

Sluttrapport

Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord.
Hordaland 2000 – 2002

Prosjektleder
Målfrid Litlere
Psykiatrisk Divisjon
Helse Bergen

E-post: malfrid.litlere@helse-bergen.no

1	Innledning	3
2	Bakgrunn	3
	2.1 Handlingsplan mot selvmord 1994 –1999	3
	2.2 Oppfølgingsprosjektet Tiltak mot selvmord.....	3
	2.3 Selvmord i Norge	4
	2.4 Selvmord i Hordaland	4
3	Definisjoner	5
4	Mål for prosjektet i Hordaland	6
	4.1 Den overordna målsetningen	6
	4.1 Målgruppe	6
5	Oversikt over kommuner og sykehus i Hordaland fylke	6
6	Organisering av prosjektet	7
	6.1 Styringsgruppe	7
	6.2 Helsetilsynet	7
	6.3 Prosjektleder	8
	6.4 Økonomi og prosjektets varighet	8
	6.5 Ressursmiljø Vest og Nasjonalt ressursnettverk	8
7	Planlegging og kartlegging	8
	7.1 Prosjektbeskrivelse	8
	7.2 Kartlegging av eksisterende rutiner og tilbud	8
	7.3 Vurdering	9
8	Delmål 1, Tiltakskjede	10
	8.1 Haukeland Universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus	10
	8.2 Kommuner og bydeler	11
	8.3 Bergen Legevakt, ambulansetjenesten	12
	8.4 Voss Sjukehus	12
	8.5 Stord og Odda sjukehus	12
	8.6 Informasjon / nyhetsbrev	12
	8.7 Vurdering, delmål 1	13
9	Delmål 2, Etterlatte ved selvmord	14
	9.1 Etterlatte ved selvmord	14
	9.2 Vurdering, delmål 2	15
10	Delmål 3, Kompetansehevning	15
	10.1 Forebyggingsforum	15
	10.2 VIVAT førstehjelpskurs	16
	10.3 Nasjonal konferanse	16
	10.4 Undervisning	17
	10.5 Vurdering, delmål 3	17
11	Måloppnåelse	18
12	Sluttkommentar	20
13	Vedlegg	21

2 Innledning

Sluttrapport for Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord i Hordaland 2000 – 2002 gir en oversikt over bakgrunn, målsetning, organisering og aktivitet som har vært gjennomført i prosjektperioden. Sluttrapporten bygger på målsetningen i prosjektbeskrivelsen for oppfølgingsprosjektet. Denne ble anbefalt av Helsetilsynet i mai 2001 og godkjent i Styringsgruppen i juni 2001.

2 Bakgrunn

2.1 Handlingsplan mot selvmord 1994 –1999

hadde som hovedmål : "I løpet av 1990-årene skal helsetjenesten bidra til å bryte den negative utviklingen med økt selvmordshyppighet fra slutten av 1960-årene." Handlingsplanen hadde en sekundærforebyggende strategi med fokus på faglig styrking av helsetjenesten og tilbudet til selvmordsutsatte grupper.

Ett av delmålene var at det skulle etableres ett nasjonalt senter og regionale ressursmiljøer knyttet til landets helseregioner. I helseregion Vest ble dette knyttet til Psykiatrisk Institutt i Bergen. I tillegg til kompetanseutvikling, veiledning og nettverksbygging, ble det startet opp 2 kliniske prosjekter, Haukelandsprosjektet og et prosjekt ved Haugesund Sykehus. Siktemål for disse var å innføre gode samarbeidsrutiner mellom sykehus og førstelinjetjenesten når det gjelder oppfølging av selvmordsforsøkere.

Haukelandsprosjektet, ledet av Erlend Bergersen, stoppet av ulike årsaker opp før rutiner ble innført. Ressursmiljøet i helseregion Vest ble nedlagt ved handlingsplanens utløp 31.12.99.

2.2 Oppfølgingsprosjektet Tiltak mot selvmord.

I forlengelsen av handlingsplanen oppretter Statens helsetilsyn et nytt treårig prosjekt fra 1.januar 2000.

For å stimulere til økt aktivitet i de tre fylkene i helseregion Vest, ble det opprettet to stillinger, fordelt på én stilling til Hordaland (Målfrid Litlere), ½ stilling til Sogn og Fjordane (Mona Holmefjord) og ½ stilling til Rogaland (Torild Ånestad). Disse har sammen med representant fra fylkeslegene i de tre fylkene utgjort det regionale ressursmiljø i Helseregion Vest. Nasjonal prosjektleder Nils Petter Reinholt har hatt særlig oppfølgingsansvar for denne regionen. Prosjektlederne inngikk i det nasjonale nettverk, dette har hatt to samlinger pr. år.

Hovedmål for oppfølgingsprosjektet var: Å styrke helsetjenestens kompetanse og tilbud for mennesker i selvmordskrise. I Sosial og helsedepartementets rundskriv til fylkeskommuner og kommuner i forbindelse med Opptappingsplan for psykiatrien (1999) omtales oppfølgings- og behandlingsrutiner for selvmordsutsatte personer og det anbefales å etablere slike, samt samarbeidsordninger mellom sykehus, lokale psykiatriske enheter og andre deler av helsetjenesten, bl.a. kommunehelsetjenesten.

En betydelig oppgave for de regionale ressursmiljøene skulle være å bistå fylkeskommuner og kommuner i å utvikle rutiner og kompetanse.

2.3 Selvmord i Norge

Sammenlignet med andre land lå selvmordsraten (antall per 100 000) i Norge lenge meget lavt. I 1950- og 1960- årene holdt selvmordsraten seg på mellom 7 og 8, som tilsvarte 250 selvmord pr år. Fra slutten av 1960-årene økte selvmordsraten kraftig og var i årene 1986-1990 fordoblet til 16, tilsvarende 650 selvmord pr år. I 5-årsperioden 1996-2000 ble det registrert 534 selvmord i gjennomsnitt pr. år, raten var på 12.4 per 100 000 innbyggere. Dette er en gledelig nedgang. Statistikken for de yngre aldersgrupper har ikke hatt en like klar nedgang, men selvmordsraten har flatet ut i 1990-årene.

Tallene er mer usikre når det gjelder selvmordsforsøk. I faglitteraturen er det vanlig å anslå 10 ganger så mange selvmordsforsøk som registrerte selvmord. Resultater fra regionale prosjekter i flere land viser imidlertid en stor variasjon i forholdet mellom villet egenskade og parasuicid på den ene siden og registrerte selvmord.

2.4 Selvmord i Hordaland

Ser vi på tallene for Hordaland (tabell 1), har 250 mennesker tatt sitt eget liv i løpet av 5-årsperioden (1996-2000), 181 menn og 69 kvinner. I tillegg er det registrert 9 dødsfall der det var ukjent om årsaken er uhell eller påført med hensikt i samme perioden.

Hvis man legger til grunn 10 forsøk per selvmord skulle man forvente 2500 selvmordsforsøk i Hordaland i 5-årsperioden 1996-2000. I tillegg kommer de som skader seg selv og de som har selvmordstanker. Selvmordsatferd er et betydelig helseproblem også i vårt fylke.

Tabell 1: Antall registrerte selvmord i Hordaland år 1986 - 2000
(Tall fra SSB)

År	86/90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
Alle	44	52	37	57	40	50	48	43	41	68	50
Menn	34	35	25	44	27	37	35	29	31	53	33
Kvinner	9	17	12	13	13	13	13	14	10	15	17

Vestlandsfylkene har ligget lavest på selvmordsstatistikken i Norge. Men når selvmordsraten ellers i landet gikk ned i 1990 årene, viser statistikken en stabilitet her i vest (se tabell 2).

Dette har ført til at den tidligere forskjellen mellom Hordaland og andre deler av landet har blitt redusert eller blitt borte.

Tabell 2: Selvmord over tre 5-årsperioder i Hordaland
Årlig gjennomsnitt i antall og rater (pr. 100 000) sammenlignet med rate for hele landet (tall i parentes).

5-årsperioder	86/90	91/95	96/2000
	Antall – Rate	Antall – Rate	Antall – Rate
Alle	44 – 10.7 (15.6)	47 - 11.3 (13.8)	50 - 11.7 (12.4)
Menn	34 – 17 (22.9)	34 - 16.2 (20.5)	36 - 16.9 (18.4)
Kvinner	9 - 4.6 (8.2)	14 - 6.5 (7.1)	14 - 6.4 (6.3)

3 Definisjoner

Dette prosjektet har hatt hovedfokus på forebygging av selvmord til særlig utsatte grupper. Selvmordsforsøk (parasuicid) er en av de viktigste risikofaktorene for selvmord. Av disse dør 5 – 10 % senere for egen hånd og de fleste i løpet av første året etter selvmordsforsøket (Rygnestad 1997).

Selvmord er et svært traume for de etterlatte. Forskning viser at mange påføres betydelig helseskader både fysisk og psykisk, det er også en øket forekomst av selvmordsforsøk og selvmord blant de etterlatte.

Selvmordsatferd kan være vanskelig å forstå, både med hensyn til begreper og atferd. Retterstøl sin definisjon av selvmord er anerkjent:

”Ved selvmord forstås vi en bevisst og villet handling, som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden.” (Retterstøl 1995)

Det kan være vanskelig å vurdere intensjonen, for det foreligger vanligvis en betydelig ambivalens ved all selvmordsatferd. I praksis er selvmordsintensjonen enda vanskeligere å vurdere når det dreier seg om selvdestruktiv atferd som ikke fører til døden.

Der brukes det flere begreper og definisjoner:

Selvmordsforsøk

”Ved selvmordsforsøk forstås vi en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden.” (Retterstøl 1995)

Parasuicid defineres av WHO som:

”Et forsøk på egenskade som ikke ender med døden. Individet har med vilje utført en handling som uten hjelp eller intervensjon fra andre ville skade ham, eller med vilje tatt et stoff i mengder utover det som er foreskrevet eller ellers vanlig anerkjent terapeutisk dose, hvor målet er å oppnå forandringer som han eller hun ønsket å oppnå ved hjelp av de forventede fysiske konsekvenser.”

ICD 10 benytter betegnelsen *villet egenskade* (X6n)

Her er det og tale om intensjon og handling. Den sier at intensjonen var å skade seg selv og at det fant sted en selvdestruktiv handling. Betegnelsen forsøker ikke å skille mellom selvmordsforsøk eller ikke, eller inkludere begge disse muligheter. Men informasjonen blir begrenset slik at blir nødvendig med en nærmere presisering både av handling og intensjon. (Øivind Ekeberg, Suicidologi 1/2001)

4 Mål for prosjektet i Hordaland

4.1 Den overordnede målsetningen

Var at *helsetjenesten i Hordaland skulle iverksette tiltak som kunne bidra til å redusere selvmordsfrekvensen i fylket.*

Delmål:

- 1 Å etablere en **effektiv tiltakskjede** for målgruppen mellom ulike instanser i helsetjenesten i Hordaland, legevakt, somatisk sykehus, psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og bydels- og kommunehelsetjenesten, skulle være hovedmålsettingen for prosjektet.
- 2 **Etterlatte etter selvmord** er og en utsatt gruppe. En målsetning var at det skulle finnes egnede oppfølgingstilbud som ble tilbudt denne gruppen i hele fylket.
- 3 Bidra til **kompetanseheving** innen selvmordsforebygging til relevante personellgrupper innen aktuelle deler av kommune og spesialisthelsetjenesten.

4.2 Målgruppe

Valg av målgruppe for prosjektet ble drøftet i styringsgruppen. En kom fram til at alle med selvpåførte skader uansett motiv og alvorlighetsgrad må anses for å være i en slik krise at de trenger oppfølging/behandling i tillegg til somatisk behandling.

Hovedmålgruppen for prosjektet er altså personer som behandles i helsetjenesten for selvpåført skade/ forgiftning og selvmordsforsøk.

5 Oversikt over kommuner og sykehus i Hordaland fylke

Hordaland fylke har et folketall på 438 253 fordelt på 32 landkommuner og Bergen bykommune. Kommunene varierer svært i størrelse. Den minste landkommune har 345 innbyggere, den største 20 575 innbyggere og Bergen har 233 291 innb.

Dette fylket betjenes av 5 somatiske sykehus, det ene privat.

(Alle tall er hentet fra Statistisk sentralbyrå 01.01.2002)

Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus (privat) har sammen lokalsykehusansvar for 15 kommuner og 8 bydeler med et befolkningsgrunnlag på 341 332.

Voss Sjukehus, Helse Bergen, betjener 6 kommuner og 29 051 innbyggere.

Dette utgjør Helse Bergen som til sammen betjener 370 383 innbyggere.

Odda Sjukehus, Helse Fonna er lokalsykehus for 4 kommuner og 13 206 innbyggere
Stord Sjukehus, Helse Fonna er lokalsykehus for 5 kommuner og 46 015 innbyggere.
Disse to sykehusene ble ved sykehusreformen organisert sammen med Haugesund sykehus i Helse Fonna, slik at helseforetakene ikke følger fylkesgrensene i helseregion Vest.
Haugesund Sykehus, Helse Fonna er lokalsykehus for hordalandskommunene Etne, Ølen og Sveio.

6 Organisering av prosjektet

For å videreføre det selvmordsforebyggende arbeid i Hordaland fikk fylkeskommunen i oppdrag av helsetilsynet å etablere et prosjekt med utgangspunkt i den utøvende helsetjenesten i fylket.

Prosjektet ble lagt til divisjon psykiatri ved Haukeland sykehus, direkte under divisjonsdirektør Per Isaksen. Det ble valgt en enkel organisering som beskrives nedenfor. Prosjektleder hadde dessuten frihet til å opprette avgrensede arbeidsgrupper ift. deler av prosjektet.

6.1 Styringsgruppe

Har vært beslutningsorgan og hatt det overordnede ansvar for prosjektet. Styringsgruppen ble oppnevnt ut fra interesse for tema og legitim myndighet på de viktigste arenaene: spesialisthelsetjenesten innen somatikk og psykisk helsevern, kommunehelsetjenesten og Hordaland fylkeskommune.

Den bestod av:

Per Isaksen, divisjonsdirektør psykiatri, Haukeland Sykehus. Leder
Målfrid Litlere, prosjektleder, sekretær
Harald Aasen, bydelsoverlege Bergen kommune
Kjellaug Enoksen, overlege med. avd., Haukeland Universitetssykehus
Geir Lien, spesialkonsulent, Helse- og sosialavd., Hordaland Fylkeskommune,

Styringsgruppen har hatt 6 møter i prosjektperioden.

6.2 Helsetilsynet / Sosial- og helsedirektoratet

Nils Petter Reinholdt, nasjonal prosjektleder, har med sin kompetanse og erfaring med utvikling av behandlingsskjeder vært en god støtte og veileder for prosjektleder. Den første tiden var det hyppige møter for å få laget en god og konkret plan for prosjektet og få den forankret hos ansvarlige instanser.

6.3 Prosjektleder

Psykiatrisk sykepleier Målfrid Litlere ble fra 15. oktober 2000 ansatt som prosjektleder. Hun har vært den daglige leder og ansvarlig for å gjennomføre prosjektet i tråd med godkjent beskrivelse og vedtak i styringsgruppa.

6.4 Økonomi og prosjektets varighet:

Prosjektet har vært dekket av statlige øremerkede midler, kr 500 000 pr år i 3 år. 2000 – 2002. Dette har dekket lønn, kurs og reiser til prosjektleder og drift av prosjektet. Siden prosjektleder først tiltrådte stillingen medio oktober år 2000, varte prosjektperioden i vel 2 år.

6.5 Ressursmiljø Vest og Nasjonalt ressursnettverk

Ressursmiljø Vest som bestod av prosjektlederne og representanter fra fylkeslegene har hatt halvårlige møter sammen med Nasjonal prosjektleder. Ellen Hagemo fra helsetilsynet deltok på ett møte. De har fungert som orienterings- og drøftingsmøter der fylkeslegens representant har hatt spesielt kontaktnett mot kommunene.

De tre prosjektlederne i region Vest har hatt nært samarbeid, utvekslet erfaringer, utnyttet og utfyllt hverandres kompetanse. Det siste år har de arbeidet tett i planlegging og gjennomføring av nasjonal konferanse.

To ganger årlig har deltagere fra de regionale sentrene sammen med nasjonalt senter for selvmordsforskning (SSFF) og forebygging hatt samling. Det har vært viktige møter for drøfting, orientering og faglige utvekslinger.

7 Planlegging og kartlegging

7.1 Prosjektbeskrivelse

Prosjektleder utarbeidet en plan for prosjektet i samråd med nasjonal prosjektleder. Denne ble godkjent av styringsgruppen juni 2001.

7.2 Kartlegging av eksisterende rutiner og tilbud

Det tidligere nevnte Haukelandsprosjektet hadde lignende målsetning. Prosjektleder tok utgangspunkt i de rutiner og skriv som da ble utarbeidet, undersøkte hva som nå fungerte og bygget videre på det.

En spørreundersøkelse i første del av år 2001 til bydeler og kommuner, psykiatriske poliklinikker og sykehus gav en oversikt av "nå-situasjonen", om behandlings- og oppfølgingstilbud til selvmordsutsatte mennesker (samt etterlatte ved selvmord) og samhandlingen mellom nivåene.

Kommuner/bydeler

Undersøkelsen viste at 24 av 36 kommuner /bydeler hadde krise/selvmondsforebyggende team og for øvrig hadde 10 planer om å opprette slikt team innen år 2001.

De bydeler og kommuner som var med i Haukelandsprosjektet hadde henvendelser fra sykehusene i den perioden, men etter at prosjektleder sluttet, kom det ingen henvisninger. Samarbeid med 2. linjetjenesten ble etterlyst av mange. Det kom tydelig fram at der fantes ressurser som ventet på oppgaver.

Psykiatriske poliklinikker

I de psykiatriske poliklinikker kom det fram at en betydelig andel av henvisningene dreier seg om selvmordsproblemer, og i barne- og ungdomspsykiatrien handlet de fleste hastesaker om depresjon og suicidalfare.

Disse sakene ble prioritert og gitt tett oppfølging. Men en stor andel av de som ble henvist fra somatisk sykehus og legevakt, møtte ikke opp til time (dette har også kommet fram i andre undersøkelser).

De fleste kjente til at det fantes kommunale kriseteam, men i enkeltsaker samarbeidet de i liten grad med disse. De fikk oftere henvendelse fra teamet enn at de henviste.

Både kommuner/bydeler og poliklinikker gav sporadisk tilbud til etterlatte etter selvmord. Men det var få som hadde et formalisert tilbud for denne gruppen og få visste om de tilbud som fantes.

På **Haukeland Universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus** ble de fleste selvmordsforsøkere henvist til psykiatrisk tilsyn. I stor grad ble prinsippene i rutinene fra Haukelandsprosjektet fulgt, men de hadde ikke skriftlige rutiner og de kommunale ressursteam var ikke kjent og ble ikke brukt.

7.3 Vurdering

Denne kartlegging gav prosjektleder et godt utgangspunkt for det videre arbeid. Rutiner for selvmordsoppfølging var et kjent redskap på sykehusene. I kommuner var de innstilt på at de skulle følge opp denne pasientgruppen. Men leddet mellom spesialist- og kommunehelse-tjenesten fungerte ikke.

Handlingsplan mot selvmord og Haukelandsprosjektet hadde skapt noen forventninger til satsing og samarbeid om selvmordsutsatte mennesker. Noen var interessert i å satse videre, andre var mer avventende.

8 Delmål 1, Tiltakskjede

Det ble valgt å starte opp med det største lokalsykehusområdet, da ville en nå de fleste innen målgruppen i fylket. Sykehusene her er komplekse, de har både lokale-, regionale- og landsfunksjoner. Det ble derfor viktig også å begrense prosjektet slik at det ble håndterbart. Delmål 1 ble avgrenset til å ha hovedfokus på gruppen selvmordsforsøkere som ikke følges opp av psykiatrien.

8.1 Haukeland Universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus

Det viste seg i første omgang å være vanskelig å få kontakt og innpass på nøkkelavdelinger på disse sykehusene.

Det måtte gjøres noen grep for å få prosjektet forankret i sykehusets ledelse og plassere ansvaret hos de faglig ansvarlige i sykehusene.

På sykehusets ledermøte 5 april 2001 ble prosjektet tatt opp som sak. Ledergruppen slo fast viktigheten av at de aktuelle divisjoner gav prosjektet tilstrekkelig prioritet, og det ble anbefalt videre oppfølging på avdelingsnivå.

Saken ble videre tatt opp på Divisjonsmøte på Kirurgisk divisjon og på møter med avdelingsledere i Medisinsk divisjon og på Akuttmottak. Alle var interessert i å få utviklet gode rutiner for denne målgruppen og ville gi det tid og rom.

Denne forankringen viste seg å sett fart i prosjektet.

Det ble nedsatt en **Prosjektgruppe** som bestod av representanter fra de avdelinger på sykehusene som behandlet de fleste pasienter innen målgruppen og representanter fra psykiatrisk konsultasjonstjeneste og var som følger:

Akuttmottak HUS: Jofrid Harkestad Pytte og Marit Fagerli Olsen, til våren 2002

erstattet av Berit Skjetne og Marianne Nordby

Medisinsk avdeling post 8.HUS: Norolf Øverkil, til høsten 2001

erstattet av Jill Andreassen og Elisabeth Rygg

Hjerteovervåkningen HUS: Ingeborg Fausa Nilsen,

Observasjonsposten HDS: Martina Motar Eriksen, til høsten 2001

erstattet av Håvard Keilegavlen

Konsultteam Psykiatrisk Klinikk HUS: Ann Christin Rivenes

Konsultasjonstjenesten Barne og Ungdomspsyk avd. Nicholas Carr

Dette ble en viktig ressursgruppe som satt med klinisk erfaring og kjente systemene i sykehusene. I den første fasen arbeidet gruppen intens og utviklet funksjonelle skriftlige rutiner. Senere var disse personer aktive i implementeringen av rutinene, i tillegg til at de var en faglig støtte og samarbeidspart for prosjektleder.

Gruppen har hatt 7 møter i prosjektperioden.

Under utarbeidelse av rutinene ble det lagt vekt på at de skulle være så enkle og oversiktlige som mulig. Dette for å sikre at det viktigste og spesifikke som gjaldt denne målgruppen kom tydelig frem. Fokus var å sikre at disse pasientene ble fanget opp, registrert (X6n villet

egenskade) og i tillegg til behandling, fikk adekvat oppfølging. Psykiatrisk konsultasjonstjeneste har en sentral rolle i denne vurderingen. Kontakt med oppfølgende instans skulle være etablert før de ble utskrevet fra sykehuset.

De pasienter som ikke ble henvist videre til psykiatrisk behandling eller til rusomsorgen, skulle følges opp av kommunal ressursgruppe.

Ved fullbyrdet selvmord skal de pårørende tilbys kontakt med denne gruppen.

Rutineskrivet som består av rutiner, pasientbrosjyre, telefonliste over kommunale team samt tilbud til alkohol- og rusmisbrukere, er vedlagt.

Rutinene ble foreløpig godkjent av styringsgruppen 16.06.01 og sendt ut på høring til sykehusene, legevakt, psykiatriske institusjoner og kommuner/bydeler.

Etter justeringer ble de godkjent i styringsgruppen 25.09.01 og behandlet på ledermøtet, Haukeland Universitetssykehus 8.nov. 01 og vedtatt.

De godkjente rutinene ble deretter sendt ut til lederne på alle kliniske avdelinger for å taes inn i avdelingens rutiner og implementeres i internkontrollsystem på de to sykehusene.

De ble lagt inn i elektronisk prosedyreperm på Haraldsplass Diakonale Sykehus.

På Haukeland Universitetssykehus er de integrert i Medisinsk avdelings nettbaserte rutinebok og skal inn i HB 12 i det overordna kvalitetssystemet (den er enda ikke klar).

Prosjektleder er foreløpig ansvarlig for revisjon.

8.2 Kommuner/ bydeler

I dette sykehusområdet hadde 13 av 20 kommuner/bydeler et kriseteam, og 6 av de øvrige hadde planer om å opprette slikt team i løpet av året 2001. Disse var interessert i "drahjelp" og prosjektleder inviterte dem til et drøftingsmøte i aug. 2001, sammen med representanter fra to bydeler som hadde fungerende team.

I samarbeid med en gruppe fra kommuner/bydeler ble det høsten 2001 utarbeidet en felles pasientbrosjyre om tilbudet i primærtjenesten til selvmordsutsatte personer, til bruk på sykehus, legevakt ol.

Ved utgangen av året hadde alle bydeler og kommuner i bergensområdet en oppfølgingstjeneste for målgruppen, og prosjektleder utarbeidet en telefonliste over disse.

Disse tverrfaglige team som har noe forskjellig navn (kriseteam, krise- og selvmordsgruppe, selvmordsforebyggende team), har i denne perioden hatt fokus på å kvalifisere seg og systematisere tjenesten.

I aug. 2002 ble det avholdt et møte med representanter fra alle bydeler/kommuner i dette sykehusområde. I forkant var det gjort en undersøkelse på hvor mange henvendelser teamene hadde fått på oppfølging av selvmordsforsøkere og etterlatte ved selvmord.

På dette møtet ble bl.a. denne situasjonsbeskrivelsen drøftet, samt hvordan få til et bedre tilbud til etterlatte innen eksisterende rammer.

8.3 Bergen legevakt, ambulansetjenesten

Prosjektleder har hatt flere møter med legevakten, og det ble arbeidet ut retningslinjer for oppfølging av selvmordsforsøkerne ved Bergen Legevakt etter samme mal som for sykehusene. Disse ble innført våren 2002.

Ambulansetjenesten gjennomgikk store omlegginger i denne perioden.

Prosjektleder hadde ett møte med lederne våren 2002, det var interesse for tema særlig for undervisning til personalet. Det er gjort flere henvendelser etter dette, men det kom ikke mer ut av det.

8.4 Voss Sjukehus

Arbeidet starta våren 2002. Prosjektleder hadde møte med nøkkelpersoner på Voss 29. april 02. Sykehuset hadde hatt rutiner tidligere men de var ikke i bruk nå. Det ble nedsatt en tverretattlig gruppe ledet av sjefssykepleier som utarbeider nye rutiner for Voss sjukehus. Dette arbeid ble sluttført i januar 2003.

Rutinene omfatter både primærlege, kommunal legevakt, Voss sjukehus og videre oppfølging i psykisk helsevern og fastlegen sammen med hjelpeapparatet i kommunen.

8.5 Stord og Odda sjukehus

Ble pr. 01.01.02 organisert under Helse Fonna. Januar 2002 ble det gjort skriftlig henvendelse til direktøren i Helse Fonna, der undertegnede, sammen med prosjektleder i Rogaland tilbød vår støtte til å få utviklet rutiner på det tre sykehusene i Helse Fonna.

Det tok lang tid, men etter purring ble forespørselen videreført til sykehusene i Odda og Stord.

Det viste seg at begge disse sykehusene hadde noen rutiner for målgruppen.

I Odda har de nylig arbeidet ut rutiner. Disse trengtes bare å oppdateres mht. omorganisering av helsetjenesten og ny lovgivning.

På Stord sjukehus ble det avholdt møte 14. juni 2002 med representanter fra sykehuset og tilhørende kommuner, der Nils Petter Reinholdt og undertegnede deltok. Møtet konkluderte med at oppfølgingen av målgruppen på langt nær fungerte tilfredsstillende. Det måtte utarbeides nye rutiner og særlig vektlegges oppfølging av målgruppen som trenger oppfølging av kommunehelsetjenesten.

Direktøren oppnevnte en gruppe ut på høsten 2002, ledet av Stein Risvoll. De hadde som mål å ha nye rutiner i funksjon innen utgangen av 2002, men arbeidet har tatt lengre tid enn beregnet og er enda ikke avsluttet.

8.6 Informasjon /nyhetsbrev

Før rutinene ble innført, ble det gjort et omfattende informasjonsarbeid om prosjektet og målsetningen. Det ble sendt ut skriftlig informasjon og avholdt orienteringsmøter. På mottakspostene hadde prosjektleder jevnlig informasjons- og samtalemøter med personalet. I kommuner og bydeler har fylkeslegens kontaktpersoner innen psykiatri vært kontaktleddet. Styringsgruppen medlemmer har også informert om prosjektet i ulike sammenhenger, det samme gjelder fylkeslegens representant Gro Ølness.

I tillegg til dette har prosjektleder sendt ut 1 – 2 nyhetsbrev årlig til aktuelle instanser i fylket (spesialisthelsetjenesten, kommuner, frivillige organisasjoner, barnevern med mer). Dette har inneholdt informasjon om framdriften i prosjektet innen de ulike målområdene og annen aktuell informasjon.

8.7 Vurdering, delmål 1

Prosjektleder hadde tidligere mange års erfaring som oversykepleier ved Haukeland Universitetssykehus og det å være kjent i systemet og ha mange nære kontakter i de ulike avdelinger, var en styrke. Likevel var forankring i sykehusets ledelse og deretter hos de faglige ansvarlige for hver avdeling helt nødvendig, og her var det ikke nok at prosjektleder med oppdrag fra helsetilsynet ivret for saken, også den formelt ansvarlige for prosjektet måtte gi den tyngde.

Enkelte pasienter innen målgruppen kan være ”brysomme”, samtidig som det også kan være vanskelig for helsepersonell å forholde seg til mennesker som med vilje skader seg selv. Det er også en kjent sak at målgruppen ikke har høyest status i sykehuset. Å få faglig fokus på disse pasientene og gode rutiner, mener jeg vil gjøre hjelperen tryggere i møte med pasienten og virke til å endre negative holdninger.

De avdelinger som behandlet flest av disse pasienter, så viktigheten av rutiner for oppfølging av denne målgruppen, og prosjektgruppen ivret for at rutineene skulle være enkle og få fram det vesentlige, slik at de skulle bli brukt i en travel sykehusverden. Denne gruppen er også ressurspersoner på hver sine enheter som til en viss grad holder rutineene levende. For øvrig på sykehuset har det vært en treghet og prosjektleder har måttet være aktiv for å få de nødvendige tilbakemeldinger.

I rutineene for de to store sykehusene har psykiatrisk konsultasjonstjeneste en nøkkelrolle. De har fått en betydelig økning i henvendelser fra de somatiske avdelinger og en tid var denne tjenesten marginalt bemannet. Og selv med stor knapphet på ressurser i psykiatrisk divisjon, har de likevel valgt å styrke bemanningen på denne enhet, noe jeg mener var svært viktig.

Ved sykehusene på Voss og Stord har ledelsen selv tatt ansvar og drevet arbeidet med å innføre rutiner. Prosjektleder har mer hatt en rolle som veileder og rådgiver. Det kan tenkes at de på disse mindre sykehusene har fått et større eierforhold til rutineene enn ved Bergen-sykehusene. Men en ting er det å innføre rutiner, en annen utfordring ligger i å holde dem levende og bruke dem aktivt. Internrevisjon vil være et hjelpemiddel her, samt å legge tema inn i gjentatte opplæringsprogram.

I bydeler og kommuner er prosjektet blitt vel mottatt. Noen ønsket og forventet et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten om denne målgruppen. For andre var dette med kriseteam et satsingsområde og de var glad for å få ett ”puff”.

Men de sliter med begrensede ressurser, og dette arbeid må gjøres i tillegg til de andre oppgavene. Noen har også vegret seg for å gå inn i dette arbeidet, og jeg tror at erfaring blir viktig, i tillegg til opplæring, for at teamene skal fungere etter hensikten.

Kriseteamene har vekslet mellom at de etterspør flere henvendelser (de får for lite) og en vegring for å gjøre tilbudet mer kjent (at de ikke skal makte oppgavene).

Dette har jeg sett på som en prosess. Nå er de kommet så langt at det er gitt klarsignal for å sende informasjon om kriseteamene bredt ut.

Nå er det ikke opprettet eget kriseteam i alle kommuner. Som beskrevet er det stor variasjon i innbyggertallet og i de små kommuner trår det ordinære hjelpeapparatet inn. Her er det kommunelegen eller psykiatrisk sykepleier som er kontaktperson. Mitt inntrykk er at i de små kommuner har de en større kjennskap til de som bor der og er vant til å samarbeide når kriser inntreffer.

9 Delmål 2: Etterlatte ved selvmord

9.1 Etterlatte ved selvmord

Ved fullbyrdet selvmord er oppfølging av de etterlatte tatt med som ett punkt i rutinene. De kommunale tjenester har oppfølgingsansvar, og tema har vært oppe på møte med kommuner/bydeler.

Det er stor variasjon i hvilket tilbud som gis og de færreste har skriftlige rutiner på dette. Flere hadde tanker om å lage noen felles retningslinjer, men det arbeidet er ikke kommet i gang enda.

Men det er få etterlatte etter selvmord som fanges opp via rutiner på sykehus. Høsten 2002 arbeidet prosjektleder med å kunne gjøre det kommunale krisetilbud bedre kjent og sende ut informasjon til prester, politi, begravelsesbyrå, LEVEs medlemmer og lignende. Nå er det laget et kort orienteringsskriv om teamenes oppgaver som skal distribueres sammen med telefonliste.

LEVE- Landsforeningen for etterlatte ved selvmord ble stiftet høsten 1999. Kari Dyregrov og henne etterlattestudie var en av drivkreftene i dette. Hennes faglige engasjement og pådriver til at LEVE – Hordaland Fylkeslag ble etablert samme år, har vært en god drahjelp for prosjektleder i mitt arbeid.

Fylkeslaget har lagt hovedvekt på omsorg og informasjon til de etterlatte og arrangert et dagsseminar årlig, og ”møteplassen”, et treffsted for etterlatte en gang for måneden.

Høsten 2002 hadde foreningen helgeseminar med tema: Sorgstøtte, med psykolog Oddbjørn Sandvik. Dette for å styrke de etterlatte selv i å være støtte for andre etterlatte. Dette var særlig aktuelt i tilknytning til at foreningen opprettet en kontakttelefon.

Høsten 2002 ble det arrangert kveldsgudstjeneste sammen med Landsforbundet mot stoffmisbruk, i samarbeid med Kirkens bymisjon. Biskop Hagesæther var taler.

Leve - Hordaland fylkeslag skal være vertskap og arrangør for landsforeningens seminar og landsmøte i april 2003.

Foreningen har drevet informasjonsarbeid i Bergen og Hordaland og etterspør de offentlige tjenester, hvilken hjelp de kan forvente både for gruppen etterlatte og mennesker i selvmordskrise. De setter på denne måten de etterlattes situasjon på dagsordenen og har også gjort fremstøt mot politi og kirken.

LEVE - Hordaland fylkeslag har laget egen brosjyre rettet mot etterlatte.

I samarbeid med Senter for krisepsykologi har foreningen forsøkt å starte sorggruppe for unge etterlatte mellom 13 og 18 år. Dette har ikke kommet i gang pga. manglende påmeldte.

Foreningen samarbeider med Kirkens Bymisjon som driver selvhjelpsgrupper for etterlatte ved selvmord. Prosjektleder har vært veileder i en av disse gruppene.

Prosjektleder har bidratt aktivt i styret og har knyttet LEVE opp til resten av virksomheten ved å gjøre foreningens arbeidet kjent via nyhetsbrev, brosjyrer og på nettverkssamlinger.

9.2 Vurdering, delmål 2

Prosjektleder har ikke vært knyttet til klinisk virksomhet og tenker det har vært en fordel, det er da alltid en fare for å miste fokus. Likevel har det vært viktig for å ha noe kontakt med brukere. Arbeidet i sorggrupper og LEVE foreningen har gitt meg nyttige innspill og ikke minst inspirasjon til dette arbeidet. Fylkeslaget har hatt en arbeidsform preget av balanse mellom iderikdom, entusiasme, pågangsmot og avgrensing, støtte, omsorg.

De etterlattes engasjement og innsikt tilsier at de er viktige medspillere i det selvmordsforebyggende arbeid. De som har gjennomlevd en slik krise, kan også være unike ressurser. Andre sliter med åpne sår, det er et stort steg å våge å åpne opp for smerten ved å delta i en sorggruppe. Diskusjonen som har gått i media om sorggrupper kan være skadelig, og kan ha bidratt til at folk i større grad unngår dette.

Særlig vanskelig er det å nå de unge, LEVEs tre forsøk på å starte grupper for 13-18-åringer (ledet av Atle Dyregrov og Elin Hordvik) viser det.

For mange av de kommunale team har arbeid med etterlatte fortont seg så arbeidskrevende at de har unngått å markedsføre seg. Noen ganger har de gitt uklare signal til etterlatte, og siden dette er en gruppe som i den første fasen ikke klarer gi uttrykk for sine behov, har de følt det som avvisning. Til denne gruppen må personalet være aktivt oppsøkende og tilby sine tjenester.

Mitt inntrykk er at etterlatte ved selvmord, mange av dem, rister av seg stigma og står fram, fagfolk får mer kunnskap og helsetjenesten her i fylket er blitt mer oppmerksom på sitt ansvar og vil etter hvert ta det.

10 Delmål 3: Kompetanseheving

Å løfte dette alvorlige tema fram, har vært viktig og det har fanget interesse.

I tillegg til at Psykiatrisk institutt v/Jan Øystein Berle, fortsatt har arrangert forskningsforum tre ganger i prosjektperioden, har kompetansebidragene vært som følger:

10.1 Forebyggingsforum

I handlingsplanperioden var dette et godt innarbeidet seminar i denne regionen og oppbygget for å skape gode nettverk av interesserte innen fagfeltet (nettverkssamling).

I denne prosjektperioden har det vært arrangert 2 ganger årlig og hatt en økende oppslutning fra 50 – 110 deltagere. Det har vært arrangert som et dagseminar med foredrag og

plenumsdiskusjoner. Hovedsakelig har det vært deltagere fra dette fylket og avholdt på Haukeland Universitetssykehus.

De 5 seminarene har hatt følgende tema:

- Selvmordsatferd hos flyktninger og selvmordsforebygging i videregående skole.
- Førstehjelp ved selvmordsfare, VIVAT. Rusforebygging blant unge (Future).
- Behandlingskjede, oppfølging og samhandling av selvmordsforsøkere og etterlatte ved selvmord
- Oppfølging av selvmordsforsøkere, nytter det?
- Selvmordsatferd hos unge, hvordan fange dem opp?

De fleste foredragsholdere har vært lokale krefter med unntak av Kirsti Silvola (VIVAT) og Gudrun Dieserud fra selvmordsforebyggende team i Bærum.

10.2 VIVAT førstehjelpskurs

Undervisningsprogrammet VIVAT ble utviklet v/ Ressurssenter i Nord- Norge i handlingsplan-perioden. I forbindelse med Oppfølgingsprosjektet besluttet Helsetilsynet å utvide dette til å gjelde hele landet.

Da oppfølgingsprosjektet startet i Hordaland, var det en kursleder i fylket i tillegg til prosjektleder. Vi to, sammen med prosjektleder i Førde, arrangerte det første VIVAT førstehjelpskurs i Bergen i februar 2001.

Dette året det holdt 4 kurs, (3 i Bergen, 1 på Voss) og i 2002 avholdt 11 førstehjelpskurs (2 i Sunnhordland, 1 på Voss, 2 på Fjell, 2 i Nordhordland, 4 i Bergen).

Fylkeslegen var arrangør for ett kurs og har bidratt med økonomisk støtte til flere.

Ett stort kurs med 4 kursledere ble holdt for sykepleiestudenter på Høyskolen i Bergen.

I tillegg til dette er to kursledere tilsatt ved høyskolen på Stord og de arrangerer jevnlig kurs der.

For å bli godkjent kursleder må en gå på ett 5 dagers kurs, holde 3 kurs første år og siden holde minst ett kurs årlig. I løpet av årene 2001 og 2002 har 14 nye personer i Hordaland gått på kurslederkurs. Kurslederne her er rekruttert fra yrkene pedagog, psykolog, politi, sosionom, diakon og psykiatrisk sykepleier.

Prosjektleder har vært kursleder på 8 kurs, og ellers bidratt med støtte og veiledning til de nye kurslederne.

VIVAT undervisningsprosjekt har avholdt regional kursledersamling i juni 2001 og nasjonal kursledersamling i oktober 2002 begge her i Bergen.

10.3 Nasjonal konferanse

Siden prosjektet i liten grad var rettet mot psykiatrien, tok prosjektleder initiativ til å arrangere fagseminar for klinikere i det psykiske helsevern. Dette utviklet seg til å bli en nasjonal konferanse, arrangert av prosjektlederne i Vest og UiO, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging i samarbeid med UiB, Psykiatrisk institutt. Fagkomiteen bestod av Lars Mehlum, Kristin Bovim, Einar Heiervang og Tor Jakob Moe. Prosjektleder var leder og koordinator.

DEN TREDJE NASJONALE KONFERANSE OM SELVMORDSFOREBYGGING gikk av stabelen i Bergen 22-23.10.02. Tema var ”Kliniske utfordringer i selvmordsforebygging”, og de siste forskningsbaserte nyvinninger innen behandling av selvmordsutsatte pasienter ble presentert. Konferansen foregikk på engelsk, og deltagere fra Estland og Litauen var invitert. Til sammen deltok 214 personer og tilbakemeldingene har vært meget positive. Konferansen ble støttet av Sosial- og helsedirektoratet og helseforetaket Helse Vest.

10.4 Prosjektleder har undervist på følgende seminarer:

- På Fylkeslegens konferanse for psykisk helsevern: Om oppfølgingsprosjektet Tiltak mot selvmord i Hordaland.
- På Dale for lærere om: Selvmord hos barn og unge.
- Tverretatlig seminar i Fyllingsdalen om: Selvmord og selvmordsforsøk, hvor vanlig er det? Hva kan vi gjøre for å forebygge.
- På seminar i LEVE- Hordaland: Om oppfølgingsprosjektet Tiltak mot selvmord.
- På seminar for medisinsk avdeling Haukeland Sykehus: Kommunal oppfølging for selvmordforsøkere.
- På AMK kurs Haukeland Sykehus for sykepleiere om: Hvordan møte den suicidale innringer?
- Med utekontakten i Bergen: om selvmordstrua unge.
- Seminar på Austevoll: Selvmordsatferd, hvordan forebygge.
- Forebyggingsforum: Selvmordsatferd hos unge.
- Forskningsforum: Om oppfølgingsprosjektet, hvor langt er vi kommet.

Dessuten har prosjektleder undervist om selvmordsforebygging på UIB for studenter på samfunnsmedisinske fag og på Høyskolen i Bergen for studenter i videreutdanning i psykisk helsearbeid.

10.5 Vurdering, delmål 3

Kunnskap om selvmord og forebygging har vært etterspurt. Det virker som forebyggingsforum har truffet et behov. Jeg mener det har bidratt til å heve kunnskapsnivået om selvmord og forebygging, og ikke minst har disse seminarene vært viktige for å bygge nettverk av interesserte medspillere. Det har særlig vært ansatte i kommuner og folk fra frivillige organisasjoner som har deltatt, samt noen fra spesialisthelsetjenesten, barnevern, politi, skole mm.

Seminarene har også vært viktige arenaer for oppbygging av kriseteamene i denne perioden.

Men det å drive prosjektet alene har vært krevende ved slike arrangement. Det har nok gått på bekostning av å snakke med deltagerne, og det hadde vært bedre anvendt tid. Psykiatrien som har selvmordsproblematikken tettest på livet, har en i mindre grad nådd med disse kursene. Prosjektet har heller ikke hatt hovedfokus mot psykiatrien. Men den nasjonale konferansen var spesielt rettet mot behandlerne i psykiatrien.

Jeg er blitt bedt om å ha innlegg om ulike temaer innen feltet og forespørslene har vært økende. Det har vært givende både å fordype seg i stoffet og møte publikum sine spørsmål og behov.

Prosjektleder er særlig glad for den store utvikling i aktivitet i VIVAT-prosjektet. Her blir det en utfordring å få til en god organisering slik at kursledere finner det givende og meningsfullt å holde kurs. Det er stor interesse for førstehjelpskurs og ulike yrkesgrupper har deltatt.

Foreløpig er det få leger som har gått på kurset, og jeg tror at en del leger vil ha nytte av dette, en utfordring som VIVAT sentralt også arbeider med.

Det bør kunne tilbys kurs jevnlig og gjøre folk i stand til å oppdage og yte førstehjelp til mennesker som er i selvmordsfare.

11 Måloppnåelse

Det er vanskelig å si om disse tiltakene har bidratt til å redusere selvmordsfrekvensen i fylket, slik intensjonen var i den overordna målsetningen. Selvmordstallene fra Statistisk Sentralbyrå har vi ikke enda for prosjektperioden, problemet er kompleks og påvirkes av mange forhold som heller ikke helsevesenet rår over. Men ser en på til delmål og framdrift har det meste gått som beskrevet i prosjektplanen.

Tiltakskjede:

Rutiner ble innført høsten 2001 på de to store sykehusene her i Bergen og har vært i drift i vel ett års tid. Men det gjenstår at ansvaret for oppdatering og revisjon overtas av sykehuset, samt at rutiner integreres i et bedre internkontrollsystem enn det vi har i dag.

Ved Voss sjukehus innføres rutiner i disse dager. Her hadde prosjektleder mer en rolle som initiativtaker og pådriver, sykehusets ledelse tok ansvaret for å utarbeide og innføre rutinene. Også ved dette sykehuset er det noe frem i tid før et godt kvalitetssystem er innført på behandlingsrutinenivå.

Rutinene er ulike og tilpasset det enkelte sykehus, men følger prinsippene i Utredningsserie 3 – 2001 fra Statens helsetilsyn (Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid)

Med disse rutiner skal det nå være mulig å registrere hvor mange som innlegges med tilleggsdiagnose *Villet egenskade* (X6n) i hele Helse Bergen sykehusområde.

Hvordan fungerer samarbeidet med kommunale team? Prosjektleder gjorde en spørreundersøkelse sommeren 2002 og fikk svar fra alle kriseteam i Bergen lokalsykehusområde.

Til sammen hadde kommunale team (inkludert psykiatritjenesten) fått 40 selvmordsforsøkere henvist fra de to sykehusene første halvår 2002. Dette var en stor økning fra år 2000 da samme tjenesten ikke hadde fått noen slike henvisninger.

Statistisk kan en regne med at det er 45 selvmord og ca 450 selvmordsforsøkere som innlegges i disse to sykehus årlig. Ut fra registreringer gjort ved Gjøvik Sykehus blir mellom 25 og 30 % av målgruppen overført til kommunal oppfølging. Hos oss skulle det tilsvare at 113 selvmordsforsøkere henvises årlig til kommunene, slik at 40 på et halvår likevel er noe mindre enn vi må kunne forvente å nå med denne tjenesten.

Men når det gjaldt etterlatte etter selvmord, hadde de bare fått 9 henvendelser fra denne gruppen.

Når dette lave talet ble lagt fram, var det flere kommuner /bydeler som ville forbedre tilbudet til denne gruppen og gjøre det kjent. Flere kommuner har god erfaring og følger de etterlatte tett opp og er på tilbudsiden med kontakten over år. For andre er det et nytt område, og noen uttrykker at de ikke har kunnskap eller tid til å gjøre dette arbeidet.

Bergen Legevakt innførte retningslinjer våren og skulle henwise selvmordsutsatte brukere til de kommunale team. Likevel har de ikke henvist noen i år 2002. Dette er tatt opp med dem, og det sendes nå ut informasjon til leger som tjenestegjør på Bergen Legevakt med henblikk på å fange opp flere av denne målgruppen som ikke legges inn i sykehus.

Ambulansetjenesten er gjort kjent med rutiner som er innført. Noe mer er ikke oppnådd der.

For sykehusene i Odda og på Stord er rutinearbeidet i god gang, men ikke i mål. Det vil være mer fokus på dette i Helse Fonna når nå Haugesund Sykehus setter i gang tilsvarende arbeid i år 2003.

Etterlatte

Tilbud til etterlatte på kommunalt nivå er satt på dagsordenen og nedfelt i sykehusenes rutiner.

Mange krise/selvmordsforebyggende team gir god hjelp til etterlatte, mens andre har lite erfaring. Det arbeides med å innarbeide bedre rutiner på dette område.

Det er blåst liv i sorggrupper for etterlatte og disse er gjort kjent.

Arbeidet i LEVE Hordaland Fylkeslag har vært særlig spennende, og de etterlatte er blitt synlige for kirke, politi og i helsevesenet.

I forhold til målsetning med prosjektet har det her vært større aktivitet enn forventet. Leve foreningen vil også arbeide videre med å stille krav til bedre tjenester til denne gruppen.

Kompetanseheving

Som beskrevet har det vært et omfattende informasjonsarbeid blant relevante personellgrupper i kommunehelsetjenesten og sykehus i prosjektperioden. Det gjelder møter på enkeltavdelinger, veiledning til personellgrupper, innslag på seminarer og lignende.

De regionale nettverkssamlinger har samlet fra 50 – 110 deltagere hovedsakelig fra Hordaland og noen fra Sogn og Fjordane og Rogaland. De har blitt avholdt 2 ganger årlig og tatt for seg sentrale tema innen selvmordsforebygging.

Landskonferansen i selvmordsforebygging var et særlig tilbud rettet mot den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, og løftet frem det nyeste innen klinisk selvmordsforskning.

Undervisningsprogrammet VIVAT har hatt en stor vekst i Hordaland i prosjektperioden. Det er utdannet 14 kursledere og arrangert nærmere 20 førstehjelpskurs disse to år.

Slik har det vært aktivitet som forventet, eller mer, på alle punkter om kompetanseheving i planen.

12 Sluttkommentar

Arbeid i dette prosjektet har vært både utfordrende og interessant. Det har vært en ensom jobb. Kontorfellesskap med konsultasjonstjenesten på Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, har veiet opp for noe av dette. Her vil jeg særlig trekke frem Nicholas Carr, en medarbeider som brenner for denne saken, og som har gitt råd og innspill og vist interesse for prosjektet i hele perioden.

På den annen side har det vært en jobb med stor frihet innen klare rammer, noe jeg har trivdes godt med. Om det har vært skjær i sjøen, har jeg alltid hatt tro på at dette måtte vi få til.

Det tok tid å komme skikkelig i gang, få tak i materiell fra det tidligere ressurscenter og oversikt over hva som tidligere hadde vært gjort, samt å få innpass på sykehuset.

Men når jeg her oppsummerer er jeg overrasket over alt som er oppnådd. Det er mange forhold som har vært medvirkende til det. Jeg vil fremheve noen punkter som jeg mener var gode grep:

- Det var en enkel og oversiktlig organisering og relativt få mennesker å forholde seg til. Personene i Styringsgruppen la for dagen en oppriktig interesse for saken og har aktivt stilt opp og tatt ansvar, hver på sine områder.
- At prosjektplanen ble utformet til å være så konkret, og ikke minst avgrenset med realistiske og oppnåelige mål innen tidsrammer. Her var Nils Petter Reinholdts veiledning svært nyttig. Underveis har mange skrikende behov meldt seg, områder det var fristende å gå inn i. Prosjektplanen har hjulpet meg med hele tiden å vite hva som var det viktigste og styre etter det.
- At prosjektet ble tydelig og formelt forankret i sykehusets ledelse. Her tok Per Isaksen ansvar for å gå alle de runder som var nødvendige i sykehussystemet.
- At prosjektet ikke har innbefattet klinisk virksomhet med unntak av en avgrenset oppgave, å lede sorggruppe.
- Arbeidsklima mellom deltagerne i prosjektet har vært preget av å tenke høyt sammen, bli hørt og tatt alvorlig.
- Det har vært en god dialog med kommunehelsetjenesten der prosjektleder har etterspurt deres tjenester og blitt møtt med tillit og ønske om drahjelp.

Denne organisering og arbeidsform har vært god for å få framdrift. I hvor stor grad den har involvert mange nok til at rutineene er blitt godt integrert i den enkelte avdeling er vanskelig for meg å si. Opplæring og vedlikehold av kunnskap er avgjørende for at rutineene skal følges i praksis, også fremover i tid. Her har helsetjenesten både i sykehus og kommuner en stor utfordring.

I helsetjenestens hverdag med krav om høy effektivitet, vet vi at mennesker med selvmordsatferd er en gruppe som kan bli nedprioritert. De etterlatte har organisert seg og fått en tydeligere stemme. De blir en god motvekt mot dette.

Men i tillegg er det nødvendig at det er personer ansatt i helseforetakene som har til oppgave å holde fokus på det selvmordsforebyggende arbeid også i fortsettelsen. Dette er også anbefalt i Statens helsetilsyn utredningsserie 3:2001 s 9. Dette blir ett viktig grep for å videreføre de gode tiltak og videreutvikle kunnskap innen selvmordsforebygging.

13 Vedlegg

13.1 Rutiner