de ellers kunne gjort det mulig å utlede en verdi som er skjult av personvern hensyn, hvor dødsårsak er oppgitt i kombinasjon med andre opplysninger. Totalverdier som vises i tabellen, inkluderer også dødsfall som er utelatt i underkategoriene.

Tabell 2 Dødsfall som skyldes bruk av alkohol og narkotika (inkluderer også legalt forskrevne opioider) i perioden 2000-2021. Kilde: FHI/Dødsårsaksregisteret, D7.

Dødsår	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2021
Dødsårsak												
Total	786	740	746	612	655	663	587	597	625	629	718	612
Narkotikautløste dødsfall iht EMCDDA	380	312	304	251	263	247	250	268	284	290	331	241
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk	346	273	37	22	19	23	32	16	20	25	25	17
Forgiftningsulykker med sentralstimulerende rusmidler	-	-	9	6	9	27	13	16	10	18	29	17
Forgiftningsulykker med narkotika	20	21	240	194	213	172	177	206	210	195	223	174
Selvmord med sentralstimulerende rusmidler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Selvmord med narkotika	14	17	18	29	20	25	27	29	44	49	53	31
Dødsfall som skyldes alkoholbruk	406	428	442	361	392	416	337	329	341	339	387	371
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som følge av alkohol	193	192	170	186	179	210	154	153	137	145	136	136
Skade på nervesystemet som følge av alkohol	5	11	5	8	9	7	5	9	5	4	6	5
Alkoholisk kardiomyopati	8	11	10	4	11	5	4	11	8	4	6	7
Alkoholisk gastritt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alkoholisk leversykdom	186	183	209	109	141	141	130	112	141	130	186	173
Sykdom i bukspyttkjertelen som følge av alkohol	-	4	5	9	10	8	6	7	15	17	11	13
Føtal alkoholsyndrom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre alkoholskader	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Forgiftningsulykker med alkohol	11	23	40	39	35	42	35	34	31	33	40	35
Selvmord med alkohol	-	-	-	4	7	-	-	-	-	-	-	-

Fra Folkehelseinstituttet blir det oppgitt at ni av de 11 fylkene hadde nedgang i overdosedødsfall fra 2020 til 2021. Nedgangen var størst for selvmord med heroin og andre opioider, samt forgiftning med sentralstimulerende rusmidler. De fleste av fylkene var på omtrent samme nivå i 2021 som de var i 2019, og Vestland er blant fylkene som har hatt en fallende trend de siste årene. Nordland hadde en markant nedgang fra 18 til 10 fra 2019 til 2021. Utviklingen er vist i figuren under, hentet fra Folkehelseinstituttets nettsider om narkotikautløste dødsfall (Amundsen, 2021). I handlingsplanen for forebygging av selvmord (tiltak 46) står det at Regjeringen skal vurdere å utvide plikten til å utføre rettsmedisinsk obduksjon ved mistenkt selvmord og rusrelaterte dødsfall, men dette arbeidet var ikke påbegynt ved forrige årsrapportering (Regjeringen, 2022).



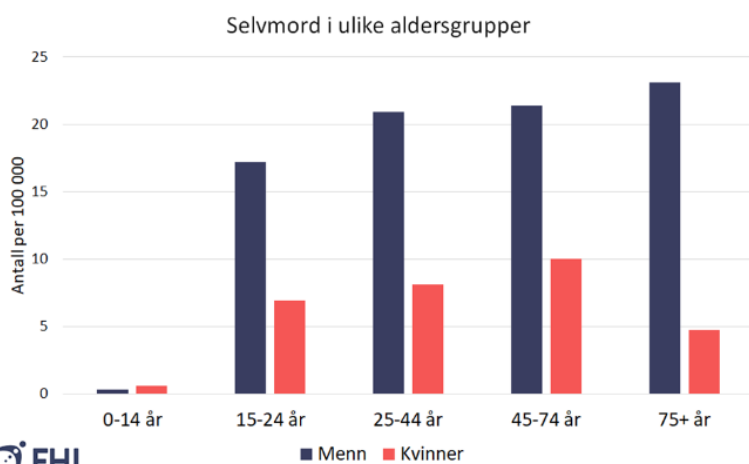
Figur 43 Narkotikautløste dødsfall i perioden 2012-2021. Fylker med reduksjon i trend. Aldersstandardiserte rater per 100 000 innbyggere. Kilde: FHI/Dødsårsaksregisterets Tabell D7.

I et fylkeskommunalt perspektiv er det kanskje særlig rus – og selvmordsforebyggende arbeid i videregående skoler, og i forbindelse med tannhelsetjenester til personer i rusmiljøet som er mest relevant å fokusere på. Bergen kommune har utekontakten egne folk som jobber forebyggende med unge opp til 26 år, og de har egne SLT-koordinatorer (Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak). Hvis det skjer overdosedødsfall blant unge, er psykisk helse- og rustjenestene ute i skolene og informerer. Når det gjelder tannlegetjenester vil pasienter som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i mer enn tre måneder sammenhengende ha rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten. Vestland fylkeskommune kan vurdere om de skal ha en mer aktiv rolle i arbeidet med disse målgruppene f.eks. i læringsnettverket mellom kommunene, KORUS Vest og Statsforvalteren i Vestland.

6.6 Mørketall i dødstallene blant eldre

I kapittel 4.5 presenterte vi statistikk på andel selvmord i ulike aldersgrupper fordelt på fylker, der Vestland fylke ikke skilte seg spesielt ut fra de andre fylkene. På nasjonalt nivå vet vi at median alder for selvmord ligger på ca. 47 år, og at selvmordsraten er høyere for menn enn for kvinner i alle aldersgrupper bortsett fra blant de yngste. Hos de aller eldste er antall per 100 000 betydelig høyere blant menn enn hos kvinner, noe som peker i retning anbefaling om særskilt oppmerksomhet rettet mot eldre menn. Figuren under er hentet fra Folkehelse rapporten hos Folkehelseinstituttet, og viser hvordan antall selvmord per innbygger stiger med alder blant eldre menn, mens den er lavere blant eldre kvinner enn kvinner i alderen 15-74 år (Stene-Larsen, 2022). Gitt at andelen eldre i befolkningen kommer til å stige kraftig de kommende årene er selvmord blant eldre et område som bør få økt oppmerksomhet i selvmordsforebygging. En internasjonal litteraturstudie visste at eldre har høyere gjennomføringsevne av selvmordsforsøk, og at de velger mer dødelige selvmordsmetoder (Zeppego et al., 2018). Både levekårsaspekter som økonomi og boforhold, og utfordringer med psykisk helse, særlig depresjon, blant eldre fortjener mer oppmerksomhet (Beghi et al., 2021; Deuter et al., 2016; Lapierre et al., 2011). Mange eldre har vært i kontakt med fastlegen det siste året før selvmordet, en del eldre mottar hjemmetjenester og andre tjenester fra kommunen, og primærhelsetjenesten er derfor et godt utgangspunkt for å drive målrettet selvmordsforebygging (Raue et al., 2014). En studie fra Australia viste at eldre som har dødd ved selvmord i mindre grad enn de yngre hadde psykiatriske diagnoser, og at det derfor er viktig å også være oppmerksom på andre faktorer enn psykiske lidelser i denne populasjonen (De Leo et al., 2013; De Leo & Giannotti, 2021).

Selvmordsforebygging blant eldre er også noe alle fylkeskommuner bør jobbe systematisk med i folkehelsearbeidet. I handlingsplanen for forebygging av selvmord fremgår det av tiltak 25 at Regjeringen vil stimulere til at flere kommuner gjennomfører forebyggende hjemmebesøk for eldre, blant annet for å kunne avdekke depresjon, andre psykiske plager og rusmiddelrelaterte problemer, og gjennom dette bidra til å redusere risiko for selvmord (Regjeringen, 2020a). Ifølge den siste årsrapporten for status for tiltakene sendte Helsedirektoratet ut et brev i august 2021 til alle landets kommuner, samt statsforvalterne, om viktigheten av å tilby og opprette forebyggende hjemmebesøk som tiltak. Forebyggende hjemmebesøk er også tema på samlinger med statsforvaltere og kommuner som gjennomføres i forbindelse med kvalitetsreformen for eldre, Leve hele livet. Brevet inneholder lenker til eksempler på gjennomføring, samt rundskriv og retningslinje for gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk (Regjeringen, 2022).



Figur 44 Antall selvmord per 100 000 innbyggere for menn og kvinner i ulike aldersgrupper basert på tall fra 2017-2021. Datakilde: FHI/Dødsårsaksregisteret.

Når det gjelder mørketall blant eldre, er det i tiltak 47 i handlingsplanen for selvmordsforebygging sagt at Regjeringen vil vurdere muligheten og behovet for å obdukere flere eldre for å få mer kunnskap om dødsårsak i denne gruppen. Arbeidet var ikke påbegynt i 2022, ifølge den siste årsrapporten for oppfølging av tiltak i handlingsplanen (Regjeringen, 2022). Vi ble gjennom intervju med Bergen kommune gjort oppmerksom på at Bystyret og Byrådet i Bergen har diskutert denne problemstillingen tidligere. Vi har fått tilgang til statusrapporten for oppfølging av Bergen kommunes egen handlingsplan for selvmordsforebygging (2018-2022), der det står følgende (Pedersen, 2021):

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. Kommentar: Byrådet har sendt brev til Helse- og omsorgsdepartementet der vi ber om at kriteriene for obduksjon gjennomgås på nytt, slik at flere eldre med usikker dødsårsak obdukeres. Det er ikke kommet noe svar på brevet, men temaet er med i regjeringens nye Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020 – 2025.

Det er sannsynlig at flere obduksjoner blant eldre personer vil avdekke mørketall i større grad enn i dag. Fra et fylkeskommunalt perspektiv er imidlertid det å støtte opp under kommunenes folkehelsearbeid, herunder forebyggende tiltak som omhandler levekår, sosialt liv og psykiske helse blant eldre, det viktigste man kan gjøre slik vi vurderer det.

6.7 Oppsummering

I kapittel 6 har vi undersøkt nasjonale trender og mørketall for selvmord i Norge generelt og i Vestland spesielt. Vi har diskutert usikkerhet i dødsårsaksstatistikken, sett på utbredelsen av rettsmedisinske undersøkelser og undersøkt trender og mørketall for noen utvalgte områder der det er sannsynlig at mørketallene for selvmord er størst; i trafikkulykkesstatistikken, i drukningsstatistikken, i overdosestatistikken og blant eldre som dør. Vi har referert til nasjonal og internasjonal litteratur på disse områdene, brukt innspill vi har fått gjennom workshop og intervju med ulike aktører som jobber med



selvmordsforebygging og presentert tall fra dødsårsaksregisteret for å si noe om trendene innenfor hvert av områdene.

Vi har ikke funnet noe som tyder på at mørketallene i selvmordsstatistikken for Vestland er høyere enn i andre fylker, tvert imot ser vi at andelen rettsmedisinske undersøkelser tradisjonelt (i alle fall fram til 2017, som var studieperioden i en nasjonal studie) har vært relativt høy på Vestlandet. Bergen kommune må kunne ses på som en foregangskommune både hva gjelder arbeid med den nasjonale overdosestrategien og med handlingsplanen for forebygging av selvmord. Bergen kommune har selv hatt handlingsplan for selvmordsforebygging i flere år, og vi ser at andre kommuner i Vestland (f.eks. Bjørnafjorden) også jobber godt med temaet. Vestland fylkeskommune har ansvaret for mange og lange veistrekkninger, inkludert broer, og det kan være aktuelt å se på hvordan veisikring/brosikring i relasjon til selvmordsforebygging eventuelt kan omtales i transportplanen. Redningsselskapet melder om relativt mange drukninger i Vestland for 2022, og det kan også se ut til at Vestland ligger marginalt høyere enn andre fylker på selvmord ved drukning. Fylkeskommunen kan diskutere og vurdere om de har tiltak rettet mot dette.

Del 3

Effektive forebyggende tiltak lokalt

7 Hva vet vi om hvilke selvmordsforebyggende tiltak som virker?

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra en gjennomgang av forskningslitteratur og offentlig tilgjengelige dokumenter og nettressurser om selvmordsforebyggende tiltak som vi anser som relevante for Vestland fylkeskommune å ha kunnskap om. Vi har brukt innspillene som kom fra workshop med eksperter på selvmord fra Nasjonalt forum for forebygging av selvmord som ledesnor for hvilke tiltak vi velger å presentere. Videre har vi intervjuet blant andre ansatte i VLFK, VIVAT, Statsforvalteren i Vestland og representanter involvert i tiltaket "Livet på timeplanen", der VLFK er involvert, for å få kunnskap om hva som gjøres i Vestland allerede. Nordland fylkeskommune er også intervjuet om sitt systematiske arbeid med selvmordsforebygging over tid. RVTS Vest og KORUS Vest er viktige regionale aktører på feltet, og har gode nettressurser med mye informasjon. Vi tok utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- a) Hvilke regionale og kommunale tiltak har vist seg effektive i selvmordsforebygging?
- b) Gitt virkemidlene og ansvarsområdene til fylkeskommunen; hvilke tiltak bør Vestland fylkeskommune prioritere?

Når det gjelder ulike tiltaksnivå for selvmordsforebygging og fremming av god psykisk helse og livsmestring, har vi tatt utgangspunkt i at Vestland fylkeskommune hovedsakelig er aktuell som forebygger på nivå 1 og 2, og vi omtaler derfor i liten grad direkte individrettet forebygging i denne rapporten.

1. Befolkningsrettet forebygging (**universelle tiltak**)
 - Hele befolkningen eller hele befolkningsgrupper (ikke identifisert forhøyet risiko)
 - Små effekter på hver enkelt, potensielt stor for samfunnet
2. Grupperettet forebygging (**selektive tiltak**)
 - Grupper med kjent forhøyet risiko
 - Kan ha god effekt på gruppen, noe mindre på forekomst i hele samfunnet
3. Individrettet forebygging (**indiserte tiltak**)
 - Individ med høy sykdomsrisiko eller høyt symptomnivå.
 - Kan ha svært god effekt for den enkelte, mindre betydning for folkehelsen

7.1 Oppsummeringer av internasjonal forskningslitteratur

Innledningsvis er det naturlig å beskrive hva de seneste kunnskapsoppsummeringene av internasjonal forskningslitteratur sier om hvilke selvmordsforebyggende tiltak som er effektive for å redusere selvmordstanker, selvmordsforsøk og i ytterste konsekvens selvmord. Mange av tiltakene som er undersøkt i de systematiske kunnskapsoppsummeringene vil være overførbare til Norge og en lokal kontekst her. Av hensyn til rammene i prosjektet har vi ikke gjort en fullstendig systematisk gjennomgang, men vi har søkt tematisk etter "systematic reviews" i flere norske og utenlandske databaser (PubMed, Google Scholar og Cochrane mv.) i hht. søkestrategien i metodebeskrivelsen i kapittel 3.

I forbindelse med utarbeiding av den nasjonale handlingsplanen for forebygging av selvmord gjorde Folkehelseinstituttet (v/blant andre medforfatterne av denne rapporten) tre kunnskapsoppsummeringer om selvmordsforebygging. Den ene var generell og dekket både folkehelse- og tjenesteområdene, de andre to handlet om risikofaktorer, årsaker, mekanismer, tiltak og behandling av hhv. menn og eldre (Regjeringen, 2020b). Oppsummeringene dekker perioden opp til 2018. Her er en punktvis oppsummering av det de fant, utfyllende informasjon og primærreferansene finnes i det refererte vedlegget til handlingsplanen (ibid.):

- Å behandle psykiske lidelser har selvmordsforebyggende effekt, både for farmakologiske og psykologiske tilnærminger. Flere studier fremhever at behandlingsmetoden dialektisk atferdsterapi har god effekt på selvmordsproblematikk hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, mens legemiddelet litium ser ut til å redusere risikoen for selvmord og selvmordsatferd blant pasienter med alvorlig depresjon og bipolar lidelse.
- Å begrense tilgang til metode for selvmord, som sikring av jernbaner, begrense tilgang til skytevåpen, sikre kjente plasser for selvmord og restriktiv alkoholpolitikk har selvmordsforebyggende effekt.
- Kampanjer i media rettet mot den generelle befolkningen kan være forebyggende på flere måter. Mediekampanjer er trolig mest effektive når de er del av en større intervensjon. Effekten er best dokumentert og trolig størst på kunnskaper og holdninger, mens effekten på selvmordsatferd er mer usikker.
- For hjelpetelefoner konkluderer oppsummeringen med at det er usikkert om telefonkontakt/hjelpetelefon har effekt på repetert selvmordsforsøk, selvmord, selvmordsatferd eller selvskade.
- De få effektstudiene som har vært gjort tyder på at tiltak rettet mot arbeidsplassen har effekt. Selvmordsforebygging har potensial til å bli integrert i arbeidsplassers eksisterende arbeid med psykisk helse.
- Depresjon er en viktig risikofaktor hos begge kjønn, mens personlighetsforstyrrelse og alkohol/rusmiddelmisbruk er viktige risikofaktorer hos menn. Samtidig psykisk lidelse og alkohol/rusbrukslidelse økte selvmordsrisikoen ytterligere. Barndomstraumer er også en viktig risikofaktor for selvmord hos menn og spesielt fysiske overgrep og emosjonell utilgjengelighet hos mor i tidlig barndom.
- En rekke sosiale faktorer har større betydning for selvmord hos menn enn for kvinner. Det er blant annet økt risiko for selvmord hos menn som bor i sosialt vanskeligstilte områder. Arbeidsledighet, stressende livshendelser, samt det å ikke være gift, var viktige risikofaktorer for selvmord hos menn. I tillegg ser det ut til at plutselig meningsløp ved samlivsbrudd, karrieretap og tilfeller hvor det ikke oppdages vedvarende depresjoner øker risikoen for selvmord i større grad hos menn enn hos kvinner.
- Kunnskapsoppsummeringen viste også at kreft med dårlig prognose eller fremskredet sykdom var forbundet med en økt selvmordsrisiko spesielt hos eldre menn. Sammenliknet med kvinner er menn i mindre grad i kontakt med helse- og omsorgstjenesten, både generelt og forut for selvmord.

- Eldre menn en høyere selvmordsrisiko og benytter selvmordsmetoder med høyere dødelighet enn eldre kvinner.

Vi har valgt å hovedsakelig fokusere på kunnskapsoppsummeringer fra etter 2018 i litteratursøket som er gjort i forbindelse med denne rapporten. I 2021 kom det blant annet en omfattende kunnskapsoppsummering med mål om å gjennomgå vitenskapelige publikasjoner om skalerbare evidensbaserte selvmordsforebyggingsstrategier i perioden 2005 til 2019 (Mann et al., 2021). De fant mer enn 20 000 artikler, og inkluderte 97 randomisert kontrollerte studier med utfallsmålene suicidal atferd eller selvmordstanker. De inkluderte epidemiologiske studier av det å begrense tilgang til dødelige virkemiddel, pedagogiske tilnærminger til selvmordsforebygging, og effekt av antidepressive medikamenter. Oppsummeringen presenterte følgende resultater: Opplæring av fastleger i depresjonsgjenkjenning og behandling forebygger selvmord. Opplæring av ungdom om depresjon og selvmordsatferd, samt aktiv oppsøking til psykiatriske pasienter etter utskrivning eller ved en selvmordskrise, forebygger selvmordsatferd. Metaanalyser fant at antidepressiva forhindrer selvmordsforsøk, men individuelle randomiserte kontrollerte studier ser ut til å mangle (statistisk) styrke. Ketamin reduserer selvmordstanker på få timer, men er uprøvd for mer langsiktig forebygging av selvmordsatferd. Kognitiv atferdsterapi og dialektisk atferdsterapi forebygger selvmordsatferd. Aktiv screening for selvmordstanker eller adferd er ikke bevist å være bedre enn bare screening for depresjon. Utdanning av portvakter om selvmordsatferd hos ungdom mangler evidens for å være effektive. Ingen randomiserte studier er rapportert for portvakttraining for forebygging av selvmordsatferd hos voksne. Algoritmedrevet elektronisk helsejournalsscreening, internettbasert screening og passiv overvåking av smarttelefoner for å identifisere høyrisikopasienter er understudert. Å begrense tilgang til dødelige virkemidler, inkludert skytevåpen, forhindrer selvmord (Mann et al., 2021). Det kan nevnes at en annen litteraturgjennomgang på feltet ikke kunne påvise effekt av selvmordsforebyggende tiltak utført av fastleger, begrunnet med at mange av studiene som er gjort virker å inneholde skjevheter som kan påvirke konklusjonene (Milner et al., 2017). Det er også gjort en kunnskapsoppsummering av skolebaserte intervensjoner mot angst og depresjon (ikke selvmordsforebygging spesifikt), som stiller seg tvilende til om slike programmer har effekt på elevenes angst- og depresjonsnivåer (Caldwell et al., 2019).

En omfattende systematisk litteraturgjennomgang og metaanalyse som undersøkte effekten av selvmordsforebyggende tiltak, konkluderte med at disse bør implementeres bredt, og at fremtidig forskning og utprøving bør ha fokus på flernivåintervensjoner (flere tiltak som gjøres parallelt og/eller på både innbygger, tjeneste – og samfunnsnivå) siden disse har stort potensial for synergieffekter (Hofstra et al., 2020). Ytterligere en kunnskapsoppsummering som tok for seg effekt av universelle selvmordsforebyggende tiltak i høy-inntekt OECD-land i 100 vitenskapelige studier fant også svært lovende resultater på de fleste områdene. De kategoriserte tiltakene etter tilgjengelighet til helsetjenester (f.eks. selvmordsforebyggende senter), psykisk helse-strategier/handlingsplaner, kommunikasjon (f.eks. medieomtale), intervensjoner på kommunalt nivå (f.eks. i skoler, lavterskeltiltak i kommunen og lokale krisetelefoner), lover og forskrifter (f.eks. våpenlovgivning, alkoholpolitikk, tobakkspolitikk og tilgang til virkemidler som gass, katalysatorer, legemidler mv.), fysiske barrierer (f.eks. brosikring, sikkerhetsnett, blålys og fysiske sperringer på togstasjoner). Særlig tiltak innenfor det de omtaler som fysiske barrierer var svært effektivt, her fant 13/13 studier reduksjon i selvmordsraten. Et annet viktig funn i denne kunnskapsoppsummeringen var at universelle selvmordsforebyggende tiltak virker å være mer effektive for menn enn kvinner (Ishimo et al., 2021). Det finnes også evidens for at digitale selvhjelps-intervensjoner som direkte omhandler selvmordstanker kan være effektive, men de fleste studiene har hittil bare evaluert effekten på kort sikt (Torok et al., 2020).

7.2 Effektive selvmordsforebyggende tiltak lokalt

Norge er et av landene i verden med lengst tradisjon for å drive med selvmordsforebygging, og fikk nasjonale tiltak allerede tidlig på 90-tallet. Den første handlingsplanen mot selvmord virket fra 1994-1998. Midt på 2000-tallet kom Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, og i 2011 kom en veileder om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord. En ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading virket i perioden 2014-2017, før den gjeldende handlingsplanen for forebygging av selvmord kom og skal virke i perioden 2020-2025 (Regjeringen, 2020b). Et viktig grep fra helsemyndighetenes side har vært utviklingen av veiledende materiell for kommunene som kom i 2017 (Helsedirektoratet, 2017). Dette materialet gir kommunene anbefalinger om forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. Det viser til at forebygging av selvskading og selvmord må gjøres på flere samfunnsarenaer samtidig, der oppvekst og skole, arbeidsplass, og kultur- og fritidstilbud er arenaer fylkeskommunen opererer på. Det er også mange kompetansesenter og forskningsmiljø som har i oppgave å veilede kommuner og spesialisthelsetjenester i selvmordsforebygging og psykisk helsearbeid, herunder NSSF, VIVAT, RVTS'ene, RBUP'ene, NAPHA, KORUS'ene, NKVTS, NKROP og SANKS. Vi anbefaler på generelt grunnlag at fylkeskommuner benytter seg av, og inngår aktivt samarbeid med, kompetansesentrene. Det anbefales også at fylkeskommunen utarbeider en egen handlingsplan på selvmordsforebyggingsfeltet, som ses i sammenheng med planene på de ansvarsområdene fylkeskommunen har.

Selv om fylkeskommunen ikke har ansvar for helse- og velferdstjenester ut over tannlegetjenester og fylkeskommunalt PPT, kan det være greit å være opplyst om at som ledd i handlingsplanen for selvmordsforebygging har Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) etablert et kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kartleggingssystemet skal sikre en løpende nasjonal oversikt over alle selvmord under og inntil 12 måneder etter kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Målet er å kunne identifisere behov for forebyggende tiltak på systemnivå, utvikle slike tiltak og på sikt kunne evaluere effekten av disse (NSSF, 2022b). I det følgende ser vi nærmere på noen av de lokale tiltakene som kan være av høy relevans for fylkeskommunen å se nærmere på i utarbeidelsen av sitt reviderte handlingsprogram.

7.2.1 Skolebaserte programmer

Som Helsedirektoratet skriver i sitt veiledende materiell om forebygging av selvmord er skolen et skole et fast kontaktpunkt og en sentral aktør for å fremme barn og unges psykiske helse og trivsel, og til å fange opp elever med vanskelig livssituasjon, endret adferd eller debuterende psykiske helseproblemer. Dette omfatter også selvskading og selvmordsatferd. Helsepsykiatriske tjenester kan ha en sentral rolle for barn som opplever en vanskelig livssituasjon og/eller psykiske problemer, og det er viktig at fylkeskommunen tilrettelegger for at samarbeidet mellom kommuner og fylkeskommunen om helsepsykiatriske tjenester i videregående skole er godt. Utdanningsdirektoratet har utarbeidet en egen side som omhandler forebygging av selvskading og selvmord på sine nettsider (Utdanningsdirektoratet, 2023). Der anbefaler de at skolene jobber tverrfaglig sammen med andre fagfelt og sektorer om disse temaene, og viser til (kostnadsfrie) ressurser skolen kan bruke i det forebyggende arbeidet og i beredskapsarbeidet. En artikkel som gir en fin introduksjon til temaet og en oversikt over risikofaktorer og forebyggende faktorer er (Breux et al., 2017). Det finnes en rekke skolebaserte programmer i Norge med psykisk helse som tema, flere av dem har vært evaluert (Andersen, 2011; Andersson et al., 2010; Gosling-Lewis, 2022), men ikke mange av disse fokuserer eksplisitt på selvmordsproblematikk. Handlingsplanen for selvmordsforebygging (kapittel 2.3) har også informasjon om selvmordsforebygging på skole-, arbeidsplass- og fritidsarenaen (Regjeringen, 2020a). Vi har valgt å trekke fram de to viktigste skolebaserte selvmordsforebyggende programmene som pågår i Norge nå; "Livet på timeplanen" og "YAM". **"Livet på timeplanen"**

RVTS Vest har siden 2011 utviklet og implementert et selvmordsforebyggende program kalt "Livet på timeplanen" (forkortet LtP) som har vært gjennomført ved rundt 100 offentlige og private grunnskoler i Bergen. Programmet tar utgangspunkt i internasjonal forskning (Mann et al., 2005; Scherff et al., 2005). Livet på timeplanen er både en allment tilgjengelig nettressurs (<https://livetpatimeplanen.no/>) og et kompetanseprogram for ansatte som møter elever i skolen (skolepersonell, skolehelsetjeneste og barnevern). Kompetanseprogrammet består av en ressurspersonopplæring (minimum 2 ansatte fra hver skole, i tillegg til helsesykepleier), med 5-dagers RVTS grunnopplæring (teoridel + kurslederopplæring til portnerkurset) og 2-dagers Vivat-kurs. Kursene gir deltakerne grunnleggende innføring i selvmordsforebygging, samt ferdighetstrening i møte med selvmordsnære elever. I tillegg gis Vivats kurs "Førstehjelp ved selvmordsfare" til helsesykepleiere sosialpedagogiske rådgivere og andre som står i en forsterket posisjon til å hjelpe selvmordsnære elever. Kurset skal gi kompetanse på å veilede lærere som står i en situasjon med elever de er bekymret for. Det er også utviklet et eget kurs for selvmordsforebygging i en flerkulturell kontekst, rettet mot skolepersonell og andre som arbeider med målgruppen. Modellens ressursinnsats er oppsummert i figuren under, og viser en relativt omfattende rigg med årlige oppfølgingskurs (dagskurs). Oppfølgingskursene regnes som nødvendige for å holde kompetansen ved like, og for å diskutere konkrete erfaringer med praktisering av kompetansen i skolehverdagen. Programmet gjennomføres i alle skoler i kommunen eller fylkeskommunen, da det er et poeng å danne nettverk mellom skolene slik at man har flere å spille på og dele erfaringer med hvis en skole opplever selvmordsproblematikk.

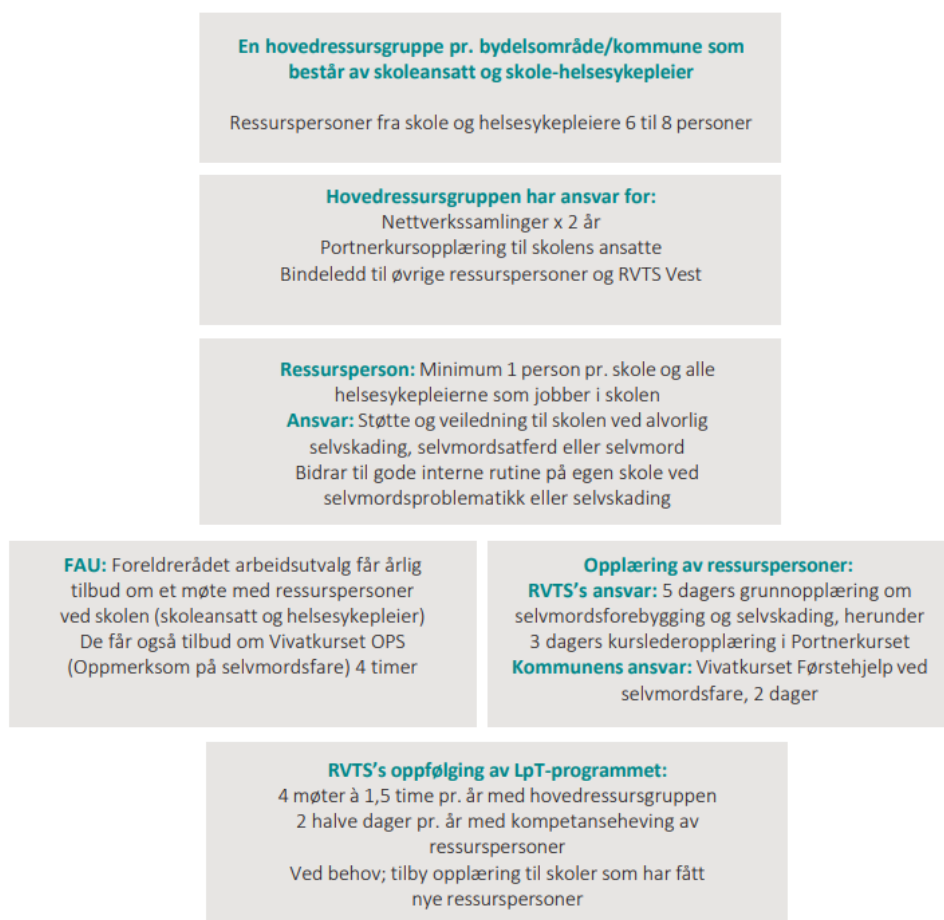
I Handlingsplanen for selvmordsforebygging i Bergen (2018-2022) har Byrådsavdeling for helse og omsorg estimert kostnader (2018-kroner) for deltakelse i "Livet på timeplanen". Dette er av relevans hvis programmet skal breddes ut til flere kommuner i Vestland. Et dagsverk for en helsesykepleier ble estimert til kr 2700 i 2018.- Det var totalt 85 helsesøstre som arbeidet med elever i grunn- eller videregående skoler i Bergen. Disse ville trenge en grunnopplæring på 5 dager pluss 2 dagers Vivat-kurs. Helsesøstre i 20 skoler, 16 barne- og ungdomsskoler og 4 videregående, hadde allerede gjennomført opplæringen i 2018, og en del av helsesøstrene i de gjenværende skolene hadde allerede kompetansen inne og trenger ikke kursens ytterligere. Det var på tidspunktet handlingsplanen ble laget totalt 117 skoler som var aktuelle i programmet. Kostnadene for opplæring av helsesøstrene kunne estimeres til 1.4 millioner fordelt over 4 år (2019 – 2022), ca. 350.000.- pr år (Bergen_kommune, 2018).

Milde og Norevik (2017) har evaluert pilotprosjektet i en tidlig fase og skriver at det er viktig at selvmordsforebyggende tiltak i skolen tar hensyn til gruppeprosesser i ungdomsmiljøer og sosiale risikofaktorer i samspill med individavhengige risikofaktorer, og at skolen som felles arena for barn og unge har en unik mulighet til å avdekke og iverksette tiltak. Effekten av tiltakene vil imidlertid være avhengig av kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging (Milde & Norevik, 2017). Artikkelen presenterer resultater fra tre fokusgruppeintervju med deltakere på et kurs der ansatte med ulik fagbakgrunn ved 22 kommunale grunnskoler i Fana og Ytrebygda bydel (ca. 6300 elever) ble kurset i gatekeeper-modellen (oversatt til portvakt på norsk) av fagpersoner i RVTS Vest i 2012-2013. Modellen går ut på at personer i et nærmiljø som har ansikt-til-ansikt-kontakt med en større del av befolkningen i nærmiljøet, og hvor kontakten er rutinebasert (som for lærere i skolen), trenes til å kunne identifisere personer i risiko for selvmord og selvskadning og til å henvise til eksisterende helsehjelp. Funnene fra intervjuene tydet på at deltagerne fikk en opplevelse av å ha tilegnet seg økt kunnskap og ferdigheter i å håndtere elever med selvmordsproblematikk, men de etterlyste mer repetisjon og øvelser. Det var også etterspørsel etter kompetanse-heving for skolepersonell som er i daglig kontakt med elevene. Artikkelen anbefalte en bredere implementering av "Livet på timeplanen", og det pågår for tiden en evaluering av programmet i regi av forskere fra RKBV Vest/NORCE, der det vil publiseres resultater på sikt. I senere tid har de mindre kommunene Askvoll og Fjaler også gjennomført "Livet på timeplanen", og har også deltatt i den pågående evalueringen.

Vi har intervjuet personer som har vært involvert i implementeringen av "Livet på timeplanen" som anerkjenner at det er et omfattende kurs, der flere rektorer har vurdert det til å være for ressurskrevende for skolen å delta på. De som har jobbet med implementeringen løfter fram gode tilbakemeldinger i evalueringene fra kursdeltakerne. De forteller om skolepersonell som har hørt "jungeltelegrafene", og som tar kontakt og ønsker at deres skole skal omfattes av programmet. Andre informanter vektlegger knappe tidsressurser i de videregående skolene, og ønsker et program som i større grad tar hensyn til dette. Gitt de store ressursene som har vært lagt ned i Bergen kommune på å implementere programmet over mange år, er det viktig at man får gjennomført en god effektevaluering av tilbudet som kan konkludere med om dette er noe som reduserer selvmordsforsøk og selvmord blant elever i en norsk skolekontekst, og som eventuelt bør breddes ut i resten av fylket og landet.

Det kan være verdt å ta med seg funnene i en fersk litteraturoppsummering på skolebaserte intervensjoner som anbefaler at forskere i større grad involverer både ungdommene selv og skolepersonell i utforming av de skolebaserte intervensjonene (Walsh et al., 2022). En annen kunnskapsoppsummering presiserer at man i større grad må evaluere selvmord som et utfallsmål, undersøke større systemiske intervensjoner og betydningen av kontekst for hvordan de virker, gjøre flere multisenterstudier og at vi trenger flere undersøkelser blant sårbare grupper som LHBTIQ og unge (Breet et al., 2021).

Modell Livet på timeplanen (LpT)



Figur 45 Oversikt over ressursinnsatsen i "Livet på timeplanen", figuren et utviklet av RVTS Vest.

YAM – Youth Aware of Mental Health

I handlingsplanen for selvmordsforebygging (Boks 3, s. 17) er undervisningsprogrammet YAM løftet fram som et evidensbasert (Wasserman et al., 2021; Wasserman et al., 2015) og anbefalt skoleprogram rettet mot elever i ungdomsskolen og videregående skole (Regjeringen, 2020a). Dette er et helsefremmende og forebyggende undervisningsprogram der man forener kognitiv, følelsesmessig og erfaringsbasert innlæring for å fremme psykisk helse og forebygge suicidale handlinger, depresjon og dårlig psykisk allmentilstand. Det utvikles ferdigheter hos elevene til å møte livets vanskeligheter. Hovedmålgruppen er skoleelever i alderen 14–16 år, men programmet har vært kjørt på videregående skoler i Nordland og Rogaland, som er fylkene som har kommet først i gang. Rogaland fylkeskommune skriver i sin handlingsplan for å fremme psykisk helse og selvmord (2021-2028) at de ønsker å støtte opp om programmet dersom kommunene selv ser et behov for å innføre det i sine skoler. Kommunene kan søke om regionale utviklingsmidler (RUM) for å få støtte til implementering av tiltaket (Rogaland_fylkeskommune, 2021).

YAM gjennomføres i klassen over fem timer (2+2+1) i løpet av tre uker. Undervisningen er interaktiv med elevmedvirkning, forelesninger, rollespill, skriftlig materiell og diskusjoner, og holdes av sertifiserte instruktører. En av fordelene som løftes fram av Mental Helse i intervju med oss, er at instruktørene kommer utenfra (dvs. de er ikke selv ansatt på den skolen de skal holde programmet ved, og kjenner ikke elevene fra før), og at elevene dermed føler seg friere til å dele tanker og følelser når de vet at dette ikke er personer de skal møte i det daglige etterpå. Det er et krav at instruktører skal ha helsefaglig utdanning eller ha jobbet med ungdommer. I Nordland fylkeskommune har man satsset på å utdanne helsesykepleiere til å bli instruktører.

På nettsiden til YAM hos Mental Helse står det at en av årsakene til YAMs effektivitet er at bevissthetstrening hjelper ungdommer til å komme forbi fordommer om at det er skamfullt og stigmatiserende å snakke om psykiske problemer, sykdommer og selvmord — og at man i programmet trener deres evne til å sette ord på følelser og snakke åpent om sine problemer med hverandre og å søke hjelp. I Norge er det Mental Helse som har ansvar for å implementere programmet og utdanne instruktører (Mental_Helse, 2022), og det er utviklet en egen informasjonsbrosjyre til aktører som er interessert i å implementere YAM³. Det er også i gang en evaluering av implementeringen av YAM i Rogaland som gjennomføres av Universitetet i Stavanger.

Vi har intervjuet både Mental Helse, eksperter i selvmordsforebygging på nasjonalt nivå og en av ildsjelene i Nordland fylkeskommune som jobber med implementering av YAM der. Alle disse aktørene er enige om at YAM er et program som bør breddes ut i hele Norge. Vi kan anbefale Vestland fylkeskommune å vurdere implementering av YAM i sitt handlingsprogram for folkehelse. Både Mental Helse og Nordland fylkeskommune kan dele erfaringer om kostander knyttet til en slik implementering. Det heller ikke slik at noen av aktørene vi har intervjuet vil se YAM som en konkurrent til implementeringen av "Livet på timeplanen", da YAM retter seg direkte til elevene og det kreves lite ressurser for skolen å gjennomføre. Man kan heller tenke seg at å gjennomføre både YAM og "Livet på timeplanen" vil gi synergieffekter, men dette må eventuelt evalueres på sikt.

Gitt at YAM-programmet har såpass bred støtte i fagmiljøene, og har høstet gode skussmål ute i skolene i Rogaland og Nordland, kan man anbefale at sentrale myndigheter (f.eks. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet) vurderer om det bør finnes en statlig tilskuddsordning som kan støtte opp om en landsdekkende implementering. En kan også tenke seg at en slik tilskuddsordning hadde samarbeid på regionalt nivå som et tildelingskriterium, slik at man tilrettelegger for systematisk interregionalt samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner, Statsforvalteren, RVTS mv. på selvmordsforebyggingsfeltet. Det er

³<https://mentalhelse.no/attachments/9ab1bb0ecbf43ef03292e30c254841f623d30ea4/849-20200122142251308261.pdf>

også viktig at en eventuell oppskalering av implementeringen gjøres en forskningsbasert evaluering av, slik at vi får kunnskap om et slikt program i en norsk setting påvirker selvmordsforsøks- og selvmordstallene hos elever som deltar i programmet. Det bør også forskes på hvilke behov for oppfølging fra skole og ev. helsesykepleier og foreldre som oppstår etter at barn og unge har deltatt på kurset. Flere av informantene vi intervjuet stilte spørsmålsteget ved at det ikke skulle være kjente voksne (lærer el. helsesykepleier) til stede i klasserommet under kurset som kunne følge opp elevene i ettertid.

7.2.2 Vivat selvmordsforebygging

Vivat Selvmordsforebygging (Vivat) ble opprettet i 1998, er finansiert av Helsedirektoratet og en del av Universitetssykehuset Nord Norge, psykisk helse og rus-klinikken. Vivat ledes fra Tromsø og har veiledere tilknyttet alle helseregionene. De har om lag 180 aktive kursledere for Førstehjelp ved selvmordsfare, 80 kursledere for OPS! og 8 kursledere for Respons. Vivat samarbeider med flere andre selvmordsforebyggende miljøer. Vi vet at Bergen kommune er blant de mest aktive kommunene i landet når det gjelder å utdanne egne kursledere. I følge Vivats nettsider (Vivat, 2023) har de hatt hatt flere enn 55 000 deltakere på sine kurs. Bortsett fra Vivat sin undervisningsfilm Spørre Om Selvmord, SOS, er alle kursene Vivat leverer utviklet av LivingWorks⁴ i Canada. De originale navnene på kursene Førstehjelp ved selvmordsfare og Oppmerksom på selvmordstanker er henholdsvis Applied Suicied Intervention Skills Training (ASIST) og safeTALK. Vivat forvalter og tilpasser kursene til norske forhold. Kursene har gjennomgått flere revideringer som sikrer at de til enhver tid gjenspeiler beste kliniske praksis og forskning nasjonalt og internasjonalt (Møller et al., 2019). Vivat ble evaluert i 2019, der evaluator fant Vivats organisering og Vivats kurs-innretning, innhold i og tilgjengelighet av disse, var hensiktsmessige, og at kursenes måloppnåelse var tilfredsstillende (BDO, 2019).

I intervju med Vivat går det fram at de har en økende etterspørsel etter kursene sine, og både skolepersonell, Politiet, Kriminalomsorgen, NAV og flere fylkeskommuner (blant annet Vestfold/Telemark) er blant aktørene som er kurset i det siste. Det nyeste kurset, Respons, er et kurs som kjøres digitalt på Zoom el.l., noe som har vært etterspurt. Hittil har kursledere og kursdeltakere hovedsakelig kommet fra offentlig sektor, men Vivat forventer at privat næringsliv også kan bli en viktig målgruppe framover.



Figur 46 Illustrasjon av de ulike kursene Vivat tilbyr, skjermdump fra Vivat sin nettside.

I tillegg til erfaringene med innføring av YAM, har Nordland fylkeskommune hatt et nært samarbeid med Vivat selvmordsforebygging over flere år om utdanning av egne kursledere i fylket. De kurset blant annet

⁴ <https://www.livingworks.net/>

alle ansatte ved alle de videregående skolene i Nordland i skoleåret 2016/2017, og har som mål å oppfriske kursene hvert femte år. I tillegg har hele Fylkestinget i Nordland tatt Vivat-kurs, noe som har fått gode tilbakemeldinger og sørget for god forankring av det selvmordsforebyggende arbeidet i Nordland. I evalueringen fra PwC vurderes det at den omfattende kursingen har ført til økt kunnskap om selvmord og selvmordsforebygging blant ansatte i videregående skole i Nordland. Det vektlegges at kursdeltagere har hatt et positivt skifte i holdninger rundt selvmordsfare, og at kursdeltakere har tilegnet seg økt kunnskap om hva man skal gjøre i en situasjon med selvmordsfare. Kursdeltakerne som har evaluert kursene indikerte at de har tatt i bruk kompetansen i konkrete situasjoner med selvmordsfare, både i møte med elever på skolen, men også i møte med andre personer (Pwc, 2019).

I Vestland har man allerede flere sertifiserte Vivat-kursledere, blant annet i forbindelse med "Livet på timeplanen", men også enhet for psykisk helse og rus i Bergen kommune tilbyr Vivat-kurs med jevne mellomrom til siden ansatte. Dette er et godt utgangspunkt for å la flere ansatte i både fylkeskommune, statsforvalteren og kommunene delta på kurs. Vi anbefaler VLFK å gjennomføre møter med Nordland og Rogaland fylkeskommune i forbindelse med arbeidet med revidert handlingsprogram for folkehelse, for å utveksle erfaringer om bruk av Vivat både i skoler og blant ansatte i fylkeskommunen. Fylkeskommunen har også lokalt næringsliv som et ansvarsområde, og dette perspektivet kan også inkluderes her.

7.2.3 Kulturbaserte tilnærminger - erfaringer fra Nordland fylkeskommune

Fylkeskommunene har også ansvar knyttet til kulturfeltet. Som beskrevet innledningsvis i denne rapporten (kapittel 1.4) fanget vi tidlig i prosjektet opp at Nordland fylkeskommune har vært et av foregangsfylkene når det kommer til selvmordsforebygging (NAPHA, 2020), og vi gjennomførte intervju med dem i november 2022 om deres erfaringer med hva en fylkeskommune kan gjøre på feltet. Et av satsningsområdene innenfor deres forebyggende arbeid med psykisk helse og selvmord har vært Den Kulturelle Skolesekken (DKS), og forestillingene "Glemsel" og "Si fra" var blant tilbudene som ble evaluert da PwC gjorde en evaluering av Nordland fylkeskommune sin handlingsplan for selvmordsforebygging i perioden 2015-2020 (Pwc, 2019). PwC konkluderer med at det er vanskelig å si at de kulturbaserte tiltakene i Nordland fylkeskommune har ført til at fylkeskommunen er nærmere sin visjon om at ingen skal ta sitt eget liv. Likevel anser de at kulturelle tiltak kan bidra til forebygging av selvmord gjennom å være universelle tiltak som favner store deler av befolkningen generelt ved å skape arenaer og møteplasser som setter til økt fokus og åpenhet om temaet psykisk helse. Kanskje kan det også bidra til at flere ungdom søker råd og psykisk helsehjelp. Det vurderes videre at fylkeskommunen har vist gjennomtenkt varsomhet ved bruk av kulturelle tiltak i arbeidet med å forebygge selvmord, blant annet ved å inkludere helsesykepleier i forestillingene på skolene.

Den kulturelle spaserstokken er et samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunene, og skal sørge for tilbud av gode og positive kunst- og kulturprosjekter for eldre lokalt, innenfor et mangfold av sjangre og uttrykk. Ordningen skal bidra til et økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren i kommunene, og midlene skal benyttes til å formidle kunst og kulturopplevelser av høy kvalitet på ulike arenaer både i og utenfor helseinstitusjoner, der de eldre befinner seg i dagliglivet. Selv om vi ikke har funnet konkrete eksempler på at Den Kulturelle Spaserstokken er brukt i selvmordsforebyggende henseende, antar vi at denne ordningen, som tilbyr kulturopplevelser ved sykehjem og omsorgsboliger, kan gi samme type opplevelser som DKS blant elevene. Her har f.eks. Bergen kommune et tilbud fordelt på to kategorier (Bergen_kommune, 2022):

- **Breddetilbud:** Dette tilbudet omfatter opptredener som alle eller de fleste på mottakerstedet kan ha glede av, uavhengig av mental/fysisk tilstand. I denne kategorien inngår konserter og allsangtilbud, teaterforestillinger, foredrag og filmvisninger. Arrangementene er åpne for alle på mottakerstedet, både beboere og pårørende, og har normalt en varighet på 30-45 minutter.

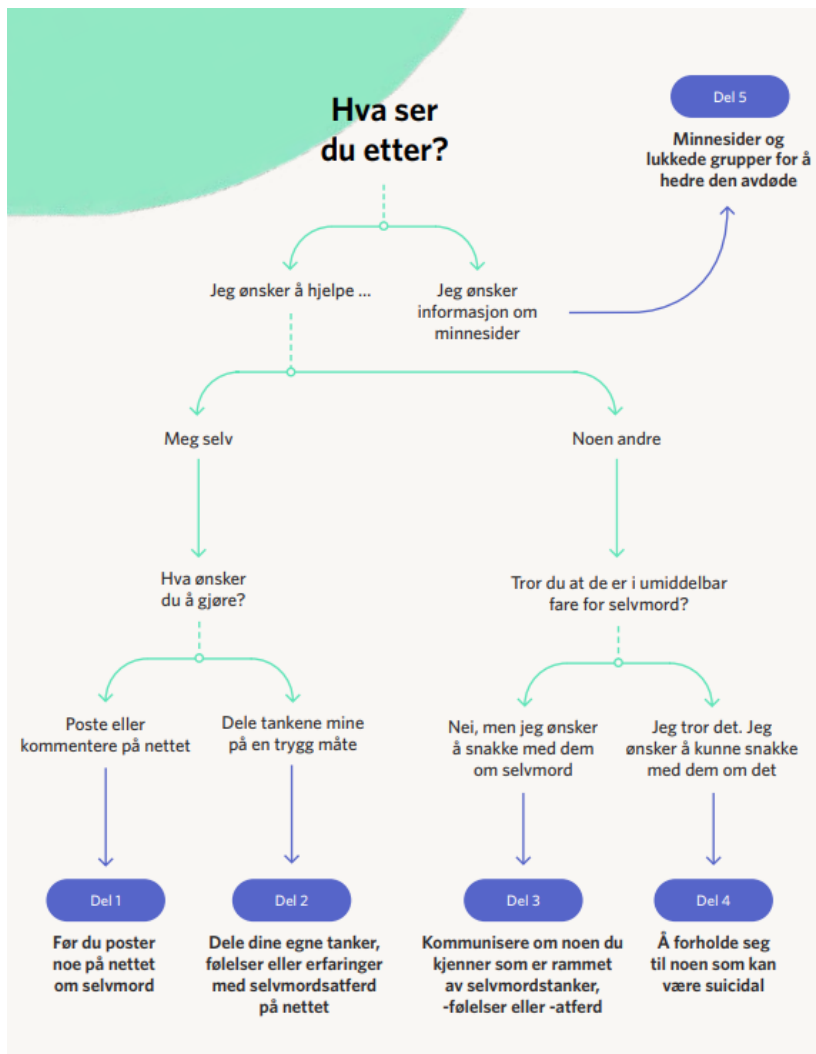
- Nært tilbud: Dette er arrangement som henvender seg til en mindre gruppe publikummere. På disse arrangementene kommer deltakerne i nærmere kontakt og dialog med kunstnerne og/eller formidlerne. Eksempler på arrangementer i denne kategorien er male- og skrivekurs og litteratursamtaler. Enkelte tilbud strekker seg også over flere besøk.

Det finnes en relativt fersk systematisk oppsummering av internasjonal forskningslitteratur som tar for seg kunst-baserte intervensjoner som adresserer selvmordsproblematikk i Australia, Canada, UK og USA (inkl. film, TV, teater, quilting og "mixed arts"). Studien konkluderer med at faktorer som påvirker selvmordsrisiko og overlevelse effektivt kan adresseres gjennom kunstbaserte intervensjoner, men at man trenger flere og bedre studier for å kunne anbefale at implementeringen oppskaleres (Sonke et al., 2021). Mot slutten av 2022 leverte CultureForHealth, et europeisk prosjekt støttet av EU-kommisjonen, en rapport som viser hvordan kunst og kultur har betydning for både helse hos enkeltpersoner og lokalsamfunn. Rapporten inneholder flere konkrete forslag til hvordan kunstintervensjoner kan brukes til å bedre helse, og kan være en fin inspirasjonskilde for fylkeskommunale tilnærminger til kultur og folkehelse (CultureForHealth, 2022).

7.2.4 #Chatsafe

#Chatsafe er en veileder med retningslinjer som Vestland fylkeskommune kan vurdere å inkludere i handlingsprogrammet og spre informasjon om på sine arenaer der de møter ungdom og lærere (skoler, venterom på tannlegekontor mv.). Veiledningen er rettet både mot ungdom og lærere, og inneholder verktøy og tips om hvordan unge kommuniserer trygt om selvmord på nettet, og hvordan lærere kan bistå til sikker kommunikasjon om selvmord på nettet. #Chatsafe er utviklet av det australske forskningscenteret Orygen med støtte fra den australske regjeringen. I Norge anbefaler NSSF retningslinjene og det finnes egne brosjyrer rettet mot hhv. elever og lærere (NSSF, 2020b). Veilederen består av fem ulike deler:

1. Før du poster noe om selvmord på nettet;
2. Dele dine egne tanker eller følelser om eller erfaringer med selvmordsatferd på nettet;
3. Kommuniser om noen du kjenner som er rammet av selvmordstanker, -følelser eller -atferd;
4. Å forholde seg til en som kan være suicidal;
5. Minnesider samt lukkede grupper for å hedre den avdøde.



Figur 47 Illustrasjon av de ulike delene i #Chatsafe hentet fra brosjyre.

Fra tidligere har Bergen kommune ledet et innovasjonsprosjekt om ungdom og sosiale medier fra 2019 til 2022, som del av programmet for folkehelsearbeid i kommunene. Målet var å utvikle nye tiltak som inkluderer sosiale medier i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i videregående skole, og har vært et samarbeid mellom Vestland fylkeskommune, Folkehelseinstituttet og Høgskolen på Vestlandet. Prosjektet hadde følgende kjernesporsmål:

- Hvordan kan sosiale medier være en arena der ungdom, skolene og kommunen sammen skaper et mest mulig helsefremmende miljø?
- Hvordan kan skolene jobbe aktivt med sosiale medier som en del av læringsmiljøet?
- Hvordan engasjere ungdom til å påvirke sitt eget nærmiljø på sosiale medier?

Resultater fra forskningsprosjektet viser at det ikke er et enkelt svar på om sosiale medier skader barn og unges psykiske helse eller ikke. Forskerne diskuterer at effekten av sosial mediebruk sannsynligvis er avhengig av hvordan sosiale medier brukes (for eksempel aktiv og passiv bruk, hvem man samhandler med), hvorfor de brukes (avhengighet, FoMo), og hvem som bruker dem (for eksempel kjønnsforskjeller, aldersforskjeller). Heller enn en spesifikk mengde sosial mediebruk tror forskerne at det er sannsynlig at spesifikke atferder eller motiver knyttet til sosial mediebruk har betydning for psykisk helse og trivsel, og forskningen må endre fokus fra mengde sosial mediebruk til type sosial mediebruk, samt motiver og opplevelser på sosiale medier (Keles et al., 2020; Skogen & Hjetland, 2022).

7.2.5 iFightDepression

Hos NSSF finner man informasjon og kurs i selvhjelpsverktøyet iFightDepression, og teksten i dette delkapitlet har vi hentet fra NSSF sine nettsider. Nettstedet [iFightDepression.com/no/](https://ifightdepression.com/no/) har bred og oppdatert informasjon om depresjon og muligheter for hjelp, inkludert et selvhjelpsverktøy for personer med depresjonssymptomer. Nettstedet retter seg mot menn og kvinner som er rammet av depresjon, og deres familie og venner. Nettsiden har også målrettet informasjon til grupper i lokalsamfunnet; lærere, politi, tros- og livssynssamfunn og helsepersonell som alle bidrar til å sikre hjelp og behandling for personer med depresjon. iFightDepression-verktøyet er et gratis nettbasert selvhjelpsverktøy for personer med depresjonssymptomer. Det består av workshoper som fokuserer på å øke daglig aktivitet, gjenkjenne og utfordre negative tankemønstre, følge med på humøret, få en god søvnrutine og en sunn livsstil.

iFightDepression er et veiledet verktøy. Dette betyr at brukere får tilgang til det av fastlege, psykolog eller annet helsepersonell som har fått opplæring i bruken av verktøyet. Brukere får veiledning og støtte av sin veileder mens de gjennomfører programmet. Helsepersonell kan bli veiledere og invitere brukere til selvhjelpsverktøyet iFightDepression ved å gjennomføre et e-læringskurs. Det tar ca. 2 timer å gjennomføre opplæringen og det er godkjent som tellende kurs for leger (allmenntilleggsmedisin) og psykologer. Det kan f.eks. være aktuelt at helsesykepleiere eller i psykologer i videregående skole tar kurset, og kan tilby det til elever i videregående skoler. Også dette programmet kan Vestland fylkeskommune vurdere å omtale i sitt handlingsprogram for folkehelse.



FOR ALLE	FOR UNGDOM	FAMILIE OG VENNER	Lokale nøkkelpersoner	HELSEPERSONELL
Hva er depresjon?	Hvorfor trenger ungdom om depresjon?	Jeg er bekymret for noen...	LOKALE NØKKELPERSONER	Depresjon
Om depresjon	Hva er depresjon?	Skaff deg informasjon	Media	Selvmordsfare
Symptomer	Hvorfor blir noen ungdom deprimerte?	Å kjenne til tegnene	Lærere	Online veileder-opplæring for iFightDepression
Diagnostikk av depresjon	Hva er normale reaksjoner på depresjon?	Depresjon er en lidelse som kan behandles	Frivillige organisasjoner/livssynssamfunn	Veiledermanual for iFightDepression
Typer av depresjon	Depresjon er en lidelse som behandles	Få den beste behandlingen	Politi	
Hjernefunksjon ved depresjon	Hva bør jeg vite om selvhjelpsverktøyet?	Hva kan jeg gjøre?		
Betydning for folkehelse		Pass på din egen psykiske helse		
Årsaker				
Behandling av depresjon				
Psykologisk behandling				
Behandling med antidepressiva				
Sosiale intervensjoner				

Figur 48 Skjermdump fra nettstedet <https://ifightdepression.com/no/> med oversikt over målgrupper for tiltaket.

7.2.6 Folkeopplysningskampanjer

Et av tiltakene i handlingsplanen for forebygging av selvmord er at det skal gjennomføres regionale folkeopplysningskampanjer med nasjonal overbygging. Det er evidens for at denne typen kampanjer kan ha selvmordsforebyggende effekt hvis de utvikles med omhu og i samarbeid med fagpersoner (Pirkis et al., 2019). Før handlingsplanen kom var det allerede tatt initiativ til et pilotprosjekt kalt "Folkeopplysning mot selvmord" i Østfold der NSSF, RVTS Øst, Mental Helse, LEVE, Røde Kors, Sykehuset i Østfold og fem kommuner samarbeidet (NSSF, 2022a). Høsten 2021 ble kampanjen "Snakk om selvmordstanker – det kan redde liv" rullet ut i hele Østfold-regionen. Kampanjekonseptet var inspirert av kampanjen "Snakk om sjølv mord. Det kan redde liv." utviklet av Helse Vest i 2019 og i 2020/2021 (Helse_Vest, 2021). Kampanjene er utformet i nært samarbeid mellom nasjonale og lokale myndigheter, kompetansmiljø og bruker- og pårørende- og etterlattorganisasjoner. Høsten 2022 ble kampanjen kjørt i Midt-Norge (ledet av RVTS Midt). Våren 2023 skal kampanjen gå på nytt i region Vest, før den skal videre til region Nord og Øst. Vestland fylkeskommune anbefales å samrå seg med RVTS Vest for å vurdere om de kan ta en aktiv rolle i spredningen av kampanjen.

Kampanjen har spesielt fokus på menn, ettersom omtrent 70 % av de som tar sitt eget liv er menn. Kampanjebudskapene ble formidlet via sosiale medier, annonser og nyhets saker i lokale nettaviser (se bilde fra kampanjen under, hentet fra NSSF sin nettside). NSSF leder en evaluering av folkeopplysningskampanjene, der det etter hvert vil publiseres vitenskapelige publikasjoner om hvilken effekt kampanjene har hatt i befolkningen.



7.2.7 Nærings- og samfunnsutvikling - arbeidsmarked og arbeidsplassintervensjoner

Som vi skrev om i kapittel 1 er nærings- og samfunnsutvikling et viktig ansvarsområde for fylkeskommunene, og her kan man tenke seg at det både er potensiale for å gjennomføre selvmordsforebyggende intervensjoner, men også at strategisk jobbing med kompetansebygging av arbeidsstokken (for å hindre nedbemanninger og arbeidsledighet), og ikke minst inkludering av vanskeligstilte grupper som står utenfor arbeidsstyrken, kan virke selvmordsforebyggende i samfunnet. Her kan man ta ulike perspektiver – både på fylkeskommunen som en stor arbeidsplass med forebyggingspotensial i seg selv, og arbeidslivet i stort i Vestland. Tall fra KS (se tabell) viser at Vestland fylkeskommune hadde nær 6000 ansatte i 2021. I Nordland fylkeskommune har de som nevnt valgt å tilby en stor andel av sine ansatte i fylkeskommunen Vivat-kurs, som et selvmordsforebyggende tiltak både for de ansatte i fylkeskommunen som sådan, men ikke minst for å styrke kompetansen til å snakke om selvmord ved behov hos brukerne av fylkeskommunens tjenester (f.eks. elever i videregående skole). Det finnes flere studier som peker i retning av at evidens-basert opplæring og trening er nødvendig for at en organisasjon skal reagere på en god måte når ansatte står i en krise (Pearce et al., 2021).

Tabell 3 Oversikt over antall stillinger i fylkeskommunen i 2021 fordelt på sektor, fylke. Kilde: KS

FYLKESKOMMUNER
 Antall stillinger per fylkeskommune fordelt på sektor
 Tall pr. 1.12.2021.

Fylkeskommune	Innbyggere	Stillinger totalt	Administrasjon	Undervisning	Barnehager	Helse pleie omsorg	Samferdsel og teknikk	Annet	Ikke oppgitt
ROGALAND	483.539	4.529	142	3.596	.	365	333	93	.
MØRE OG ROMSDAL	265.647	2.628	128	2.007	.	192	222	79	.
NORDLAND	240.559	3.128	157	2.350	.	310	194	117	.
VIKEN	1255929	10.754	510	8.779	.	634	539	292	.
INNLANDET	370.905	3.993	219	3.052	.	307	298	117	.
VESTFOLD OG TELEMARK	422.317	3.994	238	3.067	.	285	296	108	.
AGDER	309.198	2.980	147	2.337	.	217	202	77	.
VESTLAND	639.520	5.849	316	4.284	.	520	535	194	.
TRØNDELAG	471.882	4.483	221	3.508	.	395	274	85	.
TROMS OG FINNMARK	242.280	3.353	230	2.268	.	416	225	214	.

Kilde: KS/PAI

Ifølge tall fra NHO har den økonomiske veksten i Vestland ligget høyere enn snittet for hele landet i perioden 2008-2020, og antallet lønnstakere er høyt. Vestland hadde 327 337 lønnstakere i 2022, mens Rogaland hadde 261 387 og Møre og Romsdal hadde 132 950. Det er størst behov for kompetanse i håndverksfag, dernest ingeniører og tekniske fag, samt samfunnsfag, juridiske, økonomi og administrative fag. Antall konkurser i Vestland har hatt en nedadgående trend siden 2016 (NHO, 2023), og arbeidsledigheten har vært svært lav de siste årene. Når de økonomiske konjunktorene endres kan det være hensiktsmessig at fylkeskommunen er klar på hva deres rolle kan være når det gjelder å møte nedbemanninger, jobbusikkerhet og økende arbeidsledighet, som vi vet kan øke selvmordsratene i et område (Blomqvist et al., 2022; Mathieu et al., 2022). Det finnes god evidens for at en aktiv arbeidsmarkedspolitikk med gode tiltak rettet mot de som er rammet har effekt på selvmordsratene (Shand et al., 2022). En studie fra Sverige viste nylig at personer med gjeldsproblemer har mer enn dobbelt så høy risiko for å ta sitt eget liv, sammenliknet med normalbefolkningen (Rojas, 2022). Forskere i SINTEF har også gjennomført en undersøkelse blant fastleger som viste at mer enn én av ti pasienter hadde gjeldsbekymringer som førte til helseproblemer, eller hadde helseplager som påvirket økonomien, og at fastlegen kan spille en rolle i å snakke om gjeldsproblematiske med pasientene og få henvist dem videre til gjeldsrådgivning (Ose et al., 2020).

Det er publisert mange studier om selvmordsforebyggende aktiviteter på arbeidsplasser, men få av disse aktivitetene er blitt evaluert. De få effektstudiene som har vært gjort tyder på at tiltak rettet mot arbeidsplassen har effekt. Selvmordsforebygging har potensial til å bli integrert i arbeidsplassers eksisterende arbeid med psykisk helse (Milner et al., 2015), og for eksempel vet vi at mobbing på arbeidsplassen er noe som øker selvmordsrisikoen hos den som er rammet, med en særlig negativ effekt for menn (Conway et al., 2022). Videre er det gjort samfunnsøkonomiske studier i Australia og av hva man potensielt kan spare ved å innføre vellykkede selvmordsforebyggende tiltak på arbeidsplasser. Forskerne fant at for hver dollar man investert, fikk man mellom 1,5-3 dollar igjen (Doran et al., 2016; Kinchin & Doran, 2017).

For Vestland fylkeskommune kan det kanskje være nyttig å se folkehelsearbeidet enda mer i sammenheng med den delen av ansvaret som handler om nærings- og samfunnsutvikling. Bedre helse er dessuten et av målene i "European Green Deal" – og faller således inn under bærekraftsmålene til VLFK og arbeidet med klimarelaterte spørsmål.

7.2.8 Vestlands rolle i arbeidet med Nasjonal overdosestrategi

Under kapitlet om mørketall i overdosestatistikken skrev vi om hvordan særlig Bergen kommune i Vestland har tatt en aktiv rolle i arbeidet med Nasjonal overdosestrategi, og at de har en egen handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall (Bergen_kommune, 2021). I den nasjonale overdosestrategien går det fram at utvalgte kommuner med overdosebelastning er invitert til å delta i nettverk, og vil få bistand i planlegging og implementering av overdosestrategien. Kommunene kan søke om tilskudd til kompetanseheving. I og med at arbeidet med overdoseforebygging potensielt også er arbeid med selvmordsforebygging, anbefaler vi Vestland fylkeskommune å bruke ressursene som finnes i Bergen kommune (og eventuelt andre kommuner på Vestlandet som vi ikke har vært i kontakt med) på forebygging av overdoser for å utforske hvilken rolle fylkeskommunen kan spille på dette området, hvilken rolle forebygging av overdoser kan ha i handlingsprogrammet for folkehelse, og hvordan man kan styrke det eksisterende samarbeidet mellom RVTs Vest, Statsforvalteren, Vestland fylkeskommune og aktuelle kommuner på dette temaet. Reduksjon i mørketall kan også være tema i en slik sondering. Det er f.eks. naturlig at rusforebyggende arbeid i de videregående skolene er noe fylkeskommunen engasjerer seg i.

7.2.9 Selvmordsforebyggende bro- og veisikring

I delkapittel 7.1 om internasjonale kunnskapsoppsummeringer skrev vi om hvordan tiltak innenfor det man kan kalle fysiske barrierer har blitt funnet å være svært effektivt for selvmordsforebygging. Ishimo og medforfattere (2021) fant at 13/13 studier som hadde undersøkt innføring av fysiske barrierer førte til reduksjon i selvmordsraten. Et annet viktig funn i denne kunnskapsoppsummeringen var at universelle selvmordsforebyggende tiltak virker å være mer effektive for menn enn kvinner (Ishimo et al., 2021). I Norge er det særlig sikring av broer i form av forhøyede rekkverk som har vært utført som selvmordsforebyggende tiltak, slik som ved Sotrabraua (se bilde, gjengitt med tillatelse fra Bergens Tidende). Andre eksempler på bruer som er sikret i Vestland er Askøybrua. En stor norsk studie av selvmord ved hopp fra bro har vist at det man kan redde liv ved å installere fysiske barrierer på broer det ofte hoppes fra (Larssen & Berntsen, 2018; Sæheim et al., 2017). Det er evidens også internasjonalt for at brosikring er kostnadseffektivt på lang sikt fordi det reduserer antall selvmord, men det er et generelt problem med studier av denne typen har lav kvalitet (Okolie et al., 2020). Vi anbefaler at Vestland fylkeskommune gjør en vurdering av hvilke fylkeskommunale broer i Vestland som eventuelt er aktuelle å sikre mot selvmord, og at dette kan vurderes omtalt i transportplaner og handlingsprogrammet for folkehelse.



Foto: Bergens Tidende 5. februar 2018

Når det gjelder selvmordsforebyggende sikring av veier har vi lite kunnskap om det både i Norge og internasjonalt. Det finnes ikke oss bekjent såkalte hotspots for selvmord langs spesielle veier, det skjer mer tilfeldig. Det er sannsynlig at midt-delere på lange strekninger, som forebygger alvorlige møteulykker, også kan virke forebyggende på selvmord ved møteulykke. Det finnes eksempler fra Norge der Statens Vegvesen har uttalt at midt-delere på veiene kan redusere antall dødsulykker med 90 %⁵.

⁵ <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/vegrer-seg-for-a-bygge-midtdelere-1.7562386>

7.3 Nettressurser

Det finnes en rekke aktører på selvmordsforebyggingsfeltet i Norge. Vi har laget en tabell med noen av de viktigste nettressursene:

Tabell 4 Oversikt over et utvalg viktige nettressurser på selvmordsforebyggingsfeltet i Norge.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSSF)	https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forebygging/
NSSF - samleside med tips til norske og utenlandske nettsted	https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forebygging/selv-mord-forskning-og-forebygging/
NSSF – lenke til krisehjelp	https://nssfinfo.no/
Folkehelseinstituttet (FHI)	https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selv-mord/
Folkehelseinstituttet om selvmord i dødsårsaksstatistikken	https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selv-mord-i-dodsarsaksstatistikken/
Vivat	https://vivatselv-mordsforebygging.net/
LEVE	https://leve.no/
LEVE - samleside med nettressurser	https://leve.no/nettressurser/
Mental Helse	https://mentalhelse.no/
Mental Helse - YAM	https://mentalhelse.no/vart-arbeid/yam-youth-aware-of-mental-health
Livet på timeplanen	https://livetpatimeplanen.no/
Kirkens SOS	https://www.kirkens-sos.no/
Elpis selvmordsforebygging	https://elpis.no/om-elpis/
Elpis selvmordsforebygging - samleside med nettressurser	https://elpis.no/ressurser/
Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)	https://www.rvts.no/
RVTS Vest - kunnskaps- og ressursportaler	https://rvtsvest.no/kunnskaps-og-ressursportaler/
Nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsearbeid (NAPHA)	https://napha.no/
NAPHA - Tema selvmordsforebygging	https://napha.no/content/13937/selv-mordsforebygging
RKBU Vest, Midt-Norge, Nord, RBUP Øst og Sør	https://rkbu.norceresearch.no/
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)	https://www.nkvts.no/
Samisk nasjonal komp.tjeneste - psykisk helsevern og rus (SANKS)	https://finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks
Kompetansesenter for rus - KORUS Bergen	https://www.korusbergen.no/
Helsenorge.no om selvmordstanker og selvmord	https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/selv-mordstanker-og-selv-mord/
Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025)	https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/
Helsedirektoratets faglige råd til kommunene	https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selv-mord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging
Statsforvalteren i Vestland - Helse, omsorg og sosialtjenester	https://www.statsforvalteren.no/nn/vestland/helse-omsorg-og-sosialtjenester/
Bergen kommune - Handlingsplan for selvmordsforebygging 2018-2022	https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/planer-i-kommunen/informasjon-om-enkeltplaner/byradsavd-for-barnevern-og-sosiale-tjenester/handlingsplan-for-selv-mordsforebygging-i-bergen-2018-2022
Helse Vest - folkehelsekampanje	https://helse-vest.no/vart-opdrag/vare-hovudoppgaver/behandling/psykisk-helse-og-rus/snakk-om-sjolv-mord
Forebygging.no – kunnskapsbase og tidsskrift for helsefremmende og rusforebyggende arbeid	http://skole.forebygging.no/
Utdanningsdirektoratet – forebygging av selvskading og selvmord	https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/skolens-selv-mordsforebyggende-arbeid/
Viktige hjelpelinjer i Norge	https://findahelpeline.com/no



7.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert en rekke evidensbaserte selvmordsforebyggende tiltak som vi tenker Vestland fylkeskommune kan vurdere relevansen av til sin revisjon av handlingsprogrammet for folkehelse. Vi har vektlagt befolkningsrettede og til dels grupperettede tiltak (mot f.eks. grupper av elever og ansatte) som kan egne seg for en fylkeskommune å implementere – enten selv eller i samarbeid med andre aktører på feltet som f.eks. RVTS, Statsforvalteren og kommunene. Vi har konsentrert oss om tiltak innenfor områder vi tenker en fylkeskommune har ansvar og virkemidler, som f.eks. folkeopplysningskampanjer, skolebaserte programmer (herunder YAM som er anbefalt i handlingsplanen for selvmordsforebygging), kulturbaserte tiltak, tiltak rettet mot grupper av ansatte/tjenesteutøvere og tiltak som handler om å begrense tilgang til metode (brosikring). Videre har vi viet oppmerksomhet til arbeidet som gjøres med å forebygge overdoser i Vestland og vi har pekt på hvordan folkehelse og selvmordsforebygging kan henge sammen med fylkeskommunens planer for nærings- og samfunnsutvikling (inkl. tiltak mot arbeidsledighet og utenforskap). Et felt vi ikke har behandlet så eksplisitt i rapporten er tannhelsetjenestene som fylkeskommunen har ansvar for. Det finnes lite forskning på om og hvordan tannhelsetjenestene kan drive selvmordsforebygging, men ettersom de når ut til nesten samtlige barn og unge i fylket kan fylkeskommunen vurdere å utrede hvilken rolle både venterom og ansatte i tannhelsetjenestene eventuelt kan spille i helsefremmende arbeid og selvmordsforebygging.

8 Referanser

- Amundsen, E. (2021). *Narkotikautløste dødsfall 2021*.
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/>
- Andersen, B. (2011). *Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler* [Universitetet i Oslo]. Oslo.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18164/dravhandling-andersen.pdf?sequence=1>
- Andersson, H., Kaspersen, S., Bungum, B., Bjørngaard, J. & Buland, T. (2010). *Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene "Hva er det med Monica?", "Step - ungdom møter ungdom" og "Venn1.no"*. SINTEF.
https://www.sintef.no/globalassets/upload/teknologi_samfunn/rapport-a14919-psykisk-helse-i-skolen-sluttrapport.pdf
- BDO. (2019). *Evaluering av Vivat selvmordsforebygging for Helsedirektoratet*.
<https://vivatselvmordsforebygging.net/wp-content/uploads/2020/04/Evalueringsrapport-fra-BDO.pdf>
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F. & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neurosci Biobehav Rev*, 127, 193-211.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
- Benson, T., Corry, C., O'Neill, S., Murphy, S. & Bunting, B. (2018). Use of Prescription Medication by Individuals Who Died by Suicide in Northern Ireland. *Archives of Suicide Research*, 22(1), 139-152.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1289870>
- Berg, O. T. & Hansen, T. (2022). *Fylkeskommune i Store norske leksikon på snl.no*. Hentet 17.11.22 fra <https://snl.no/fylkeskommune>
- Berg, S. H. & Walby, F. A. (2021). Nullvisjon for selvmord. *Psykologtidsskriftet*, 59(1), 30-35.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2021/11/nullvisjon-selvmord>
- Bergen_kommune. (2018). *Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen 2018-2022*. Hentet 23.01.2023. fra <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/planer-i-kommunen/informasjon-om-enkeltplaner/byradsavd-for-barnevern-og-sosiale-tjenester/handlingsplan-for-selvmordsforebygging-i-bergen-2018-2022>
- Bergen_kommune. (2021). *Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall*. Hentet 30.01.2023 fra <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/planer-i-kommunen/informasjon-om-enkeltplaner/byradsavd-for-barnevern-og-sosiale-tjenester/handlingsplan-for-forebygging-av-overdoser-og-overdosedodsfall>
- Bergen_kommune. (2022). *Bergens kulturell spaserstokk*. Bergen kommune. Hentet 30.01.2023 fra <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/kultur-idrett-og-fritid/kultur/kulturtilbud/bergens-kulturelle-spaserstokk>
- Bevre, K. (2021). *Forventet levealder i Norge*. Hentet 25.01.2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/>
- Bingley, W. J., Tran, A., Boyd, C. P., Gibson, K., Kalokerinos, E. K., Koval, P., Kashima, Y., McDonald, D. & Greenaway, K. H. (2022). A multiple needs framework for climate change anxiety interventions. *Am Psychol*, 77(7), 812-821. <https://doi.org/10.1037/amp0001012>
- Bjørnafjorden_kommune. (2022). *Handlingsplan for førebygging av sjølv mord*.
<https://bjornafjorden.kommune.no/siste-nytt/handlingsplan-for-forebygging-av-sjolv-mord.33786.aspx>

- Blomqvist, S., Virtanen, M., LaMontagne, A. D. & Magnusson Hanson, L. L. (2022). Perceived job insecurity and risk of suicide and suicide attempts: a study of men and women in the Swedish working population. *Scand J Work Environ Health*, 48(4), 293-301. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4015>
- Bohnert, A. S. B., Roeder, K. & Ilgen, M. A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users: A review of overlap and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 183-192. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.03.010>
- Breet, E., Matookane, M., Tomlinson, M. & Bantjes, J. (2021). Systematic review and narrative synthesis of suicide prevention in high-schools and universities: a research agenda for evidence-based practice. *BMC Public Health*, 21(1), 1116. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11124-w>
- Breux, P., Boccio, D. & Brodsky, B. (2017). Creating Suicide Safety in Schools: A public health suicide prevention program in New York State. *Suicidologi* 22(2). <https://journals.uio.no/suicidologi/issue/view/490/166>
- Caldwell, D. M., Davies, S. R., Hetrick, S. E., Palmer, J. C., Caro, P., López-López, J. A., Gunnell, D., Kidger, J., Thomas, J., French, C., Stockings, E., Campbell, R. & Welton, N. J. (2019). School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6(12), 1011-1020. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30403-1)
- Cianconi, P., Betrò, S. & Janiri, L. (2020). The Impact of Climate Change on Mental Health: A Systematic Descriptive Review. *Front Psychiatry*, 11, 74. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00074>
- Clayton, S. (2021). Climate Change and Mental Health. *Curr Environ Health Rep*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00303-3>
- Conway, P. M., Erlangsen, A., Grynderup, M. B., Clausen, T., Rugulies, R., Bjorner, J. B., Burr, H., Francioli, L., Garde, A. H., Hansen Å, M., Hanson, L. M., Kirchheiner-Rasmussen, J., Kristensen, T. S., Mikkelsen, E. G., Stenager, E., Thorsen, S. V., Villadsen, E. & Høgh, A. (2022). Workplace bullying and risk of suicide and suicide attempts: A register-based prospective cohort study of 98 330 participants in Denmark. *Scand J Work Environ Health*, 48(6), 425-434. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4034>
- CultureForHealth. (2022). *Culture's contribution to health and well-being. A report on evidence and policy recommendations for Europe*. https://www.cultureforhealth.eu/app/uploads/2022/12/C4H_SummaryReport_small.pdf
- De Leo, D., Draper, B. M., Snowdon, J. & Kölves, K. (2013). Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res*, 47(7), 980-988. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.02.009>
- De Leo, D. & Giannotti, A. V. (2021). Suicide in late life: A viewpoint. *Prev Med*, 152(Pt 1), 106735. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106735>
- Deuter, K., Procter, N., Evans, D. & Jaworski, K. (2016). Suicide in older people: Revisioning new approaches. *Int J Ment Health Nurs*, 25(2), 144-150. <https://doi.org/10.1111/inm.12182>
- Doran, C. M., Ling, R., Gullestrup, J., Swannell, S. & Milner, A. (2016). The Impact of a Suicide Prevention Strategy on Reducing the Economic Cost of Suicide in the New South Wales Construction Industry. *Crisis*, 37(2), 121-129. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000362>
- Dødsårsaksregisteret. (2022). *Tall fra Dødsårsaksregisteret 2021*. Hentet 19.01.2023 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-2021/>
- Dødsårsaksregisteret. (2023). *Suicide (NHC) - Deaths per 100 000 persons, age standardised*. https://www.norgesghesla.no/norgesghesla/index.jsp?headers=AAR&AARslice=2018_2018&stubs=Geo&stubs=KJONN&AARSAK=SELMORD&measure=common&virtuallslice=Adjusted_value&GEOslice=0&ALDERSlice=0_74&layers=ALDER&layers=virtual&layers=AARSAK&GEOsubset=0%2C03+-+54&study=http%3A%2F%2F10.1.5.31%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fnokkeltall-LHF2020&AARSAKslice=SELMORD&ALDERSsubset=0_74&mode=cube&KJONNsubset=1+-+2&virtuallsubset=Adjusted_value&v=2&KJONNslice=1&AARsubset=2014_2014+-



[+2018_2018&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.31%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fnokkel-tall-LHF2020_C1&AARSAKsubset=SELMORD&top=yes](#)

- Frost, J., Slørdal, L., Vege, Å. & Nordrum, I. S. (2012). Forensic autopsies in a naturalistic setting in Norway: autopsy rates and toxicological findings. *Forensic Sci Int*, 223(1-3), 353-358. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.10.023>
- Gjertsen, F. (2000). Dødsårsaksregisteret og forskning. *Tidsskr Nor Legeforen*. <https://tidsskriftet.no/2000/03/kronikk/dodsarsaksregisteret-og-forskning#literature>
- Gosling-Lewis, A. (2022). *Selvmondsforebygging i skolen. En litteraturstudie om bruken av 14 eksterne skoleprogram for arbeid med psykisk helse i skolen og deres effekt på selvmordsforebygging hos barn og unge*. [Master, Universitetet i Oslo]. Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/97301/1/MASTEROPPGAVE-2022.pdf>
- Gravseth, H. M., Mehlum, L., Bjerkedal, T. & Kristensen, P. (2010). Suicide in young Norwegians in a life course perspective: population-based cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(5), 407-412.
- Helse_Vest. (2021). *Snakk om sjølvord. Det kan redde liv*. . Hentet 30.01.2023 fra <https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/behandling/psykisk-helse-og-rus/snakk-om-sjolvord>
- Helsedirektoratet. (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten. - en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/3a61ee48-164f-423a-ad02-6748ac1479b3:0506b11f2cd7c642750206443eb93ede8c1687ff/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/3a61ee48-164f-423a-ad02-6748ac1479b3:0506b11f2cd7c642750206443eb93ede8c1687ff/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20%E2%80%93%20Veileder%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). *Selvskading og selvmord - veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Hentet 23.01.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/organisering-av-tjenestetilbudet/kommunen-bor-utarbeide-en-plan-delplan-for-forebygging-tidlig-identifisering-og-oppfolging-av-selvskading-og-selvordsforskning>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*. https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf
- Helsedirektoratet. (2022). *Ressurskart - Sammen for forebygging av selvmord*. Hentet 23.01.2023 fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/ressurskart/Ressurskart%20-%20%20A3-print.pdf/_attachment/inline/ec78ea31-2bd8-4829-b6a8-463d4552882d:0b880aad1bc0aeeec0a982ff06980bb939f80713/Ressurskart%20-%20A3-print.pdf
- Hem, E. (2013). Store forskjeller i obduksjonshyppighet. *Tidsskr Nor Legeforen*. <https://tidsskriftet.no/2013/01/nyheter/store-forskjeller-i-obduksjonshyppighet>
- Henriksson, S., Boëthius, G. & Isacson, G. (2001). Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden, 1985–95. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4), 301-306. <https://doi.org/https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00276.x>
- Hjelmeland, H. (2022). *Selvmondsforebygging. For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. . Cappelen Damm Akademisk.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. & Rasmussen, M. (2014). Selvmord og psykiske lidelser. *Tidsskr Nor Legeforen*. <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.14.0549>
- Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J. & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 63, 127-140. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.011>

- Hordaland_fylkeskommune. (2014). *Regional plan for folkehelse - Fleire gode leveår for alle - 2014-2025*. <https://www.vestlandfylke.no/globalassets/planlegging/regionale-planer/regional-plan-for-folkehelse-2014-2026.pdf>
- Im, J. S., Park, B. C. B. & Ratcliff, K. S. (2018). Cultural Stigma Manifested in Official Suicide Death in South Korea. *Omega (Westport)*, 77(4), 386-403. <https://doi.org/10.1177/0030222816675262>
- Innlandet_fylkeskommune. (2021). *Handlingsplan mot selvmord*. Hentet 27.11.2022 fra <https://innlandetfylke.no/tjenester/skole-og-utdanning/elevtjenesten/veileder-for-psykisk-helse/for-tannklinikker/selvord/>
- Ishimo, M. C., Sampasa-Kanyinga, H., Olibris, B., Chawla, M., Berfeld, N., Prince, S. A., Kaplan, M. S., Orpana, H. & Lang, J. J. (2021). Universal interventions for suicide prevention in high-income Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries: a systematic review. *Inj Prev*, 27(2), 184-193. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2020-043975>
- Jensen, A. & Bonde, L. O. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspect Public Health*, 138(4), 209-214. <https://doi.org/10.1177/1757913918772602>
- Kaspersen, S. L., Kalseth, J., Stene-Larsen, K. & Reneflot, A. (2022a). *Selvord: Vi vet ikke nok om hvordan etterlatte ivaretas*. Adresseavisen. <https://www.adressa.no/midtnorskdebatt/i/y63kpR/selvord-vi-vet-ikke-nok-om-hvordan-etterlatte-ivaretas>
- Kaspersen, S. L., Kalseth, J., Stene-Larsen, K. & Reneflot, A. (2022b). Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph191610016>
- Kaspersen, S. L., Pape, K., Carlsen, F., Ose, S. O. & Bjørngaard, J. H. (2017). Employees' drug purchases before and after organizational downsizing: a natural experiment on the Norwegian working population (2004-2012). *Scand J Work Environ Health*, 43(4), 307-315. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3637>
- Kaspersen, S. L., Pape, K., Ose, S. O., Gunnell, D. & Bjørngaard, J. H. (2016). Unemployment and initiation of psychotropic medication: a case-crossover study of 2 348 552 Norwegian employees. *Occup Environ Med*, 73(11), 719-726. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103578>
- Kawohl, W. & Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 389-390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)
- Keles, B., McCrae, N. & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79-93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kinchin, I. & Doran, C. M. (2017). The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *Int J Environ Res Public Health*, 14(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph14040347>
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B. & Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>
- Larsen, M. & Berntsen, G. (2018). Har sikring av Tromsøbrua hindret selvmord? . *Suicidologi*, 2. <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/6569>
- Liu, D., Yu, M., Duncan, J., Fondario, A., Kharrazi, H. & Nestadt, P. S. (2020). Discovering the Unclassified Suicide Cases Among Undetermined Drug Overdose Deaths Using Machine Learning Techniques. *Suicide Life Threat Behav*, 50(2), 333-344. <https://doi.org/10.1111/sltb.12591>
- Lycke Ellingsen, C., Alfsen, G. C. & Braut, G. S. (2022). Forensic autopsies in Norway 1996-2017: A retrospective study of factors associated with deaths undergoing forensic autopsy. *Scand J Public Health*, 50(4), 424-431. <https://doi.org/10.1177/1403494821997208>
- Malt, U. & Walby, F. (2022). *Selvord*. Hentet 19.01.2023 fra <https://sml.snl.no/selvord>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D.,

- Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mann, J. J., Christina A. Michel, M.A., & Randy P. Auerbach, Ph.D. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611-624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Marinello, S. & Powell, L. (2023). The impact of recreational cannabis markets on motor vehicle accident, suicide, and opioid overdose fatalities. *Social Science & Medicine*, 115680. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115680>
- Mathieu, S., Treloar, A., Hawgood, J., Ross, V. & Kölves, K. (2022). The Role of Unemployment, Financial Hardship, and Economic Recession on Suicidal Behaviors and Interventions to Mitigate Their Impact: A Review. *Front Public Health*, 10, 907052. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.907052>
- Matsubayashi, T. & Ueda, M. (2022). Is suicide underreported? Evidence from Japan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(8), 1571-1578. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02188-5>
- Mental_Helse. (2022). *YAM – Youth Aware of Mental Health*. Mental Helse. . Hentet 30.01.2023. fra <https://mentalhelse.no/vart-arbeid/yam-youth-aware-of-mental-health>
- Milde, A. & Norevik, A. (2017). Gatekeeper-modellen i skolen - erfaringer fra et pilotprosjekt om selvmordsforebygging. *Suicidologi* 22(2). <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/5435>
- Milner, A., Hjelmeland, H., Arensman, E. & De Leo, D. (2013). Social-environmental factors and suicide mortality: a narrative review of over 200 articles. *Sociology Mind*, 3(02), 137.
- Milner, A., Page, K., Spencer-Thomas, S. & Lamotagne, A. D. (2015). Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int*, 30(1), 29-37. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau085>
- Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J. & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 203(6), 409-416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>
- Milner, A., Witt, K., Pirkis, J., Hetrick, S., Robinson, J., Currier, D., Spittal, M. J., Page, A. & Carter, G. L. (2017). The effectiveness of suicide prevention delivered by GPs: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 210, 294-302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.035>
- Mjaaland, O. & Aardal, E. (2015). Tror 182 trafikkdødsfall er selvmord. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/tror-182-trafikkdodsfall-er-selvmord-1.12665353>
- Myhre, M. Ø., Astrup, H. & Walby, F. A. (2022). *Selvmord med illegale rusmidler etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus*. NSSF. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/aktuelt/2022/selv-mord-illegale-rusmidler.pdf>
- Mæland, K. (2019). 6000 nordmenn forsøker å ta sitt liv hvert år. *Nettavisen*. <https://www.nettavisen.no/nyheter/6000-nordmenn-forsoker-a-ta-sitt-liv-hvert-ar/s/12-95-3423684778>
- Møller, A., Lindmark, J. & Tallaksen, D. (2019). Vivat selvmordsforebygging, en verdifull tjuetårning. *Suicidologi*, 3. <https://vivatselvmordsforebygging.net/wp-content/uploads/2020/04/Vivat-selvmordsforebygging-enn-verdifull-tjue%C3%A5ring.pdf>
- NAPHA. (2020). *Bergen og Nordland gode på selvmordsforebyggende arbeid*. <https://napha.no/content/23937/-bergen-og-nordland-gode-pa-selvmordsforebyggende-arbeid>
- NHI. (2022). *Selvmord og selvmordsforsk.* Hentet 27.01.2023 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/selvmord/selvmord-og-selvmordsforsk-veiviser/>
- NHO. (2023). *Nøkkeltall om næringslivet i Vestland*. <https://www.nho.no/regionkontor/nho-vestlandet/nokkeltall-naringsliv-vestland/>
- Nordland fylkeskommune. (2022). *Orientering i fylkesrådet om Nordland fylkeskommunes selvmordsforebyggende arbeid*. Hentet 27.11.2022 fra

- https://www.nfk.no/innsyn.aspx?response=journalpost_detaljer&journalpostid=1000258846&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infolink&Mid1=1006&
- Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E. & Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–2013;11. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 239-245. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00118-7)
- NSSF. (2020a). Hentet 20.01.2023 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forskning/forskning-om-selvmed-og-selvskaeding-info.html>
- NSSF. (2020b). *Nye ressurser for ungdom om trygg kommunikasjon på nett*. Hentet 31.01.2023 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forebygging/chatsafe/>
- NSSF. (2022a). *Folkeopplysning mot selvmord, Østfold*. Hentet 30.01.2023 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forebygging/folkeopplysning-mot-selvmed-ostfold/index.html>
- NSSF. (2022b). *Kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Hentet 29.01.2023 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/om-kartleggingssystemet/>
- Næss, E. O., Mehlum, L. & Qin, P. (2021). Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM - Population Health*, 15, 100853. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100853>
- Okolie, C., Wood, S., Hawton, K., Kandalama, U., Glendenning, A. C., Dennis, M., Price, S. F., Lloyd, K. & John, A. (2020). Means restriction for the prevention of suicide by jumping. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013543>
- Ose, S. O., Bøyum, L. S., Kaspersen, S. L., Vestad, A. & Gjelsvik, P.-A. (2020). Should GPs ask patients about their financial concerns? Exploration through collaborative research. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(2), 156-165. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1753344>
- OUS. (2021). *Årsrapport 2021. Avdeling for rettsmedisinske fag*. . <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/avdeling-for-rettsmedisinske-fag/PublishingImages/Sider/%c3%85rsrapporter-for-Avdeling-for-rettsmedisinske-fag/%c3%85rsrapport%20Avdeling%20for%20rettsmedisinske%20fag%202021.pdf>
- Patel, V., Ramasundarahettige, C., Vijayakumar, L., Thakur, J. S., Gajalakshmi, V., Gururaj, G., Suraweera, W. & Jha, P. (2012). Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet*, 379(9834), 2343-2351. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60606-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60606-0)
- Pearce, T., Bugeja, L., Wayland, S. & Maple, M. (2021). Effective Elements for Workplace Responses to Critical Incidents and Suicide: A Rapid Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094821>
- Pedersen, A. (2021). *Statusrapport for Handlingsplan for selvmordsforebygging i Bergen 2018-2022*. Bergen kommune. <https://www.bergen.kommune.no/politikk/byradet/behandlede-saker/helse-omsorg-og-inkludering/statusrapport-for-handlingsplan-for-selvmedsforebygging-i-bergen-2018-2022>
- Phillips, M. R. & Cheng, H. G. (2012). The changing global face of suicide. *The Lancet*, 379(9834), 2318-2319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60913-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60913-1)
- Pirkis, J., Rossetto, A., Nicholas, A., Ftanou, M., Robinson, J. & Reavley, N. (2019). Suicide Prevention Media Campaigns: A Systematic Literature Review. *Health Communication*, 34(4), 402-414. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1405484>
- Pitman, A., Osborn, D., King, M. & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)



- Puzo, Q., Qin, P. & Mehlum, L. (2016). Long-term trends of suicide by choice of method in Norway: a joinpoint regression analysis of data from 1969 to 2012. *BMC Public Health*, 16, 255. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2919-y>
- Pwc. (2019). *Evaluering av nullvisjon selvmord. Handlingsplan for 2015-2020*. <https://handling.forebygging.no/globalassets/evaluering-av-nullvisjon-selvmord---handlingsplan-2015-2020.pdf>
- Rasmussen, J. F. (2019). *Evaluering av nasjonal bibliotekstrategi*. <https://bibliotekutvikling.no/content/uploads/2020/01/Rapport-evaluering-nasjonal-bibliotekstrategi.pdf>
- Raue, P. J., Ghesquiere, A. R. & Bruce, M. L. (2014). Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep*, 16(9), 466. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>
- Regjeringen. (2020a). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Ingen å miste*. Tverrdepartemental. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>
- Regjeringen. (2020b). *Vedlegg til handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. F. departementer. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/handlingsplan-mot-selvmord_vedlegg.pdf
- Regjeringen. (2022). *Årsrapport etter andre driftsår for Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 – Ingen å miste* H.-o. o. i. s. m. s. a. departement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3ca981a7408c4491a67a77f85d469e89/arsrapport-etter-andre-driftsar-for-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025-ingen-a-miste-.pdf>
- Reneflot, A., Kaspersen, S. L., Hauge, L. J. & Kalseth, J. (2019). Use of prescription medication prior to suicide in Norway. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4009-1>
- Rockett, I. R. H., Caine, E. D., Connery, H. S., D'Onofrio, G., Gunnell, D. J., Miller, T. R., Nolte, K. B., Kaplan, M. S., Kapusta, N. D., Lilly, C. L., Nelson, L. S., Putnam, S. L., Stack, S., Värnik, P., Webster, L. R. & Jia, H. (2018). Discerning suicide in drug intoxication deaths: Paucity and primacy of suicide notes and psychiatric history. *PLoS One*, 13(1), e0190200. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190200>
- Rogaland fylkeskommune. (2021). *Handlingsplan –Fremme psykisk helse og forebygge selvmord 2021-2028. "Våg å bry deg!"*. <https://www.rogfk.no/Handlers/DownloadPrintPdf.ashx?url=%2f%2fwww.rogfk.no%2fvare-tjenester%2fplanlegging%2fgjeldende-planer-og-strategier%2ffolkhelse-friluftsliv-og-universell-utforming%2fhandlingsplan-fremme-psykisk-helse-og-forebygge-selvmord-2021-2028%2f%3fprint%3d1%26securelevel%3dtoken&title=Handlingsplan%20%E2%80%93%20fremme%20psykisk%20helse%20og%20forebygge%20selvmord%202021-2028&token=31378da69f2b>
- Rojas, Y. (2022). Financial indebtedness and suicide: A 1-year follow-up study of a population registered at the Swedish Enforcement Authority. *Int J Soc Psychiatry*, 68(7), 1445-1453. <https://doi.org/10.1177/00207640211036166>
- Rossow, I. & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94(2), 209-219. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.9422095.x>
- RVTS_Vest. (2022). *Livet på timeplanen*. RVTS Vest og RKBU Vest. Hentet 27.11.2022 fra <https://livetpatimeplanen.no/>
- Sandberg, S. (2016). *Selvlagte ulykker i veitrafikken: Å definere et dødsønske* [Universitetet i Oslo]. Oslo. https://vegvesen.brage.unit.no/vegvesen-xmlui/bitstream/handle/11250/2408966/Masteroppgave_2016_Silje_Sandberg.pdf?sequence=1&isAllowed=y



- Scherff, A. R., Eckert, T. L. & Miller, D. N. (2005). Youth suicide prevention: a survey of public school superintendents' acceptability of school-based programs. *Suicide Life Threat Behav*, 35(2), 154-169. <https://doi.org/10.1521/suli.35.2.154.62874>
- Shand, F., Duffy, L. & Torok, M. (2022). Can Government Responses to Unemployment Reduce the Impact of Unemployment on Suicide? *Crisis*, 43(1), 59-66. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000750>
- Skogen, J. & Hjetland, G. (2022). *Blir ungdoms psykiske helse påvirket av sosiale medier?* Hentet 30.01.2023 fra <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/fellesskap/blir-ungdoms-psykiske-helse-pavirket-av-sosiale-medier/>
- Snowdon, J. & Choi, N. G. (2020). Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Glob Public Health*, 15(12), 1894-1901. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1801789>
- Sogn og Fjordane fylkeskommune. (2015). *Regional plan for folkehelse 2015-2025: "Saman for god helse og trivsel"*. <https://www.vestlandfylke.no/globalassets/folkehelse/planar-folkehelse/sfi-regionalplanforfolkehelse2015-2025.pdf>
- Sonke, J., Sams, K., Morgan-Daniel, J., Pumariaga, A., Mallick, F., Pesata, V. & Olsen, N. (2021). Systematic Review of Arts-Based Interventions to Address Suicide Prevention and Survivorship in Australia, Canada, the United Kingdom, and the United States of America. *Health Promot Pract*, 22(1_suppl), 53s-63s. <https://doi.org/10.1177/1524839921996350>
- Statens vegvesen. (2022). *Dybdeanalyser av dødsulykker i trafikken 2021*. <https://vegvesen.brage.unit.no/vegvesen-xmlui/bitstream/handle/11250/3014673/310822%20Dybdeanalyser%20av%20d%3b8dsulykker%20i%20vegtrafikken%202021.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Stene-Larsen, K. (2022). *Folkehelse rapporten: Selvmord i Norge* <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/>
- Sæheim, A., Hestetun, I., Mork, E., Nrugham, L. & Mehlum, L. (2017). A 12-year National Study of Suicide by Jumping From Bridges in Norway. *Arch Suicide Res*, 21(4), 568-576. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1199988>
- Söderlund, E. (2021). *Selv-mord i trafikken, med og uten kontakt med psykisk helsevern* [Universitetet i Oslo]. Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/86314/selv-morditrafikken.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M. E. & Christensen, H. (2020). Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Digit Health*, 2(1), e25-e36. [https://doi.org/10.1016/s2589-7500\(19\)30199-2](https://doi.org/10.1016/s2589-7500(19)30199-2)
- Utdanningsdirektoratet. (2023). *Forebygging av selvs-kading og selvmord*. Hentet 30.01.2023 fra <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/skolens-selv-mordsforebyggende-arbeid/>
- Vivat. (2023). *Vivat selvmordsforebygging*. Hentet 30.01.2023 fra <https://vivatselv-mordsforebygging.net/>
- VLFK. (2020). *Utviklingsplan for Vestland 2020-2024, Regional planstrategi*. Vestland fylkeskommune. <https://www.vestlandfylke.no/globalassets/planlegging/regional-planstrategi/utviklingsplan-for-vestland-vedteken-nett.pdf>
- VLFK. (2021). *Berekraftig verdiskaping – regional plan for innovasjon og næringsutvikling*. <https://www.vestlandfylke.no/narings-og-samfunnsutvikling/regional-plan-for-innovasjon-og-naringsutvikling/>
- VLFK. (2022a). *Fylkeskommunens sine ansvarsområde*. <https://www.vestlandfylke.no/om-oss/fylkeskommunen/ansvarsomrad/>



- VLFK. (2022b). *Handlingsprogram. Regional transportplan - Investeringer*. . Hentet 22.01.2023 fra <https://www.vestlandfylke.no/globalassets/fylkesveg/rtp/rtp/hpi-saksdokument/handlingsprogram-rtp-investeringar-etter-vedtak-u-korrektur.pdf>
- VLFK. (2022c). *Programkommunar og tiltak i Vestland, Program for folkehelsearbeid*. <https://www.vestlandfylke.no/folkehelse/program-for-folkehelsearbeid/programkommunar-og-tiltak/>
- VLFK. (2023). *Regional plan for kultur, idrett og frivillighet*. Hentet 22.01.2023 fra <https://www.vestlandfylke.no/kultur/regional-plan-for-kultur-idrett-og-friluftsliv/>
- Walby, F., Myhre, M. & Kildahl, A. (2020). *Selvord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/rappo-rtter/selvord_tsb_2009_2017_digital_rapport.pdf
- Walby, F. A., Myhre, M. & Kildahl, A. T. (2018a). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv*, 69(7), 751-759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018b). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie*. https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/rappo-rtter/nssf_kartleggingssystemet_rapport_web_korrigert_p.pdf
- Walsh, E. H., Herring, M. P. & McMahon, J. (2022). A Systematic Review of School-Based Suicide Prevention Interventions for Adolescents, and Intervention and Contextual Factors in Prevention. *Prev Sci*. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01449-2>
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A. & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pac Psychiatry*, 13(3), e12452. <https://doi.org/10.1111/appy.12452>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., Musa, G. J., Nemes, B., Postuvan, V., Saiz, P., Reiter-Theil, S., Varnik, A., Varnik, P. & Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Zeppegno, P., Gattoni, E., Mastrangelo, M., Gramaglia, C. & Sarchiapone, M. (2018). Psychosocial Suicide Prevention Interventions in the Elderly: A Mini-Review of the Literature. *Front Psychol*, 9, 2713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02713>