

HELSE FØRDE

SLUTTRAPPORT

Oppfølgingsprosjektet: Tiltak mot selvmord

Sogn og Fjordane 2000 - 2002

Prosjektleder:
Mona Holmefjord
Psykiatrisk klinikk
Førde Sentralsjukehus, Helse Førde
6800 Førde
tlf. 5783947

	2
1 Innleiing	s. 3
1.1 Teoretisk referanseramme	3
1.2 Val av målgruppe	4
2 Bakgrunn	4
2.1 Sjølvmondsutvikling i Norge i perioden 1960 og fram til i dag	4
2.2 Tal sjølvord Sogn og Fjordane	5
2.3 Handlingsplan mot selvmord 1994-1999	5
2.4 Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord 2000- 2002	6
3 Mål for prosjektet	6
4 Oversikt over sjukehus og kommunar i Sogn og Fjordane	6
5 Organisering av prosjektet	7
5.1 Styringsgruppa	7
5.2 Rettleiar for prosjektet	8
5.3 Prosjektlear	8
5.4 Ansvarsgruppa i Sogn	8
5.5 Ansvarsgruppa i Nordfjord	9
6 Planlegging og kartlegging	9
6.1 Utarbeiding av prosjektplan	9
6.2 Avgrensing av prosjektet og kartlegging av eksisterande rutiner	9
7 Etablering av nye rutiner	10
7.1 Innhald i rutineskrivet	10
7.2 Informasjonsarbeid	11
7.3 Innføring av rutinene ved Førde Sentralsjukehus og kommunar tilhøyrande lokalsjukehusområdet	11
8 Utviding av prosjektet til resten av fylket	12
8.1 Tilpassing og innføring av rutinene ved Lærdal sjukehus	12
8.2 Tilpassing og innføring av rutinene ved Nordfjord sjukehus	12
9 Oppfølgingstilbod til etterlatte etter sjølvord	12
9.1 Retn.linjer for kommunane	12
9.2 Etablering av LEVE Sogn og Fjordane	13
10 Kompetanseheving	13
10.1 VIVAT førstehjelp ved selvmordsfare	13
10.2 Kurs/ møter/ undervisning prosjektlear har delteke på	14
11 Måloppnåing	15
12 Sluttkommentar	15
13 Vedlegg	16
13.1 Rutiner	

1 Innleiing

Sluttrapporten for oppfølgingsprosjektet: Tiltak mot selvmord, Sogn og Fjordane 2000-2002, gir ei oversikt over bakgrunn og målsetjing, organisering av prosjektet og aktiviteten som har vore gjennomført i prosjektperioden.

Aktiviteten har omfatta organisering av prosjektet, utarbeiding av prosjektplan, kartleggingsarbeid, utarbeiding av nye rutiner, kunnskapsformidling, informasjon og møter. Sluttrapporten tek utgangspunkt i målsetjinga i prosjektplanen for oppfølgingsprosjektet: Tiltak mot selvmord, Sogn og Fjordane 2000-2002. Prosjektplanen vart godkjent av Helsetilsynet jan. 2001.

1.1 Teoretisk referanseramme

I starten av prosjektet vart det i styringsgruppa diskutert korleis ein skulle definere målgruppa for prosjektet. Vi såg på ulike definisjonar av sjølvord og sjølvordsforsøk.

Sjølvord

Ein vanleg definisjon på sjølvord er:

Ved selvmord forstår vi en bevisst og villet handling, som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden. Det kan også defineres som en selvforvoldt, livstruende handling som resulterer i døden. (Retterstøl, 1990)

Ein anna definisjon er denne:

Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å framkalle de av den avdøde ønskede forandringer. (WHO, 1996)

Sjølvordsforsøk

Ein vanleg definisjon på sjølvordsforsøk er:

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. Noen bruker istedenfor betegnelsen selvmordsforsøk ordet parasuicid, som uttrykk for at det er et fenomen som ligger nær til, men likevel er forskjellig. (Retterstøl, 1990)

Parasuicid

I mange av dei tilfellene som tradisjonelt blir omtala som sjølvordsforsøk, handlar det ikkje om eit reelt forsøk på å ta sitt eige liv. Forskning har vist at i omkring halvparten av tilfella, så har pasientane heilt andre intensjonar med denne handlinga enn det å avslutte livet. (Hjelmeland, 1995)

I denne samanheng er begrepet parasuicid blitt innført. WHO- internasjonale klassifikasjonssystem ICD-10 har fylgjande definisjon på parasuicid:

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 er vanlig anerkjent terapeutisk dose, hvor målet er å oppnå forandringer som han eller hun ønsket å oppnå ved hjelp av de forventede fysiske konsekvenser.

Klinisk erfaring tilseier at det er sterk variasjon i kva forventningar den enkelte som utfører sjølvordsforsøk har hatt til utfallet av handlinga. (Mehlum, 1995)

1.2 Val av målgruppe

Styringsgruppa for prosjektet kom fram til at alle forsøk på sjølvpåførte skader, uansett motiv, skal imøtekomast med tiltak frå behandlingsapparatet si side. Det vil seie at desse personane skal fangast opp av våre rutiner som gjeld registrering, behandling og oppfølging.

Med utgangspunkt i dette vart målgruppa definert til å vere: alle personar sjukehusa i Sogn og Fjordane kjem i kontakt med etter sjølvpåførte skader/ forgiftningar og sjølvmondsforsøk.

2 Bakgrunn

2.1 Sjølvmondsutvikling i Norge i perioden 1960 og fram til i dag

Fram til 1960 var tal sjølvmond i Norge lågt (8 per 100 000) samanlikna med dei andre nordiske landa (20 per 100 000). Frå 1960 og framover fekk vi ein sterk auke i tal sjølvmond som nådde toppen i 1988 då vi hadde 708 sjølvmond i Norge. Sidan den tid har talet sjølvmond i landet vårt gått nedover. Siste tal frå Statistisk sentralbyrå frå år 2000, viste 541 sjølvmond i Norge. Samtidig som tal sjølvmond har gått ned, er det urovekkande at tal sjølvmond blant unge menn er stadig aukande. Det er fleire menn enn kvinner som tek sitt eige liv. Vi veit at mørketala er store når det gjeld sjølvmond og må ta dette i betraktning når vi ser på fylgjande oversikt.

Tal frå Statistisk sentralbyrå. Sjølvmond 1970 - 2000

	1970	75	80	85	88	89	1990	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
I alt	325	395	507	584	708	660	658	675	616	590	531	548	517	533	548	583	541
Menn	228	283	370	428	510	481	487	499	449	449	379	411	389	387	399	430	409
Kvinner	97	112	137	156	198	179	171	176	167	141	152	137	128	146	149	153	132

Det døyr fleire mennesker i sjølvmond kvart år i Norge enn tal dødsulykker i trafikken. Dette gir difor store helseproblem for samfunnet. Rundt sjølvmond og sjølvmondsforsøk er det mange personar som blir berørt i form av bekymringar, for tidleg død, tap og sorg. Mange pårørande slit med store helseproblem.

Vi har ikkje systematiserte tal på sjølvmondsforsøk, men ein reknar ofte 10 gonger så mange som gjennomførte sjølvmond. Også her er mørketala store.

2.2 Tal sjølv mord Sogn og Fjordane

Sogn og Fjordane har vore eit fylke som har lege lågt på sjølv mordsstatistikken i Norge. Det har ikkje vore store endringar i tal sjølv mord i dette fylket. Tal for Sogn og Fjordane i perioden 1990-1994 viser 9 sjølv mord per 100 000 innbyggjar, og i perioden 1995-1999, 10 sjølv mord per 100 000. Ser ein på dei faktiske tala er det ein auke frå 1994 til 1997. Det kan kanskje vere interessant å merke seg at også i Sogn og Fjordane er det fleire menn enn kvinner som tek livet sitt og at denne skildnaden i kjønn enkelte år er svært stor.

Tal frå Statistisk sentralbyrå :

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Totalt	7	10	12	17	8	8	11
Menn	5	9	8	11	5	8	10
Kvinner	2	1	4	6	3	-	1

2.3 Handlingsplan mot selvmord 1994-1999

WHO's europeiske seksjon oppmoda i 1989 medlemslanda om å etablere nasjonale forebyggande strategiar for å reversere auken i tal sjølv mord. Med bakgrunn i blant anna sjølv mordsauken i Norge skreiv professor Nils Retterstøl 5.oktober 1989 eit brev til Helsedirektøren der han anmoda om at det vart utarbeida eit nasjonalt program for å forebygge sjølv mord. Helsedirektoratet gav i 1991 professor dr.med.Øyvind Ekeberg, saman med eit tverrfagleg referansepanel, i oppdrag å utarbeide eit forslag til eit slikt nasjonalt program. I dette programmet skulle målsetjingar og relevante tiltak definerast. I 1994 bevilga Stortinget 6 mill. kroner til Handlingsplan mot selvmord. Planen skulle gå over 5 år (seinare utvida med 1 år).

Sosial og helsedepartementet delegerte gjennomføringa av Handlingsplan mot selvmord til Statens Helsetilsyn.

Med hovudmål å redusere sjølv mordstala i Norge, rettar Handlingsplanen seg først og fremst mot tiltak som vil gi eit betre tilbod til grupper med spesiell risiko for sjølv mord.

2.4 Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord 2000- 2002

Den statlege handlingsplanen mot sjølvord vart avslutta des.1999. (1994-1999)

I forlenging av denne vart det vedteke ei vidare satsing på sjølvordsforebyggande arbeid gjennom etablering av eit nytt treårig prosjekt frå jan 2000. Hovudmålsetjinga med dette prosjektet skulle vere å styrke helsetenestene sin kompetanse og tilbod til menneske i sjølvordskriser og forebygge sjølvord i utsette grupper.

Under handlingsplanen var det to stillingar ved Universitetet i Bergen, men dette viste seg å gi lite konkrete bidrag til t.d. Sogn og Fjordane. Difor vart stillingane lagt ut til vestfylka, helseregion 3 (no Helse Vest), for å komme nærare brukarane.

Det var dåverande Helsetilsynet som løyvde midlar til desse prosjektstillingane. Psykiatrisk sjukepleiar Mona Holmefjord vart frå 19.6.2000 tilsett i 50% stilling som prosjektleiar i Sogn og Fjordane. Stillinga vart plassert organisatorisk under Psykiatrisk poliklinikk, Førde.

Prosjekttida skulle vare fram til utgongen av år 2002.

Hordaland og Rogaland har hatt tilsett personar i tilsvarande stillingar, og vi har inngått i eit regionalt samarbeid i helseregion vest.

Målfrid Litlere 100% stilling i Hordaland. Torild Ånestad 50% stilling i Rogaland.

Vi har vore tilknytt Seksjon for selvmordsforskning og forebygging ved Universitetet i Oslo, og har i tillegg til møter med nasjonal prosjektleiar, hatt regelmessige møter med representantar derifrå, for å få rettleiing og avgi statusrapport om framdrifta i prosjektet.

3 Mål for prosjektet

I hovudmålsetjinga for prosjektet heiter det at helsetenesta i Sogn og Fjordane skal iverksetje tiltak som kan redusere sjølvordsfrekvensen i fylket. I dette inngår å forebygge sjølvord og sjølvordsforsøk ved å nå grupper med spesielt høg risiko for sjølvord så tidleg som mogleg. Personar som gjer sjølvordsforsøk (parasuicid) er ei stor risikogruppe for seinare å ta sitt eige liv. 5-10% av parasuicidpasientane døyr seinare i sjølvord (suicid), dei fleste i løpet av det første året etter sjølvordsforsøket (referanse Rygnestad 1997).

Målsetjinga for prosjektet har difor hatt fylgjande formulering:

Etablere gode behandlings- og oppfølgingsrutiner for personar som blir innlagt i sjukehus etter sjølvordsforsøk. Rutinene skal omhandle tilbodet til parasuicidpasientar i sjukehuset og i tiltakskjeda mellom akuttmottak, somatiske sjukehusavdelingar, psykiatri og kommunehelsetenesta.

Det er ei målsetjing at det i alle kommunar fins oppfølgingstilbod til pårørande som misser ein av sine i sjølvord.

I tillegg har det vore ei målsetjing at prosjektleiar skulle stimulere til kompetanseheving innan dette området i Sogn og Fjordane.

4 Oversikt over sjukehus og kommunar i Sogn og Fjordane

Sogn og Fjordane fylke har 107 648 innbyggjarar (tal frå 1999)

Det er 3 sjukehus og 26 kommunar i Sogn og Fjordane fylke.

Førde Sentralsjukehus, Helse Førde ligg i Førde i Sunnfjord (Florø sjukehus er geografisk plassert i Florø, men er ein del av Sentralsjukehuset). Sentralsjukehuset har 12 kommunar i lokalsjukehusområdet. Det er fylgjande kommunar:

Flora, Gulen, Solund, Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal og Bremanger.

50 365 innbyggjarar i lokalsjukehusområdet (tal frå 1999).

Lærdal sjukehus, Helse Førde ligg i Lærdal i Sogn. Lærdal sjukehus har 8 kommunar i lokalsjukehusområdet. Det er fylgjande kommunar:

Vik, Balestrand, Leikanger, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal og Luster.

28 148 innbyggjarar i lokalsjukehusområdet (tal frå 1999).

Nordfjord sjukehus, Helse Førde ligg på Nordfjordeid i Nordfjord. Det er 6 kommunar i lokalsjukehusområdet. Det er fylgjande kommunar:

Vågsøy, Selje, Eid, Gloppen, Stryn og Hornindal.

29 135 innbyggjarar i lokalsjukehusområdet (tal frå 1999).

5 Organisering av prosjektet

5.1 Styringsgruppa

Prosjektleiari starta arbeidet med å etablere ei styringsgruppe for prosjektet først ved å informere sjukehusleiinga ved Sentralsjukehuset i Førde om prosjektet. Deretter vart det teke muntleg kontakt og sendt skriftleg informasjon til avdelingssjefar/leiarar ved aktuelle avdelingar ved Førde Sentralsjukehus, Helse Førde, samt til Kommunelege 1 i fire kommunar i Sunnfjord. Alle inviterte gav positivt svar til deltaking i styringsgruppa. Styringsgruppa har hatt fylgjande 10 deltakarar:

Mona Holmefjord, prosjektleiari, Psykiatrisk klinikk, Helse Førde

Per Grimeland, avdelingssjef, Psykiatrisk klinikk, Helse Førde, leiar av styringsgruppa

Per Bergsholm, fagutviklingsansvarleg ved Psykiatrisk klinikk, Helse Førde

Finn Halvorsen, avdelingssjef ved Med.avd. Sentralsjukehuset, Helse Førde

Bjørn Øen, avdelingssjef ved Mottaksavdelinga, Sentralsjukehuset, Helse Førde

Per Eggen, kommunelege i Førde kommune

Bjørn Noren, kommunelege 1 i Gaular kommune

Torgeir Finnjord, kommunelege i Jølster kommune

Hans Hvidsten, kommunelege 1 i Naustdal kommune

Tonny Helgøy, psykolog ved BUP, Førde, Helse Førde

Styringsgruppa har hatt til saman 5 møter i prosjektperioden.

Styringsgruppa har hatt eit overordna ansvar for gjennomføringa av prosjektet. Dette gjeld framdrift, måloppnåing, rapportering og økonomi. Det ligg også i styringsgruppa sin funksjon å gi nødvendig støtte og rettleiing til prosjektleiar, godkjenne prosjektplan og årsrapportar.

5.2 Rettleiar for prosjektet

Nasjonal prosjektleiar Nils Petter Reinholdt har vore prosjektleiar sin rettleiar i prosjektperioden.

Dei 3 prosjektleiarane på vestlandet har hatt regelmessige møter med Nils Petter Reinholdt. På ein del av møtene har også fylkeslegen sine rettleiarar i psykiatri delteke.

5.3 Prosjektleiar

Prosjektleiar har vore psykiatrisk sjukepleiar Mona Holmefjord, tilsett ved Psykiatrisk klinikk, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, Helse Førde.

Prosjektleiar har vore prosjektet sin daglege leiar. Prosjektleiar har hatt ansvaret for gjennomføringa av prosjektet i tråd med godkjend prosjektplan. Prosjektleiar har vore sekretær for styringsgruppa og har vore ansvarleg for dokumentasjon av prosjektet i form av årsrapportar og sluttrapport.

5.4 Ansvarsgruppa i Sogn

For å kunne tilpasse rutine til strukturane ved Lærdal sjukehus med tilhøyrande kommunar, var det nødvendig å få etablere ei ansvarsgruppe i Sogn for dette arbeidet. Etter kontakt og informasjonsmøter med leiande personar ved Lærdal sjukehus, Indre Sogn Psykiatrisenter, Sogndal BUP og to av kommunane i Sogn (Sogndal og Årdal), vart det bestemt kven som skulle delta i ansvarsgruppa.

Desse personane har hatt stor lokalkunnskap og erfaring og har difor vore nyttige samarbeidspartnarar for prosjektleiar i arbeidet. Dei kommunane i Sogn som ikkje har hatt representantar i ansvarsgruppa har vorte orientert skriftleg om arbeid og framdrift i prosjektet. Ansvarsgruppa i Sogn har bestått av fylgjande personar:

Wenche Lie Lysne, oversjukepleiar ved Lærdal sjukehus, Helse Førde

Arne Strand, psykolog ved Indre Sogn Psykiatrisenter, Helse Førde

Anna Karin Skrede, psykolog ved BUP, Sogndal, Helse Førde

Mariann Kapstad, kommunelege i Sogndal kommune

Rigmor Hovland, sosionom ved psykiatrisenteret, Årdal kommune

Mona Holmefjord, prosjektleiar, Psykiatrisk klinikk, Helse Førde

5.5 Ansvarsgruppa i Nordfjord

For å kunne tilpasse rutinene til strukturane ved Nordfjord sjukehus med tilhøyrande kommunar, var det nødvendig også å få etablere ei ansvarsgruppe i Nordfjord for dette arbeidet. Etter kontakt og informasjonsmøter med leiande personar ved Nordfjord sjukehus, Nordfjord Psykiatrisenter, Nordfjord BUP og to av kommunane i Nordfjord (Eid og Vågsøy), vart det bestemt kven som skulle delta i ansvarsgruppa.

Desse personane har hatt stor lokalkunnskap og erfaring og har difor vore nyttige samarbeidspartnere for prosjektleiar i arbeidet. Dei kommunane i Nordfjord som ikkje har hatt representantar i ansvarsgruppa har vorte orientert skriftleg om arbeid og framdrift i prosjektet.

Ansvarsgruppa i Nordfjord har bestått av fylgjande personar:

Henrik Berg, avdelingsoverlege ved Med.avd. Nordfjord sjukehus, Helse Førde

Jorunn Sandvik, sjefsjukepleiar ved Nordfjord Psykiatrisenter, Helse Førde

Peter Zehenbauer, sjefpsykolog/ leiar ved Nordfjord BUP, Helse Førde

Inger Bruland, avd.leiar for psykiatri i Eid kommune

Jan Svein Hammer, psykiatrisk sjukepleiar i Vågsøy kommune

Mona Holmefjord, prosjektleiar, Psykiatrisk klinikk, Helse Førde

6 Planlegging og kartlegging

6.1 Utarbeiding av prosjektplan

Prosjektplan vart utarbeida av prosjektleiar i samråd med styringsgruppa og godkjent av denne hausten 2000.

Den vart sendt til Statens Helsetilsyn for endeleg godkjenning som kom i jan.2001.

6.2 Avgrensing av prosjektet og kartlegging av eksisterande rutiner

Prosjektet vart i første omgang avgrensa til å gjelde Sentralsjukehuset i Førde, Helse Førde og 4 av dei omkringliggende kommunane i Sunnfjord: Førde, Naustdal, Jølster og Gaular.

Dette vart gjort for at ikkje arbeidet skulle bli for stort og uoversiktleg i utgangspunktet. Det var også ein medverkande grunn at Sentralsjukehuset er det største sjukehuset i fylket. Dette gjorde det naturleg å byrje arbeidet der, for sidan å utvide prosjektet til dei andre sjukehusa i Sogn og Fjordane. Prosjektleiar har hatt Sentralsjukehuset som sin arbeidsplass i mange år og hadde difor allerede eit kontaktnett i dette området.

År 2001 starta med å kartlegge eksisterande rutiner i høve til sjølv-mordstrua pasientar og rutiner når det gjeld oppfølging av pårørande etter sjølv-mord.

Prosjekt-leiar hadde møter med sjukepleie-leiinga ved Mottaks-avdelinga, Intensiv, Medisinsk avdeling og Psykiatrisk avdeling ved Sentralsjukehuset i Førde, Helse Førde.

Prosjekt-leiar hadde også møter med Helse- og sosialsjef, Kommunelege 1, Psykiatrisk sjukepleiar og andre i kommunane Førde, Naustdal, Jølster og Gaular.

Felles for alle avdelingar og kommunar var at det eksisterte ein del gode rutiner, men det var lite skriftleg å finne på dette området. Prosjektet vart godt motteke alle stader, då ein såg behovet for å systematisere arbeidet betre på dette området.

7 Etablering av nye rutiner

7.1 Innhald i rutineskrivet

Prosjekt-leiar brukte ein del tid på å innhente utarbeida rutiner frå andre sjukehus for å kunne ha dette som utgangspunkt for utarbeidinga av rutiner i Sogn og Fjordane. Rutiner utarbeida ved Haukeland sykehus danna noko av dette grunnlaget. Rutinene er i tråd med utredningsserie 3-2001, Statens Helsetilsyn: Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid.

Rutineskrivet slik det føreligg omhandlar behandling-skjeda frå pasienten blir lagt inn i sjukehuset i ulike somatiske avdelingar etter eit sjølv-mordsforsøk, evt. overføring til psykiatrisk avdeling og oppfølging i heimkommunen etter utskriving frå sjukehuset. Rutineskrivet omhandlar også retningslinjer for kommunehelsetenesta ved sjølv-mord.

Innhaldet i rutineskrivet går i hovudtrekk ut på fylgjande:

Dersom ein person har gjort forsøk på å skade seg sjølv eller ta sitt eige liv, så er hovudregelen at vedkommande skal innleggast i sjukehus. Ein kan ha ulike oppfatningar av kor alvorleg sjølv-mordsforsøket er, men slike handlingar meiner styringsgruppa skal oppfattast som at vi har med å gjere ein person som har eit problem eller krise, og at han eller ho treng hjelp til å arbeide seg ut av denne krisa.

Når personen er komen inn på sjukehuset, skal medisinsk behandling iverksetjast alt etter kva type skade personen har påført seg sjølv. Pasienten skal registrerast med tilleggsdiagnose Villet egenskade X6n (ICD-10).

Så snart personen er i stand til å føre ein samtale, vil det bli gjort eit psykiatrisk tilsyn. Då kjem psykiater og snakkar med personen og gjer ei fagleg vurdering av om det framleis er sjølv-mordsfare eller ikkje. Dersom det er framleis sjølv-mordsfare, vil personen bli flytta over til psykiatrisk avdeling, så snart den medisinske tilstanden tilseier at dette er forsvarleg. Ved sjølv-mordsfare skal pasienten ha ekstra vakttilsyn.

Dersom ein vurderer at der ikkje er sjølv-mordsfare, vil pasienten bli skriven ut. Pasienten får då informasjon om at vedk. sin fastlege vil bli orientert om situasjonen. Fastlegen vil deretter ha i sine rutiner at han skal ta kontakt med vedk. nokså snart etter utskrivinga, for å avtale vidare oppfølging/ behandling.

Dette vil seie at helsetenesta skal vere meir pågåande i høve til å tilby hjelp enn det kanskje har vore vanleg tidlegare. Nokre er svært glade over å ha overlevd sjølv-mordsforsøket, nokre

kan bagatellisere hendinga på grunn av skam. Ein kan ikkje tvinge folk til å ta imot hjelp, men erfaringar tilseier at dei fleste takkar ja til hjelp, dersom hjelpa blir tilbydd på ein god måte.

Det same prinsippet gjeld for oppfølging av pårørande etter sjølv mord. Eit sjølv mord er eit så stort sjokk for dei pårørande, at ein ikkje kan forvente at dei med ein gong vil ha klare tankar om kva oppfølging og hjelp dei vil trenge framover. Mange har erfart at dei gjerne har fått hjelp fram til gravferda, men så visnar det av, og ein blir sitjande igjen med ei einsam sorg, skuldkjensle og mange vonde følelsar. Det er vanskeleg å snakke om dødsfallet med andre. Mange greier t.d ikkje å gå attende til arbeidet sitt. Det er mykje tapt helse kring kvart sjølv mord.

I våre retningslinjer tilrår vi ei oppfølging av pårørande i minst eitt år etter sjølv mordet. Nokre vil trenge profesjonell hjelp til å bearbeide sorga, (psykolog, psykiater) medan for andre vil det vere ei god støtte at nokon tek regelmessig kontakt for å høyre korleis det går. Det er viktig at hjelpa blir tilpassa dei pårørande sine behov, at det er dialog med dei pårørande om dette. Barn sine behov for oppfølging må spesielt setjast fokus på.

Kommunehelsetenesta må planlegge og koordinere hjelpa ut frå tilgjengelege ressursar, og fastlegen blir igjen sentral i høve til å vurdere kva hjelp dei pårørande vil trenge- psyk.sj.pl., helsesøster, sosionom.

Det arbeidet som er gjort med å utarbeide desse rutinene, gir ingen garanti for at pasientar og pårørande føler at hjelpeapparatet møter dei på ein god måte. Personlege eigenskapar hjå hjelparen vil alltid verke inn, og når det gjeld sjølv mord så er det noko av det tyngste og vanskelegaste ein som helsepersonell kjem bort i i arbeidet. Sjansen for at ein skal gjere ein bra jobb er likevel mykje større dersom ein har tilgjengeleg og fylgjer tilrådde rutiner.

7.2 Informasjonsarbeid

I forkant av innføring av nye rutiner vart det gjort mykje informasjonsarbeid kring prosjektet og målsetjinga med dette. Prosjektleiari har lagt vekt på å sende ut skriftleg informasjon, kombinert med orienteringsmøter så langt ein har hatt kapasitet til. Ved sjukehusa og dei psykiatriske institusjonane har leiinga heile tida vore orientert om prosessen, samt at personale har fått informasjon og undervisning. I høve til kommunehelsetenesta har all informasjon vorte sendt ut til: helse-sos.sjef, kommunelege 1, psykiatrisk sjukepleiar og helsesøster. Ved informasjonsmøter i Sogn og Nordfjord har formann i styringsgruppa (avd.sjef ved Psykiatrisk klinikk, Førde), samt ein representant frå BUP- Førde (som også er medlem i styringsgruppa) delteke. Dette har prosjektleiari sett på som nyttig for å gi prosjektet ytterlegare fagleg tyngde.

7.3 Innføring av rutinene ved Førde Sentralsjukehus og kommunar tilhøyrande lokalsjukehusområdet

Førde Sentralsjukehus

På bakgrunn av alle møter, vart det utarbeida forslag til skriftlege rutiner. Desse vart endeleg godkjende av styringsgruppa for prosjektet i møte 25.september 2001.

Som resultat av dei nye rutinene kan vi frå år 2001 registrere kor mange personar som blir innlagt kvart år ved Sentralsjukehuset etter Villet egenskade X6n (ICD-10)

Etter at rutinene vart godkjende av styringsgruppa, vart dei sendt til formell godkjenning hjå sjeflegen ved Sentralsjukehuset. Denne godkjenninga kom i november 2001 og rutinene vart samtidig tilgjengelege i den elektroniske kvalitetshandboka i sjukehuset.

Det vart laga eit papirformat av rutinene som 13.november 2001 vart sendt ut til leiinga og alle avdelingar i sjukehuset.

Rutinene samt eit informasjonsbrev vart sendt til kommunelege 1, Helse- og sosialsjef, Psykiatrisk sjukepleiar og leiande helsesøster i alle kommunar i Sogn og Fjordane.

I denne informasjonen står det at rutinene er gjeldande i Sentralsjukehuset og alle kommunar som har dette sjukehuset som sitt lokalsjukehus frå seinast 01.01.02.

8 Utviding av prosjektet til resten av fylket

8.1 Tilpassing og innføring av rutinene ved Lærdal sjukehus

I indre Sogn starta arbeidet med innføring av behandlingsskjedrutiner febr. 2002. Det vart satt saman ei ansvarsgruppe for dette arbeidet. Den har bestått av representantar frå Lærdal sjukehus, Indre Sogn Psykiatrisenter, Sogndal BUP, Sogndal kommune, Årdal kommune samt prosjektleiar.

Etter 2 møter i ansvarsgruppa (19.mars og 8.mai) og ein del kommunikasjon per telefon og mail, vart rutinene godkjende av sjeflegen ved Lærdal sjukehus sept. 2002. Dei vart samtidig tilgjengelege i den elektroniske kvalitetshandboka ved Lærdal sjukehus.

Det vart laga papirformat av rutinene som vart sendt ut til kommunane i indre Sogn etter same mal som ved Sentralsjukehuset i Førde.

8.2 Tilpassing og innføring av rutinene ved Nordfjord sjukehus

I Nordfjord starta arbeidet med innføring av behandlingsskjedrutiner febr.2002. Det vart også her satt saman ei ansvarsgruppe. Den har bestått av representantar frå Nordfjord sjukehus, Nordfjord Psykiatrisenter, Nordfjord BUP, Eid kommune og Vågsøy kommune samt prosjektleiar.

Etter 2 møter i ansvarsgruppa (10.april og 2.sept.) og ein del kommunikasjon ellers, fekk prosjektleiar 24.sept. melding om godkjenning av rutinene frå Nordfjord sjukehus v/ avdelingsoverlegen, Med. avd.

Det vart i oktober laga eit papirformat av rutinene, som vart sendt ut til kommunane i Nordfjord etter same mal som i Sunnfjord og Sogn. Rutinene er gjeldande frå jan.2003. Nordfjord sjukehus har per dags dato ikkje innført elektronisk kvalitetshandbok.

9 Oppfølgingstilbod til etterlatte etter sjølv mord

9.1 Retn.linjer for kommunane

I rutineskrivet som er sendt til alle kommunar i Sogn og Fjordane, er det utarbeida retningslinjer som kommunehelsetenesta skal fylgje ved oppfølging av pårørande etter sjølv mord (siste side vedlegg).

Nokre kommunar har oppretta eigne krisegrupper som skal brukast i slikt arbeid, medan langt dei fleste kommunane ikkje har slike grupper. Tal sjølv mord i Sogn og Fjordane er lågt samanlikna med andre fylker. Ein meiner i dei fleste kommunar i dette fylket, at spesielle krisegrupper lett kan bli ”sovande” grupper som ikkje vil opparbeide seg nokon spesiell kompetanse på dette området. Prosjektleiar har likevel i kontakten med helsetenesta i

kommunane rundt om i fylket opplevd stor vilje og forståing for å gjere oppfylgjing av pårørande etter sjølvmod på ein best mogleg måte. Rutineskrivet kan vere til hjelp i dette arbeidet.

9.2 Etablering av LEVE Sogn og Fjordane

LEVE (Landsforeningen for etterlatte etter selvmord)

Leve Sogn og Fjordane vart etablert år 2001. I november same år vart dette markert med fagdag i Førde. Over 80 personar møtte og media viste stor interesse. Prosjektlearar vart valt inn som sekretær i styret for fylkeslaget LEVE og har i år 2002 delteke i ei rekke styremøter, der det er planlagt vidare aktivitet i foreninga. Mellom anna skal det gjennomførast fagkafear i Nordfjord og Sogn. Tanken er å flytte styremøta rundt i fylket, samtidig som LEVE gjennom media inviterer interesserte til å komme til eit uformelt møte, der det vil vere noko fagleg innslag men mest tid til samtale.

Det er også gitt ut eit LEVE-nytt, informasjonsblad, der vi fortel om aktivitet i vårt fylke.

10 Kompetanseheving

10.1 VIVAT førstehjelp ved selvmordsfare

I Sogn og Fjordane hadde ein før prosjektstart 3 kursleiarar til kurset ”VIVAT – førstehjelp ved selvmordsfare”. Desse hadde før år 2001 arrangert 3 vellukka kurs rundt om i fylket. Prosjektlearar gjekk kursleiararkurset (okt.2000) og arrangerte saman med m.a. prosjektlearar i Hordaland eit kurs i Bergen febr. 2001. Eit planlagt kurs i Førde måtte avlysast grunna for få påmelde. Seinare fekk vi utdanna endå ein kursleiar frå Psykiatrisk klinikk, Førde. (Totalt 5 kursleiarar)

Prosjektlearar tok difor initiativ febr.2001 til å kalle inn til møte med VIVAT- kursleiarar i Sogn og Fjordane, for å koordinere/planlegge kursaktiviteten vidare i fylket.

Etter ein del møter bestemte dei 3 første kursleiarane seg for at dei ville ta ein lengre pause med kursaktivitet. Det var ulike grunnar til dette (m.a. vidareutdanning, vanskar med å få permisjon frå arbeidsgivar osv.)

Den sist utdanna kursleiararen vart langtidssjukmeld og vil ikkje vere aktuell som kursleiar. Prosjektlearar har difor vore utan medkursleiar i eige fylke og har konsentrert innsatsen for VIVAT ved å forsøke å få denne aktiviteten integrert i det faglege tilbodet ved ein av dei psykiatriske institusjonane i fylket. Ved Nordfjord Psykiatrisenter (NPS) vil dei vurdere å sende personar til neste kursleiararkurs i 2003. Det er difor håp om at VIVAT kan bli integrert som del av NPS sitt kompetansetilbod.

10.2 Kurs/ møter/ undervisning prosjektleiar har delteke på

Prosjektleiar har i prosjektperioden delteke på fylgjande kurs/ møter:

År 2000:

Kommunalt psykiatrirforum i Sogn og Fjordane 6. og 7. sept. (arr. Fylkeslegen)
 Kursleiar kurs i førstehjelp ved sjølvmoordsfare, VIVAT, Tromsø 9.-13. okt.
 Møte i Trondheim 19. og 20. okt. "Handlingsplan mot selvmord- aktørene"
 Møte 24. okt. i fylkesstyret for nyetablert forening for etterlatte etter sjølvmoord LEVE
 Møte med familiekontoret og sorggruppe i Førde
 Møte i Forskningsforum ved Haukeland sykehus, Bergen 30.nov.

År 2001:

Veiledningsmøte med Nils Petter Reinholdt i Bergen 23.febr., 19.april og 23.august.
 "Handlingsplan mot selvmord-aktørene" i Oslo 29. og 30. mars og Stavanger 17. og 18. okt.
 Kursleiar på Vivat- kurs i Bergen 5-6.febr.2001 Planlagt kurs i Førde 2.og3.april måtte avlysast grunna få påmeldingar.
 Møte med Vivat- medarbeiderar i Sogn og Fjordane 19.febr.og 3.sept.
 Årsmøte i LEVE 2.nov. Innlegg på fagdag LEVE 3.nov. ved Sunnfjord hotell, Førde.
 I etterkant av LEVE sin fagdag sende NRK Sogn og Fjordane radio ½ times intervju om temaet sjølvmoord i føremiddagssendinga 6.nov.
 Per Bergsholm var kursleiar for eit kurs med tema suicid i Førde 16.nov.

År 2002:

Undervisning med.avd. Sentralsjukehuset 16.jan.
 Møte Gaustad, Selvmordsaktørene 18. jan.
 Undervisning mottaksavd. Sentralsjukehuset 23.jan.
 Informasjonsmøte Lærdal sjukehus 28.jan
 Informasjonsmøte Sogndal 6.febr.
 Møte Nils Petter Reinholdt, Førde 12.febr.
 Informasjonsmøte Nordfjord 14.febr.

Møte Florø sjukehus 19.febr. og 16.april
 Møte med Nils Petter Reinholdt Bergen 5.mars
 Undervisning v/ vidareutdanning Psykisk Helsearbeid, Førde 13.mai
 Planleggingsmøter og gjennomføring av Landskonferansen i Bergen 22. og 23.okt.

Prosjektleiar har undervist/ informert om dei nye rutinene på aktuelle avdelinga i Førde Sentralsjukehus.

Prosjektleiar har også skrive innlegg/ informasjon om prosjektet i sjukehusets Intern-info og NSF si fylkesavis i Sogn og Fjordane.

LEVE, Mental helse og Pårørandeforeninga for psykisk sjuke har fått informasjon om prosjektet.

11 Måloppnåing

I høve til hovudmålsetjinga med prosjektet om å innføre behandlingsskjederutiner ved alle sjukehus og i alle kommunar i Sogn og Fjordane er målsetjinga oppnådd.

Som resultat av dei nye rutinene kan ein i framtida registrere kor mange personar som blir innlagt kvart år i sjukehus i Sogn og Fjordane med tilleggsdiagnose:

Villet egenskade X6n (ICD-10).

Det er utarbeida retningslinjer for kommunehelsetenesta i alle kommunar i Sogn og Fjordane når det gjeld oppfølging av pårørande etter sjølv mord.

Dei etterlatte etter sjølv mord har fått eit tilbod ved at pårørandeforeninga for etterlatte etter sjølv mord, LEVE, er etablert med fylkeslag i Sogn og Fjordane.

Når det gjeld VIVAT aktivitet i Sogn og Fjordane har vi etter prosjektleiar si oppfatning ikkje nådd dei mål vi burde på dette kompetansehevingsområdet i prosjektperioden. Det er likevel håp om at denne aktiviteten kan ta seg opp igjen ved at denne kompetansen i framtida blir integrert ved ein av dei psykiatriske institusjonane i fylket.

Prosjektleiar kunne etter eiga vurdering prioritert å gjort meir arbeid i prosjektperioden i høve til kompetanseheving, t.d. ved arrangering av fleire møter, kurs. Med 50% stilling har prosjektleiar likevel valt å prioritere arbeidet med innføring av oppfølgingsrutiner etter sjølv mordsforsøk gjennom heile behandlingsskjeda. Det har vore ei klar hovudmålsetjing frå prosjektleiar si side å prioritere dette arbeidet, for å kunne vise til konkret måloppnåing etter prosjektslutt på dette viktige området. Ved at rutinene no er innførte i sjukehusa sine kvalitetshandbøker, kan ein i ettertid gå inn og undersøke kor vidt rutinene fungerer i praksis.

12 Sluttkommentar

Arbeidet med prosjektet har vore interessant og lærerikt. Det at prosjektleiarstillinga har vore forankra ved Psykiatrisk klinikk, Førde, har vore positivt for prosjektleiar, ved at det har gitt prosjektet nødvendig fagleg tyngde. Prosjektleiar har drege nytte av allerede opparbeida kontaktnett i helsetenesta i Sogn og Fjordane.

Prosjektet har vorte positivt møtt av tilsette i helsetenesta både i sjukehusa, psykiatrien og i kommunehelsetenesta, då dette er eit fagområde der det er stor interesse for kunnskap og gode rutiner.

Prosjektleiar har i tillegg til 50% stilling som prosjektleiar vore tilsett i 50% stilling som psykiatrisk sjukepleiar ved akuttavdelinga, Psykiatrisk klinikk. Kombinasjonen og vekslinga mellom desse stillingane har vore slitsam. Målsetjinga for prosjektet har vore stor i høve til å skulle innfri den i kun 50% stilling på 2,5 år. Arbeid med innføring av nye rutiner er tidkrevjande. Det er ein prosess der prosjektleiar heile tida har vore avhengig av tilbakemeldingar frå tilsette i helsetenesta for å få framdrift i arbeidet. Slike tilbakemeldingar har ofte komme seint og etter gjentatte purringar frå prosjektleiar si side. Prosjektleiar har difor av tidsomsyn sett det som nødvendig å ha ein nokså aktiv pådrivarrolle i denne prosessen.

Når prosjektet no blir avslutta, er det med håp om at dei nye rutinene blir brukt og at dei viser seg å fungere i praksis. Aktiv opplæring av nyttilsette i helsetenesta og vedlikehalding av

kunnskap om rutiner er avgjerande. Her har helsetenesta både i sjukehusa og i kommunane ei stor utfordring.

13 Vedlegg

13.1 Rutiner