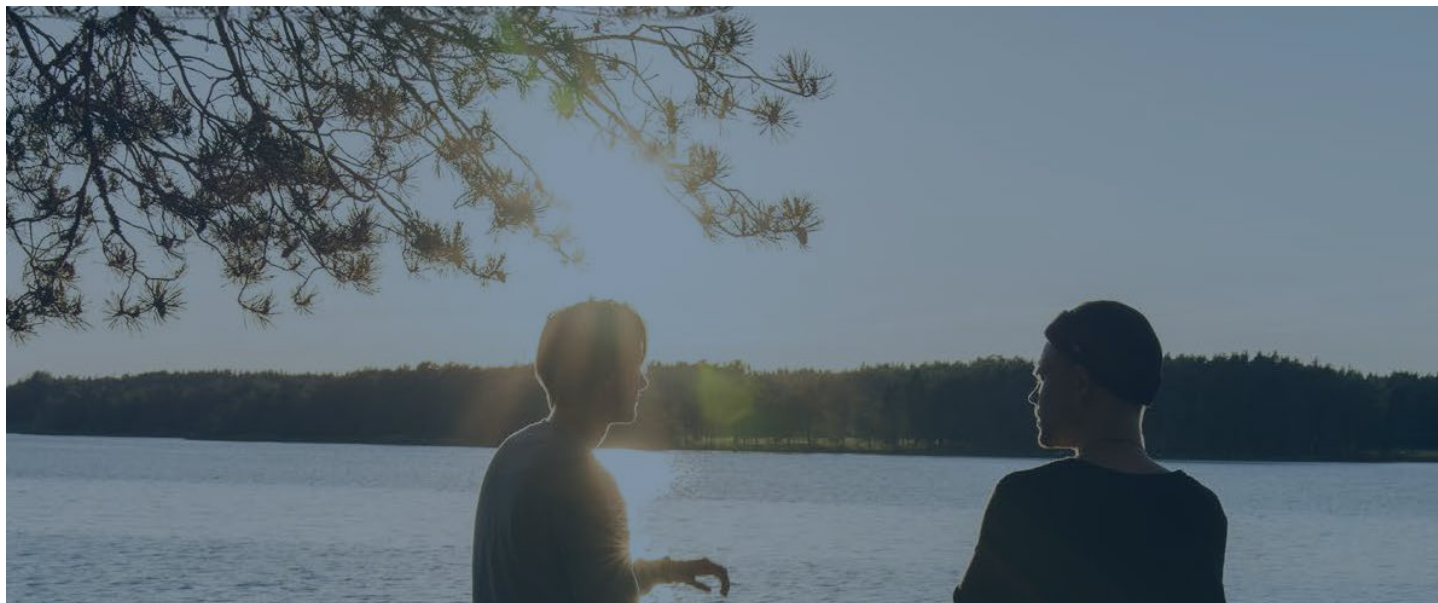




FAGSTOFF

Kan du snakke om selvmord og det å søke hjelp med en du kjenner?

Desember 3, 2024

[Last ned som PDF](#)

Inge Joa



Ph.d., leder PsykNettVest og har stillinger ved Universitetet i Stavanger og klinikker psykisk helse i Helse Stavanger. Forsknings- aktivitetene har vært rettet mot tidlig oppdagelse av psykose og psykosenære tilstander, helsetjenesteforskning og selvmordsforebygging.



Hanne Stiegler Larsen

Sosionom og har en mastergrad i rus og psykisk helsearbeid. Hun er saksbehandler i barne- og familie- enheten i Sandnes kommune, og har tidligere erfaring fra miljøterapeutisk arbeid i bolig og arbeidsinkludering.

Erlend Mork



Psykologspesialist, Ph.d., TIPS Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus. Mork arbeider ved TIPS Sør-Øst med forskning, fagutvikling og formidling. Han har bred erfaring i klinisk suicidologi og arbeider nå blant annet med implementering, videreutvikling og forskning på REACT-NOR, et nettbasert verktøy for pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse.



Rebecca Våge Husa

Barnevernspedagog og har en mastergrad i rus- og psykisk helsearbeid. Hun er saksbehandler i barne- og familie- enheten i Sandnes kommune, og har tidligere erfaring fra blant annet sengepost og arbeidstrening.

Jan Olav Johannessen



Lege, psykiater og professor emeritus ved Universitetet i Stavanger, nå seniorforsker/overlege ved Stavanger universitetssykehus (SUS). Ledet arbeidet med Nasjonale retningslinjer for psykose. Spesielt interessert i psykologisk forståelse/ behandling av psykose og helsetjenesteutvikling. Initiativtaker og prosjektleder «VelgåLeve».

Av Inge Joa, Hanne Stiegler Larsen, Erlend Mork, Rebecca Husa Våge og Jan Olav Johannes

Sammendrag

Denne artikkelen tar utgangspunkt i det befolkningsrettede selvmordsforebyggende prosjektet «VelgåLeve», som ble gjennomført i Rogaland og Vestland fylke (2013–2020). I artikkelen beskrives prosjektets form og innhold.

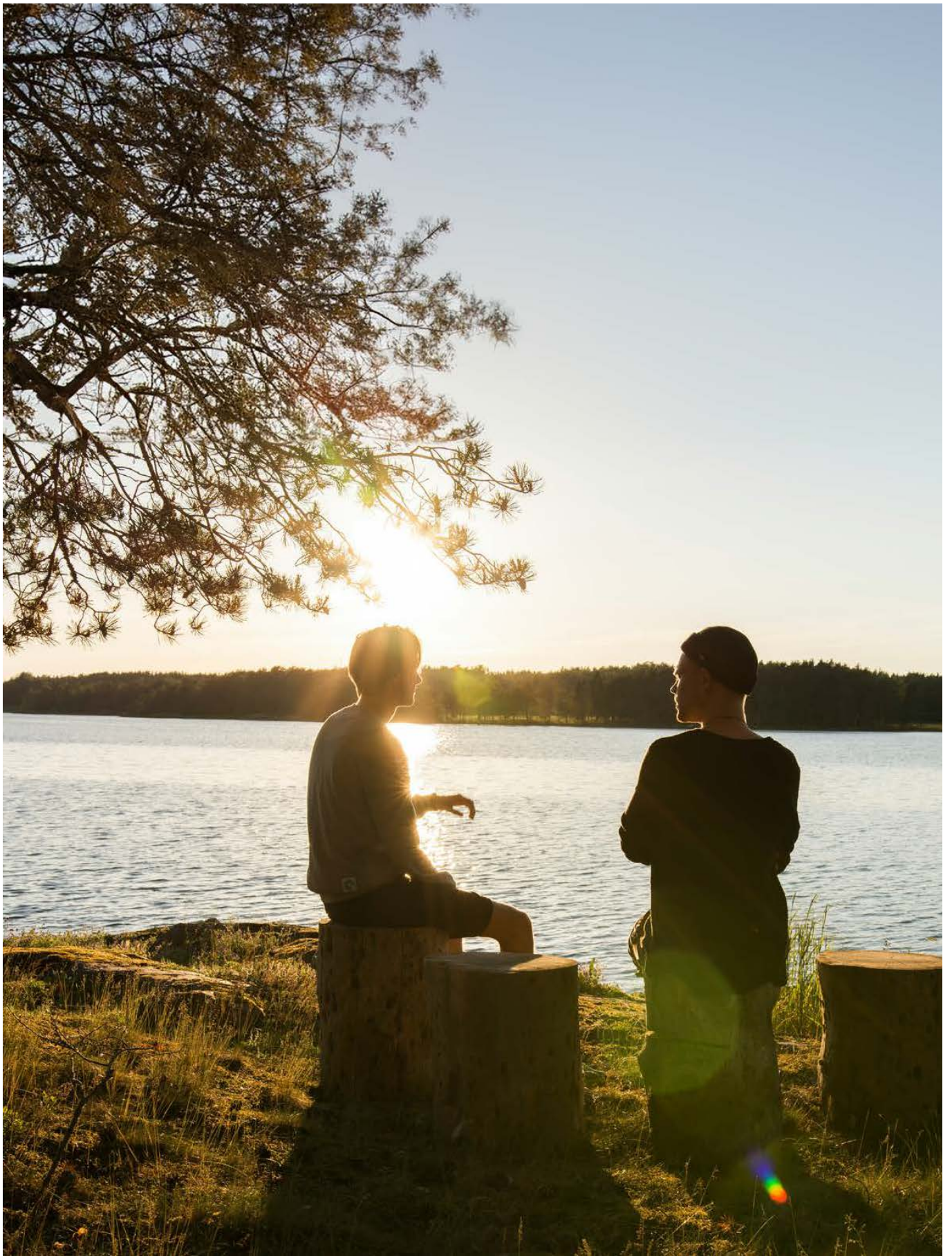
Som del av prosjektet undersøkte vi om befolkningens kunnskaper om, og handlingsintensjoner til, forebygging av selvmord kunne påvirkes og endres. Det ble samlet inn data gjennom likelydende befolkningsspørreundersøkelser, gjennomført i henholdsvis 2013, 2017 og 2020. Vi fant at det er en økende andel av befolkningen som ville ha pratet med sin bekjente, dersom de var bekymret for at vedkommende skulle ta sitt eget liv. Resultatene antyder også at den yngre andelen av befolkningen, samt de med høyere utdanning, har større sannsynlighet for å prate med vedkommende om selvmord.

Abstract

This article is based on the population-based suicide prevention project «Velgåleve» (“Choosetolive”), which was completed in Rogaland and Vestland county, Norway, (2013-2020). In the article we describe the project’s form and content.

As part of this study we examined the population’s knowledge and attitudes regarding how they might act in relation to suicide, and whether such attitudes changed during the time-period of the project.

We found that there was an increasing proportion of the population who would choose to talk to an acquaintance if they had concerns that the person was contemplating suicide. The results also indicate that the younger section of the population, and those with higher education, are more likely to approach someone to talk about suicide.



«Opplysningskampanjer kan endre kunnskaper og holdninger til selvmord.»

INNLEDNING

Omtrent 700 000 mennesker i verden tar årlig sitt eget liv. Selvmord er blant de tjue vanligste dødsårsakene globalt, og tar flere liv enn malaria, brystkreft og krig (WHO, 2021). I 2022 ble det registrert 610 selvmord i Norge (Strøm M, 2023). Vi vet at 45 % av alle som tok sitt eget liv i Norge i perioden 2010–2019 hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i løpet av de siste 12 månedene før suicidet (Walby, 2023). I dette ligger at det også er behov for tiltak for å forebygge selvmord på andre arenaer enn spesialisthelsetjenesten. Befolkningsrettede opplysningstiltak er følgelig en sentral faktor i regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord (Regjeringen, 2020). Planen fremhever behovet for å styrke bevisstheten om selvmordstematikk i den generelle befolkningen og utvalgte befolkningssegmenter gjennom å øke kunnskapsnivået, redusere stigma og bevirke tidligere hjelpsøking for dem som er selvmordstruet.

Befolkningsrettet helseopplysning handler om å overføre kunnskap og fakta til befolkningen om forebyggende tiltak, behandling og tilgjengelig hjelp. Målet er å påvirke folks holdninger og hjelpsøkende atferd (Mæland, 2021, s. 136). Flere studier (Pirkis et al., 2019; Torok, Caelear, Shand & Christensen, 2017) viser at opplysningskampanjer kan endre kunnskaper og holdninger til selvmord. Pirkis et al. (2019) viste i sin litteraturstudie at de fleste studiene som undersøkte holdninger til selvmord, fant positiv endring relatert til befolkningskampanjer. Studier har også vist at selv leger kan vegre seg for å spørre om selvmordstanker i redsel for at dette kan indusere nettopp slik atferd (Bajaj et al., 2008; Stoppe, Sandholzer, Huppertz, Duwe, & Staedt, 1999). En systematisk litteraturgjennomgang (Dazzi, Gribble, Wessely, & Fear, 2014) av 13 studier som undersøkte om det å spørre om selvmord kan indusere selvmordsatferd blant ungdom og voksne i risikopopulasjoner og den generelle befolkning, fant at slike spørsmål ikke ledet til noen signifikant økning i selvmordsatferd. En studie fra Australia (Nicholas et al., 2020) rapporterer at det å være mann, snakke et annet språk enn engelsk hjemme og være over 60 år var forbundet med den sterkeste troen på selvmordsmyter som at det å spørre noen om selvmord kan føre til selvmord.

Karras et al. (Karras, 2014) fant videre at de som hadde blitt eksponert for en selvmordsforebyggende kampanje, hadde større sannsynlighet for å ta kontakt med en hjelpetelefon. Dette understreker betydningen av at relevante helse- og støttetjenester har tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet, spesielt i kampanjeperioden (Torok et al., 2017). Robinson et al. (2013) fant at deltakerne mente at deres kampanje hadde økt deltakernes evne til å ta kontakt med hjelpetrengende eller søke hjelp basert på egne behov. Det er likevel få selvmordsforebyggende befolkningskampanjer som kan vise til signifikante effekter på endring i selvmordsatferd (Pirkis et al., 2019; Torok et al., 2017). Dette understreker et økt behov for forebygging på et bredere nivå. Det er også viktig at gjennomførte kampanjer evalueres og at kunnskap deles, slik at andre kan unngå å gjøre feil og gjenta det som var virkningsfullt (Pirkis et al., 2019).



Figur 1. Brosjyre til utdeling hos fastlege, 2015. (Byrå: Reload). **Figur 2.** Informasjonsbrosjyre eldre 2016. (Byrå: Reload)

«VelgåLeve» er et eksempel på en befolkningsrettet informasjons-og opplysningskampanje. Prosjektet startet i Rogaland i 2013 som et samarbeid mellom kommuner, fylkeskommune og de psykiatriske klinikkene ved Helse Stavanger. Forut for dette (2011–2013) var det etablert et lokalt nettverk med fokus på selvmordsforebygging, finansiert med lokale «såkornsmidler». I 2019–2021 ble prosjektet utvidet til å dekke hele Vestlandet, der Helse Vest RHF tok over ansvar for gjennomføring. Befolkningskampanjer som «VelgåLeve» fremheves som ett av flere tiltak som anbefales for å styrke befolkningens helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2021).

I Rogaland fylke ble det i perioden 2012–2020 registrert 551 dødsfall som følge av selvmord (Folkehelseinstituttet, 2021). En betydelig andel av disse var menn. I «VelgåLeve» prosjektet ble det gjennomført flere informasjons- og opplysningskampanjer rettet mot spesifikke grupper og mot den generelle befolkning om forebygging av selvmord i perioden 2015 til 2020.

Kampanjene hadde til hensikt å bidra til å bryte ned stigma og skape forståelse for at det ikke er farlig å prate åpent om selvmordstanker. Videre vektla man informasjon om hvor viktig det var å ta den potensielt livreddende samtalen, at det var hjelp å få, samt hvor en kan søke hjelp. «VelgåLeve» bygger på erfaringer som ble generert ved gjennomførte informasjonskampanjer i forskningsstudien Tidlig oppdagelse og Intervensjon ved Psykose (TIPS). TIPS har vist en tydelig sammenheng mellom informasjonskampanjer rettet mot den generelle befolkningen og utvalgte målgrupper vedrørende befolkningens forståelse av betydningen av tidlig hjelp og hjelpesøkende atferd ved alvorlige, tabubelagte psykoselidelser (Joa et al., 2008).

I «VelgåLeve» kampanjeperioden ble det gjennomført annonsekampanjer i aviser og på internett, åpning av hjelpetelefon, nettside (www.VelgåLeve.no) og Facebook (VelgåLeve), informasjon om prosjektet, reklameboard i bybildet og utarbeiding av brosjyremateriell.



Figur 3. Fra Helse Vest kampanje 2019. (Byrå: Dinamo)

Målet med denne studien er å undersøke a) hvilke oppfatninger befolkningen i VelgåLeve kampanjens opptaksområde hadde om det å snakke med en bekjent om selvmordstanker og om det å søke hjelp og b) om disse oppfatningene har endret seg over tid i tråd med sentrale budskap i kampanjen.

Følgende problemstillinger ble undersøkt;

Hvor stor andel i den generelle befolkning tror at det å snakke om selvmord i seg selv, kan gi noen en idé om at dette kan være en løsning på et problem?

Hva svarer respondentene at de ville gjøre hvis de var bekymret for at noen de kjenner skulle ta sitt eget liv?

Hva svarer respondentene at de ville gjøre hvis en bekjent virket svært deprimert og ga uttrykk for at vedkommende ikke ville søke hjelp?

Vi var også interessert i å undersøke om andelen respondenter som valgte de ulike svarkategoriene på disse spørsmålene, endret seg over de ulike måletidspunktene.

METODE

Et viktig element i «VelgåLeve» var befolkningsrettede informasjonskampanjer med fokus på både holdningskapende atferd, samt å øke kunnskap om tilgjengelig hjelp.

Følgende oversikt viser hovedaktiviteter og elementer i VelgåLeve informasjonskampanjer 2013–2020:

Tabell 1. Hovedaktiviteter og elementer i VelgåLeve informasjonskampanjer 2013–2020

Gjennom 2013 ble det gjennomført forberedelser for oppstart av informasjonskampanjer og mottak av henvendelser til de to helseforetakene i Rogaland.

Hjelpetelefon

Det ble etablert en hjelpetelefon etter modell av «TIPS-telefonen» i Stavanger og Akutt Ambulante Team (AAT) ved DPS-ene i Helse Stavanger HF. I Helse Fonna ble det opprettet et eget telefonnummer hvor personale fra DPS besvarte henvendelser. Alle brosjyrer og annonser inneholdt direkte telefonnummer til hjelpetelefon, AAT og Kirkens SOS.

Befolkningskampanje i media

Jevnlige annonser (både i papir og nettutgaver) i Stavanger Aftenblad og Haugesunds Avis samt i lokalaviser i Rogaland. Første annonsering var 05.01.2015. I tillegg ble det etablert en avtale med Lokalavisen hvor vi leverer redaksjonelt stoff om psykisk helse i tillegg til våre annonser som trykkes i hvert nummer. Det ble også etablert en avtale med TV-Vest, også i samarbeid med TIPS, med et kort annonseinnslag jevnlig i deres sendinger.

En uke utendørsreklame på ca. 70 busskur i Stavangerdistriktet, samt bussreklame. I 2019 var der også informasjonskampanje på oppslagtavler i bybildet (se figur 3).

En egen Facebook side tilegnet VelgåLeve ble opprettet, denne har blitt oppdatert gjennom hele prosjektperioden.

Brosjyremateriell

Det ble sendt ut brosjyrer til alle fastleger i Rogaland våren og høsten 2015. Det ble sendt ut brosjyre til alle ansatte i Helse Stavanger HF samt til kommuner i Rogaland våren 2015.

Det ble laget en informasjonsbrosjyre i visittkortstørrelse til ungdom, som ble delt ut til alle elever i videregående skole i Rogaland. Videre ble det laget en brosjyre til helsepersonell som arbeidet i eldresektoren, med utdeling høst 2015–2016.

Kompetanseheving hos utvalgte yrkesgrupper

Opplæringstiltak rettet mot allmennleger

Det ble opprettet en møteserie i samarbeid med Rogaland Legeforening, som er godkjent som videre- og etterutdanning i allmennmedisin. Moteserie på fem samlinger i perioden oktober 2014–mars 2015.

Det ble arrangert to fagdager høsten 2014 (Stavanger og Haugesund) og to fagdager i Stavanger høsten 2015 på DPS-ene i opptaksområdet, og hvor DPS inviterte tilhørende kommuner.

I prosjektperioden ble det også gjennomført årlige besøk på Helsestasjon for Ungdom i Sør-Rogaland samt alle videregående skoler med informasjon og brosjyremateriell. Fokus var nøkkelpersonene som helsesøstre, skolerådgivere, lærere, PPT, helsepersonell i eldresektor, oppfølgingstjenesten, ansatte i MOBA og ressurspersoner DPS/BUPA.

Årlige fokusområder, i tillegg til et fokus på den generelle befolkningen

I 2015 var fokus på unge. To fagdager gjennomført, besøk på videregående skoler.

I 2016 var det et særlig fokus på selvmord blant eldre (> 65 år) og personal ansatt i kommunal sektor i arbeid med eldre.

Erfaringer fra prosjektets oppstart og lokal kjennskap dannet grunnlaget for at vi i 2017 i de generelle befolkningskampanjene rettet et spesielt fokus på menn og endringer i arbeidsmarkedet i Rogaland fylke med økende arbeidsledighet. Det ble gjennomført møter og opplæring rettet mot LO, NAV og NHO.

For året 2018 var målgruppen igjen unge i alderen 15–24 år. En rettet et særlig fokus mot informasjonssteder som skole, NAV, frisklivssentraler, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Det ble arrangert lokale kurs fra Vivat selvmordsforebygging til personell som arbeider med unge.

Verdensdagen for selvmordsforebygging

Det ble gjennomført årlig markering på Verdensdagen for selvmordsforebygging i prosjektperioden – der det ble gjennomført arrangement i byparken i Stavanger i samarbeid med Landsforeningen for etterlatte etter selvmord (LEVE), videre markering med gratiskonsert i konsert-uset, Stavanger hvor vi fikk flere artister til å opptre gratis. I forkant av markeringen hadde vi en helsides annonse i Stavanger Aftenblad, Rogalands avis, Lokalavisen og lokalavisene.

VelgåLeve

I 2019 var VelgåLeve medarrangør for den 10. Nasjonale konferanse om selvmordsforskning og forebygging som ble arrangert 2.–3. april i Stavanger.

Samtidig ble det gjennomført egen skoledag for elever i videregående skole og publikumsforedrag.

Samme år ble VelgåLeve prosjektet presentert på den årlige Akuttpsykiatrikonferansen.

I 2019 overtok Helse Vest RHF økonomisk ansvar for gjennomføring av befolkningskampanjene i regionen, og en kampanje ble gjennomført våren 2019.

Befolkningsundersøkelse, holdninger og kunnskap

Gjennomført juni, 2013, juni 2017 og januar 2020, ved Respons Analyse. Helse Stavanger HF var oppdragsgiver.

Populasjon og utvalg

Respons analyse AS har gjennomført en rekke befolkningsundersøkelser på oppdrag for Helse Stavanger HF. I studien inngår data fra undersøkelser gjennomført i juni 2013, juni 2017 og januar 2020. Populasjonen består av personer over 18 år bosatt i Rogaland og Vestland fylke (tidligere Sogn og Fjordane og Hordaland). Utvalgsmetoden var gjennomføring av en internettbasert spørreskjemaundersøkelse basert på en e-postinvitasjon som ble distribuert ut til et befolkningsrepresentativt panel. Panelet består av respondenter (50 000 deltakere) som har gitt sitt samtykke til å motta invitasjoner til slike undersøkelser. Ut fra dette trekkes det et representativt utvalg for det området der undersøkelsen gjennomføres. Størrelsen på utvalget har variert noe de 3 årene undersøkelsen ble gjennomført. I 2013 var det 1071 respondenter og i 2017 svarte 1088 på spørreskjemaet. 1032 respondenter svarte i 2020. Det totale utvalget i studien består med dette av totalt 3191 personer, der deltakerne er nye personer i hver av panelrundene. Når et utvalg svarer på en undersøkelse, vil utvalget gjerne avvike litt i forhold til slik det skal være i forhold til hele befolkningen når det gjelder kjønn, alder og geografisk sammensetning. Respons analyse legger da inn vektorer i materialet slik at fordelingen på kjønn, alder og geografi blir tilnærmet lik slik den er i hele befolkningen (Si, Lee, & Heeringa, 2024). Kvinner ble vektet ned, alder ble vektet opp, og tilhørende Sogn og Fjordane ble vektet opp. I datasettet har vektene et gjennomsnitt på 1, slik at den vektete utvalgsstørrelsen er nøyaktig lik den uvektete utvalgsstørrelsen. Ved å bruke denne teknikken gjør en utvalget representativt for populasjonen med hensyn til kjønn, alder og fylkestilhørighet. En har med andre ord korrigert for skjevheter i utvalget ved vekting. (De vektete verdier i datasettet har en spredning fra; 0,42–3,59, gjennomsnitt er 1, standardavvik, 0,59). Tabeller og analyser som fremkommer i artikkelen er basert på vektete data.

Pilotundersøkelse

Det ble gjennomført en pretest av undersøkelsen ved å foreta 30 testintervjuer med populasjonen via internettt for å sikre stabilitet i spørreskjemaet, samt validere kvaliteten på den videre datainnsamlingen.



KARTLAGTE VARIABLELER

I studien ble følgende bakgrunnsvariabler kartlagt: fylke, kommune, kjønn, alderskategori, utdanning og forhold til yrkeslivet. Videre svarte respondentene på følgende spørsmål; «Tror du at det å snakke om selvmord i seg selv, kan gi noen en idé om at dette kan være en løsning på et problem?», «Dersom du observerte at en av dine bekjente virket så deprimert at du ble bekymret for at vedkommende kunne ta sitt eget liv, hva ville du da gjøre?» og «Dersom en av dine bekjente fremstod som svært deprimert, og ga uttrykk for at vedkommende ikke ville søke hjelp, hva ville du da gjøre?» Disse spørsmålene (Hjelmeland & Knizek, 2004; Renberg & Jacobsson, 2003) ble tilpasset norske forhold. Respondentene kunne også velge mellom forhåndsdefinerte flervalg svaralternativ (se Tabell 4–5, første kolonne).

Analyse

Respons analyse overførte aidentifiserte datafiler til forskerne i studien som har gjennomført analysene. Datasettene ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjon 26.0.0.1. For å undersøke svarene fra alle spørreundersøkelsene ble datasettene slått sammen i SPSS. Det ble deretter gjennomført deskriptive analyser. For kategoriske variabler ble det benyttet krysstabeller og Pearson kji-kvadrattest. Signifikansnivået ble satt til p verdi $< 0,05$ (tosidig). De standardiserte residualene ble deretter kalkulert for å identifisere potensielle forskjeller i svarene fra de ulike årene spørreundersøkelsene som ble gjennomført. I webundersøkelsene

hadde særlig den yngste målgruppen under 30 år vært vanskelige å nå, sammenlignet med de eldre som hadde en høy responsrate. Det var også skjevheter i responsraten mellom kjønnene. På bakgrunn av dette valgte Respons analyse å vekte resultatene på demografi i henhold til SSB sin folketelling i nedslagsområdet.

Forskningsetiske hensyn

«VelgåLeve» prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2012/1858/REK vest). Informasjonskampanjen ble på forhånd gjennomgått i styringsgruppen av eksperter på suicidologi og faglige råd fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning-og forebygging og Landsforeningen for etterlatte ved selvmord. I forbindelse med informasjonskampanjene ble det valgt å ha høy beredskap i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Resultater

I tråd med ulikhetene i befolkningsgrunnlaget fremkommer det i tabell 2 at de fleste respondentene kom fra Hordaland og færrest fra Sogn og Fjordane. Det samlede utvalget bestod videre av flest respondenter med den laveste utdanningsgraden, men man så en signifikant endring over tid i økning av antall respondenter med høyere utdanning. Av tabell 2 fremgår det også at respondentenes yrkesaktivitet har variert noe med årene. I 2020 var gruppen ikke yrkesaktive størst (38 %) i motsetning til 2013 da dette utgjorde den signifikant minste gruppen av respondenter (22 %).

Tabell 2. Utvalgsbeskrivelse

	2013	2017	2020
	% (N=1071)	% (N=1088)	% (N=1032)
KJØNN			
MANN	50,5 (541)	50,6 (551)	50,6 (522)
KVINNE	49,5 (530)	49,4 (537)	49,4 (510)
FYLKE			
SOGN OG FJORDANE	10,4 (111)	9,1 (99)	7,4 (76)
HORDALAND	51,4 (550)	52,6 (572)	55,3 (570)
ROGALAND	38,2 (409)	38,2 (416)	37,3 (385)
ALDER			
UNDER 30 ÅR	21,8 (234)	21,8 (237)	21,2 (219)
30–44 ÅR	27,6 (296)	27,0 (294)	26,6 (274)
45–59 ÅR	24,8 (266)	24,8 (270)	24,9 (257)
60 ÅR OG ELDRE	25,7 (275)	26,4 (287)	27,3 (282)
HØYEST FULLFØRTE UTDANNING			
INNTIL 4 ÅRS UTDANNING UTOVER GRUNNSKOLE	43,7 (468)	35,6 (385)	32,8 (338)
4–6 ÅRS UTDANNING UTOVER GRUNNSKOLE	32,0 (343)	27,1 (293)	26,6 (274)
6 ÅR ELLER MER UTDANNING UTOVER GRUNNSKOLE	24,3 (260)	37,3 (403)	40,6 (419) *
YRKESAKTIVITET			
JOBBER I PRIVAT SEKTOR	44,0 (471)	40,3 (438)	35,8 (369)
JOBBER I OFFENTLIG SEKTOR	33,7 (361)	28,0 (305)	26,6 (275)
IKKE YRKESAKTIV	22,3 (239)	31,7 (345)	37,6 (388) *

* P= <,001

Tabell 3.

Tror du at det å snakke om selvmord i seg selv, kan gi noen en ide om at dette kan være en løsning på et problem?			
	2013	2017	2020
	% (N=1071)	% (N=1088)	% (N=1032)
JA, I STOR GRAD	6,2 (66)	6,3 (68)	8,1 (84)
JA, I NOEN GRAD	34,3 (367)	30,7 (334)	39,8 (411)
NEI, I MINDRE GRAD	29,7 (318)	29,7 (323)	27,6 (285)
NEI, IKKE I DET HELE TATT	15,6 (167)	17,3 (188)*	9,5 (98) *
IKKE SIKKER	13,5 (145)	15,2 (165)	14,0 (144)
ØNSKER IKKE Å SVARE	0,7 (8)	0,9 (10)	1,0 (10)

* P= <,001

Tabell 4.

Dersom du observerte at en av dine bekjente virket så deprimeret at du ble bekymret for at vedkommende kunne ta sitt eget liv, hva ville du da gjøre? (flervalgsmulighet)				
	2013	2017	2020	P-verdi*
	% (N=1071)	% (N=1088)	% (N=1032)	
TATT EN PRAT MED VEDKOMMENDE	60,3 (646)	64,5 (702)	69,4 (716)	,000
IKKE VURDERT DETTE	39,7 (425)	35,5 (386)	30,6 (316)	
BE VEDKOMMENDE TA KONTAKT MED PROFESJONELL HJELP	44,9 (481)	52,8 (574)	54,2 (559)	,000
IKKE VURDERT DETTE	55,1 (590)	47,2 (514)	45,8 (473)	
VILLE SELV KONTAKTET NÆRMESTE PÅRØRENDE	39,5 (423)	41,5 (451)	42,1 (434)	,457
IKKE VURDERT DETTE	60,5 (648)	58,5 (637)	57,9 (598)	
VILLE SELV KONTAKTE EN LEGE, PSYKIATER ELLER PSYKOLOG	20,4 (219)	20,3 (221)	21,1 (218)	,866
IKKE VURDERT DETTE	79,6 (852)	79,7 (867)	78,9 (814)	

* kji-kvadrattest



Er det farlig å snakke med en bekjent om selvmord?

I tabell 3 fremkommer det at det i 2017 var signifikant færre som i noen grad trodde at det å snakke om selvmord i seg selv kunne gi noen en idé om at dette kunne være løsningen på et problem, sammenlignet med 2013 ($p = < ,000$) (Pearson Kji-kvadrattest). Resultatet fra spørreundersøkelsen i 2020 viste en signifikant negativ tendens; antall respondenter som svarte at de trodde det samme, hadde da økt til 39 % fra 31 % i 2017 ($p = < ,000$) (Pearson Kji-kvadrattest). Det var ingen endring i antall som ikke ønsket å svare på spørsmålet eller ikke var sikre. Analysene viste ingen signifikante forskjeller for kjønn, eller mellom deltakende fylker.

Andelen som ville tatt en prat med sin bekjente dersom de var bekymret for at vedkommende skulle ta sitt eget liv, økte signifikant mellom 2013 (60 %) og 2020 (65 %) ($p = < ,000$) (Pearson Kji-kvadrattest) (se tabell 4). Det observertes også en signifikant økning (9,7 % fra 2013 til 2020) for de som svarte at de ville bedt vedkommende ta kontakt med profesjonell hjelp ($p = < ,000$) (Pearson Kji-kvadrattest). I 2013 svarte 45 % av respondentene at de ville gjort dette, sammenlignet med 54 % av respondentene i 2020. En videre analyse for dette spørsmålet viste en signifikant økning over tid, fra 2013 til 2020, for dem med lengst utdanningslengde ($p = < ,05$) (Pearson Kji-kvadrattest). Blant de yngste valgte 74 % dette svaralternativet, sammenlignet med 57 % av respondentene på 60 år og eldre ($p < ,000$) (Pearson Kji-kvadrattest).

Tabell 5.

Dersom en av dine bekjente fremstod som svært deprimert, og ga uttrykk for at vedkommende ikke ville søke hjelp, hva ville du da gjøre? (flervalgsmulighet)				
	2013	2017	2020	P-verdi*
	% (N=1071)	% (N=1088)	% (N=1032)	
KONTAKTE NÆRMESTE PÅRØRENDE ELLER VENN	60,6 (649)	61,8 (672)	62,8 (648)	,585
IKKE VURDERT DETTE	39,4 (422)	38,2 (416)	37,2 (384)	
PRØVD Å OVERTALE VEDKOMMENDE TIL Å SØKE HJELP	54,9 (588)	57,1 (621)	59,8 (617)	,077
IKKE VURDERT DETTE	45,1 (483)	42,9 (467)	40,2 (415)	
KONTAKTE FASTLEGE ELLER LEGEVAKT	26,7 (286)	31,7 (345)	27,9 (288)	,027
IKKE VURDERT DETTE	73,3 (785)	68,3 (743)	72,1 (744)	
KONTAKTE KIRKENS SOS ELLER MENTAL HELSES HJELPETELEFON	3,9 (126)	4,9 (156)	7,0 (222)	,000
IKKE VURDERT DETTE	88,2 (945)	85,7 (932)	78,5 (810)	
KONTAKTE POLITI	3,7 (40)	5,4 (59)	6,8 (70)	,007
IKKE VURDERT DETTE	96,3 (1031)	94,6 (1029)	93,2 (962)	

* kji-kvadrattest

På spørsmål om hvem en ville kontakte dersom en av deres bekjente fremstod som svært deprimert, og ikke ville søke hjelp selv, svarte 62 % at de ville kontaktet nærmeste pårørende eller en venn. Dette er det hyppigst svarte alternativet, og hyppigere valgt enn å kontakte hjelpetjenester som Kirkens SOS og Mental Helses Hjelpetelefon (se tabell 5). Analysen viser en signifikant økning mellom 2013–2020 i andelen som ville ha kontaktet politiet (fra 4 til 7 %) ($p<,007$) og Kirkens SOS eller Mental Helses hjelpetelefon (fra 4 til 7 %) ($p<,000$).

«Hovedfunnet i denne studien var en økning i antallet som ville tatt kontakt og snakket med sin bekjente dersom de var redde for at vedkommende ville ta sitt eget liv i løpet av prosjektperioden til «VelgÅLeve»».

DISKUSJON

Hovedfunnet i denne studien var en økning i antallet som ville tatt kontakt og snakket med sin bekjente dersom de var redde for at vedkommende ville ta sitt eget liv i løpet av prosjektperioden til «VelgÅLeve». Dette samsvarer med kampanjens budskap om at det ikke er farlig å snakke om selvmord. Robinson (2013) fant det samme i sin studie; deltakerne identifiserte kampanjen som et viktig virkemiddel for at de selv hadde tro på at de kunne prate med individer som fremstod som hjelpetrengende. Resultatene fra «VelgÅLeve» prosjektet viste også at demografiske variabler som utdanningsnivå påvirker i hvilken grad man våger å snakke om selvmordstanker. Personer med høyere utdanning svarer oftere at de ville valgt å prate med sin bekjente, sammenlignet med personer i befolkningen med lavere utdanning. Dette samsvarer med befolkningens helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende området; personer med høyere utdanning har høyere helsekompetanse enn de med lavere utdanning (Helsedirektoratet, 2021). I vår studie økte andelen med høyere utdanning fra 2013 til 2020, noe som kan ha påvirket funnene. Forskningslitteraturen på dette området (utdanning) er ikke helt entydig. Man finner ganske ofte en signifikant sammenheng mellom høyere «suicide literacy» (kunnskap om selvmord og selvmordsforebygging) og høyere utdanningsnivå (Batterham, Cleave, & Christensen, 2013; Ludwig, Dreier, Liebherz, Härter, & von dem Knesebeck, 2022; Money & Batterham, 2021; Williams, 2018), mens funn på sammenhengen mellom utdanningsnivå og holdninger og stigma knyttet til selvmord er mer sprikende (Williams, 2018). Videre finner man (Batterham et al., 2013; Money & Batterham, 2021;

Williams, 2018) også at bosted i områder med høy sosioøkonomisk status var assosiert med høyere stigma, så det er sannsynlig at sammenhengene på dette området er sammensatt. Vår studie viser også forskjeller i yrkesaktivitet, ikke bare utdanning. Det er en signifikant større andel «ikke yrkesaktiv» fra 2013 til 2020 i undersøkelsen vår. Det kan også teoretisk ha påvirket resultatene, men da potensielt mer i motsatt retning av endringene i utdanningsnivå (Batterham et al., 2013; Money & Batterham, 2021).

Resultatene fra «VelgåLeve» prosjektet viser at en økende andel av befolkningen, i perioden 2013–2020, tror at det å prate om selvmord kan gi folk en tanke om at selvmord er en løsning på et problem. Tallene viser, samlet sett, at omkring halvparten av befolkningen tror det kan være skadelig. Våre funn peker derfor i retning av at befolkningens intensjoner om å handle i situasjoner hvor de er bekymret for selvmord har endret seg, men at det er mer utfordrende å påvirke befolkningens holdninger. Dette står i kontrast til funn fra flere systematiske litteraturstudier, hvor man har funnet at slike kampanjer kan endre befolkningens holdninger til selvmord i en positiv retning (Daigle et al., 2006; Robinson et al., 2013; Robinson, Braybrook, & Robertson, 2014). Forskningen spriker mer når det gjelder atferdsmessige endringer. Noen studier finner at kampanjer ikke påvirker befolkningens atferd (Daigle et al., 2006; Till, Sonneck, Baldauf, Steiner, & Niederkrotenthaler, 2013, s. 9), mens andre påviser en bedret hjelpesøkende atferd (Bossarte et al., 2014; Jenner, Jenner, MatthewsSterling, Butts, & Williams, 2010; Oliver et al., 2008). Studien til Nicholas et al. (Nicholas et al., 2020) viser at holdninger om selvmord er forbundet med myter og kan være negativt assosiert med en mulig handlingsintensjon. En kunne tenke seg at hvis en var uttalt redd for å gjøre noe galt, kan en vegre seg for å ta en prat med en som en er bekymret for skulle ville ta sitt eget liv.

Vi fant tydelige forskjeller mellom ulike alders segmenter: de yngre under 30 år oppga oftere at de ville prate om selvmord (74 %), sammenlignet med eldre over 60 år (57 %). Noe av forklaringen på denne forskjellen kan være at yngre blir mer eksponert for disse temaene, blant annet gjennom ulike former for sosiale media. For eksempel finnes det hemmelige nettverk på sosiale media hvor yngre med selv- mordstanker finner sammen for å gi støtte og trøst, men også utveksle metoder og erfaringer (Kjølleberg, 2019). Samtidig blir serier som «13 Reasons Why», som forteller historien om tiden før et konkret selv- mord, sett av mange i denne aldersgruppen. Dette kan føre til at selvmord og selvmordstanker blir et tema for samtale og diskusjon, som kan ufarliggjøre temaet og gjøre det lettere å snakke om i forebyggende sam- menhenger. I beste fall er dette uttrykk for en kohort effekt og at de som er unge i dag, i større grad vil våge å snakke med og hjelpe en bekjent til hjelpetjenester etter hvert som de blir eldre også.

Vi fant og en tendens til at folk foretrekker å hjelpe andre uten å kontakte det offentlige hjelpe- apparatet. I tillegg til å selv ta en prat med personen med et hjelpebehov, svarte mange at de ville kontaktet nærmeste pårørende eller prøvd å overtale vedkom- mende til å søke hjelp selv.

Studien viste en signifikant økning i andelen som ville ha kontaktet hjelpetelefoner som Kirkens SOS og Mental helse i løpet av prosjekt- perioden. Sistnevnte støttes av Karras et al. (2014), som fant at de som hadde blitt eksponert for en selv- mordsforebyggende kampanje hadde større sannsyn- lighet for å ta kontakt med en hjelpetelefon. Overnevnte resultater samsvarer i stor grad med kampanjens mål om å utfarliggjøre samtale om selvmord, og samtidig informere om hjelpetjenester.

«Yngre under 30 år oppga oftere at de ville prate om selvmord sammenlignet med eldre over 60 år.»

Styrker og begrensninger ved studien

En av de største begrensningene i studien er at det ikke har vært mulig å undersøke svaralternativene opp mot hvem som har sett kampanjen, grunnet datamaterialets utforming. Denne studien har bare kartlagt en holdningsvariabel vedørende suicidalitet, og det er vanskelig å trekke noen konklusjon om holdninger til å snakke om selvmord har endret seg i perioden. Studiens utvalg varierer også fra år til år og respondentene er anonymisert, forfatterne av studien har ikke kjennskap til om samme individ har svart en eller flere ganger i telefonintervju. Samtidig har det i perioden generelt blitt en større åpenhet om psykiske lidelser som depresjon og om suicidalitet generelt, slik at man ikke kan trekke konklusjoner om at dette skyldes våre kampanjer og de observerte endringer i denne studien. Det er også en begrensning og en svakhet at kampanjene, særlig i siste del av perioden, er gjennomført uten en kontrollgruppe (en befolk- ningsundersøkelse gjennomført i en annen helse region enn vestlandet). En styrke med studien er det store utvalget, som totalt i overkant 3000 respondenter fordelt på Rogaland og Vestland fylke. Studien har videre 3 ulike tidspunkt for måling, noe som gjør at en utvikling over tid kan studeres. En svakhet ved analy- sen er at dette er gjort på vektete data, og de reelle forskjellene i vår populasjon ikke vises.



Implikasjoner

Studien belyser at enkelte grupper, som personer med lavere utdanning og eldre, i mindre grad ville valgt å prate om selvmord. Dette kan brukes i det videre selvmordsforebyggende arbeidet, da det understreker et behov for å målrette kampanjene mot bestemte deler av befolkningen. Våre funn understreker at det fortsatt må arbeides med å spre informasjon om at det ikke er farlig å prate om selvmord, med mål om å øke kunnskapsnivået og redusere stigma relatert til psy- kiske lidelser og selvmordsproblematikk. Det er behov for jevnlig og forsterket informasjon om hvordan og hvor personer i selvmordsfare kan hjelpes, i det et flertall fremdeles anga at de ville forsøkt å hjelpe uten involvering fra det offentlige hjelpeapparatet.

Forskning vedrørende helseopplysningskampan- jer viser også at disse må gjentas med regelmessige mellomrom for ikke å miste effekten (Joa et al., 2008; Morgan, Reavley, Ross, Too, & Jorm, 2018). Enkelt stående kampanjer er av begrenset verdi, og har begrenset varighet.

KONKLUSJON

Denne studien viste at vestlandbefolkningens holdninger til åpenhet og handlingsintensjoner ved selvmordsproblematikk i noen grad har endret seg i løpet av prosjektperioden. Vi fant at særlig de yngre aldersgruppene og de med høyere utdanning i større grad tør å snakke om selvmord.

VelgåLeve har mottatt prosjektstøtte fra Rogaland Fylkeskommune, Extrastiftelsen, samhandlingsmidler fra Helse Vest RHF samt intern finansiering fra Helse Stavanger HF.

Takksigelse:

Vi vil gi en ekstra takk til Marit Marvik og Sveinung Dybvig for viktige bidrag i prosjektet VelgåLeve.

REFERANSER

Bajaj, P., Borreani, E., Ghosh, P., Methuen, C., Patel, M. & Joseph, M. (2008). Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med*, 5(4), 229-235.

Batterham, P. J., Calear, A. L. & Christensen, H. (2013).

Correlates of Suicide Stigma and Suicide Literacy in the Community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406-417. <https://doi.org/10.1111/sltb.12026>

Bossarte, R. M., Karras, E., Lu, N., Tu, X., Stephens, B., Draper, J. & Kemp, J. E. (2014). Associations between the Department of Veterans Affairs' suicide prevention campaign and calls to related crisis lines. *Public Health Rep*, 129(6), 516-525. <https://doi.org/10.1177/003335491412900610>

Daigle, M., Beausoleil, L., Brisoux, J., Raymond, S., Charbonneau, L. & Desaulniers, J. (2006). Reaching suicidal people with media campaigns: new challenges for a new century. *Crisis*, 27(4), 172-180. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.4.172>

Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S. & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation?

What is the evidence? *Psychol Med*, 44(16), 3361-3363. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001299>

Folkehelseinstituttet. (2021). *Dødsårsaksregisteret – statistikk*. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Helsedirektoratet. (2021). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2004). The General Public's Views on Suicide and Suicide Prevention, and their Perception of Participating in

a Study on Attitudes towards Suicide. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 345-359. <https://doi.org/10.1080/13811110490476725>

Jenner, E., Jenner, L. W., Matthews-Sterling, M., Butts, J. K & Williams,

T. E. (2010). Awareness effects of a youth suicide prevention media campaign in Louisiana. *Suicide Life Threat Behav*, 40(4), 394-406. doi: 10.1521/suli.2010.40.4.394

Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I.,

... Larsen, T. K. (2008). The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophr Bull*, 34(3), 466-472. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm095>

Karras, E. S., B. Kemp, J. E. & Bossarte, R. M. (2014). Using media to promote suicide prevention hotlines to Veteran households.

Inj Prev, 20(1), 62-65. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040742>

Kjølleberg, E., Moland, A., Holm, C. & Grafsrønningen, M. (2019 November 3). Forsker om skjult nettverk – Skadelige fellesskap.

Hentet fra [https://www.nrk.no/dokumentar/forsker-om-det-morke-nettver-](https://www.nrk.no/dokumentar/forsker-om-det-morke-nettver- ket_-_skadelige-fellesskap-1.14739040) ket_-_skadelige-fellesskap-1.14739040

Ludwig, J., Dreier, M., Liebherz, S., Härter, M. & von dem Knesebeck, O. (2022). Suicide literacy and suicide stigma – results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*, 31(4), 517-523. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875421>

L. Williams, C., Cero, I., Gauthier, J. M. & K. Witte, T. (2018).

Examination of the latent factor structure and construct validity of

the stigma of suicide scale-short form. *Death Studies*, 42(10), 616-626. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1416431>

Money, T. T. & Batterham, P. J. (2021). Sociocultural factors associated with attitudes toward suicide in Australia. *Death Studies*, 45(3), 219-225. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626943>

Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S. & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 103, 120-133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget AS.

Nicholas, A., Niederkrotenthaler, T., Reavley, N., Pirkis, J., Jorm, A. & Spittal, M. J. (2020). Belief in suicide prevention myths and its effect on helping: a nationally representative survey of Australian adults.

BMC Psychiatry, 20(1), 303. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02715-9>

Oliver, R. J., Spilsbury, J. C., Osiecki, S. S., Denihan, W. M., Zureick, J. L. & Friedman, S. (2008). Brief Report: Preliminary Results of a Suicide Awareness Mass Media Campaign in Cuyahoga County, Ohio.

Suicide and Life-Threatening Behavior, 38(2), 245-249. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.245>

Pirkis, J., Rossetto, A., Nicholas, A., Ftanou, M., Robinson, J. & Reavley, N. (2019). Suicide Prevention Media Campaigns:

A Systematic Literature Review. *Health Commun*, 34(4), 402-414. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1405484>

Regjeringen. (2020). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/>

Renberg, E. S. & Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide Life Threat Behav*, 33(1), 52-64. <https://doi.org/10.1521/suli.33.1.52.22784>

Robinson, M., Braybrook, D. & Robertson, S. (2013). “Talk” about male suicide? Learning from community programmes. *Mental Health Review Journal*, 18(3), 115-127. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-12-2012-0034>

Robinson, M., Braybrook, D. & Robertson, S. (2014). Influencing public awareness to prevent male suicide. *Journal of Public Mental Health*, 13(1), 40-50. <https://doi.org/10.1108/JPMH-05-2013-0028>

Si, Y., Lee, S. & Heeringa, S. G. (2024). Population Weighting in Statistical Analysis. *JAMA Internal Medicine*, 184(1), 98-99. doi:10.1001/jamainternmed.2023.6300

Stoppe, G., Sandholzer, H., Huppertz, C., Duwe, H. & Staedt, J. (1999). Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *J Affect Disord*, 54(1-2), 193-198. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00149-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00149-9)

Strøm M, S. K., Raknes G., Slungård G. & Fagerås S. (2023).

Dødsårsaksregisteret. Dødsårsaker i Norge i 2022. (Cause of Death

Registry. Causes of death in Norway in 2022). Oslo. Hentet fra

Till, B., Sonneck, G., Baldauf, G., Steiner, E. & Niederkrotenthaler, T. (2013). Reasons to Love Life. *Crisis*, 34(6), 382-389. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000212>

Torok, M., Cleave, A., Shand, F. & Christensen, H. (2017). A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. *Suicide Life Threat Behav*, 47(6), 672-687. <https://doi.org/10.1111/sltb.12324>

Walby, F. A., Astrup, H., Giil, E & Myhre, M.Ø. (2023). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2019-2020 – Selvmord under døgnopphold. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Hentet fra www.uio.no/kartleggingssystemet

WHO, W. H. O. (2021). *Suicide* WHO. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>