Akerprosjektet: Én pluss én blir noen ganger mer enn to!

Kirsti Hafnor intervjues av Dag Willy Tallaksen

En godt organisert behandlingskjede for mennesker som har gjort forsøk på å ta sitt liv, er viktig for å sikre adekvat oppfølging i den første tiden etter selvmordsforsøket. Ved å utnytte allerede eksisterende ressurser kan resultatet bli svært utbytterikt både for den hjelpetrengende og hjelperne. Aker sykehus i Oslo har valgt å gå egne veier ved etablering av behandlingskjede.

Aker sykehus

Det finnes i dag flere eksempler på hvordan man kan organisere behandlingskjeder for mennesker som har gjort selvmordsforsøk. Den eldste og trolig mest kjente er Bærumsmodellen (etablert i 1983). I denne behandlingskjeden blir alle som kommer til sykehusets mottakelsesavdeling etter et selvmordsforsøk, kontaktet av en representant for sosionomtjenesten ved sykehuset. Derfra blir det gitt melding til helsesøstertjenesten i pasientens hjemkommune om at vedkommende har vært innlagt etter forsøk på å ta sitt liv (se Suicidologi nr. 1/97, s. 9–10). En forutsetning er at pasienten ikke motsetter seg at slik melding gis. Representanter for helsesøstrene følger så opp med tanke på videre behov for hjelp.

I forrige nummer av Suicidologi ble prosjektet "Tiltak mot selvmord – Buskerud" presentert. Sentralt i denne modellen står prinsippet om at det i alle aktuelle sykehusavdelinger og i alle lokalkommuner skal finnes en fagperson som er ansvarlig for første kontakt og for å hjelpe til med nødvendig oppfølging av mennesker som har forsøkt å ta sitt liv. Ut over landet er det prøvd ut andre modeller som har ført til mer eller mindre permanente behandlingskjeder for å fange opp mennesker i selvmordskrise. Statens helsetilsyn vil om kort tid komme med en utredning om innføring av rutiner for oppfølging av mennesker etter selvmordsforsøk.

I Oslo kommune har bydelene som sogner til Aker sykehus gått sammen om å etablere en behandlingskjede som foreløpig går under navnet Akerprosjektet

(omtalt i Suicidologi nr. 1/98, s. 21–22). Sentralt i dette prosjektet er etablering og vedlikehold av "ombudsteamet". Medlemmene i ombudsteamet består av sykepleiere i mottakelsesavdelingen på sykehuset, og av psykiatiske sykepleiere fra hjemmetjenesten i hver av de 7 bydelene i Aker sektor. Alle som kommer til sykehuset etter et selvmordsforsøk, blir tilbudt psykiatrisk vurdering. Denne foretas av psykiater eller psykiatrisk sykepleier fra Konsultasjonssykiatrisk avdeling. Så raskt som mulig blir det gitt melding til ombudet i den bydelen pasienten bor, om at vedkommende er eller har vært innlagt. Et annet viktig poeng i denne modellen er at alle medlemmene i ombudsteamet tilbys systematisk veiledning en gang pr. uke. Denne ukentlige samlingen alternerer mellom en mer pasientfokusert veiledning gitt av konsultasjonssykiater, og den mer personellfokuserte ledet av høgskolelektor i psykiatrisk sykepleie.

Kirsti Hafnor

Bare et drøyt steinkast fra Aker sykehus finner vi ombudet for bydelen Helsfyr-Sinsen, Kirsti Hafnor. Kanskje er det symptomatisk for medarbeiderne i ombudsteamet at avtaler ordnes raskt? Det gikk i alle fall ikke mer enn et par dager fra undertegnede på vegne av tidsskriftet Suicidologi ba om et intervju til jeg satt i en stol på hennes kontor med nytrukket kaffe i den ene hånda og blyant i den andre. Hafnor kan sies å være en av veteranene i prosjektet, i og med at hun har vært

med siden januar 1998. Prosjektet startet i 1997 med kurs for alle som var inkludert i det nye ombudsteamet. Hun forteller at det den gang var rift om å få bli med fra bydelen, det var flere som gjerne ville delta i prosjektet. Det er etablert ombud i åtte bydeler, og hvert ombud har 20 % av sin stilling øremerket til arbeidet med oppfølgingen av mennesker som har forsøkt å ta sitt liv. Aker sektor dekker en befolkning på ca. 130 000 mennesker. På spørsmål om dette er en dekkende stillingsbrøk, så er svaret at det i det store er tilstrekkelig, men det kan tidvis være hektisk dersom flere pasienter med selvmordstanker blir henvist samtidig.

Hvordan vil du beskrive fremgangsmåten i arbeidet med de menneskene dere får henvist?

– Det er viktig for oss å etablere kontakt med pasienten så raskt som mulig, slik at den enkelte skal slippe å være alene eller føle seg overlatt til seg selv med sine selvmordstanker. Det medfører at den første kontakt ofte etableres før det er kommet noe notat fra sykehuset. (Ca. 90 % av henvisningene kommer fra Aker sykehus, noen ganske få henvisninger kommer fra primærleger og Legevakten.) Det hele starter med en telefonsamtale. Denne samtalen brukes til å innhente nødvendig praktisk informasjon og å finne ut om første møte skal skje i pasientens hjem eller på sykepleiers kontor. Helst vil jeg ha det første møtet i løpet av 2–3 dager og helst i pasientens hjem. Å gjennomføre møtet i pasientens hjem gir en rekke tilleggsopplysninger om hvordan pasienten bor, hvem han/hun bor sammen med, og hvordan boligen og dagliglivet ser ut etc. I det hele tatt gir hjemmebesøk mulighet for å danne seg et helhetsbilde av den enkelte og hans/hennes livssituasjon. Jeg setter alltid av god tid til dette møtet, i praksis viser det seg at halvannen time er tilstrekkelig. Her ligger en viktig begrensning; ansvaret for den enkeltes liv skal fortsatt ligge hos pasienten. Den videre innhenting av informasjon om selvmordsforsøket/tankene skjer ut fra et

standardskjema som alle i ombudsteamet benytter. Den første samtalen vil jeg ha med pasienten alene, men det hender noen ganger at det ikke lar seg gjøre. Mange pårørende har mye på hjertet, og at de får slippe til kan bidra til å utvide forståelsen. Pasienten selv må imidlertid alltid få komme frem med sitt. Min erfaring fra hjemmesykepleien der jeg kom inn i mange hjem, og ikke minst den lokalkunnskap som fast og langvarig tilknytning til bydelen har gitt, benyttes til å vurdere hvor første samtale bør foregå. Samtaler som jeg aner kan få preg av krangel eller kan komme til å foregå i hjem der det f. eks finnes aggressive hunder, velger jeg å legge til kontoret. Enkelte pasienter ønsker også å komme til mitt kontor. I løpet av det første møte får pasienten oppgitt telefonnummeret til sykepleieren/ombudet. Telefonen ringer i grunn ikke særlig mye, sier Hafnor.

Hva er den videre gang i arbeidet?

– Det består i å vurdere grad av suicidalitet og videre oppfølgingsbehov. Ca. 3/4 av pasientene blir etter vurderingen henvist videre i behandlingsapparatet. Det kan være til primærlege, distriktpsyrkiatriske senter (DPS), sosionomtjeneste, vernepleiertjeneste, hjemmetjeneste, psykiatrisk sykepleier og eldresenter med mer. Enkelte pasienter har det for vanskelig eller er for dårlige til at de kan bo hjemme. Lokalkunnskapen jeg har fra den andre delen av stillingen, som psykiatrisk sykepleier i bydelen, er uvurderlig, sier Hafnor spontant.

Her får Hafnor som ombud mye "gratis", fordi kontakten allerede er etablert med primærleger, bydelsoverlege og det lokale DPS. Ombudene nyter en stor grad av legitimitet, og har derfor lett for å komme igjennom med sine ønsker om videre behandling både i og utenfor institusjon. Et felles trekk ved de yngste pasientene er at de ofte ikke har primærlege og de trenger hjelp til å skaffe seg det.

– Den siste fjerdedelen av pasientene blir fulgt opp av ombudet i kraft av hennes stilling (alle er jo også psykiatriske sykepleiere). Denne oppfølgingen skjer innen en tidsramme på tre måneder og dreier seg i gjennomsnitt om fem til ti-tilv samtaler. Mottoet for disse timene kan sammenfattes slik: "Det dreier seg om å ha noen å snakke med, som ikke prater svada."

– Jeg legger også vekt på å unngå moralisme og formynderholdning, sier Hafnor. Bare noen få pasienter kutter ut tilbudet og vil heller klare seg selv. De fleste er glade for at vi kommer i gang så raskt. Og; – og dette er en utfordring med tanke på forebyggingsperspektivet, – de fleste er ikke klar over at det finnes et slikt tilbud om oppfølging av mennesker med selvmordstanker.

Om avslutningsfasen i samarbeidet med det selvmordstruede menneske sier Hafnor:

– Jeg ser til at pasienten kommer på plass i livet sitt igjen, i skole, studier eller arbeid.

Bydelstilknytningen gjør at jeg ser pasientene igjen i deres daglige virke, ettersom jeg beveger meg mye rundt i lokalmiljøene på vei til og fra mine andre oppgaver, og kan se at de i alle fall på overflaten ser ut til å fungere. Det gjør godt.

Veiledning ligger inne som et tungt element i prosjektet, vil du utdype dette?

– Veiledning er alfa og omega i prosjektet. For det første er den veiledning som gis av konsultasjonspsykiater, alltid mulig å relatere til den enkelte pasient, siden alle er vurdert av konsultasjonsavdelingen. Det gir god mulighet for å være svært konkret. Her kan vi diskutere faglige vurderinger, behov for videre behandling, eventuelle sykdommer etc. I den sykepleiefaglige delen går vi ikke i samme grad inn i den enkelte sak, men arbeider med egne reaksjoner. Gruppen er homogen, og vi kjenner igjen utfordringene som tas opp.

Alle medlemmene av ombudsteamet som arbeider i bydelene, er alene i sin bydel med dette arbeidsområdet. Møtene i veiledningsgruppen dekker behovet for faglig fellesskap. Veiledningen fungerer som et sikkerhetsnett både faglig og personlig. En positiv konsekvens av veiledningen er at den gir mulighet for å mestre store utfordringer uten opplevelse av å være alene. Den gir mulighet for å dele sine erfaringer med andre og den gir nye innfallsvinkler.

– Her må skytes inn, sier Hafnor, at å dele i denne sammenheng også innbefatter at vi for eksempel i ferier tar over andre ombuds oppgaver. Organiseringen sikrer at det alltid er mulig å få tak i et av ombudsteamets medlemmer. Jeg føler at veiledningen er et nødvendig gode, og jeg gleder meg til hvert møte.

Det var ikke dårlig fra en som er ansatt i en av Oslo kommunes østlige bydeler. Skal vi tro massemedia, mangler disse bydelene det meste. Med riktig organisering er det altså mulig å få behandlingsskjeden til ikke bare å fungere, men fungere slik at de ansatte føler glede og overskudd. Det er til og med et område yrkesutøvere søker seg til. Med en slik holdning til arbeidet er det grunn til å tro at brukerne eller pasientene også blir godt ivaretatt. En pluss én kan under riktige forhold bli mer enn to!

Finnes det ingen negative sider ved denne måten å organisere tjenesten på?

Jeg forsøker å peke på at deltakerne i teamet kun kommer fra sykepleiergruppen og derfor mangler det tverrfaglige element. Men nei...

–Vi kjenner hverandres yrkesbakgrunn. Likheten gjør at vi lett kan sette oss inn i de andres jobbutfordringer. I ombudsteamets etableringsperiode var det nok noe usikkerhet mellom oss og andre yrkesgrupper. Nå vet vi hva vi og de samarbeidende instanser står for, og det stilles ikke lenger spørsmål ved organiseringen. Det må også legges til at prosjektet ledes av Georg Schjelderup, som er psykiatrisk sykepleier/stipendiat ved Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging. Han skriver sin avhandling knyttet til selvmordsforebyggende arbeid i Aker sektor.