Hjelp og støtte til etterlatte ved selvmord

- en integrert del av krise- og sorgberedskap i kommunen

Ved Målfrid Litlere

Psykososial støtte ved kriser og katastrofer i kommuner organiseres gjerne gjennom kommunale kriseteam. Psykososial beredskap er hjemlet i Lov av 2000-06-23 nr 56, om helsemessig og sosial beredskap, og den primære målsetning er å forebygge helseproblemer ved at krise- og katastroferammede mennesker blir sikret hurtig og best mulig omsorg i kontakt med offentlige og private institusjoner, nærmiljø og familie. I denne artikkelen skal vi se nærmere på hvordan en kan utvikle gode oppfølgingstiltak på kommunenivå – særlig til etterlatte ved selvmord.

Ny kunnskap innen katastrofe-, traume- og krisefeltet har vært sentral for å kunne tilby bedre intervensjon og oppfølging til mennesker som utsettes for store påkjenninger der liv står i fare eller går tapt. Hvor mye hjelp folk trenger etter traumatiske hendelser diskuteres. Det er lite ønskelig at det offentlige overtar den omsorg og støtte som familie, naboer og venner alltid har gitt. Men mye tyder på at endringer i samfunnsstrukturen med svakere sosiale bånd og nettverk, har påskyndet nødvendigheten av flere organiserte omsorgstiltak, samtidig som omsorg av kortere eller lengre varighet alltid må knyttes til selvhjelp og egenomsorg og spille på menneskers iboende ressurser (Dyregrov et al., 1998).

Det har vært forsket på betydningen av sosial støtte og sosialt nettverk i forhold til menneskers møte med ulykker og belastninger. God sosial støtte synes å ha direkte virkning på folks psykiske helse og velvære, og beskytte mot helseskade ved sterke belastninger.

Hva som må til for at et lokalsamfunn skal være slik at det gir god støtte til sine innbyggere, er også studert. Ett svar er høy grad av sosial integrasjon, noe som innebærer at det finnes sterke bånd og tilknytninger mellom dem som bor der. Kjenne-tegn på et godt integrert lokalsamfunn er også at det har god kommunikasjon, at opplysninger flyter lett og at viktig informasjon er lett tilgjengelig (Dalgard et al., 1995).

I de senere år har det blitt satt fokus på hvordan man organiserer det forebyggende arbeid for å redusere psykiske følger av katastrofetraumer. Arbeidet bør utføres systematisk for at man skal kunne nå ut til alle som er rammet, og for å identifisere dem som kan være i risiko for psykiske plager. At psykiatrien har engasjert seg i dette arbeidet har to hovedårsaker: For det første har klinikerne erfart kroniske følgetilstander etter katastrofetraumer

som det er vanskelig å behandle. For det andre har man etter hvert innsett effekten av tidlig og adekvat intervensjon som forebyggende tiltak (Weisæth, 1989). Weisæth (1989) har i en studie påvist at en høy andel av dem som avslo tilbud om hjelp i akuttfasen etter katastrofe, var individer med svært høy risiko for utvikling av posttraumatisk stresssyndrom, slik at avslag på tilbud om hjelp kan være en risikoreaksjon.

Selv om organiseringen av arbeidet blir spesiell ved store ulykker og katastrofer, er de praktiske psykososiale støttetiltakene for en stor del de samme ved katastrofetraumer som rammer enkeltmennesker eller familier. Denne psykososiale støtten er forebyggende tiltak og ikke psykiatrisk behandling. Det arbeides innen en stresskrise referanseramme der man gir hjelp til håndtering av naturlige reaksjoner på urimelige påkjenninger (Weisæth 1989).

Etterlatte ved selvmord

Vi har nå fått en økende forståelse for hvilke reaksjoner og problemer mange etterlatte ved selvmord opplever (Mehlum 1997). Vi har også fått økt kunnskap om hvilken hjelp etterlatte kan trenge (Mehlum 2000). I Sosial- og helsedepartementets rundskriv 1-4/99 og Oppfølgingsprosjekt *Tiltak mot selvmord* (2000), er hensynet til etterlatte ved selvmord særlig omtalt. Det fremheves behov for en mer aktiv intervensjon fra helsevesenets side, som blant annet vil innebære å tilrettelegge for oppfølgingstiltak som tilbys etterlatte.

I studien "Omsorg for etterlatte etter selvmord" beskriver Dyregrov og medarbeidere (1998) noen forhold ved det kommunale tilbudet til etterlatte som hadde mistet et barn i selvmord. 321 kommuner fra hele landet svarte på spørsmål, og av disse var det omlag halvparten som rapporterte at de fulgte opp etterlatte ved selvmord med spesifikke tilbud. Da Dyre-

grov og medarbeidere så nærmere på denne gruppen, fant de at det likevel var store forskjeller i omsorgstilbudet, fra liten hjelp til planmessig oppfølging med spesialrettede tiltak. Variasjonene var særlig knyttet til om kommunene hadde kriseteam, fast koordinator, skriftlige rutiner for hjelpetiltak og skriftlige rutiner for samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. Omsorgstilbudet synes å være best i mindre og mellomstore kommuner med klare ansvarsforhold. I de fleste kommuner kom hjelpeapparatet raskt i kontakt med de etterlatte, men det var nokså tilfeldige strategier for kontaktetablering. Oppfølgingstiden varierte og hjelpen til barn synes generelt å være mangelfull.

Når det er såpass store mangler ved tjenesten hos kommuner som oppgir å ha spesifikke tilbud til etterlatte ved selvmord, kan en se for seg flere utfordringer før etterlatte får den hjelpen de kan trenge:

- At et akseptabelt tilbud bygges opp til alle etterlatte uavhengig av bostedskommune.
- At tjenesten oppsøker de etterlatte med tilbudet.
- At tjenesten er der når den trengs både i den akutte fasen og ved oppfølging over tid.
- At tjenesten har et særlig fokus på barn og unge.

På bakgrunn av omtalte hovedfunn anbefaler Dyregrov og medarbeidere en overordnet handlingsplan for krise- og sorgberedskap i alle kommuner, som omfatter organiserende tiltak, holdnings- og kunnskapsdanning, samt plan for akutt og langvarig krisehjelp (Dyregrov et al., 2000).

Handlingsplan for krise- og sorgberedskap

Fig. 1

Kilde: Dyregrov et al. (1998): Omsorg for etterlatte ved selvmord: kommunestudien.

Kommunale kriseteam

Mange kommuner har opprettet tverrfaglige kriseteam bestående av representanter for de etater som oftest samarbeider ved krisesituasjoner. Kriseteamet er en ressursgruppe ved planlegging og oppdatering av katastrofeberedskapsplaner, samt av psykososial krisehjelp ved katastrofer og kriser. Videre er ansvar for kompetanseutvikling, veiledning av de som står i tjenesten, samt evaluering/forbedring av de psykososiale støttetiltakene tillagt kriseteamet.

Ulike kommuner har utviklet og vektlagt ulike sider ved denne tjenesten. I Nittedal kommune er det eksempelvis valgt å satse på omsorgsfulle nærmiljø fremfor et krise-psykiatrisk utrykningsteam (Dalgard et al., 1995). I denne artikkelen beskrives hvordan Askøy kommune har bygget opp sin sorg- og kriseberedskap over tid. Der har man valgt en modell med kontaktpersoner i vaktberedskap som koordinerer det psykososiale arbeidet. Kommunen er kjent for å ha en god oppfølgingstjeneste til etterlatte ved selvmord og kan være ett eksempel på hvordan en velfungerende tjeneste for krise- og sorgberedskap kan utvikles.

Askøy kommune

Askøy er en øykommune som ligger like ved Bergen, har 21 000 innbyggere, og er den mest folkerike landkommunen i Hordaland. Selvmord er ikke et ukjent fenomen i kommunen. Siden 2001 har 8 askøyværingene tatt sitt eget liv. Helt siden 1988 har kommunen hatt en tverretattlig ressursgruppe for håndtering av sorg, krise og katastrofe. Initiativet kom fra soknepresten i etterkant av flere dødsulykker i trafikken samme år. Oppretting av en slik tjeneste ble behandlet og vedtatt av øverste politiske ledelse i februar 1989 og forankret hos lederne innen helse- og sosialtjenesten, skolen, PPT og prestetjenesten. Tjenesten har helt fra starten av blitt videreutviklet av engasjerte enkeltpersoner som har blitt støttet opp av gruppen og av sine ledere.

Utviklingsprosjekter

Ulike delprosjekter med fokus på barn og unge, samt organisering av beredskap var viktige bidrag i utviklingen av en psykososial støttetjeneste. Fra skolehold ble det i 1989 satt i gang kompetanseoppbygging om sorg og krisehåndtering

rettet mot barn og unge, og det ble laget en beredskapsplan som skal finnes på alle skoler. Ved en av øyas barnehager ble det også gjennomført et utviklingsprosjekt rettet mot barn i sorg.

I helsetjenesten ble det satt i gang et 3-årig prosjekt (1992–95) med støtte av statlige midler. Hensikten var blant annet å prøve ut om det var behov for et fast tilbud der en kontakttjeneste kunne rykke ut ved kriser som rammet enkeltpersoner og familier. En gikk bredt ut med informasjon om tilbudet til publikum, og spesiell informasjon ble gitt til legevaksentral, ambulansepersonell, politi og hjemmetjenesten. Tilbudet ble godt mottatt og ble mer omfattende enn forventet.

Fra prosjekt til regulær virksomhet

Da prosjektperioden var over, var det bred enighet både blant helsefaglig personell og i det politiske miljø om at kontakttjenesten skulle videreføres med midler fra Opptrappingsplan for psykisk helse (1999–2006). Den ble forankret i kommunehelsetjenesten ved psykiatrisk sykepleiertjeneste. I prinsippet var tjenesten tilgjengelig bare på dagtid på hverdager. Men traumatiske hendelser skjer like gjerne utenom kontortid. Innsatspersonell (politi/ lege/prest) så hvor vanskelig det var å måtte forlate en kriserammet familie, uten å tilby psykososial hjelp før neste arbeidsdag. Kontaktpersonene rykket derfor ut også i sin fritid. De møtte da de kriserammede i sjokkfase med omsorg og omtanke for små og store ting. Gjennom dette etablerte de en allianse som var verdifull i oppfølgingsarbeidet videre. Betydningen av at de som følger opp etterlatte over tid også er der i den akutte fasen, er vel kjent (Dyregrov et al., 2000). I år 2003 vedtok myndighetene i Askøy å videreføre en lønnet beredskapstjeneste for kommunen.

Organisering av krise- og sorgberedskap i Askøy kommune

Kriseteamet i Askøy kalles sorg-, krise- og katastrofegruppen (SKK-gruppen). Den består av ledende psykiatrisk sykepleier (koordinator), ledende helsesøster, lærerrepresentant, prest, PPT-leder og psykiatrisk sykepleier. Denne gruppen har ansvar for å organisere psykososial

tjeneste ved katastrofer og kriser slik den er beskrevet i Helse- og sosial beredskapsplan for Askøy kommune (2004). Henvendelsene går til psykiatrisk sykepleietjeneste som har ansvar for å rykke ut, kartlegge behovet og koordinere de videre psykososiale støttetiltakene. SKK-gruppen omtales av kontaktpersonene som et velfungerende team der de kan søke råd, drøfte utfordringer og få oppbakking. Den enkelte i gruppen tar ansvar for sin del av oppfølgingsarbeidet, og hver sak blir gjennomgått i gruppen der en søker å finne ut hva som fungerte godt og hva som kan gjøres bedre. Årlig arrangerer teamet et faglig seminar for ansatte i kommunen. I tillegg til prosedyrer ved ulykker og katastrofer som er nedfelt i kommunens beredskapsplan, er det laget retningslinjer for oppfølging av mennesker i selvmordskrise og for etterlatte ved selvmord.

Kommunal oppfølging av etterlatte ved selvmord i Askøy kommune

I Askøy kommune anses følgende prinsipper for oppfølging av etterlatte ved selvmord som viktige:

Hvordan tjenesten mobiliseres, hvem som kan utløse den: Politi, lege, ambulansepersoneell, prest, legevaktsentral og sykehus skal være godt kjent med tilbudet. De skal orientere familien (samtykke) og formidle kontakt. Det er et lavterskeltilbud slik at etterlatte selv og andre kan

kontakte tjenesten. Den som har vakt, har koordineringsansvaret. Vedkommenne får med seg en person fra vaktlisten, og disse to kontaktpersonene blir svært sentrale støttepersoner i akutt- og oppfølgingsfasen.

I den akutte fasen anbefales det at kontaktpersonene skal være på stedet før politi/lege/prest forlater de etterlatte, og de bør være hos dem til nødvendig nettverk er på plass. I tillegg til å prøve å få en oversikt over det som har skjedd, går en gjennom hvem som skal informeres og hvilke praktiske ting som må ordnes.

Begravelse og syning: En støtter familien på å være åpen om selvmordet og å gi rom for at andre kan delta i sorgen. Syningen kan være et viktig ritual i sorgarbeidet også for avdødes venner. Hvis mange og unge mennesker blir invitert, bør kontaktpersonene be om å få være til stede. Det anbefales å delta i begravelsen. På denne måten kan en vise deltagelse, samtidig som seremonien gir viktige innspill til å kunne støtte de etterlatte videre i sorgen. Er den avdøde en ungdom eller hvis mange er berørt, bør det arrangeres en samling etter begravelsen der de berørte inviteres og hjelpeapparatet er til stede. Samlingen ledes av prest eller annen som er god på dette.

I oppfølgingen for øvrig er det viktig å sørge for at familien får tilgang på all tilgjengelig informasjon for å få et så fullstendig bilde som mulig av hendelsen.

En må sikre at barn og unge tas med i samtaler, at de får informasjon og blir ivaretatt for egen del (Raundalen, 2000). Skolens/barnehagens prosedyrer settes evt. i verk og hvordan berørte unge i andre miljø skal håndteres må drøftes. En må være observant på familiens behov for praktisk, økonomisk og medisinsk hjelp, og behov for støttesamtaler sammen eller individuelt. Kommunens øvrige hjelpeapparat kan trekkes inn. Å formidle kontakt til støtteorganisasjoner (LEVE) og sorggrupper er viktige steg videre i sorgprosessen for mange.

Hvor lang tid den tette oppfølgingen skal vare, må vurderes i hvert tilfelle, men den første måneden vil de fleste trenge ukentlig kontakt. Etter hvert vil noen av kontaktpunktene kunne være pr. telefon.

De etterlatte gis mulighet til å ta kontakt, men ansvaret for oppfølgingen skal ikke legges på dem.

Oppfølgingen bør vare ett år etter dødsfallet. Hvor ofte man skal ha kontakt kan variere etter behov. Eksempelvis kan det gjøres avtaler om kontakt 2, 4, 6, 9 og 12 måneder etter dødsfallet, og disse legges gjerne til merkedager.

For mange er det gjerne måneder etter dødsfallet at sorgen blir tyngst og reaksjonene kommer. Da er gjerne venner og nettverk mindre til stede, og det forventes at de etterlatte skal være kommet videre. Nye ufordringer i denne fasen kan være slitasje i parforholdet, slitasje på vennskap, bekymring for barns utvikling, merkedager samt posttraumatiske plager (som invaderende minnebilder og unnåelse av påminnere) og kompliserte sorgreaksjoner (sinne og skyldfølelse).

Å utvikle en velfungerende tjeneste - noen gode grep

Med bakgrunn i de erfaringer som fremkommer fra Askøy kommune, vil jeg trekke fram noen punkter og knytte dem til Dyregrovs handlingsplan for krise og sorgberedskap (fig.1).

Som tilfellet var på Askøy, er det gjerne etter tragiske hendelser at interessen vekkes for å skape en bedre og mer samkjørt tjeneste til de kriserammede. Fagfolk i ulike etater blir da gjerne engasjert, så dette er et gunstig tidspunkt å starte en prosess på. Men også fra lederhold må det gripes fatt i problemet og utviklingsarbeidet må forankres hos ansvarlige ledere i de aktuelle etater.

At de organiserende tiltakene nedfelles skriftlig, gir et grunnleggende fundament for tjenesten. Det gjelder både prosedyrer ved kriser og katastrofer og planer på ulike arenaer (skole-, barnehage- og helse-tjenesten), samt hvem som skal ha ansvar for kunnskapsutvikling og oppdatering av rutiner. Når disse tiltakene utvikles på bakgrunn av ferske erfaringer, blir nytteverdien tydelig og sjansen større for at de også blir fulgt opp. Slik kan rutiner og andre tiltak bygges i en prosess som også understøtter kunnskaps- og holdningsdanning. Men det er i selve møtet med de etterlatte at kvaliteten på tjenesten utfordres. Vi er bærere av holdninger og mellommenneskelige ferdigheter som

i særlig grad sårbare men-nesker er følsomme for. Å bygge en kultur og et samarbeidsklima der medarbeiderne er åpne, deler gode og dårlige erfaringer i den hensikt å bedre kvaliteten i møte med kriserammede, er viktig å satse på.

Skal tjenesten være gjennomførbar i praksis, må ressurstilgangen vurderes. I Askøy kommune ble psykiatritjenesten styrket med øremerkede midler fra Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Slik jeg kjenner flere kommuner og bydeler, er fagfolk så presset i sitt daglige virke at en vesentlig forutsetning for å lykkes med en oppfølgingstjeneste må være å omprioritere eller tilføre nye ressurser.

Tilbudet må gjøres godt kjent for befolkningen generelt, og særlig må politi/legevakt/prest og andre som kommer i kontakt med mennesker i krise være godt kjent med tilbudet. Når vi også vet at de rammede selv sjelden ber om hjelp, må hjelpen være oppsøkende og nå ut til den kriserammede når de mest trenger det. At flere kriseteam får få henvendelser, tror jeg mer handler om at tjenesten er lite kjent og har en begrenset tilgjengelighet, enn at behovet ikke er til stede. Engasjerte ildsjeler er av uvurderlig verdi i slikt krevende arbeid, men de må ivaretas på en god måte, slik at en forhindrer at de brennes ut. Kompetente fagfolk som trives, blir gjerne i jobben i lang tid. En slik tjeneste kan knapt fungere uten en kjerne av stabile medarbeidere.

Veiledere for hjelp til mennesker i krise

Utviklingen går i retning av at tjenester fra kommunale kriseteam blir etterspurt både av publikum, fagfolk og myndigheter, ikke bare ved store ulykker, men også når enkeltmennesker rammes. Mitt inntrykk er at kommuner i økende grad tar ansvar for at psykososial hjelp skal nå ut til de kriserammede. Et overordnet mål er større likhet i tilbudet uansett hvor og når en alvorlig krise skulle oppstå, samt at brukerne kan få realistiske forventninger til tjenesten (St.meld.nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet). Flere tiltak er nå på gang som kan støtte en slik utvikling.

Sosial- og helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som arbeider med en veileder for Psykososial støttetjeneste ved kriser, ulykker og katastrofer. Dessuten hadde prosjekt "Omsorg for etterlatte etter selvmord" til hensikt å utarbeide forslag til tiltak og/eller retningslinjer for omsorg for etterlatte. Dette arbeidet er nå i gang v/Senter for Krisepsykologi. Dermed kan vi se fram til flere og bedre hjelpemidler i vårt arbeid med kriserammede mennesker.

og oppfølgingsrutiner på sykehus- og kommunenivå av mennesker i selvmordskrise og etterlatte ved selvmord.

Målfrid Litlere er psykiatrisk sykepleier og prosjektleder for "Tiltak mot selvmord" i helseregion Vest, Bergen. Hun har mellom annet arbeidet med å sikre gode behandlings-

Referanser

Askøy kommune. (2004). **Helse- og beredskapsplan for Askøy kommune.**

Dalgard, O. S., Døhlie, E., & Ystgaard, M. (red.). 1995. **Sosialt nettverk, helse og samfunn.** Oslo: Universitetsforlaget.

Dyregrov, A. **Krisehjelpsteam.** (1985). Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 22, 206-210.

Dyregrov, K., Nordanger D., & Dyregrov, A. (1998). **Omsorg for etterlatte ved selvmord.**

Kommunestudien. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen.

Dyregrov, K., Nordanger D., & Dyregrov, A. (2000). **Omsorg for etterlatte ved selvmord.**

Etterlattestudien. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen.

Mehlum, L. (1997). **Etterlatte ved selvmord. Hva er reaksjonene og hvordan kan vi hjelpe?** Suicidologi, 2 (1), 18-20.

Mehlum, L. (2000). **Støttetiltak for etterlatte ved selvmord.** Suicidologi, 5 (2), 3-4.

Raundalen, M. (2000). **Hva skal vi si til barn om selvmord?** Suicidologi, 5 (2), 12-15.

Tiltak mot selvmord : oppfølgingsprosjekt : prosjektplan utarbeidet av Statens helsetilsyn. (2000). Oslo. Utgitt som suppl. til Suicidologi 2000.

Weisæth, L. (1989). **Katastrofepsykiatri: Psykososiale støttetjenester ved ulykker og katastrofer.** Oslo.

Aktuell litteratur

Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001):

Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care.

Washington, DC: X American Psychological Association. – 814 s. ISBN 1-55798-736-

Anneberg m.fl. (2004):

Selv mord blandt gamle mennesker: myter, viden og forebyggelse.

København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busch. ISBN 87-17-03715-8

Vaglum, P. (2004): **Revisjonen: en annerledes lærebok i psykiatri.**

Oslo: Universitetsforlaget. ISBN 82-15-00513-6

Vråle, G. B. & Mjøsund, N. H. (2004):

Fotfølging av selvmordstruede pasienter i akutt psykiatrisk avdelinger:

en studie, beskrivelse og ettertanke over fem sykepleieres fortellinger fra møter med pasienter som fordi de ville ta sitt eget liv, hadde fotfølging en periode.

Oslo: Diakonhjemmet høgskole. Rapport 10/2004.

(Kan bestilles fra Diakonhjemmet høgskole, tlf.: 22 45 19 45)