

Skriftserie



Statens helsetilsyn

3-2000

HANDLINGSPLAN MOT SELVMORD - SLUTTRAPPORT



IK- 2720

HANDLINGSPLAN MOT SELVMORD - Sluttrapport

IK-2720

September 2000



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1

Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo

Tlf. sentralbord: 22 24 88 88

Faks: 22 24 95 90

E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: www.helsetilsynet.no

Handlingsplan mot selvmord - sluttrapport
Statens Helsetilsyn
Prosjektleder: Nils Petter Reinholdt
Omslag: Viking Grafisk - Foto: Tor Sandnes
Sats og trykk: Viking Grafisk AS

Oslo, september 2000

IK 2720

Forord

Stortinget vedtok i 1994 at det skulle etableres en nasjonal Handlingsplan mot selvmord. Denne var opprinnelig planlagt å skulle gå over 5 år fra 1994 – 1998. Grunnet sen oppstart ble planperioden forlenget med ett år til ut 1999.

Statens helsetilsyn har hatt ansvar for gjennomføringen innenfor en budsjett-ramme på i overkant av 40 millioner kroner.

Den overordnede målsetningen for Handlingsplan mot selvmord var at helse-tjenesten skulle bidra til å redusere selvmordshyppigheten i Norge. Virkemidler for å nå hovedmålsetningen ble definert til:

- Sammenfatte tilgjengelig kunnskap, stimulere til forskning og etablere regionale ressursmiljøer
- Utvikle læringsprogrammer og sørge for kunnskapsformidling til relevante offentlige instanser og frivillige organisasjoner
- Kartlegge og evaluere de eksisterende modeller for organisert samarbeid, spre kunnskaper om gode modeller og eventuelt utvikle nye modeller

Gjennom denne rapporten, og den eksterne evalueringen av Handlingsplanen dokumenteres det at betydelige resultater er oppnådd innenfor alle de oppgitte målområdene for programmet. Ikke minst gledelig er tilveksten av engasjerte fagpersoner med ulik yrkesbakgrunn som er engasjert i selvmordsforebyggende arbeid. Det er etablert nettverk både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

Selvmordstallene for 1996 viste 517 selvmord, en nedgang fra 1988 på 30%. Dette er gledelige tall, samtidig som det på ingen måte kan underslås at selvmord fortsatt utgjør et betydelig helseproblem i Norge. Med relativt konservative anslag for mørketall vil selvmordstallene ligge rundt 600 per år, noe som utgjør omtrent det doble av antallet trafikkdrepte her til lands. Statens helsetilsyn har, på bakgrunn av Stortingets vedtak om budsjett for 2000 og på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, utarbeidet forslag til et treårig prosjekt som oppfølging av Handlingsplan mot selvmord. Etableringen av dette prosjektet er iverksatt i inneværende år.

Oslo september 2000



Petter Øgar
Kst.helsedirektør

Innhold

Forord	3
Innhold	5
1. Bakgrunn	7
1.1 Initiativ fra professor Retterstøl	7
1.2 Utredningen "Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge"	7
1.3 Departementets mandat og retningslinjer	8
1.4 Bakgrunnsdokumentasjon	8
2. Mål og strategier	9
2.1 Forebyggingsstrategi	9
3. Prosjektorganisering	11
3.1 Forankring	11
3.2 Prosjektleder og prosjektmedarbeider	11
3.3 Styringsgruppe	11
3.4 Referansegruppe	11
4. Hovedmål	13
4.1 Tall på selvmord nasjonalt	13
4.2 Endringer i selvmordsfrekvens som egnet resultatmål	15
5. Delmål	17
5.1 Økt og systematisk forskning - etablering av regionale ressursmiljøer .	17
5.1.1 Seksjon for selvmordsforskning og forebygging	18
5.1.2 Regionale ressursmiljøer	19
5.1.3 Nettverksarbeid	20
5.1.4 Forskning - omfang og tematikk	21
5.1.5 Samarbeid mellom forskningsmiljøene	22
5.1.6 Grad av systematikk i forskningen	22
5.1.7 Internasjonalt samarbeid	22
5.1.8 Oppsummering - "økt og systematisk forskning"	23
5.2 Økt og systematisk kunnskapsformidling	24
5.2.1 Undervisningssektoren	24
5.2.2 Arbeidet rettet mot høyskolene	24
5.2.3 Grunn-, videre- og etterutdanning på universitetsnivå	25
5.2.4 Produksjon av læremidler	26
5.2.5 VIVAT	27
5.2.6 Oppsummering - "Økt og systematisk kunnskapsformidling"	28
5.3 Kartlegging og evaluering av eksisterende modeller for organisert samarbeid om forebygging, spre kunnskaper om gode modeller, og eventuelt utvikle nye modeller	29
5.3.1 Bærumsmodellen	29
5.3.2 Modellforsøk	29
5.3.3 Drøfting av sentrale forhold rundt modellforsøkene	31
5.3.4 Resultater av behandlingsskjedeprosjektene	33
5.3.5 Andre prosjekter støttet av Handlingsplan mot selvmord	33

5.4	Informasjon og evaluering	34
5.4.1	Generelt om informasjonsarbeid	34
5.4.2	Prosjektlederkonferanser - forskningskonferanser	35
5.4.3	Tidsskriftet "Sucidologi"	35
5.4.4	Suicidologisk database etablert ved Seksjon for selvmords- forskning og forebygging	36
5.4.5	Ekstern evaluering	37
5.4.6	Oppsummering - informasjonsarbeid	38
6.	Videreføring av igangsatte tiltak - nytt treårig prosjekt	39
7.	Anbefalinger i det videre selvmordsforebyggende arbeid	40
7.1	Barn og unge	40
7.2	Pårørende etter selvmord	40
7.3	Homofile og lesbiskes situasjon	41
7.4	Arbeidsplassen	42
7.5	Eldre	42
7.6	Internasjonalt samarbeid	42
8.	Økonomi	44
9.	Litteratur	45
	Navn i Handlingsplan mot selvmord	46
	Vedlegg 1	46
	Publikasjoner fra Statens helsetilsyn	48

1. Bakgrunn

Sammenlignet med andre nasjoner har de norske selvmordstallene tradisjonelt ligget lavt. I 1950 og 1960 årene lå selvmordsraten i gjennomsnitt på mellom 7 og 8 (per 100.000), noe som utgjorde rundt 250 selvmord i året. Fra slutten av 1960 tallet til slutten av 1980 tallet fordoblet selvmordsraten i Norge seg, noe som ga Norge en av de sterkeste økningene i Europa.

I 1988 ble det registrert 708 selvmord, dette utgjorde en rate på 16,8 (per 100.000). Det har vært en viss økning i selvmordstallene i denne perioden i alle aldersgrupper, men fordelingen har vært ulik avhengig av alder og kjønn. Gjennom lengre tid har det vært en høyere selvmordsrate i de eldre aldersgrupper sammenlignet med de yngre. Dette bildet har endret seg dramatisk de siste 25 år, særlig gjelder dette den mannlige del av populasjonen. Den sterkeste økningen i selvmordshyppighet har skjedd i de yngre aldersgrupper, og særlig blant unge menn over 16 år der det er registrert i tredobling i forekomst i løpet av den samme 25 årsperioden. Disse utviklingstrekk var med på å danne bakgrunnen for den norske handlingsplanen mot selvmord.

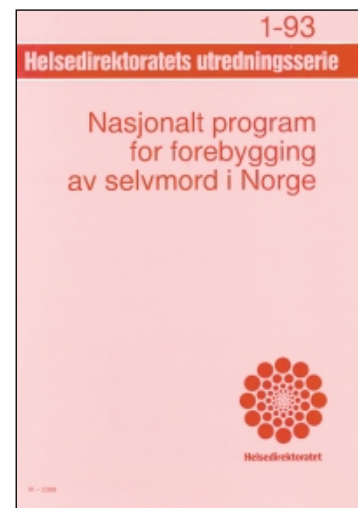
I tillegg til alle tragiske enkeltskjebner, representerer selvmord et betydelig tap av menneskelige, sosiale og økonomiske ressurser for samfunnet. I begynnelsen av 1990-tallet mistet vi omtrent 20 000 forventede leveår hvert år i Norge. I tillegg til disse dødsfallene, representerer selvmordshandlinger en betydelig økning i sykkeligheten i grupper av befolkningen, samtidig som de medfører svære belastninger for pårørende som ofte dras inn i dramatiske og traumatiske kriser. Dette gjelder også arbeidskolleger, studiekamerater, naboer osv. Det samme gjelder for helsearbeidere som skal hjelpe og støtte individer gjennom selvmordskriser, og som vil måtte forholde seg til den situasjonen som oppstår når en pasient tar sitt eget liv (Mehlum 1999).

1.1 Initiativ fra professor Retterstøl

Med bakgrunn i blant annet økningen i selvmordshyppigheten i Norge skrev professor Nils Retterstøl 5. oktober 1989 et brev til Helsedirektøren der han anmodet om at det ble utarbeidet et nasjonalt program for å forebygge selvmord. Brevet hadde sitt utgangspunkt i anbefalinger fremkommet etter et møte i WHO's europeiske seksjon arrangert i Szeged, Ungarn i september 1989. Det ble der utarbeidet en henstilling til WHO's medlemsland om å etablere nasjonale forebyggende strategier for å reversere økningen i selvmordshyppighet. Professor Retterstøl var på dette tidspunktet president i The International Association for Suicide Prevention.

1.2 Utredningen "Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge"

Helsedirektoratet ga i 1991 professor dr. med. Øyvind Ekeberg ved Institutt for medisinske atferdsfag i Oslo i oppdrag å utarbeide et forslag til nasjonalt program for selvmordsforebyggende arbeid. Med seg i dette arbeidet hadde han et tverrfaglig referansepanel. Oppgaven gikk ut på å definere målsetninger og relevante virkemidler for et slikt program. Utredningen foreligger i Helsedirektoratets utredningsserie som, I-93 "Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge", og det var denne som utgjorde grunnlaget for Handlingsplan og prosjektplan mot selvmord.



1.3 Departementets mandat og retningslinjer

Sosial- og helsedepartementet ga mandat og retningslinjer for programmet i brev til Statens helsetilsyn av 7. juli 1995. I Statsbudsjettet for 1994 ble det foreslått en bevilgning på kr 6 millioner til en handlingsplan mot selvmord. I St.prp. nr. 1 (1993-94) ble det foreslått at Handlingsplanen skulle gå over 5 år fra og med 1994. Stortinget støttet forslaget (jfr Budsjettinnstilling S 11, 1993-94). I Budsjettinnstilling S.nr.11 uttrykker Stortingets sosialkomite følgende:

"Komiteen har merket seg selvmordssituasjonen i Norge i dag. Komiteen ser denne økningen som svært alvorlig, og ser den vedtatte 5-årige handlingsplanen som et viktig skritt for å hindre at mennesker begår selvmord. Komiteen er enig i at det gjennom planarbeidet legges opp til en styrking og koordinering av de tiltak som settes inn, ved at det gis raskere hjelp og behandling, samt at det legges opp til et styrket samarbeid med frivillige organisasjoner".

Handlingsplanen ble senere prolongert med ett år til ut 1999.

Sosial- og helsedepartementet delegerte gjennomføringen av Handlingsplan mot selvmord til Statens helsetilsyn.



1.4 Bakgrunnsdokumentasjon

- Brev fra Nils Retterstøl til Helsedirektoratet datert 5. oktober 1989
- Mandat gitt av helsedirektoratet til professor Øyvind Ekeberg om utarbeidelse av nasjonalt program for forebygging av selvmord (21. mars 1991)
- Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge – Helsedirektoratets utredningsserie nr. 1-93
- Stortingsproposisjon 1 (1993-1994)
- Budsjettinnstilling S11 (1993 – 1994)
- Budsjettinnstilling S11 (1994-1995)
- Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998 – Skriftserie 4-95, Statens helsetilsyn
- "Selvmordsforebyggende arbeid – Bærumsmodellen" – Utredningsserie 4-94, Statens helsetilsyn

2. Mål og strategier

Den overordnede målsetningen for Handlingsplan mot selvmord var at helse-tjenesten skulle bidra til å redusere selvmordshyppigheten i Norge. Handlingsplanen rettet seg primært mot tiltak for å gi et bedre tilbud til grup-per med spesiell risiko for selvmord. Virkemidlene for å oppnå hovedmål-setningen ble definert til:

- Sammenfatte tilgjengelig kunnskap, stimulere til forskning og etablere regio-nale ressursmiljøer.
- Utvikle læringsprogrammer og sørge for kunnskapsformidling til relevante offentlige instanser og frivillige organisasjoner.
- Kartlegge og evaluere de eksisterende modeller for organisert samarbeid, spre kunnskaper om gode modeller og eventuelt utvikle nye modeller

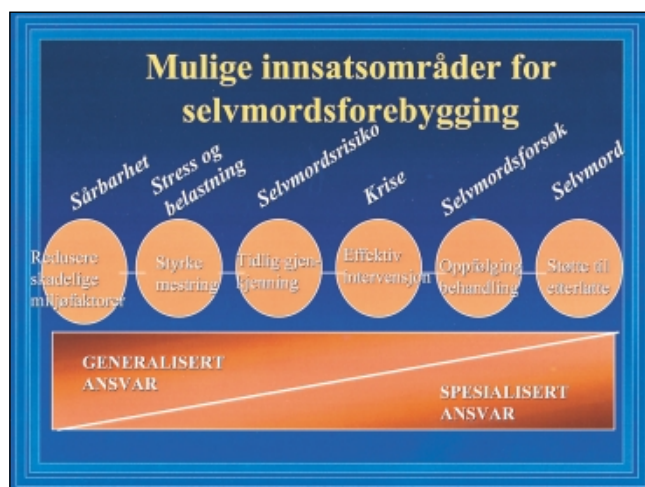
2.1 Forebyggingsstrategi

Handlingsplan mot selvmord skulle ikke omfatte primærforebyggende satsin-ger for hele befolkningen, eller for alle samfunnssektorer:

"Handlingsplanen har sitt utgangspunkt i helsetjenesten og tar derfor sikte på å utvikle sekundærforebyggende strategier for den enkelte innenfor grup-per av selvmordsutsatte". (Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-98, IK-2514)

Det var grundige diskusjoner både på administrativt og faglig hold knyttet til hvilken strategi som ville være den mest effektive for handlingsprogrammet. Når en sekundærforebyggende strategi ble valgt var det ut fra tanken om at denne strategien ville gi den sikreste og raskeste uttelling for investerte ressur-ser på kort sikt. Det var grupper med spesielt høy risiko for selvmord man ønsket å nå med hjelpetiltak tidligst mulig.

Selv om handlingsplanen primært har rettet seg mot sekundærforebyggende til-tak har den ikke vært uten betydning for det primærforebyggende arbeidet. Det er flere eksempler på at det er blitt initiert primærforebyggende innsatser som en konsekvens av arbeidet med Handlingsplan mot selvmord. I dette ligger en erkjennelse av at de ulike forebyggingsstrategiene ikke må forstås som alterna-tive strategier, men som supplerende. Ingen av dem vil kunne ha optimal effekt uten å spille på de andres kunnskaper og målgrupper.



Figur 1

Ulike teoretiske modeller kan være med på å danne bakgrunnen for utformingen av selvmordsforebyggende programmer. Erfaringer fra de nasjoner som har hatt egne programmer viser at disse ofte er pragmatisk utformet. Figur 1 viser de mest sentrale områder for selvmordsforebygging. Figuren peker på de ulike fasene i selvmordsprosessen fra tidlige sårbarhetsfaktorer, gjennom ulike belastninger som kan bringe individet inn i risikozonen, og til selvmordshandlinger med eller uten fatalt resultat. Det antydes hvilke virkemidler som er egnet på de ulike stadier i selvmordsprosessen. Som en ser vil ansvaret for forebygging variere fra et generelt ansvar som inkluderer beslutningstagere og det brede publikum, til innsatser som krever omfattende intervensjoner fra det profesjonelle helsevesen (Mehlum 1999).

Som figur 1 indikerer dreier selvmord som fenomen seg også om hvilke verdier et samfunn har, og hvordan vi på et høyere politisk nivå ønsker å påvirke disse. Deler av problemområdet skal ikke delegeres for langt ned i systemet da selvmordsforebygging også handler om trygge og gode oppvekstvilkår for barna våre, begrense tilgang til rusmidler og våpen osv.

Selvmord er et sammensatt problemområde, som må løses i samarbeid. Selvmord dreier seg ikke kun om sykdom og psykisk helse, og derfor er heller ikke spesialisert kunnskap fra psykiatrien eller helsevesenet tilstrekkelig i en forebyggingsstrategi. Det vil være av stor betydning at perspektiver fra ulike samfunnsområder inkluderes i en samlet og bred nok nasjonal strategi.

En mulig gevinst gjennom etablering av et nasjonalt forebyggingsprogram er at dette gir en mulighet for å arbeide med holdningsmessige spørsmål i befolkningen, for derigjennom å kunne redusere tabuene knyttet til selvmord som fenomen.

3. Prosjektorganisering

3.1 Forankring

Gjennomføringen av Handlingsplan mot selvmord ble delegert fra Sosial- og helsedepartementet til Statens helsetilsyn i tildelingsbrev av 08.02.94. I Statens helsetilsyn har prosjektet vært forankret i Avdeling for spesialisthelsetjeneste. Prosjektorganisasjonen har bestått av prosjektleder i 100% stilling, prosjektmedarbeider med enkelte avbrudd i perioden 01.05.95 til 31.03.98, styringsgruppe og referansegruppe.

3.2 Prosjektleder og prosjektmedarbeider

Prosjektleder for Handlingsplan mot selvmord var i perioden 1.10.94 – 1.10.98 cand. mag. Kari H Holten. Hun ble i Handlingsplanens slutfase avløst av cand. mag. Nils Petter Reinholdt (1.10.98 – 31.12.99).

Prosjektleder har vært prosjektets daglige operative leder med ansvar for at vedtatte planer og rammer overholdes. Ved siden av løpende planlegging har viktige oppgaver vært å følge opp prosjektets fremdrift og ressursbruk. Informasjon om Handlingsplanen, samt motivering og oppfølging av prosjektarbeid har vært prioriterte arbeidsoppgaver.

I stillingen som prosjektmedarbeider har følgende vært ansatt:

Cand. polit. Anne Marie Berg (01.05.95-31.01.96), sosionom Wenche Haukø (01.07.96-17.08.97), og cand. polit Anne Skumsnes i perioden 21.07.97-31.03.98.

Prosjektmedarbeiders viktigste oppgave har vært knyttet til handlingsplanens delmål, kunnskapsformidling. I dette arbeidet har det vært tett kontakt mellom sentral prosjektmedarbeider og ansatte ved ressursentrene.

Prosjektmedarbeider har også tatt del i andre arbeidsoppgaver knyttet til prosjektets drift.

3.3 Styringsgruppe

Styringsgruppen har hatt ansvaret for styring av prosjektets milepæler underveis i planperioden. Denne var innledningsvis sammensatt av 3 representanter fra Avdeling for spesialisthelsetjeneste, og 1 representant fra Avdeling for primærhelsetjeneste i Helsetilsynet. Det har vært noen endringer i styringsgruppens sammensetning underveis i prosjektperioden. Fra desember 1996 og ut programperioden har denne bestått av fagsjef Ellen Hagemo og underdirektør Arne Lindstad i Helsetilsynets avdeling for spesialisthelsetjeneste. Gjennom hele prosjektperioden har fagsjef i psykiatri vært leder for styringsgruppen.

Styringsgruppen har hatt jevnlige møter med prosjektleder for å følge opp fremdrift, ressursbruk og resultatutvikling i prosjektet.

3.4 Referansegruppe

Ved prosjektets oppstart ble det etablert en egen referansegruppe for Handlingsplan mot selvmord bestående av spisskompetente fagpersoner.

Denne har under prosjektperioden bestått av:

Professor dr. med Nils Retterstøl, Gaustad sykehus

Professor dr. med Øivind Ekeberg, Institutt for medisinske atferdsfag, UIO (til 1996)

Klinikkdirektør Frode Larsen, Ullevål Sykehus

Psykiater Petter Jørgensen, Regionsykehuset i Trondheim

Spesialpsykolog Gudrun Dieserud, Bærum kommune/Statens Institutt for folkehelse (til 1996)
Ledende sosionom Wenche Haukø, Bærum sykehus (til 1996)
Forsker Yngve Hammerlin, Justisdepartementet
Stipendiat Georg Schjelderup, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, UIO
Assisterende fylkeslege Torill Hagerup-Jensen, Fylkeslegen i Vest-Agder
Forsker Mette Ystgaard, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, UIO
Generalsekretær Einfrid Halvorsen, Mental Helse Norge
Professor dr.med. Lars Mehlum, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, UIO
Direktør Lars Lien, Sanderud sykehus (fra 1998)

Fra 1996 og ut prosjektperioden har Frode Larsen hatt funksjon som leder for referansegruppen.

I den opprinnelige prosjektplanen ble mandatet for referansegruppen presisert til et informativt og rådgivende ansvar inn til prosjektet.

"Referansegruppen skal gi råd under hele prosjektperioden i spørsmål som gjelder planlegging og utførelse, og gi informasjon om forhold av betydning også utenfor prosjektet". (Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-98)

Det har vært avholdt totalt 10 møter i referansegruppen, intensivt i prosjektets oppstart og avslutningsfase. Blant tema som har vært tatt opp i denne kan nevnes:

- Strategivalg for Handlingsplanen
- Prosjektplan for Handlingsplanen
- Retningslinjer og resultatindikatorer for ekstern evaluering
- Planlegging av prosjekt og forskningskonferanser
- Undervisningsprogrammer
- Evalueringsrapporter
- Sluttrapportering og prosjektbeskrivelse for nytt prosjekt

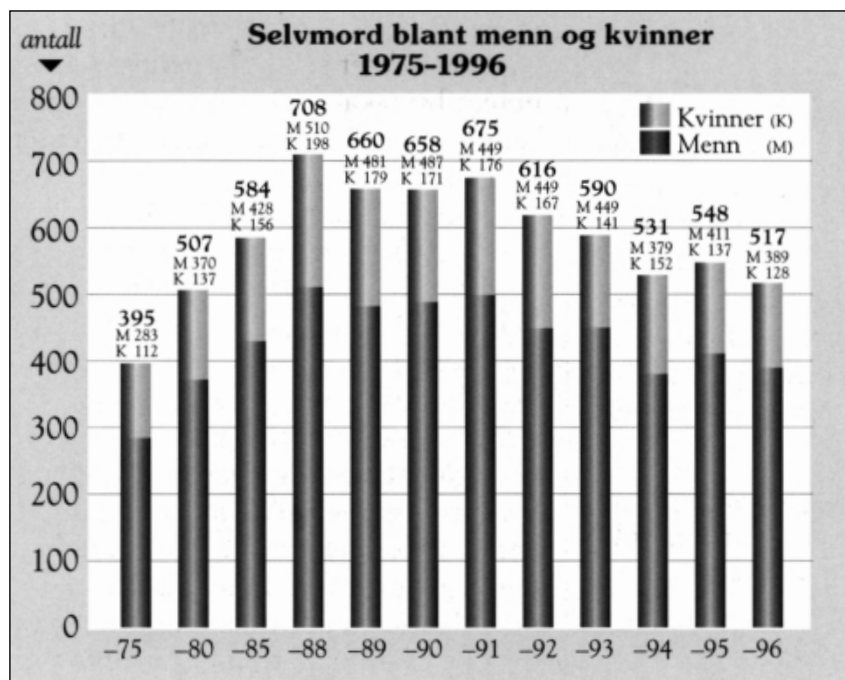
4. Hovedmål

Handlingsplan mot selvmord ble etablert med følgende hovedmålsetning. "I løpet av 1990-årene skal helsetjenesten bidra til å bryte den negative utviklingen med økt selvmordshyppighet fra slutten av 1960-årene."

4.1 Tall på selvmord nasjonalt

I gjengivelsen av hvordan selvmordstallene har utviklet seg i Norge de senere år tas det utgangspunkt i de sist publiserte statistikker, i dette tilfelle Dødsårsakstatistikken for 1996. Det har ikke vært mulig å følge utviklingen av selvmordshyppighet parallelt med Handlingsplan mot selvmord grunnet etterlepet i offentliggjøring av dødsårsakstatistikken fra Statistisk Sentralbyrå.

Det ble registrert 517 selvmord i Norge i 1996, en nedgang fra 548 i 1995, og nedgangen fra 1988 til 1996 utgjør hele 30%. Dette er gledelige tall, men det kan på ingen måte underslås at selvmord fortsatt utgjør et betydelig helseproblem i Norge. Med relativt konservative anslag for mørketall vil selvmordstallene ligge rundt 600 i året, noe som eksempelvis er det doble av antallet trafikkdrepte i Norge. En regner med at det på sykehusene årlig registreres 6-8000 innleggelser etter selvmordsforsøk. I tillegg viser forskning at en må regne inn betydelige mørketall, kanskje særlig blant den yngste og eldste delen av populasjonen.

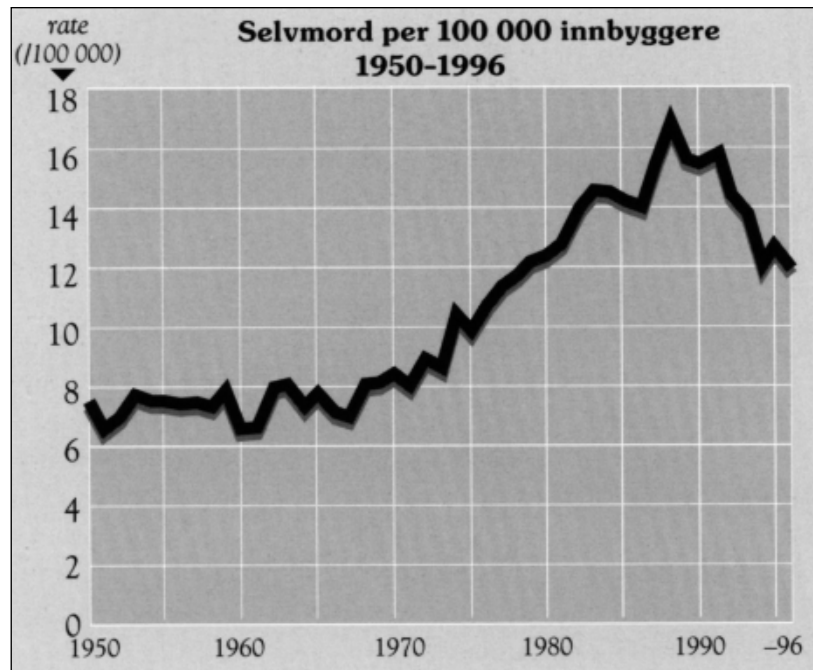


Tabell 1

Kilde: NOS Dødsårsaker 1996. Statistisk sentralbyrå. Grafikk: Seksjon for selvmordsforskning og forebygging. (SSFF).

Av de 517 registrerte selvmordene i 1996 er 389 menn, og 128 kvinner, dette er 190 færre selvmord totalt sett enn i 1988 da det hittil høyeste selvmordstallet er registrert. I 1996 var selvmordsraten 11,8 per 100 000, og en må tilbake til 1978 for finne lavere tall.

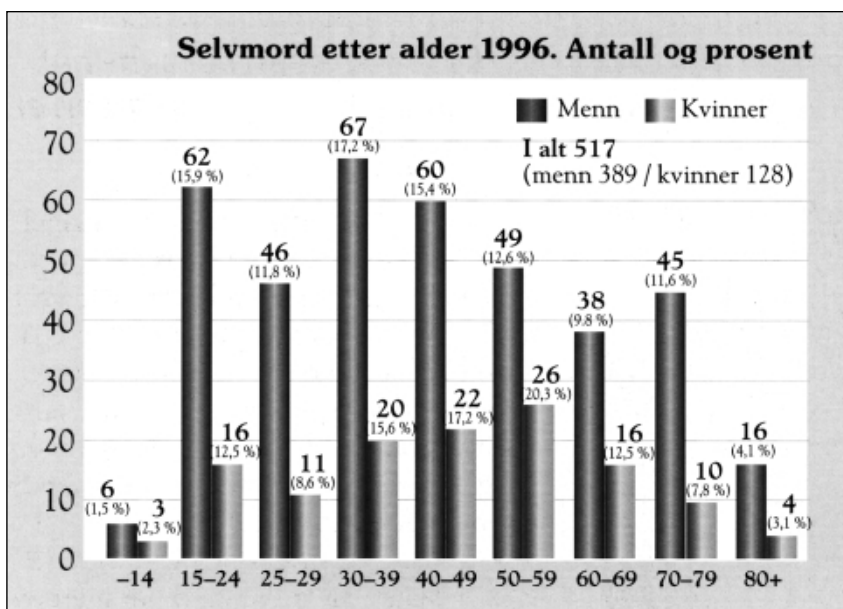
Tabell 2



Kilde: Dødsårsaksstatistikk.
Statistisk sentralbyrå. Grafikk: (SSFF).

I 1950- og 1960 årene holdt selvmordsraten seg konstant mellom sju og åtte per 100 000 innbyggere, noe som tilsvarte omtrent 250 selvmord per år. Fra slutten av 1960-tallet begynte selvmordsraten å øke, og fordoblet seg i løpet av den kommende 20årsperioden.

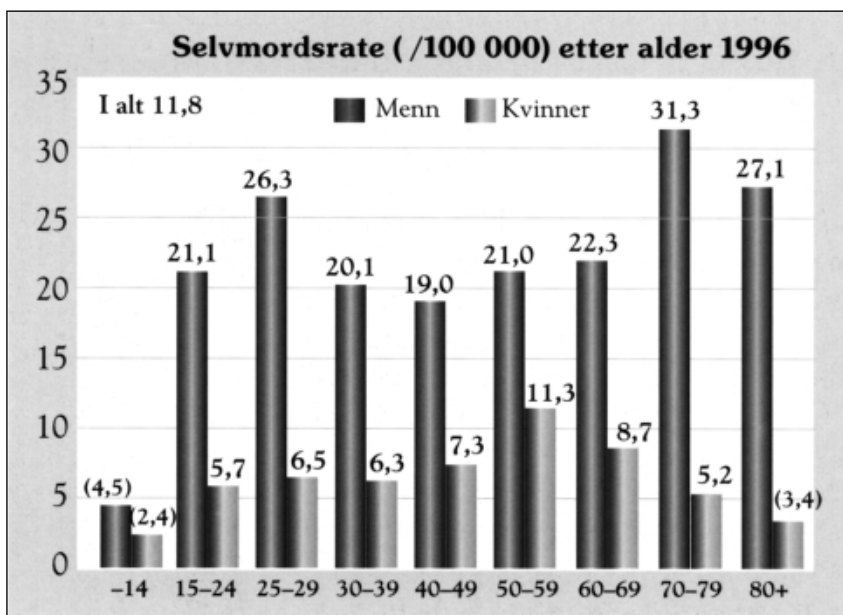
De vanligste selvmordsmetoder er hengning, skytevåpen og forgiftning. Disse metodene ble benyttet i mer enn 80% av alle tilfellene i 1996. Skytevåpen som metode nyttes nesten uten unntak av menn, kun 2% av selvmordene blant kvinner skjedde med skytevåpen. Forgiftning er vanligste metode blant kvinner etterfulgt av hengning og drukning.



Tabell 3

Kilde: NOS Dødsårsaker 1996.
Statistisk sentralbyrå.
Grafikk: (SSFF).

I 1996 var selvmordsraten høyest i aldersgrupper 70 år og eldre blant menn, og i aldersgruppen 50-59 år blant kvinner. Blant menn er det relativt små forskjeller i ratenivå mellom aldersgruppene 20-69 år. I 1996 ble det registrert 68 selvmord blant unge menn under 25 år, en nedgang fra 96 i 1988. (Gjertsen, F i "Suicidologi" nr. 3/99)



Tabell 4

Parentes rundt rater basert på færre enn 10 dødsfall.
Grafikk: (SSFF).

4.2 Endringer i selvmordsfrekvens som egnet resultatmål

Omfattende strategier har de senere år blitt prøvd ut i flere nasjoner for å forebygge selvmord. Dette dreier seg blant annet om Finland, Sverige, Norge, Australia og New Zealand. Det har vist seg komplisert å måle effekt av de ulike lands strategier, noe som blant annet har sammenheng med følgende forhold:

- Det er generelt vanskelig å dokumentere forebyggende effekt av tiltak på et så lavfrekvent fenomen som selvmord tross alt er. Gjennom det faktum at selvmord er et sjeldent fenomen, trengs det store populasjoner for å kunne vise effekter som er statistisk holdbare.
- Selvmord er et multifaktorielt problemkompleks, det er aldri kun en underliggende risikofaktor. Det vil alltid være flere årsaksforhold, og en vil ofte også se store variasjoner innenfor undergrupper. Større regionale ulikheter i et land vil bidra til tolkningsproblemer. Selvmordstallene i enkelte undergrupper vil kunne variere mens nasjonens samlede selvmordstall holder seg stabile. Denne type problemstillinger bidrar til å gjøre dette feltet så komplekst.
- Det som forebygges forekommer ikke, og vil som en konsekvens være vanskelig å dokumentere. Ett eksempel er den suicidale pasient som innlegges på psykiatrisk sykehus, som blir behandlet og skrives ut i live. I statistikken registreres ikke vedkommende som reddet fra selvmord.
- Å måle effekten av forebyggende tiltak tar ofte lang tid, lengre tid enn prosjekters varighet

Kerkhof og Clark problematiserer i en artikkel i tidsskriftet *Crisis* om redusert selvmordsfrekvens som egnet resultatmål for et nasjonalt selvmordsforebyggende program. I den forbindelse peker de på at selvmordsraten økte noe i Finland under tiden med et nasjonalt forebyggingsprogram, mens selvmordsfrekvensen i Nederland uten nasjonalt program i den samme tiden ble redusert med 20%. I den samme tidsperioden var det en større økonomisk depresjon i Finland, mens Nederland i det samme tidsrommet opplevde økonomiske oppgangstider. Dette indikerer noe om selvmordsfenomenets kompleksitet, og vanskene med å finne egnede resultatindikatorer for forebyggingsprogrammer (Kerkhof AJFM Clark DC *Crisis* (19,1-88)).

Det er utført få holdbare kontrollerte studier som påviser effekt av selvmordsforebyggende tiltak. I en studie av Hawton og medarbeidere konkluderes det med at det hersker en betydelig usikkerhet om hvilke former for psykiatrisk og psykososial intervensjon som er mest effektiv overfor pasienter som har gjort selvmordsforsøk. Helsetjenesten må således foreløpig nøye seg med at visse intervensjoner har sannsynlig effekt, og arbeide ut fra dette (Hawton et al, *BMJ* 1998 Aug 15;317(7156):441-7).

5. Delmål

5.1 Økt og systematisk forskning - etablering av regionale ressursmiljøer

I den opprinnelige prosjektplanen fremkommer det at den suicidologiske forskningen i liten grad hadde vært integrert i en overordnet nasjonal satsing. Videre ble det presisert at det hadde vært for lite forskning i forhold til problemets omfang, og at den hadde vært for lite klinisk rettet. Det ble tatt til orde for en styrking av forskningsinnsatsen, samtidig som arbeidet med å formidle forskningsbasert kunnskap skulle gis prioritet. Det ble også tatt til orde for større mangfold og bredde i forskningen, i tillegg til mer kvalitativ forskning på individnivå.

Tidlig i prosjektperioden var det ikke forutsatt at sentrene skulle utøve egen forskning med den begrunnelse at dette ville ta mye oppmerksomhet bort fra andre viktige oppgaver. Det nasjonale senteret var imidlertid fra starten tillagt forskningsoppgaver. Gjennom å forankre de regionale ressursmiljøer ved landets universiteter viste denne begrensningen seg som problematisk å overholde. Forskning er en av universitetenes primæroppgaver, og det ble hevdet at uten forskning ville sentrene ikke ha nødvendig autoritet. Disse innvendingene ble presentert for Sosial- og helsedepartementet, og det ble åpnet også for forskningsaktiviteter. Dette ble formidlet til lederne for kompetansesentrene i møte med Helsetilsynet 6. juni 1997. Følgende ble nedfelt vedrørende denne problemstillingen i møtereferatet:

"Universitetenes prosjektplaner for arbeidet i regionene skal være målformulerte. Planene skal inneholde tiltak i forhold til alle delmålene i Handlingsplan mot selvmord. Det er åpnet mulighet for noe forskning for universitetsstillingene. Universitetene må selv ta ansvar for at forskningen ikke går ut over arbeidet med de andre oppgavene/delmålene i Handlingsplanen".

Utover denne justeringen har det ikke vært strategiendringer av betydning underveis i planperioden.

I rapporten utgitt av Agenda i april 1997 "En kartlegging av før-situasjonen" oppgis følgende resultatindikatorer vedrørende delmålet økt og systematisk forskning:

- Omfanget av forskningen målt ved antall stillinger knyttet til selvmordsforskning, størrelse på forskningsbevilgninger, antall forskningsprosjekter og mengde forskningspublikasjoner
- Grad av systematikk i forskningen ved omfanget av kumulativ og variert forskning
- Grad av konsensus om valg av forskningsstrategi
- Grad av samarbeid mellom forskningsmiljøene
- Omfanget av aktiviteter som er initiert av Handlingsplanen

Figur 2

Den innledende argumentasjon danner bakgrunnen for at det ble foreslått opprettet regionale ressursmiljøer knyttet til landets 4 universitetsmiljøer. Opprettelsen av disse strukturene ble begrunnet i det følgende:

"Det er i dag i Norge begrenset kompetanse på selvmordsproblematikk både når det gjelder oppfølging, behandling, forebygging og forskning. Det er en nødvendig forutsetning at miljøene styrkes og organiseres i en nasjonal plan. De fire universitetsmiljøene er naturlige regionale fagmiljøer. Det vil være nødvendig med ett samlet senter for spisskompetanse, slik at det ikke parallellbygges 4 kompetansesentra uten en samordning av fagutviklingen innenfor disse. Man antar at det er ressursbesparende å samle spisskompetanse i et tverrfaglig sammensatt nasjonalt senter med koordinerende funksjon som vil innebære å ha et overordnet ansvar for å ha oversikt over den samlede norske forskningsinnsatsen på feltet, samle en omfattende kunnskapsbase og være en idebank. Videre bør et slikt nasjonalt senter også være initiativtaker til at variert kompetanse bygges opp både på forskningsfronten og i forhold til praktiske tiltak ". (Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord s. 17-18)

I den opprinnelige prosjektplanen var det beregnet avsatt ressurser til 6 stillinger til universitetene totalt, med fordeling av 3 stillinger til Universitetet i Oslo, og 1 stilling til hver av de øvrige universitetene. På bakgrunn av fremkomne bekymringer i fagmiljøet om at denne dekningen var for lav, søkte Statens helsetilsyn i brev av 15. januar 1996 om utvidelse av stillingsandelen med 3 stillinger. Sosial- og helsedepartementet ga sin tilslutning, og senere er stillingsressursene utvidet ytterligere tilsvarende det nivå som det var ved handlingsplanens utløp.

Resultatindikatorer knyttet til etablering av regionale ressursmiljøer var som følger:

Figur 3

- Opprette regionale ressursmiljøer som kjennetegnes av å ha spisskompetanse
- Nettverksutvikling
- Opprette et nasjonalt ressursmiljø med spisskompetanse som skal ha oversikt over norsk og internasjonal forskning, opparbeidet en kunnskapsbase, og fungere som idebank og initiativtaker til forskning
- Primær- og spesialisthelsetjenesten skal ha opplevd gevinst av ressursmiljøene i form av økt veiledning, rådgivning og inspirasjon eller økt aktivitet fra andre fagpersoner
- Flere tilførte stillinger/ressurser lokalt
- Flere aktivisert regionalt/lokalt

Som nevnt innledningsvis er virksomheten ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, og de regionale ressursmiljøer evaluert gjennom sluttrapporten til Agenda Utredning og Utvikling. I denne fremstillingen vil konklusjoner og vurderinger fra denne gjengis kortfattet, en mer utfyllende fremstilling vises det til ovennevnte evalueringsrapport.

5.1.1 Seksjon for selvmordsforskning og forebygging

Seksjon for selvmordsforskning og forebygging ved Universitetet i Oslo har hatt funksjon som nasjonalt kompetansesenter, i tillegg til å være regionalt ressursmiljø for helseregionene sør og øst. Seksjonen er ved Handlingsplanens utløp bemannet med 4 1/2 stillinger, og har blant annet hatt som oppgave å koordinere samarbeidet mellom de ulike sentra, i tillegg til å ta initiativ til felles tiltak

og satsinger. Ved siden av formidling, rådgivning og forskning, er det etablert en betydelig database for forskningsbasert suicidologisk kunnskap. Denne vil bli nærmere omtalt i kapittel 5.4.4. En viktig milepæl ble nådd i 1999 gjennom opprettelsen av det første norske professorat i suicidologi knyttet nettopp til lederstillingen ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging.

Agendas sluttrapport konkluderer med at det ved dette senteret har vært høy aktivitet innenfor alle satsingsområdene i Handlingsplanen. Virksomheten ved senteret sprer seg over mange områder, men hovedfokus er på forskning og forskningsveiledning, formidling/informasjonsarbeid, veiledning og utvikling av utdanningsstrategier, og forebyggingsprosjekter. Ved programperiodens avslutning er de ansatte involvert i 10 større forskningsprosjekter. Forum for selvmordsforskning arrangeres en gang i kvartalet, det er en betydelig aktivitet knyttet til utgivelse av publikasjoner og presentasjoner på nasjonale og internasjonale konferanser. SSFF har også arrangert flere større forskningskonferanser i samarbeid med de øvrige regionale ressursmiljøer og Statens helsetilsyn, samt årlige nettverkskonferanser for fagfolk og frivillige engasjert i selvmordforebyggende arbeid, det såkalte «forebyggingsforum». Informasjonsvirksomheten er blant annet knyttet til utgivelsen av tidsskriftet "Suicidologi", og utvikling av suicidologisk database. Disse tiltakene omtales i kapittel 5.4. Seksjonen har også funksjon som faglig rådgiver for Helsetilsynet, og har betydelige oppgaver knyttet til mediakontakt.

5.1.2 Regionale ressursmiljøer

I tråd med intensjonene i Handlingsplan mot selvmord er det etablert ressursmiljøer knyttet til landets helseregioner. Disse har vært organisatorisk forankret ved universitetene, bortsatt fra i helseregion Nord-Norge der det har vært lagt til Fagutviklingsenheten ved RiTØ, avdeling Åsgård sykehus. Hvert av sentrene har vært bemannet med to stillinger, og har hatt definerte regionale oppgaver.

Regionalt senter for selvmordsforskning og forebygging i Helseregion Vest har vært forankret ved Psykiatrisk Institutt, Universitetet i Bergen. Ved dette senteret er arbeidet med å bygge nettverk mellom ulike faggrupper og forskere innen helseregionen prioritert. Ett betydelig tiltak som er etablert, er nettverkskonferanser for forskere og ulike faggrupper som er engasjert i selvmordsforebyggende arbeid. Det har også vært et betydelig fokus rettet inn mot kunnskapsformidling, både knyttet opp til relevante utdanningsinstitusjoner og den utøvende helsetjeneste.

Regionalt ressurscenter for selvmordsforskning- og forebygging i Helseregion Midt-Norge har vært forankret ved NTNU, Psykiatrisk Institutt. Ved dette senteret har etablering og vedlikehold av faglig nettverk i regionen vært et satsingsområde gjennom hele prosjektperioden. De har også i stor grad lyktes med sin strategi når det gjelder å styrke suicidologifaget både på universitets- og høgskolenivå. Senteret har hatt en aktiv veilederrolle i forhold til prosjekter som er initiert via Handlingsplan mot selvmord, og andre forebyggingstiltak i regionen. Man har også videreført forskningsaktivitet blant annet gjennom oppfølging av WHO Multicentre Study.

Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge har vært forankret ved Fagutviklingsenheten på Regionsykehuset i Tromsø, avdeling Åsgård sykehus. Dette senteret har hatt sitt hovedfokus rettet inn mot kompetanseoppbygging

og kompetansespredning, i tillegg til veiledning av lokale forebyggingsprosjekter. Nettverksbygging har stått sentralt gjennom spredning av kurset "Intervensjon ved selvmordsfare", dette undervisningsopplegget omtales nærmere i kapittel 5.2.5

Ressursmiljøene og det nasjonale kompetansesenteret har iverksatt tiltak som dels springer ut fra felles strategier, men som også reflekterer de spesielle fortrinn som den spesielle kompetansen ved ulike miljøene har representert. Figur 4 er hentet fra Agendas sluttrapport gjengir en samlet oversikt over aktivitetsprofilen ved sentrene i forhold til ressursene.

Figur 4

	Økt og systematisk forskning Delmål 1	Økt og systematisk kunnskapsformidling Delmål 3	Nettverksbygging	Veiledning	Informasjon Delmål 5
Nasjonale senteret	Mye	Mye	Mye	Middels	Mye
Bergen	Lite	Middels	Mye	Lite	Middels
Trondheim	Mye	Mye	Mye	Middels	Middels
Tromsø	Lite	Mye	Middels	Mye	Middels

Kilde: Agenda sluttrapport.

Agenda vurderer at det har vært godt samsvar mellom aktivitetsprofilen ved sentrene samlet sett og over tid i forhold til intensjonen i Handlingsplanen:

"Aktivitetsnivået ved sentrene jevnt over har vært meget høy, og samlet sett er det blitt utrettet svært mye innen de fleste delmål i løpet av Handlingsplanperioden. Målene i Handlingsplanen har vært kjente helt fra starten av og har blitt lojalt fulgt opp av sentrene". Vi finner en del variasjoner, både mellom sentrene og innen hvert senter som i enkelte faser har vært orientert mer mot noen oppgaver enn andre. Det enkeltområdet som ser ut til å være best dekket totalt sett er nettverksbygging og kunnskapsformidling. Den aktivitet som det totalt sett er gjort minst av er veiledning. Vi har konstatert at det har vært gjennomgående høy aktivitet ved alle kompetansesentrene. Det samlede inntrykket er at sentrene har oppnådd meget gode resultater når det gjelder måloppnåelse."

(Agendas sluttrapport s. 77-79).

Veiledning overfor primær- og spesialisthelsetjenesten vurderes som det området det har vært satset minst på av sentrene totalt sett. En enkel spørreundersøkelse gjennomført blant personell som har fått veiledning fra sentrene viser at denne er svært positivt mottatt i helsetjenesten. Veiledningen har eksempelvis dreid seg om rådgivning i suicidologiske fagspørsmål til utøvere i helsetjenesten, veiledning på konkrete kliniske tilfeller og veiledningsoppgaver knyttet til selvmordsforebyggende prosjekter i og utenfor Handlingsplan mot selvmord.

5.1.3 Nettverksarbeid

Nettverksutvikling, det å få flere aktivisert lokalt og regionalt er oppgitt som egen resultatindikator for de regionale ressursmiljøene. Ett betydelig tiltak har vært regionale nettverkskonferanser rettet mot sentrale aktører i det forebyggende feltet. På disse har mellom 60 og 100 fagpersoner i hver region møttes to ganger årlig til erfaringsutveksling og faglig påfyll. Det har vært et bredt spek-

ter av yrkesgrupper representert på disse konferansene, og nytteverdien har av deltagerne vært vurdert som stor. På tilsvarende måte er det etablert nettverksmøter for forskere. Det har også foregått ett betydelig arbeid med å etablere lokale nettverk gjennom de modellforsøkene som har vært igangsatt i regi av Handlingsplanen. Dette er satt i system på ulike måter eksempelvis gjennom egne etterutdanningsprogrammer, og årlige samarbeidskonferanser.

I denne sammenhengen er det viktig å være klar over at mye av det lokale arbeidet tidligere har vært ført fram av ildsjeler som ikke har hatt store samhandlingsarenaer å spille på.

Det store nettverket av engasjerte fagpersoner som er etablert gjennom Handlingsplan mot selvmord er det en stor utfordring å ta vare på i det videre selvmordsforebyggende arbeid i Norge. Denne brede mobiliseringen av engasjement viser seg å være et særnorsk fenomen sammenlignet eksempelvis med det svenske og det finske programmet.

5.1.4 Forskning - omfang og tematikk

I den opprinnelige prosjektplanen ble det presisert at den forskning som så langt hadde vært gjort om selvmord og selvmordsforsøk i liten grad hadde vært integrert i en overordnet nasjonal strategi. Det hadde vært for lite forskning i forhold til problemets omfang, og i tillegg har den vært for lite klinisk rettet.

Agenda har som en del av sin evaluering foretatt en kartlegging av omfang og tematikk innenfor det suicidologiske forskningsfeltet i to perioder med det formål å kunne dokumentere hvorvidt det har skjedd en økning i den suicidologiske forskningen. Kartleggingen omfattet tidsperiodene 1990-1993, og 1997-2000. Resultatet av denne viser at antallet større forskningsprosjekter er tredoblet, samtidig som antallet forskere er mer enn fordoblet i den samme perioden. Til tross for at Agenda reserverer seg med hensyn til at kartleggingen ikke er altomfattende, konkluderes det med at det har skjedd en klar økning.

I 1998 opprettet Universitetet i Oslo landets første professorat i suicidologi knyttet til lederstillingen ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging. Lars Mehlum ble kjent professorkompetent høsten 1998. Heidi Hjelmeland tok sin doktorgrad i 1997, og det er i tillegg flere store forskningsprosjekter og dr.gradsarbeider på trappene.

I tiden før Handlingsplan mot selvmord dominerte epidemiologisk forskning og forskning med psykiatrisk forankring. Det har skjedd en klar utvidelse når det gjelder forskningens tematikk. Agenda peker på en hovedtendens med økt forskning på selvmord blant barn og unge, og at deler av forskningen har vært innrettet mot å evaluere effekter av behandlings/oppfølgingstiltak.

Det har skjedd en dreining med hensyn til forskernes faglige bakgrunn fra å være relativt sterkt psykiatrirforankret til nå også å omfatte disipliner som psykologi, pedagogikk, sosiologi, sykepleie og andre.

Mer utfyllende data knyttet til forskningens omfang, om aktuelle prosjekter osv. er gjengitt i sluttrapporten fra Agenda Utredning og Utvikling, og på internett-sidene til Seksjon for selvmordsforskning og forebygging.

5.1.5 Samarbeid mellom forskningsmiljøene

En av de viktigste effektene som er oppnådd gjennom etableringen av ressursmiljøene er økt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid om konkrete selvmordsforebyggende tiltak. Dette er i tråd med intensjonen i Handlingsplanen, og danner samtidig et nødvendig grunnlag for intervensjonsstrategier på et så multifaktorielt område.

I Agendas sluttrapport konkluderes det med at det har skjedd en økning i kontakt og samarbeid mellom de eksisterende forskningsmiljøene. Dette gjelder både mellom regionene, og innen hver helseregion. Dette settes blant annet i sammenheng med det betydelige arbeid som er gjort ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging når det gjelder kartlegging og publisering av forskningsprosjekter og resultater. Dette har blant annet foregått gjennom etablering av eget tidsskrift og suicidologisk database. Det har i tillegg vært arrangert to større nasjonale forskningsrelaterede konferanser i Handlingsplanens regi. De nevnte tiltak vil bli grundigere omtalt senere i denne rapporten.

De regionale ressursmiljøene har etablert egne forskningsfora, nettopp med det for øye å bedre kontakten og samarbeidet mellom forskere som er opptatt av suicidologi. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging har helt siden 1996 arrangert kvartalsvise samlinger i sitt Forum for selvmordsforskning. Ved de øvrige regionale ressursmiljøer har man lyktes i ulik grad med å etablere forskningsforum, noe som blant annet har hatt sammenheng med manglende forskerbakgrunn blant de ansatte ved sentrene, og i regionen for øvrig.

Det er rimelig å anta at de strukturer som nå er etablert vil bidra til en bedre koordinering og et bedre samarbeid også om forskning i et nasjonalt perspektiv. Det vil i tillegg være gode forutsetninger for å nyttiggjøre seg impulser og samarbeid med forskningsmiljøer i andre land.

5.1.6 Grad av systematikk i forskningen

Med bakgrunn i Agendas sluttrapport ser det til å herske ulike oppfatninger om det har foregått felles drøftinger av overordnet forskningsstrategi mellom sentrene med sikte på å få til økt og systematisk forskning. Det hevdes fra de fleste at forskningen i stor grad springer ut fra lokale initiativ, og de til enhver tid tilgjengelig forskningsressurser.

Det er enighet om at suicidologisk forskning bør drives av flere disipliner, og gjerne tverrfaglig.

I forbindelse med avslutningen av Handlingsplan mot selvmord, og etablering av oppfølgingsprosjekt har det i Handlingsplanens referansegruppe vært drøftet hvilke forskningsområder det nå bør satses på. Disse satsingsområdene gjengis i kapittel 6 der det foreslåtte oppfølgingsprosjekt etter Handlingsplanen presenteres.

5.1.7 Internasjonalt samarbeid

Flere norske forskere var engasjert internasjonalt i tiden før Handlingsplan mot selvmord ble igangsatt. I særdeleshet gjelder dette professor Nils Retterstøl, som hadde en solid posisjon gjennom sin mangeårige forskning, og som medlem av styret og president for IASP (International Association of Suicide Prevention) i perioden 1989-91.

Det har vært ett målbart økende internasjonalt engasjement under tiden med Handlingsplan mot selvmord. Norge inngår nå som deltagere i flere internasjonalt studier blant annet gjennom professor dr. med. Lars Mehlum, cand. psychol. Heidi Hjelmeland og cand. paed. Mette Ystgaard, foruten flere prosjekter der forskere utenfor handlingsplanen er involvert. Professor dr. med. Lars Mehlum ble innvalgt som styremedlem i IASP i 1999, og erstattet der professor dr. med. Øyvind Ekeberg. Som nasjon er vi blitt mer synlige både når det gjelder publikasjoner og deltagelse, samt bidrag på internasjonale suicidologiske konferanser.

	1997 Australia	1998 Gent	1999 Aten
Antall norske deltakere	25	40	40
Antall norske presentasjoner	5	7	18
Antall norske bidragsytere	10	6	20
Antall norske posters	2	4	3

I figur 5 gjengis en oversikt over antall norske deltakere, presentasjoner og bidragsytere på tre utvalgte konferanser i tiden 1997-1999. Det har vært en bemerkelsesverdig økning i antallet norske bidragsytere og presentasjoner. Mange av presentasjonene har hatt sitt utgangspunkt i erfaringer oppnådd gjennom arbeidet med Handlingsplan mot selvmord.

Et annet aspekt relatert til internasjonalt samarbeid er det faktum at Norge var ett av de første land i verden som fikk etablert ett nasjonalt forebyggende program mot selvmord. I dette ligger også en forpliktelse å bidra med kunnskap, og erfaringsoverføring, ikke minst overfor nasjoner som ikke har den samme ressurstilgang som oss selv.

5.1.8 Oppsummering - «økt og systematisk forskning»

- Etablering av Seksjon for selvmordsforskning og forebygging ved Universitetet i Oslo, og regionale ressursmiljøer knyttet til landets helseregioner
- Professorat i suicidologi opprettet ved Universitetet i Oslo
- Økning i suicidologisk forskning – tredobling av antallet større forskningsprosjekter, og dobling av antallet forskere
- Økning i tverrfaglig forskning, utvidelse i forskningens tematikk
- Større grad av samarbeid mellom forskningsmiljø
- Utvidelse av internasjonalt engasjement
- Økning i antall bidrag og presentasjoner på internasjonale konferanser

Figur 6

5.2 Økt og systematisk kunnskapsformidling

Bedret utdanning av alle faggrupper som jobber med selvmordsnære mennesker i forebyggende eller kurativ virksomhet ble vurdert som en av de viktigste forutsetningene for å lykkes med ambisjonen om å få ned selvmordstallene i Norge.

I handlingsplanens første fase var det to arbeidsoppgaver som pekte seg ut når det gjaldt delmålet knyttet til kunnskapsformidling. Det første knyttet seg til effektiv spredning av den tilgjengelige kunnskapen på fagfeltet med tanke på å heve kompetansen, samt å stimulere til økt forsknings og prosjektaktivitet. Det er gjort et betydelig arbeid når det gjelder utvikling av ulike kanaler å formidle denne kunnskapen på. Den andre arbeidsoppgaven knyttet seg til opplæring, veiledning og støtte av de fagpersonene som ble direkte engasjert i forebyggende prosjekter gjennom handlingsplanen. Dette søkte man blant annet å tilfredsstille gjennom årlige prosjektlederkonferanser og nettverkssamlinger for klinikere og forskere regionalt.

I startfasen av Handlingsplanen fikk fylkeslegene ansvaret for å avholde kurs for brede faggrupper i selvmordslære. Dette var et strakstiltak som omfattet til sammen hele 10 000 deltagere, og er senere blitt avløst av mer strategisk langsiktige tiltak for systematisk utdanning og etterutdanning av viktige nøkkelgrupper som kommer i kontakt med selvmordsnære mennesker. Det er viktig å presisere at dette ikke kun dreide seg om grupper innenfor helse- og sosialsektoren, men også for eksempel politi, lærere og prester.

5.2.1 Undervisningssektoren

Styrking av suicidologifaget innenfor de relevante profesjonsutdanninger har vært en av de betydeligste utfordringene en har stått overfor. Statens helse-tilsyn har hatt ett særlig ansvar for å initiere aktiviteter i høgskolesystemet fortrinnsvis gjennom prosjektmedarbeider, som i dette arbeidet har knyttet til seg representanter for de regionale ressursmiljøene.

5.2.2 Arbeidet rettet mot høyskolene

Handlingsplan mot selvmord, forankret i Sosial- og helsedepartementet har naturlig nok ingen myndighet til å sette temaet på dagsorden i undervisningssektoren. Med bakgrunn i denne erkjennelsen henvendte Statens helsetilsyn seg til høgskolesystemet og inviterte til samarbeid. I forståelse med Lærerutdanningsrådet, og Rådet for helse- og sosialarbeiderutdanning, sendte Helsetilsynets prosjektmedarbeider invitasjon til alle høyskolene med allmenlærer, sykepleier, og sosionomutdanning og ba dem oppnevne kontakt personer som kunne samarbeide med Helsetilsynet. Våren 1997 ble disse kontaktpersonene samlet regionvis, og tatt med på råd om hvordan undervisningen i selvmordslære burde legges opp ved de ulike utdanningene. Møtene ble avholdt i samarbeid med de regionale ressursmiljøene og det nasjonale kompetansesenteret. I tillegg til drøfting av innholdsmessige og metodiske sider av dette fagområdet, ble det fra mange lærerrepresentanter etterlyst mer konkret studiemateriell. Disse innspillene utgjorde bakgrunnen for et grunnhefte i suicidologi, som ble utarbeidet av Statens helsetilsyn, i samarbeid med Seksjon for selvmordsforskning og forebygging (Haukø, Ystgaard 1998). Temaheftet inneholder



blant annet stoff som omhandler holdninger til selvmord, ulike forståelsesmodeller, epidemiologi og forebyggingsmodeller. I tillegg til dette temaheftet er det produsert en video, "To historier om livsvilje" (Jore 1996), som omhandler to ungdommer og deres utvikling etter egne selvmordsforsøk. Sammen med en kort lærerveiledning, forslag til gruppeoppgaver og beskrivelse av sentral litteratur var dette undervisningssettet utviklet som en håndsrekning til høgskolelærere i deres arbeid med undervisningen ved de aktuelle grunnutdanninger.

Høsten 1997 ble fokuset rettet inn mot etter- og videreutdanningene i høgskole-systemet. Dette arbeidet ble startet opp med en kartlegging av eksisterende opplæring i suicidologi ved de relevante utdanninger. Resultatet av denne viste at temaet var inne ved de fleste linjer, men at det var store variasjoner i de tilbud som ble gitt. De mest omfattende oppleggene var på 15 undervisningstimer, mens det gjennomsnittlig ble gitt ca 5 timers undervisning i selvmordslære.

Også fra representantene for etter- og videreutdanninger ble praktisk rettet undervisningsmaterieell etterlyst ved siden av oversikter over aktuell litteratur. Dette har man søkt å etterkomme blant annet gjennom tiltak som utvikling av læremidler. Statens helsetilsyn kjøpte inn og distribuerte Lisbeth Brudals essay "Dødsbevissthet. Om å velge livet eller døden". Sammen med arbeidsheftet "Samtaler i grenseland" (Brudal og Skumsnes 1998), ble dette distribuert til de aktuelle etter- og videreutdanninger.

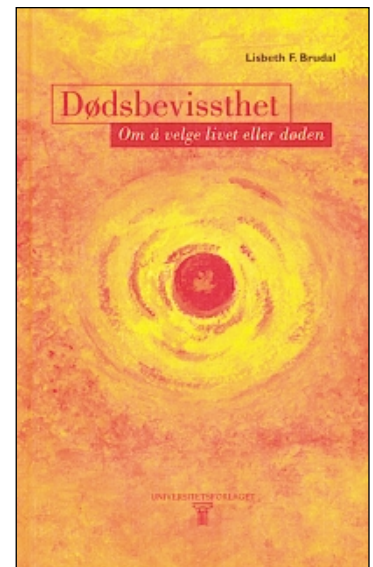
Arbeidet rettet mot høgskolene ble avsluttet våren 1998 gjennom en anmodning til samtlige rektorer om å prioritere dette emnet i undervisningen. Det har vært arbeidet aktivt med å få temaet inn på rammeplanene i de relevante utdanninger, i den anledning har det vært rettet flere henvendelser til KUF. Dette arbeidet har dessverre ikke ført til konkrete resultater.

Agenda vurderer at de mest betydningsfulle resultater når det gjelder høgskolesektoren er oppnådd i forhold til det å få suicidologi inn i undervisningen på de ulike nivåer, i tillegg til utvikling av ulikt lærematerieell. Det er fortsatt betydelige forskjeller på landsbasis i forhold til omfang og kvalitet på undervisningen i suicidologi. Dette henger sammen med flere forhold ved siden av det som tidligere er anført når det gjelder manglende suksess med å påvirke rammeplaner.

5.2.3 Grunn-, videre- og etterutdanning på universitetsnivå

Ansvaret for arbeidet rettet mot undervisningen på universitetsnivå har vært delegert til de regionale ressursmiljøer og det nasjonale kompetansesenteret. For å få en oversikt over status ble det høsten 1997 foretatt en kartlegging av den undervisning som ble gitt ved grunn-, videre- og etterutdanning for leger, psykologer og andre aktuelle universitetsfag. Denne viste at det i liten grad ble gitt noe undervisning utover den de ansatte ved sentrene selv avholdt. Tilbudene var sporadiske, og flere av de initiativ som var igangsatt var basert på enkeltpersoners engasjement (Ystgaard og Skumsnes i "Suicidologi" nr 7/98).

Med dette som bakgrunn har de regionale ressursmiljøene rettet en betydelig innsats inn mot universitetssystemet i handlingsplanens seneste år. Dette har fått konkrete resultater, se tabell 5 på neste side som gjengir status over omfanget av undervisningen ved utgangen av 1999.



Grunnutdanning: Profesjonsutdanning som kvalifiserer til en gitt yrkesutdanning, både i regi av høgskoler og universitet. I denne sammenhengen vil de mest relevante være utdanning av psykologer og leger på universitetsnivå, og grunnutdanning for sykepleiere, lærere og sosionomer ved høgskolene.

Videreutdanning: Kompetanse-givende og vektallsbasert. Dette kan også dreie seg om videreutdanning innenfor andre fagområder enn der man har sin grunnutdanning.

Etterutdanning: Oppdatering/oppfriskning av kunnskap som bygger på egen grunnutdanning, ofte i form av enkeltstående kurs/programmer.

		Oslo	Bergen	Trondheim	Tromsø
Grunn- utdanning	Medisin	2 t forelesning + klinikk	2 t forelesning 3 t seminar m/pasienter	2 t undervisning 6 t som temadag	14 t kurs 3-4 ganger 2 t gruppeundervisning
	Psykologi	2 t forelesning	3 timers seminar	6 t på hovedfag psykologi Fått inn studieplan og pensumliste på hovedfag psykologi 6 t på hovedfag helsefag Fått inn på studieplan og pensumliste på hovedfag helsefag 18 t i profesjonsutdanningen, obligatorisk	3 dager à 8 t pr år
	Andre	3 t på spesialpedagogikk		6 t på hovedfag i helsefag På pensumlisten	
Videre- utdanning	Medisin	2 dagers kurs 1 dags kurs/ spesialisering i psykiatri			
	Psykologi	2 dagers kurs			

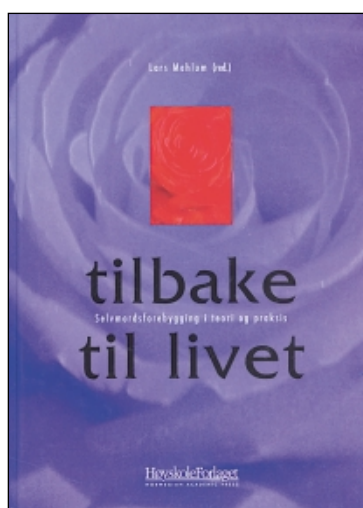
Tabell 5

Agenda konkluderer i sin sluttrapport med at "man har kommet relativt langt i forhold til undervisningen på universitetene".

5.2.4 Produksjon av læremidler

Underveis i handlingsplanperioden er det utviklet ulike former for læremidler nettopp med tanke på å styrke suicidologifaget innenfor ulike arenaer. Dette dreier seg om flere undervisningsprogrammer, videoer, filmer, bøker og lærehfter.

Det gjengis eksempler på noen av disse oppleggene her



- "Tilbake til livet", Lars Mehlum red.
Den første omfattende norske bok om selvmordsforebyggende arbeid. Professor Lars Mehlum som redaktør og mange av Handlingsplanens aktører som bidragsyttere.
- Kriser og mestring v/helsesøster Aud Hoel, Oppdal kommune.
Et undervisningsopplegg om ungdom i utvikling bestående av lærerveiledning og ferdige lysark. Hensikten med dette undervisningssettet er at ungdom skal få kunnskaper om at kriser hører med i det vanlige livsløpet. I denne sammenhengen omtales selvmordsatferd som den ytterste konsekvens av en alvorlig krise. De langsiktige målsetninger med opplegget er å gi elevene innsikt og kunnskaper, slik at de kan velge konstruktive problemløsningsmåter. (Hoel, A. "Kriser og mestring." Et undervisningsopplegg for ungdom i utvikling. Fylkeslegen i Sør-Trøndelag, Oppdal 1995)
- To historier om livsvilje, manus og regi Jan Robert Jorde, Media Service
Dokumentarfilm som illustrerer hvordan to unge mennesker håndterer livet etter selvmordsforsøk. Utarbeidet eget undervisningssett i tilknytning til dette. Prosjektet ble veiledet av Lars Mehlum og Gudrun Dieserud. Filmen vist på NRK
- «Å forstå og forklare selvmordsatferd» - temahefte i suicidologi inneholdende blant annet stoff som omhandler holdninger til selvmord, epidemiolo-

gi og forebyggingsmodeller. Heftet ble utarbeidet av cand. mag. Wenche Haukø og cand. paed. Mette Ystgaard, og var et samarbeidsprosjekt mellom Statens helsetilsyn og Seksjon for selvmordsforskning og forebygging.

- "Jeg elsker hvem jeg vil" – dokumentarfilm om "å komme ut av skapet" som homofil, Prosjektleder Jan Dalchow
- Diverse lokalt utformede programmer i regi av modellforsøkernes aktører, eksempelvis "Selvmordsforebyggende arbeid i videregående opplæring" – et omfattende kompetansehevingstiltak blant lærere og skolehelsetjenesten i Oppland fylke

5.2.5 VIVAT

Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge har som en del av sin strategi knyttet til kunnskapsformidling, samarbeidet med Living Works Education fra Calgary, Canada omkring opplæringsprogrammet "Førstehjelp ved selvmordsfare". Dette består av et intensivt kurs over to dager (14 timer) som retter seg mot alle som i sitt virke møter selvmordsnære mennesker. Det er et praktisk, tverrfaglig kurs hvor deltagerne lærer å oppfatte faresignaler, og å gripe inn i tilfelle akutt selvmordsfare. På kurset lærer man blant annet:

- Å finne ut hvordan man kan strekke ut en hjelpende hånd
- Å tolke faresignaler
- Å vurdere akutt selvmordsfare
- Å gjennomgå en krisesamtale
- Å bruke nære ressurser i krisehjelp

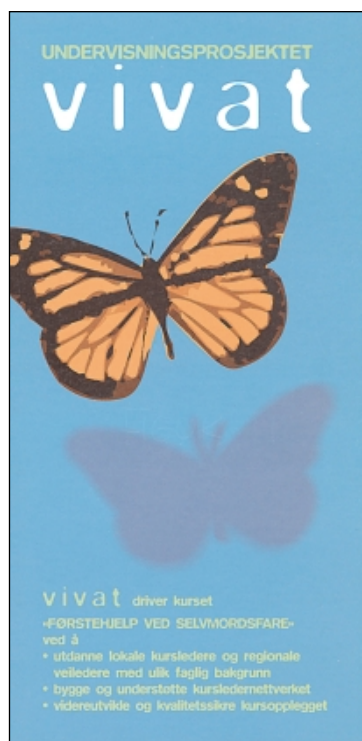
Aktuelle målgruppe for kurset er: helsearbeidere, sosialarbeidere, kirkelig ansatte, politifolk, personell i forsvaret, ambulanspersonell, frivillige hjelpere, personalansvarlige osv.

Kurset gjennomføres i form av forelesninger, videofilmer, diskusjoner, erfaringsutveksling og praktiske øvelser. Kunnskaper og holdninger er sterkt fokusert, og kurset anviser også bruk av nettverk og ressurser i nærmiljøet. Praktisk innlæring av ferdigheter har en viktig plass på kurset.

Kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare" ble første gang gjennomført i Norge vinteren 1998 av Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge. Siden da har mer enn 2000 personer gjennomført kurset. Kurset er evaluert gjennom den eksterne evalueringen av Handlingsplan mot selvmord, og det vurderes som et godt innføringskurs i håndtering av selvmordstruede. Kurset er praktisk rettet og egner seg for alle faggrupper som kommer i kontakt med mennesker i selvmordskriser. Evalueringen indikerer også at kurset oppleves som verdifullt blant mange yrkesgrupper. Noe av det som vurderes som mest vellykket ved kurset er den pedagogiske oppbygningen, med vekslning mellom ulike virkemidler som forelesninger, video, gruppearbeid og sterk grad av involvering av deltagerne underveis ved utstrakt bruk av dialog.

To andre elementer ved kurset er dets kostnadseffektivitet, og det faktum at det er standardisert. Pyramideprinsippet er innarbeidet gjennom at kurslederne





Figur 7

først gjennomgår en femdagers grunnopplæring, for deretter å spre kurset videre i sine regioner. Spredningseffekten er dokumentert gjennom de resultater man har oppnådd i Nord-Norge.

Det at opplegget er standardisert vurderes også som en styrke i den forstand at innholdet er kvalitetssikret, og deltagerne vil få det samme uansett hvor i landet de bor.

Det er da også anbefalt å videreføre dette tiltaket som en del av det treårige oppfølgingsprosjektet etter Handlingsplan mot selvmord.

Det er etablert et eget utdanningsprosjekt, VIVAT, forankret ved Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge, Psykiatrisk avdeling, Regionsykehuset i Tromsø. VIVAT har som mål å utdanne ca. 50 kursledere i året gjennom "Kurslederkurs". Dette er et intensivt 5-dagers kurs for utdanning av fremtidige, tverrfaglige ledere av kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare". Denne opplæringen krever aktive deltagere, da det for en stor del arbeides i smågrupper med realistisk undervisningstrening. Godkjent kursleder blir man først når man har undervist i "Førstehjelp ved selvmordsfare" tre ganger i løpet av det første året etter gjennomgått kurslederkurs, og deretter minst en gang årlig. VIVAT videreutdanner erfarne kursledere til regionale veiledere som støtter kursledere lokalt.

5.2.6 Oppsummering - «Økt og systematisk kunnskapsformidling»

- Omfattende kursing av helsepersonell i generell suicidologi (1994-96), i regi av fylkeslegene, ca. 10.000 deltagere
- Etablering av kontaktpersoner ved landets høyskoler, regionvise samlinger, gjennomgang av suicidologifaget
- Kartlegging av eksisterende opplæring ved relevante høyskoleutdanninger, både på grunn og videreutdanning
- Utvikling av læremidler
- Man har ikke lyktes med å få temaet suicidologi inn i aktuelle rammeplaner
- Fortsatt betydelige forskjeller på landsbasis når det gjelder omfang og kvalitet på undervisningen
- Markant økning av omfanget i undervisningen på universitetsnivå
- Videreutdanningstilbud i suicidologi planlegges med oppstart i 2000/2001

5.3 Kartlegging og evaluering av eksisterende modeller for organisert samarbeid om forebygging, spre kunnskaper om gode modeller, og eventuelt utvikle nye modeller

Agenda opererte med følgende resultatmål når det gjaldt delmålet modellforsøk med behandlingstiltak og oppfølgingstiltak:

- Omfanget av integrerte tverretatlige og tverrfaglige tiltak/forsøk overfor målgruppen målt ved andel kommuner og fylkeskommuner som har iverksatt tiltak/forsøk
- Et mer utstrakt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste målt ved omfanget av samarbeid og tetthet på samarbeidet
- Økning i kliniske aktiviteter
- En styrking og ansvarliggjøring av primærhelsetjenesten
- Spredningseffekt av modellforsøk til andre fylkeskommuner og kommuner

Figur 8

Også i tiden før Handlingsplan kom i gang var det flere steder i landet igangsatt aktiviteter som omhandlet bedre oppfølgingsrutiner for selvmordstruede pasienter. Ved siden av "Bærumsmodellen" som omtales senere, er den mest kjente "Sør-Trøndelagsprosjektet mot selvmord og selvmordsatferd". I dette prosjektet utviklet man en behandlingsskjede som omfattet Regionsykehuset i Trondheim og Oppdal kommune som har vært forsøkskommune for utprøving av behandlingsmodell på kommunenivå.

5.3.1 Bærumsmodellen

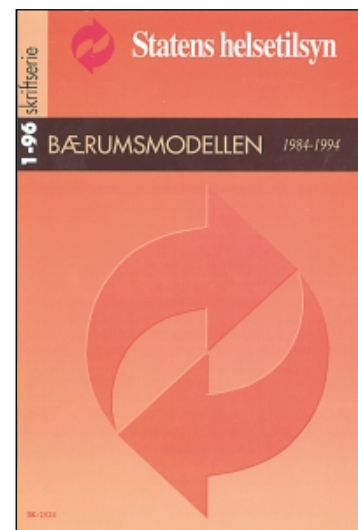
Bærumsmodellen omhandler psykologisk førstehjelp overfor mennesker som har forsøkt å ta sitt eget liv. Dette formaliserte samarbeidet mellom Bærum sykehus og Helseetaten i Bærum strekker seg tilbake til 1983 da det ble inngått en samarbeidsavtale om oppfølging av pasienter som hadde forsøk å ta sitt liv. Det selvmordsforebyggende arbeidet ivaretas av et fast team med medlemmer fra Bærum sykehus og Helseetaten i Bærum. Teamets primære oppgave er å påse at alle de aktuelle pasienter, og deres pårørende, får adekvat oppfølging. Det som i sin tid var nytt med "Bærumsmodellen" var det åpne, og forpliktende samarbeidet mellom fylkeskommunen og primærkommunen omkring oppfølging av enkeltpasienter. "Bærumsmodellen" er publisert i helsetilsynets skriftserie som nr. 1-96.

5.3.2 Modellforsøk

Underveis i Handlingsplanens forløp ble det av prosjektledelsen i Helsetilsynet vurdert som ønskelig å få etablert kliniske prosjekter i alle fylker med ansvar for erfaringsoverføring i eget fylke. Begrunnelsen for fylkesvis spredning av prosjektene har vært at prosjektene ville kunne virke stimulerende på fagfolk, og utviklende på lokale fagmiljøer.

Prosjektmidler kunne i utgangspunktet disponeres som lønnsmidler til prosjektleder i hel eller brøkstilling avhengig av hva som kunne finansieres lokalt. Kriterier for tildeling av prosjektmidler ble satt til:

- Prosjektet er forankret i virksomhetens ledelse og organisert med styringsgruppe



- Prosjektet må omfatte tverrfaglig/tverretatlig tiltakskjede
- Prosjektets drift egenfinansieres
- At det fremlegges prosjektplan/prosjektbeskrivelse med målsetning:
 - Delmål
 - Prosjektstyring
 - Implementering
 - Evaluering (Årsrapport for Handlingsplan mot selvmord, 1997)

Intensjonen var å sikre hvert av prosjektene 2 års drift, da prosjektene skulle være avsluttet og evaluert innen 1. september 2000 var det viktig med en snarlig igangsettelse.

Gjennom handlingsplanen har fylkene blitt oppfordret til, og fått økonomisk støtte til å prøve ut modeller for oppfølging av mennesker innlagt på sykehus etter selvmordsforsøk. Totalt har 17 prosjekter fått midler fordelt på de fleste av landets fylker, dette ved sykehus som er ulikt organisert og ulike i størrelse. Behandlingskjedeprosjektene har hatt sitt utgangspunkt i pasienter som legges inn ved de somatiske sykehus etter selvskaade, og en av intensjonene har vært å få til forpliktende samhandlingsrutiner med primærhelsetjenesten. Oversikt over de ulike prosjektene, samt prosjektledere er gjengitt i vedleggene til denne rapporten. Det ble lagt opp til egenevaluering av prosjektene, og evalueringsmal utarbeidet av Agenda Utredning & Utvikling ble distribuert til prosjektlederne. I tillegg har prosjektleder for den eksterne evalueringen intervjuet prosjektlederne i forbindelse med evalueringsrunde nr. 3 høsten 1998.

I Sogn og Fjordane og Aust-Agder har man ikke lyktes med å få etablert modellforsøk til tross for flere initiativ, begge fylkene har imidlertid blitt tildelt prosjektmidler for å kunne gjennomføre større fylkesvise konferanser om temaet selvmordsforebygging. Sør-Trøndelag fylke har fått prosjektmidler til undervisningssettet "Kriser og mestring", som tidligere er omtalt i denne rapporten. Handlingsplanen har ikke prioritert prosjektmidler til Akershus hvor Bærumsmodellen er etablert og det er drevet erfaringsoverføring gjennom flere år blant annet til Sentralsykehuset i Akershus og mange av de omkringliggende kommuner.

Det er også disponert betydelige prosjektmidler til utgivelse, oversettelse og distribuering av "Bærumsmodellen" i både norsk og engelskspråklig utgave. I Troms fylke er det gitt prosjektmidler til studie av sykepleiefagets rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykiatrisk sykehus

I arbeidet med å etablere rutiner har mange av de lokale prosjektlederne tatt utgangspunkt i "Bærumsmodellen". Erfaringer har vist at det ikke er noen automatikk i å overføre et sett av rutiner fra ett sykehus til et annet. Det er store forskjeller sykehusene i mellom når det gjelder organisering, i tillegg til at forutsetningene er ulike der et sykehus skal forholde seg til mange små kommuner i et nedslagsfelt sammenlignet med store sykehus og store kommuner. En klar læring av de mange modellforsøkene er at rutiner må organisatorisk tilrettelegges og tilpasses lokale muligheter og behov. Det har vist seg å være en nødvendig forutsetning at de tiltak som iverksettes organiseres tverrfaglig og tverretatlig, og inkluderes i eksisterende tjenester. Med dette menes at det ikke skal etableres en ny "særomsorg" for oppfølging av selvmordstruede pasienter. Enhver kommune bør imidlertid ha en klarlagt beredskap for håndtering av kriser, hvor

oppfølging av mennesker som på ulike måter er dradd inn i selvmordskriser inngår.

5.3.3 Drøfting av sentrale forhold rundt modellforsøkene

Denne drøftingen baseres i stor grad på innholdet i de mange sluttrapporter som er publisert i forbindelse med modellforsøkene. Det er i tillegg lagt vekt på muntlige redegjørelser fra prosjektledere, drøftinger i sentral prosjektledelse i Helsetilsynet, og dokumentgjennomgang.

Fremstillingen vil ta utgangspunkt i tre forhold:

- Organisering/forankring
- Forhold til prosjektledelse og eksterne forhold
- Forholdet til Statens helsetilsyn

Organisering/forankring

I forbindelse med arbeidet for å få etablert rutiner har det vært viktig med god forankring både på faglig og administrativt nivå. Det har vist seg nødvendig å få til forpliktende avtaler og allianser både innad i sykehusorganisasjonen, og med kommunene i prosjektets nedslagsfelt. Der man ikke har lyktes med dette, har prosjektarbeidet vært vanskelig å drive fremover. Det er viktig å presisere at det særlig er på sykehusene problemet med forankring har oppstått.

Av totalt 17 modellforsøk måtte to avsluttes før tiden, begge grunnet for dårlig forankring av prosjektarbeidet i sykehusorganisasjonen. For ytterligere 5 modellforsøk har det på samme vis vært problemer knyttet til strukturelle forhold og legitimitet for prosjektlederne. Det har også vært enkeltstående eksempler på manglende gjennomslag i kommuner, særlig der disse er splittet opp i autonome enheter. En erfaring har vist at ingen felles overordnet ansvarlig i en kommune med sektorinndeling har kunnet ta beslutning om innføring av felles rutiner.

Ved siden av de forhold som her er berørt i forhold til manglende forankring, ser det også ut til at arbeidet har blitt komplisert der man ikke har maktet å få til en felles prosjektgruppe mellom sykehus og kommuner.

I enkelte av prosjektene har ikke styringsgruppe vært på plass ved ansettelse av prosjektleder, ved ett eksempel fikk prosjektleder selv i oppgave å etablere denne. Dette har ikke vært vellykket, og der styringsgruppen har hatt for liten gjennomslagskraft viser erfaringer at fremdriften i prosjektarbeidet har blitt hemmet.

Det er åpenbart flere forhold som bidrar til at forankring blir en sentral problemstilling. Sykehuset er en svært kompleks organisasjon, og en pasient som legges inn etter selvmordsforsøk vil berøre flere avdelinger og personellgrupper før vedkommende er ferdigbehandlet. Sykehusorganisasjonen er blant annet kjent for et høyt tempo og stor utskiftning av personale. Et kvalitativt godt behandlingsopplegg betinger gode samhandlingsrutiner både internt og eksternt. Prosjektarbeidet har i flere sykehus fått som konsekvens en total gjennomgang av internhenvisningsrutiner.

Det kan heller ikke underslås at det å forholde seg til selvmordstruede pasienter byr på særlige utfordringer profesjonelt, og ikke minst holdningsmessig. Det har vært et stort behov for å arbeide med de ulike personellgruppers kunn-

skapsnivå, og det å kunne tilby internopplæring og etterutdanning har vist seg som en betydelig suksessfaktor.

Det er i denne konteksten spørsmålet til forankring må forstås. Derfor har det også vist seg som svært betydningsfullt å få de etablerte rutiner inn som en del av sykehusets kvalitetssikringssystemer.

Forholdet til prosjektledelse og eksterne forhold

Kvalifikasjoner og egenskaper ved prosjektleder ser også ut til å hatt betydning i den forstand at det har vært fordelaktig med aktører som er kjent i det felte vedkommende skal operere i. For å kunne arbeide med endringsprosesser i større organisasjoner og på tvers av forvaltningsnivå er det opplagt at kunnskap om de organisasjoner vedkommende skal arbeide i forhold til har vært viktig. Systemkunnskap, evnen til å være i dialog, samt å kunne kommunisere synspunkter både fra primær- og spesialisthelsetjenesten beskrives som vesentlige positive egenskaper ved prosjektledelsen.

Det har vært viktig at prosjektleder har kunnet ta tak i de mer holdningsmessige aspekter knyttet til pasientgruppen, eksempelvis gjennom å legge til rette for internopplæring og andre utdanningstiltak. Gjennom flere av modellforsøkene er det igangsatt etterutdanningstiltak av en betydelig størrelsesorden, eksempelvis i Nordland der aktørene har gjennomgått et samlet etterutdanningsprogram på mer enn 80 timer. Gjennom sluttrapportene fra de lokale modellforsøkene kommer det frem at kompetanseheving har vært ett viktig innslag i samtlige av disse.

Prosjektleders evne til å være synlig i egen organisasjon, samt evnen til å markedsføre prosjektarbeidet både internt, og i forhold til lokal opinion har vært viktig. Flere av de lokale prosjektlederne referer til at de har innehatt en form for "vaktbikkjefunksjon" på sine sykehus, og at dette har vært nødvendig for å få etablert nye rutiner. Dette må settes i sammenheng med det som tidligere er beskrevet om sykehuset som kompleks organisasjon.

Stabilitet blant aktørene har fremmet prosjektarbeidet, mens sen rekruttering eller skifte av prosjektleder ser ut til å ha virket hemmende.

Forhold knyttet til Statens helsetilsyn

For noen prosjekters vedkommende oppgis problemene med forankring til å henge sammen med at disse kom til med bakgrunn i mildt press fra Helsetilsynet. Prosjektene ble ikke etablert som en konsekvens av et eksisterende lokalt engasjement.

Det anføres fra flere prosjektledere at Helsetilsynet burde sørget for lokal forpliktelse før oppstart. Enkelte prosjektledere uttrykker også at de ikke har vært tilfreds med oppfølgingen fra Helsetilsynets side.

Mange av prosjektlederne savnet et innføringskurs fra Helsetilsynet tidlig i prosjektperioden, dette blant annet for å kunne tydeliggjøre forventninger og noen av de problemstillinger man ville møte lokalt. På tilsvarende måte savnet de ansatte ved de regionale ressursmiljøene en innføring i hva deres rolle overfor

modellforsøkene skulle være. Dokumentasjon indikerer at de regionale ressursmiljøene skulle bistå de lokale prosjektene med faglig veiledning, mens Helsetilsynet skulle være veileder på prosjektstyring. Grenseoppgangen mellom faglig veiledning og annen form for veiledning har blitt opplevd som utydelig av flere.

Helsetilsynet har på den ene siden hatt rollen som tilskuddsforvalter, og samtidig inntatt en veilederrolle overfor enkeltprosjekter med relativt detaljerte føringer på prosjektprosessen. Dette er en dobbelrolle som har i seg kompliserte problemstillinger, noe som også flere av aktørene ute referer til å ha opplevd. Av og til har det blitt opplevd som manglende fleksibilitet fra Helsetilsynets side når det gjelder å ta hensyn til lokale variasjoner, og la folk gå sine egne veier for å nå målene.

Andre forhold

Det kan se ut til at en ikke godt nok har klart å sikre oppfølging til gruppen med alvorlige psykiske lidelser, d.v.s. de som overføres direkte til psykiatriske avdelinger etter selvmordsforsøket. Kun unntaksvis i modellforsøkene er denne gruppen inkludert i modellforsøkene. Den primære målgruppen ser ut til å ha vært den "friskeste" delen av populasjonen selvmordsforsøkere.

I det videre oppfølgingsarbeid er det av stor viktighet å rette et betydelig fokus på spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både kompetanseoppbygging, gjennomgang av interne rutiner, og ikke minst samhandlingsrutiner med de øvrige deler av helsetjenesten.

5.3.4 Resultater av behandlingkjedeprojektene

Det er innført nye rutiner i 12-13 sykehusområder, og disse er innarbeidet i sykehusenes kvalitetssikringssystemer. Arbeidsmetodene som er dokumentert gjennom de mange modellforsøkene fremstår som brobygger på ulike nivåer. Innad på sykehusene synliggjøres fornuftige samarbeidsordninger mellom somatiske og psykiatriske avdelinger, i tillegg til at man mange steder har fått etablert et formalisert samarbeid mellom forvaltningsnivå for å sikre enkeltindivider rask og adekvat oppfølging.

Arbeidet med erfaringsoverføring og spredning godt i gang i mange fylker. Det er opprettet egne koordinatorstillinger for selvmordsforebyggende arbeid ved noen sykehus. I lokal regi er det utviklet brosjyremateriell, og det er en betydelig oppmerksomhet og engasjement rundt selvmordsforebyggende arbeid.

Det er gjennomført diverse etterutdanningstiltak av til dels omfattende karakter – og regionale og lokale nettverk er etablert.

5.3.5 Andre prosjekter støttet av Handlingsplan mot selvmord

- Oslo – Filmprosjekt "Jeg elsker hvem jeg vil" Prosjektleder Jan Dalchow, Unge homser, unge lesber
- Aust-Agder – "To historier om livsvilje" Regissør Jan Robert Jorde, prosjektleder Roald Jørgensen, filmen ble finansiert i 1995 med kr 453 200
- Vest-Agder – bokmanus v/Bjørn Fredheim
- Akershus – Evaluering av "Bærumsmodellen" Prosjektleder Georg Schjelderup





- Sør-Trøndelag – WHO-prosjektet "A multiCentre Study on Parasuicide" – prosjektleder Tore Bjerke, Heidi Hjelmeland
- Troms – Sykepleierrollen i forbindelse med suicidproblematikk i psykiatrisk sykehus – prosjektleder høyskolelektor Anne Grethe Talseth, Høgskolen i Troms
- Sør-Trøndelag - «Kriser og mestring» et undervisningsopplegg for ungdom i utvikling, prosjektleder helsesøster Aud Hoel Oppdal kommune.

5.4. Informasjon og evaluering

5.4.1 Generelt om informasjonsarbeid

Siktemålet med informasjonsvirksomheten for handlingsplan mot selvmord var å øke kunnskapene om selvmordsproblematikken. Informasjonsarbeidet har i hovedsak blitt ivarettatt via Handlingsplanens aktører både på internasjonalt, nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Mange enkeltstående tiltak er blitt gjennomført og det har vært stor bredde i bruken av virkemidler. To eksempler som illustrerer noe av spennvidden i informasjonsarbeidet; på lokalt nivå utarbeiding av brosjyremateriell som formidler hjelpetilbudet i en kommune, til en større holdningskampanje som fokuserte på ungdom og selvmord. Denne ble gjennomført på "ungdomskanalen" NRK Petre over en to-ukers periode tidlig i 1999. Erfaringene fra denne er for øvrig gjengitt i evalueringsrapport, og artikkel publisert i "Suicidologi".



Det nasjonale kompetansesenteret har hatt en særlig sentral rolle i informasjonsarbeidet, blant annet gjennom ansettelse av egen informasjonskonsulent. Det har vært en bevisst strategi når det gjelder informasjonsvirksomheten der ulike informasjonkanaler er blitt brukt.

Betydelige tiltak har vært etableringen av eget tidsskrift, og en suicidologisk database som er lagt ut, og gjort tilgjengelig på Internet, begge disse informasjonskanalene omtales senere i dette kapittelet. En tredje informasjonskanal har vært utarbeidelse og distribusjon av brosjyremateriell beregnet til ulike målgrupper. Dette er delvis utarbeidet gjennom lokale forebyggingsprosjekter, og dels sentralt via Seksjon for selvmordsforskning og forebygging.

Det fjerde elementet i informasjonsstrategien har vært å anvende media på ulike måter. Når det gjelder mer overordnede problemstillinger, i tillegg til saker med stor mediainteresse har dette i hovedsak blitt kanalisert gjennom det nasjonale kompetansesenteret. Dette har i hovedsak skjedd gjennom intervjuer og reportasjer i ulike medier, men kontakten har også artet seg som direkte samarbeid med pressen eksempelvis gjennom NRK Petre's ungdomskampanje "Det er verdt å leve".

Det har vært gjort et betydelig informasjons og opplysningsarbeid også gjennom de mange lokale modellforsøkene. Denne virksomheten har dels skjedd gjennom kontakt med massemedier, og delse via møter, kurs og konferanser.

Seksjon for selvmordsforskning og forebygging har vært Helsetilsynets faglige rådgiver i saker som omhandler selvmordstemaet.

5.4.2 Prosjektlederkonferanser – forskningskonferanser

I årene 1996-1999 har de regionale ressursmiljøer i samarbeid med Statens helse-tilsyn arrangert årlige prosjektlederkonferanser. Målgruppen for disse konferansene har vært lokale prosjektledere, ansatte ved de regionale ressursmiljøene, Handlingsplanens styrings- og referansegruppe og landets fylkesleger. Intensjonen med konferansene har dels vært å tilby et nettverk til de mange prosjektlederne ved siden av det å gi et godt faglig påfyll. Gjennom disse konferansene har også regionene fått mulighet for å presentere lokale bidrag. Konferansene har vært evaluert gjennom standardiserte spørreskjemaer, og denne evalueringen samt muntlige tilbakemeldinger indikerer høy grad av tilfredshet både med den faglige og sosiale delen av programmet.

I januar 1997 og oktober 1999 ble det i regi av Handlingsplan mot selvmord arrangert større forsknings- og forebyggingskonferanser i Oslo. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging hadde hovedansvar for planlegging og gjennomføring av begge konferansene med bistand fra Helsetilsynet, og de regionale ressursmiljøer.

Konferansen i 1997 hadde et bredt anlagt program der mye tid ble disponert på parallelle sesjoner. Hovedtemaet for 1999-konferansen var selvmordsatferd blant barn og unge, i tillegg til at denne konferansen også markerte avslutningen på Handlingsplan mot selvmord. Det var ca. 250 deltagere både i 1997 og 1999, det faglige programmet var av høy kvalitet, og begge konferansene ble meget godt evaluert.

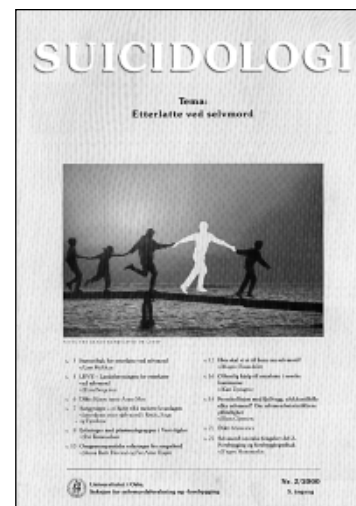
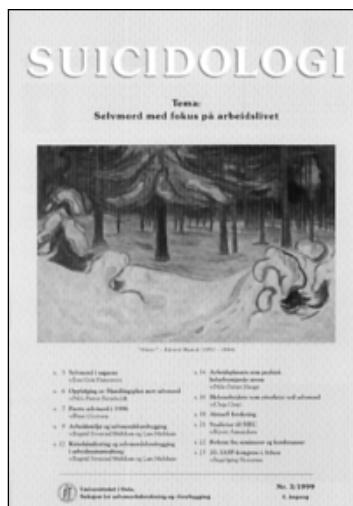
5.4.3 Tidsskriftet "Suicidologi"

Formålet med utgivelsen av tidsskriftet var å gi en oppdatert presentasjon av hva som foregår innenfor det suicidologiske fagfelt, det være seg forskning, forebyggingsarbeid eller annet arbeid. I tillegg til at relevant informasjon kan legges ut som eksempelvis hva som skjer av kurs og konferanser.

Tidsskriftet utgis fra Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo, med professor Nils Retterstøl som redaktør.

Tidsskriftet kom første gang ut i desember 1996, da med et opplag på 3000 eksemplarer. Siden har opplaget økt til 5500, og det er tre årlige utgivelser.






Tidsskriftet distribueres gratis til ca. 4000 abonnenter mens restopplaget distribueres i forbindelse med ulike formål. Abbonentene består blant annet av helse-tjenesten på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, PPT, prest og politiet osv

Evaluering av tidsskriftet ble foretatt ved hjelp av en separat spørreundersøkelse gjennomført i 1998. Denne viser at tidsskriftet dekker viktige behov hos leserne, og oppleves som relevant og nyttig. Med bakgrunn i evalueringen er det gjort endringer i tidsskriftets utforming både når det gjelder det innholds- og layoutmessige.

5.4.4 Suicidologisk database etablert ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging

Ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging er det etablert en egen suicidologisk database. Denne er etter hvert blitt svært omfattende og inneholder blant annet oversikter over forebyggings og forskningsprosjekter, tidsskriftet er lagt ut her, informasjon om Handlingsplan, oversikt over sorggrupper, aktuell litteratur, kurs/møteoversikter, i tillegg til at linker er lagt ut til eksisterende hjelpetelefoner. Det er lagt opp til evaluering av virksomheten gjennom at brukerne blir bedt om å vurdere nytten av det stoffet som er lagt ut. Det har vært en klar økning i bruken av nettstedet, og i 1999 ble sidene besøkt av ca 8000 personer. SSFF's nettsted er rettet mot det norske publikum men benyttes også fra andre nordiske land. Tross sin tilhørighet i en språklig minoritet som den norske er dette nettstedet for tiden det mest omfattende i verden på sitt spesialfelt.



Universitetet i Oslo

Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF)

- [Universitetet i Oslo](#)
- [Statens helsetilsyn](#)
- [Ansatte ved SSFF](#)
- [SSFFs publikasjoner](#)
- [SSFFs forskning](#)
- [Årsrapport 1999](#)

[English](#)

Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF) er et nasjonalt kompetansesenter med hovedansvar for forskning, kunnskapsformidling og veiledning. Seksjonen er tilknyttet [Instituttgruppe for psykiatri](#), Universitetet i Oslo/Forsvarets overkommando, Sanitetsstaben.

Trenger du hjelp?

VIVAT - et undervisningsprosjekt
 - for å møte mennesker i selvmordskrise
 - for å utdanne kursledere

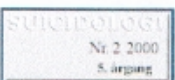
Nye litteraturlister:
 - [om rusmiddelmissbruk og selvmord](#)
 - [om homofili og selvmord](#)

Videreutdanning v/SSFF i selvmordsforebyggende arbeid
 - et 2-årig deltidsstudium fra ca. jan. 2001

Kontaktpersoner for sorggrupper
 Her finner du en landsomfattende oversikt over mennesker som kan kontaktes hvis du eller andre ønsker å delta i en sorggruppe.

Suicidologiske forskningsprosjekter
 Flere enn 30 forskningsprosjekter innen selvmordsproblematikk er registrert over hele landet. Mange av dem ble presentert under [IASP-kongressen](#) i Athen, 6.-10. nov. 99.

Selv mord blant unge - om dødeligheten blant ungdom i Norge fra beg. av 1970-årene til beg. av 1990-årene. Artikkel i Samfunnsspeilet 2000, nr. 2



Tema for nr. 2/00: Etterlatte ved selvmord

Tidsskriftet Suicidologi utgis av SSFF og utkommer 3 g. i året. Nr. 3/00 skal ha forebygging av selvmord som tema og utkommer i des.

Sist endret: 20. juni 2000
 Spørsmål eller kommentarer til våre websider kan sendes til kirsti.amundsen@psykiatri.uio.no



5.4.5 Ekstern evaluering

Ekstern evaluering av Handlingsplan mot selvmord er utført av Agenda Utredning & Utvikling AS ved prosjektleder cand. polit Irene Sørås. Det er totalt gjennomført fire evalueringsrunder som hver har munnnet ut i en evalueringsrapport. Den første rapporten som forelå 1. august 1996 var en prosessevaluering med hovedtema styring og organisering av Handlingsplanen så langt i programperioden.

Grunnet prosjektledelsens og referansegruppens vurdering av den første evalueringsrapporten, samt på bakgrunn av prosjektperiodens prolongering, ble evalueringsoppdraget justert i møte mellom Agenda og Helsetilsynet 7. oktober 1996. Antall evalueringsrunder ble redusert fra 5 til 4, der rapport nr. 2 utgjorde en kartlegging av før-situasjonen.

En ytterligere justering av mandatet for evalueringen skjedde i møte mellom Helsetilsynet og Agendas prosjektleder 7. september 1999. Med bakgrunn i at det allerede på det tidspunkt var lagt til rette for et oppfølgingsprosjekt etter Handlingsplan mot selvmord, var det behov for en gjennomgang av sluttevalueringens innhold, samt å samordne denne med Helsetilsynets egen sluttrapport.

På det ovennevnte møtet ble det besluttet at Agendas sluttrapport skulle fokusere på følgende problemstillinger:

- Måloppnåelse vedrørende delmålet om økt og systematisk forskning
- Vurdering av ressursmiljøenes virksomhet i forhold til oppgavene
- Vurdering av ressursmiljøenes virksomhet rettet inn mot kunnskapsformidling
- Evaluering av kurset "Intervensjon ved selvmordsfare"
- Vurdering av informasjonsstrategien for Handlingsplanen mot selvmord

På det samme møtet ble det bestemt at Helsetilsynets interne rapport skulle omfatte drøftingen av delmålet "Systematiske modellforsøk med behandlings- og oppfølgingstiltak".

I tillegg til den første evalueringsrunden som omfattet en prosessevaluering har rapportene omfattet:

- Vinter 1996/97
Evalueringrunde nr. 2: Kartlegging av før-situasjonen.
- Høsten 1998: Evalueringrunde nr. 3:
Evalueringrunde nr. 3: Evaluering av strategi, prosjektadministrasjon og prosess.
- Vinter 1999:
Evalueringrunde nr. 4: Evaluering av resultatene

5.4.6 Oppsummering - informasjonsarbeid

Agenda konkluderer med at det informasjonsarbeidet som er gjort i hovedsak med utgangspunkt i det nasjonale senteret er uttrykk for en bevisst og offensiv informasjonsstrategi. Både tidsskriftet og internettsidene vurderes som betydelig og viktige tiltak, i tillegg til at Agenda peker på den bevisste bruken av media i ulike saker. Konkret har dette omhandlet saker der man bruker media til å påvirke folks holdninger til selvmordsproblematikk, der man ikke bidrar til sensasjonspregede oppslag rundt temaet, men tvert i mot bidrar til å skape et inntrykk av at det eksempelvis er hjelp å få.

6. Videreføring av igangsatte tiltak - nytt treårig prosjekt

I St.prp. nr. 1 2000 er det besluttet en videreføring av det selvmordsforebyggende arbeidet gjennom etableringen av et nytt treårig prosjekt fra 1. januar 2000. Det var særlig tre forhold som lå til grunn for denne beslutningen:

1. Det vil være nødvendig med ytterligere innsats for å sikre gode oppfølgings- og behandlingsrutiner for mennesker innlagt etter selvmordsforsøk (dette omfatter pasienter innlagt både i somatiske og psykiatriske institusjoner).
2. Det er dokumentert en særlig høy selvmordsfrekvens i enkelte grupper.
3. De regionale ressursmiljøene ble etablert relativt sent i handlingsplanperioden. Det gjenstår betydelige arbeidsoppgaver før en kan forvente at strukturer er forankret regionalt.

Videreføringen organiseres som ett treårig prosjekt og forankres i Statens helse- tilsyn, dette primært for å kunne ivareta kontinuitet i det selvmordsforebyggende arbeidet.

De viktigste strukturer som videreføres er driften av ett nasjonalt kompetanse- senter, og regionale ressursmiljøer med to stillinger knyttet til de øvrige helse- regioner.

Det er behov for å videreføre ulike forskningsmessige innsatser, og arbeidet med kunnskapsutvikling og formidling skal ha høy prioritet. Det er dokumen- tert mangler ved oppfølgings- og behandlingstilbudet til mennesker som er i selvmordskriser. Med dette som bakgrunn er den fremste målsetningen for den kommende treårsperioden at det på landsbasis etableres kvalitativt gode opp- følgings- og behandlingsrutiner for mennesker som er i selvmordskriser. Behovet for etablering av oppfølgings- og behandlingsrutiner for selvmordut- sette omtales i de rundskriv Sosial og helsedepartementet har distribuert til fyl- ker og kommuner i 1999 i forbindelse med Opptrappingsplan for psykiatrien.

Det er utarbeidet egen prosjektbeskrivelse for oppfølgingsprosjektet etter Handlingsplan mot selvmord.



7. Anbefalinger i det videre selvmordsforebyggende arbeid

De områder som omtales i denne fremstillingen er fremkommet etter drøftinger med referansegruppen for Handlingsplan mot selvmord. Det presiseres at den kunnskapen man har om utsatte grupper vil måtte gjenspeiles også i den delen av prosjektet som dreier seg om oppfølgings-, og behandlingsrutiner, og kunnskaps- og formidlingsstrategien.

De enkelte innsatsområdene vil forankres ved enten det nasjonale kompetansesenteret, eller de regionale ressursmiljøer.

7.1 Barn og unge

Selvordsfrekvensen har økt dramatisk blant deler av de yngre aldersgruppene de siste 30 årene. Samtidig har ikke den gledelige reduksjonen i selvmordshypighet som er påvist de senere år i befolkningen som helhet i nevneverdig grad omfattet de unge. Det er etterhvert omfattende dokumentasjon på at mange ungdommer strever med mentale/psykiske problemer. Samtidig er det lite utviklet kunnskap om hvordan vi skal nå denne målgruppen i forebyggende arbeid. Det ligger konkrete utfordringer knyttet til det å finne fram til naturlige og smidige overbygninger mellom etater og sektorer som har med ungdom å gjøre. Vi trenger å få synliggjort og dokumentert felles sektorovergrepene intervensjonsstrategier, innfallsvinkler til hvordan vi kan nå fram til og møte ungdommer med mentale/psykiske problemer.

Det planlegges initiativ for en overordnet nasjonal innsats rettet inn mot barn og unge som risikoutsatt gruppe. Ytterligere konkretiseringer i forhold til dette vil komme senere, blant annet som en konsekvens av drøftinger i berørte fagdepartementer.

Det er videre igangsatt og planlagt ytterligere forskningsaktiviteter som er spesifikt innrettet mot å skaffe til veie mer kunnskap generelt om barn og unge som utsatt gruppe. I tillegg fokuserer flere av disse prosjektene på selvdestruktiv atferd spesielt. I enkelte prosjekter inngår Norge som en del av større europeiske multisenterstudier.

- Helsetilsynet foreslår at det nedsettes en bredt sammensatt arbeidsgruppe med representanter for ulike departementer, fagmiljøer og brukerorganisasjoner som på grunnlag av nyere forskning kommer med forslag til generelle helsefremmende tiltak, herunder tiltak til barn og unge.
- Videreføring/igangsetting av forskning som kan bidra til økt kunnskap om barn/ungdom og psykisk helse generelt, og selvmordsatferd spesielt.

7.2 Pårørende etter selvmord

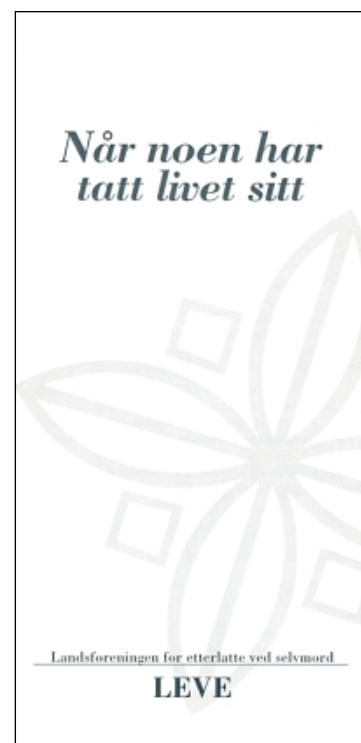
Selvord representerer et svært traume for de etterlatte. Forskning viser at mange påføres betydelige helseskader både fysisk og psykisk, det er også en øket forekomst av selvmordsforsøk og selvmord blant de etterlatte. Det er et klart behov for en mer aktiv intervensjon fra helsevesenets side, som innebærer å tilrettelegge for oppfølgingstiltak som kan tilbys de som rammes. I videre-

føringen vil det være en viktig oppgave å få integrert denne gruppens hjelpebehov i de strukturer som nå bygges opp på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. De regionale ressursmiljøer vil ha en viktig pådriverfunksjon i dette arbeidet.

En er nå i ferd med å etablere en egen landsforening for etterlatte ved selvmord. Det nasjonale kompetansesenter har påtatt seg et særlig ansvar blant annet når det gjelder å bistå med infrastruktur for foreningen i oppstartsfasen. Denne vil også få en egen spalte/side i tidsskriftet "Suicidologi".

De regionale ressursmiljøer har ansvar for å kartlegge hva som eksisterer av hjelpetilbud i form av eksempelvis samtalegrupper for etterlatte i sine regioner. I dette ligger også ansvar for å melde inn disse til SSFF slik at databasene knyttet til hjelpetilbudet blir oppdatert. Videre vil de regionale ressursmiljøene få en rolle i å bistå med etableringen av den nevnte støtteforeningen for etterlatte.

- Etablering av Landsforening for etterlatte ved selvmord i Norge
- Kartlegging av hjelpetilbud regionalt, medansvar for ajourføring av database over samtalegrupper ved SSFF, bistå ved etableringen av Landsforeningen for etterlatte ved selvmord



7.3 Homofile og lesbiskes situasjon

I en rapport fra NOVA vedrørende homofile og lesbiskes kår og livskvalitet som ble publisert i slutten av februar 1999 avdekket bekymringsfulle tall vedrørende deres psykiske helse. Spesielt urovekkende er den særlig høye forekomsten av selvmordsforsøk blant homofile og lesbiske. Det er viktig å styrke støtte- og oppfølgingsapparatet generelt fordi det er nødvendig med et høynet kunnskapsnivå blant helsepersonell i forhold til de spesielle behov gruppen har. En vil søke å samarbeide med LLH blant annet gjennom konkrete prosjekter. Det å være i dialog og tilgjengelig for råd og veiledning har vært en klar målsetning under arbeidet med Handlingsplan mot selvmord, og denne strategien videreføres. Det har blant annet vært et aktivt samarbeid rundt flere filmprosjekter.

Det vil fortsatt være behov for en ytterligere forskningsinnsats for å kunne belyse årsakssammenhenger til en eventuell øket selvmordsforekomst blant homofile og lesbiske.

- Ytterligere forskning
- Sette temaet på dagsorden på nettverksamlinger – bidra til å høyne det generelle kunnskapsnivå blant helsepersonell
- Bistå LLH, eventuelt andre aktører ved gjennomføring av selvmordsforebyggende prosjekter/tiltak
- Innarbeide kunnskaper om homofile og lesbiskes situasjon som en del av formidlingsstrategien i prosjektet

7.4 Arbeidsplassen

Det anbefales en vektlegging av studier som tar utgangspunkt i arbeidsplassen som arena med tanke på å motvirke helseskadelige prosesser. Utgangspunktet for denne foreslåtte fokuseringen er de endringer som har skjedd på denne livsarenaen de senere år. Det stilles ofte krav til den enkelte arbeidstaker om hyppige omstillinger. Hvilke helsemessige konsekvenser dette vil kunne medføre er det vesentlig å få utviklet mer kunnskap om.

Gjennom den senere tid er det også publisert rapporter som indikerer at trakassering og vold på arbeidsplassen utgjør et betydelig problem. Enkelte studier dokumenterer at spesielle yrkesgrupper har en øket forekomst av selvmord og selvmordsforsøk.

En særlig oppmerksomhet rettes mot personellgrupper som yrkesmessig kommer i kontakt med mennesker i selvmordskriser, eksempelvis ambulansepersonell, polititjenestemenn, fengselsansatte og prester.

Flere forskningsprosjekter er etablert for blant annet å kunne påvise sammenhenger mellom yrkesmessige belastninger og selvmordsatferd. Det nasjonale kompetansesenter har innledet et samarbeid med Direktoratet for arbeidstilsyn, dette videreføres.

- Ytterligere forskningsinnsats rettet inn mot arbeidsplassen som helse/sykdomsfremmende arena

7.5 Eldre

En mer systematisk innsats bør rettes inn overfor de eldre aldersgrupper som har en særlig høy selvmordsfrekvens. Ensomhet, isolasjon og tapsopplevelser er pekt på som vesentlige årsaksforhold til den høye selvmordsfrekvensen. I et forebyggingsperspektiv vil det være viktig med en øket oppmerksomhet rundt eldre som har fått endret sin livssituasjon. Det er dokumentert at eldre mennesker generelt ofte er tilbakeholdende med å søke hjelp. Strategier som går på hvordan man skal nå fram til flere av de risikoutsatte i denne gruppen vil være vesentlig å få dokumentert.

- Innlede samarbeid med kompetente fagpersoner og brukerorganisasjoner med det formål å konkretisere aktuelle tiltak/strategier.

7.6 Internasjonalt samarbeid

Norge var en av de første nasjonene i verden som fikk etablert et nasjonalt program for forebygging av selvmord. Det har de senere år vært mye formidling av erfaringer fra vårt program blant annet på internasjonale konferanser. I den grad vi kan bistå andre med erfaringsoverføring vurderes dette som en viktig oppgave, ikke minst overfor nasjoner som ressursmessig ikke har de samme forutsetninger som oss.

Norge er engasjert som aktiv deltager i flere internasjonale prosjekter, blant annet i regi av WHO og EU. Dette engasjementet vurderes som svært positivt og det er viktig at det videreføres. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging har påtatt seg å etablere et engelskspråklig nettsted for IASP, den internasjonale foreningen for selvmordsforebyggende arbeid knyttet til WHO.

8. Økonomi

Stortinget bevilget første gang 6 millioner kroner i 1994 til Handlingsplan mot selvmord under Sosial- og helsedepartementets kapittel 719 post 66. Stortinget forutsatte at bevilgningen skulle videreføres i fem år, grunnet sen oppstart ble programmet prolongert med ett år til ut år 1999.

Handlingsplanen har hatt et helt vanlig prosjektførløp med liten aktivitet de 2-3 første årene, avløst av høy aktivitet mot slutten av planperioden. Det lå i forutsetningene at det årlige forbruket ville variere i løpet av programperioden, og Stortinget bestemt at bevilgningene skulle gjøres overførbare. Det har vært noen budsjettjusteringer i løpet av programperioden og det samlede forbruket over en 6 års programperiode utgjør kr 41 481 000. Av dette er total kr 1 800 000 gitt som tilleggsbevilgninger over Statsbudsjettets kapittel 743.70.

Årlig forbruk på kapittel 719, post 66 «Handlingsplan mot selvmord»

Tabell 6

ÅR	FORBRUK
1994	2.313.000
1995	3.519.000
1996	6.757.000
1997	9.088.000
1998	10.304.000
1999	7.195.000
2000	505.000

Mental helses hjelpetelefon ble belastet kapittel 719, post 66 med kr 500.000 i 1994 og 1995.

9. Litteratur

- Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998. Skriftserie 4-95. Oslo, Statens helsetilsyn, 1995
- "Bærumsmodellen" 1984-1994. Skriftserie 1-96. Oslo, Statens helsetilsyn, 1995
- "Selvmordsforebyggende arbeid – Bærumsmodellen". Utredningsserie 4-94. Oslo, Statens helsetilsyn, 1994
- Hoel A. Kriser og mestring. Et undervisningsopplegg for ungdom i utvikling. Oppdal, Fylkeslegen i Sør-Trøndelag, 1995
- Retterstøl N. Selvmord. Oslo, Universitetsforlaget, 1995
- Mehlum L., "Tilbake til livet" Oslo, Høgskoleforlaget, 1999
- Handlingsplan mot selvmord – Årsrapporter for årene 1995-1998
- Agenda Utredning og Utvikling, Evalueringsrapport nr. 2: "Kartlegging av før-situasjonen", Sandvika, 1996
- Agenda Utredning & Utvikling, Sluttrapport for Handlingsplan mot selvmord. Sandvika, 2000
- Gjertsen, F. "Suicidologi" nr. 3/1999
- Ysgaard M., Skumsnes A. "Suicidologi" nr. 7/98 Oslo, 1998
- Hawton et al, *BMJ* 1998 Aug 15;317(7156):441-7
- Hegna K, Kristiansen HW, Ulstein Moseng B. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn, Oslo, NOVA rapport 1/99
- Kerkhof AJFM, Clark DC How to evaluate national suicide programs?, "Crisis" 1998; 19(1): 2-3
- SSFF's nettsted: www.med.uio/ipsy/ssff
- Rapporter fra enkeltprosjekter og regionale ressursmiljøer kan fåes gjennom å henvende seg direkte til Fylkeskommunene, eller det respektive senter

Navn i Handlingsplan mot selvmord

Vedlegg 1

Styringsgruppe

Fra 1994:

Fagsjef Frode Larsen, Statens helsetilsyn, fagsjef
Kontorsjef Finn Aasheim, Statens helsetilsyn
Spesiallege Kari Ann Leiknes, Statens helsetilsyn (til juni 1995)
Rådgiver Inger B. Rytter, Statens helsetilsyn
Fungerende fagsjef Odd Marius Herder (fra august 1995)

Fra 1996:

Fagsjef Ellen Hagemo, Statens helsetilsyn
Underdirektør Arne Lindstad, Statens helsetilsyn

Referansegruppe:

Klinikkdirektør Frode Larsen (fra 1996, leder)
Professor dr med Nils Retterstøl, Gaustad sykehus
Professor dr med Øyvind Ekeberg, Institutt for medisinske atferdsfag,
UIO (til 1996)
Psykiater Petter Jørgensen, Regionsykehuset i Trondheim
Spesialpsykolog Gudrun Dieserud, Statens Institutt for folkehelse/
Bærum kommune (til 1996)
Ledende sosionom Wenche Haukø, Bærum sykehus (til 1996)
Forsker Yngve Hammerlin, Kriminalomsorgens utdanningscenter
Høgskolelektor Georg Schjelderup, Seksjon for selvmordsforskning og
forebygging, UIO
Assisterende fylkeslege Torill Hagerup-Jensen, Fylkeslegen i Aust-Agder
Forsker Mette Ystgaard, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, UIO
Generalsekretær Einfrid Halvorsen, Mental Helse Norge
Professor Lars Mehlum, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging
Direktør Lars Lien, Sanderud sykehus (1998-1999)

Fylkesvise prosjektledere:

Reidar Hofsoy, Finnmark - Hammerfest sykehus
Anne Olen Aasen, Finnmark - Sør Varanger kommune
Jorunn Storvik, Nordland - Nordland sentralsykehus
Gerd Talsnes Hegdal, Nord-Trøndelag - Innherred sykehus
Kirsti Foss, Møre og Romsdal - Familievernkontoret i Molde
Erlend Bergesen, Hordaland - Haukeland sykehus
Eystein Vaapenstad, Rogaland - Fylkessjukehuset i Haugesund
Kari Storaker, Vest-Agder - Vest Agder sentralsykehus
Per Emanuelsen, Vest-Agder - Kristiansand kommune
Hege Leithe Andersen, Telemark - Skien kommune
Live Jetlund, Vestfold - Larvik sykehus
Roger Simonsen, Buskerud - Buskerud sentralsykehus
Kjersti Bruserud, Østfold - Sykehuset Østfold
Trine Dalen Bergersen, Oslo - Aker sykehus
Georg Schjelderup, Oslo - Aker sykehus
Jorulf Husby, Hedmark - Sannerud sykehus
Nils Petter Reinholdt, Oppland - Gjøvik fylkessykehus

Andre prosjektledere:

Tore Bjerke og Heidi Hjelmeland, Sør-Trøndelag – "A multicentre Study on Parasuicide"

Anne Grethe Talseth, Troms – "Sykepleierrollen i psykiatriske sykehus"

Jan Dalchow, Oslo – Filmprosjekt "Jeg elsker hvem jeg vil"

Agnar Meling, Eva Irgens, Sør Trøndelag – Oppfølging av etterlatte ved selvmord

Jan Robert Jorde, Aust-Agder – "To historier om livsvilje" – filmprosjekt

Bjørn Fredheim, Vest-Agder – bokprosjekt

Georg Schjelderup, Akershus – Evaluering av Bærumsmodellen

Aud Hoel, Sør-Trøndelag – "Krise og mestring" – et undervisningsopplegg om ungdom i utvikling

Rapporter fra de fylkesvise prosjekter kan fås ved å henvende seg direkte til de refererte sykehus og kommuner.

Publikasjoner fra Statens helsetilsyn

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE		PRIS
3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451 (100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456 (100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463 (100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467 (100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468 (100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496 (100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506 (100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511 (100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519 (100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541 (100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544 (100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565 (100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571 (100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582 (100)
4-1997	El-overfølsomhet.....	IK-2599 (100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom	IK-2600 (100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602 (100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611 (100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615 (100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider....	IK-2616 (100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618 (100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år..	IK-2621 (100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626 (100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631 (100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652 (100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680 (100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682 (100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker	IK-2685 (100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ..	IK-2694 (100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra	IK-2701 (100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030	IK-2696 (100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998	IK-2697 (100)
8-1999	Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1994-1999	IK-2698 (100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter	IK-2705 (100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser	IK-2692 (100)
3-2000	Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ...	IK-2695 (100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien	IK-2706 (100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov	IK-2707 (100)
6-2000	HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – en jakt på ulikhet?.....	IK-2712 (100)
7-2000	Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten	IK-2714 (100)
8-2000	Implementering av veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2719 (100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet ..	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer..	IK-2710	(100)
3-2000	Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap	IK-2715	(100)
4-2000	Rehabilitering av mennesker med progrirende nevrologiske sykdommer	IK-2716	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-2000	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning	IK-2702	(100)
2-2000	Nasjonalt geriatriprogram. Erfaringer fra 5 års statlig geriatrisatsning 1994-99..	IK-2699	(100)

Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2610	(60)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.

HANDLINGSPLAN MOT SELVMORD - SLUTTRAPPORT

Prosjektplan og handlingsplan ble i sin tid utarbeidet av Statens helsetilsyn etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Det ble besluttet at Handlingsplanen skulle gå over en 5-årsperiode fra 1994-1998, programperioden ble senere utvidet med ett år til ut 1999.

Sluttrapporten er en dokumentasjon av de mange aktiviteter som har skjedd innenfor Handlingsplanens målområder under prosjektperioden. Denne rapporten, sammen med den eksterne evalueringen gjennomført av Agenda Utredning & Utvikling viser at man har oppnådd mange av de målsetningene som ble formulert ved prosjektets oppstart.

Rapporten retter seg mot beslutningstagere og ulike profesjoner innenfor spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, yrkesgrupper og enkeltpersoner engasjert i selvmordsforebyggende arbeid, frivillige organisasjoner, og brukerorganisasjoner.



Statens helsetilsyn

Trykksakbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: www.helsetilsynet.no