Rutiner for registrering, oppfølging og behandling av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid – har de noen betydning?

Ved Elin Anita Fadum

I 2001 utkom "Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid" i Statens helsetilsyns utredningsserie. Dokumentet fastsetter faglige retningslinjer for behandlingen av selvmordsforsøkere som legges inn i somatiske sykehus. Behovet for å skape mer kontinuitet i behandlingen – en behandlingsskjede – er sterkt understreket i disse retningslinjene. Suicidologi har intervjuet tre helsearbeidere med erfaring i å etablere behandlingsskjedetiltak i sykehus. Hvilke tanker har de om faste rutiner som et styringsverktøy i arbeidet med oppfølging av pasienter etter parasuicid?

Trond Jørgensen

Trond Jørgensen er psykiatrisk sykepleier og har de siste 11 årene jobbet som oversykepleier ved Enhet for konsultasjonpsykiatri ved Aker Universitetssykehus (AUS). Enheten har som prioritert

oppgave å utrede og vurdere selvmordsrisiko hos alle pasienter som blir innlagt etter villet egenskade.

- Aker Universitetssykehus har en lang tradisjon for å sette fokus på pasienter som kommer inn for villet egenskade, og i 1997 ble det satt i gang særskilte tiltak for å etablere behandlingsskjede i vår sektor, forteller Jørgensen.

En behandlingsskjede kan forstås som systematiske tiltak for å sikre pasienten aktiv oppfølging gjennom et tett samarbeid mellom sykehus og primærkommune.

Arbeidet med å etablere behandlingsskjede ved Aker Universitetssykehus startet som et prosjekt i nært samarbeid med Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF). Trond Jørgensen berømmer Georg Schjelderup som den gang var ansatt som stipendiat ved SSFF for det arbeidet han gjorde med å forankre modellen hos sykehusdirektøren og direktørene i bydelene.

- Klare prosedyrer som forankres i sykehusledelsen og i kommunene er helt avgjørende for at en behandlingsskjede skal fungere, sier Trond Jørgensen.

- Rutinene må komme som en instruks fra ledelsen for at de skal ha gjennomslagskraft.

Ved AUS ble behandlingsskjeden organisert som et forpliktende samarbeid mellom Medisinsk mottakspost, Enhet for konsultasjonpsykiatri og de syv bydelene som den gang representerte sykehusets opptaksområde. Det såkalte *Ombudsteamet for mennesker i selvmordskrise* ble satt sammen av syv psykiatriske sykepleiere, en fra hver bydel, som hadde ansvar for å følge opp

pasientene etter at de ble skrevet ut fra sykehuset. Ombudets viktigste funksjon var å være en god hjelper som kunne bidra til å redusere selvmordsfaren ved å støtte, motivere og veilede pasienten for videre behandling (Schjelderup, 1998).

Hvilken betydning har behandlingsskjedemodellen hatt ved Aker Universitetssykehus i disse årene?

- Etter at behandlingsskjedemodellen ble innført ved AUS i 1997, har antallet reinnleggelser for villet egenskade vist en fallende kurve. Nedgangen i antall reinnleggelser har vært spesielt markant etter 2001. Det kan skyldes at rutinene da hadde rukket å bli godt innarbeidet ved sykehuset. Dessverre har AUS ikke sammenliknbare tall fra før 1997, men det er allikevel grunn til å tro at etableringen av behandlingsskjede kan ha hatt en positiv virkning på nedgangen i antall reinnleggelser, sier Trond Jørgensen.

I 2004 fikk Aker Universitetssykehus nytt opptaksområde, og behandlingsskjeden måtte reorganiseres. AUS' egen registrering viser at i perioden 1.4.2004-31.3.2005 ble det lagt inn 136 pasienter på grunn av villet egenskade fra bydelene Bjerke og Alna, samt fra Follo-kommunene. Av disse ble 12,5 prosent reinnlagt en eller flere ganger innenfor den aktuelle tidsperioden. I 2005 da behandlingsskjeden igjen hadde begynt å fungere godt, sank reinnleggesprosenten blant de 127 innlagte pasientene til 5,5 i perioden 1.4.2005-1.3.2006 (139 innleggelser).

Om lag 20 % av de som gjør villet egenskade gjentar et liknende forsøk seinere i livet, ca 10 % vil senere dø som følge av selvmord (Retterstøl et al., 2002). Stadige gjentakelser av villet egenskade øker risikoen for fatal utgang (Zahl & Hawton, 2004).

- Jeg er opptatt av å se på problematikken rundt selvmordsatferd som et kontinuum eller en prosess, sier Jørgensen.

Behandlingsskjedemodellen

Formålet er å sikre kvalitet og kontinuitet i oppfølgingen av pasienter som har vært innlagt i somatisk sykehusavdeling etter villet egenskade. Modellen innebærer et nært samarbeid mellom sykehus og oppfølgende instans, som regel helsesøster, kriseteam eller psykisk helsevern i kommunen. I sykehuset vektlegges at alle pasientene gis en vurdering av suicidalfare, psykisk helse og psykososial situasjon. I tillegg til ordinær viderehenvisning til egnet behandling, får pasienten tilbud om oppfølging umiddelbart etter utskrivning i form av

- Kriseintervensjon og støtte i påvente av eventuelle behandlingstiltak
- Veiledning, hjelp og motivasjonsarbeid for å opprette eller opprettholde kontakt med adekvate hjelpeinstanser i helsevesen, sosialkontor, skole eller annet.

Modellen vektlegger kvalitetssikringstiltak med bl.a. opplæring og veiledning til relevante faggrupper og etablering av avdelingsovergripende rutiner og ansvarsfordeling.

Bærumsmodellen var den første systematiske samarbeidsmodellen i Norge. Andre sykehus og kommuner har hentet kunnskap og idéer fra denne i utviklingen av egne rutiner.

Selvmondsprosessen kan starte med en villet egenskade, ofte uten et klart ønske om å dø. Dersom individet blir værende i sin belastende livssituasjon og følelsen av håpløshet varer ved, kan den selvdestruktive atferden repeteres med en stadig sterkere grad av dødsintensjon.

- Mitt mål som helsearbeider er å snu den selvdestruktive utviklingen ved å stoppe repeterende selvmordsatferd, fortsetter han.

Jørgensen er imidlertid vel så opptatt av hvordan behandlingskjeden gjennom disse årene har påvirket personalets holdninger til en pasientgruppe som helsearbeidere ofte synes det kan være vanskelig å forholde seg til. Han mener at behandlingskjedemodellen har bidratt til å skape struktur i arbeidet med dem som gjør villet egenskade, og har ført til økt kunnskap blant personalet.

- Før behandlingskjeden ble iverksatt ved AUS, hendte det at jeg traff pasienter som sa at de følte seg dårlig møtt av personalet i mottaket. Slike tilbakemeldinger har jeg aldri fått fra pasientene etter at behandlingskjeden ble etablert. Jeg tror det henger sammen med at økt kunnskap om selvmordsproblematikk endrer personalets holdninger til pasientene. Som helsearbeidere jobber vi med livet; vi lindrer smerte, pleier og helbreder mennesker. Mennesker som selv produserer skader og håpløshet, virker forstyrrende inn i dette arbeidet. Selvdestruktiv atferd er uforståelig for mange helsearbeidere, og de kan derfor velge å avvise pasienten. I prosedyrene for behandlingskjeden blir det satt fokus på opplæring av personalet i alle ledd, både i sykehuset og i kommunene. Jeg tror at den økte kunnskapen om selvmordsproblematikk som personalet får gjennom behandlingskjedemodellen, gjør at de i større grad ser på pasienter som skader seg selv som verdige og trenge mennesker. Pasientene blir i større grad møtt av personalet på en måte som reduserer skamfølelse og gir håp. Det tror jeg betyr mye for pasientene, spesielt for dem som har gjentatte selvmordsforsøk bak seg.

- Jeg opplever at personalet her er ivrige og positivt innstilt til denne pasientgruppen, fortsetter han og legger til at legene i mottaket har blitt mer positive til at pasientene kan bli værende et ekstra døgn i mottaket dersom det er behov for det.

- Vi har flere ganger erfart at en kaotisk situasjon rundt pasienten har blitt mer avdramatisert etter et ekstra døgn med omsorg og ivaretagelse på sykehuset.

Hva mener du med at behandlingskjeden har bidratt til å skape struktur?

- Med behandlingskjedemodellen har det blitt etablert en skriftlig ansvarsfordeling. Det blir gitt kontinuerlig veiledning og undervisning til personalet, og vi har faste møter med ansvarsgruppa i mottaket der vi går igjennom og kvalitetssikrer tiltakene. Alle pasientene som legges inn for villet egenskade blir registrert på et eget skjema, og hver morgen ringer Enhet for konsultasjonspsykiatri til observasjonsposten for å få informasjon om pasienter som evt. har blitt lagt inn. Slike tydelige prosedyrer gir personalet trygghet, og vi har mulighet til å sjekke hva som faktisk har blitt gjort med den enkelte pasient. Å skrive ut en pasient uten at videre oppfølgingstiltak er etablert, vil være et avvik fra våre rutiner.

Samarbeid mellom sykehus og oppfølgende ledd

De faglige retningslinjene fra 2001 peker på betydningen av å ha et strukturert samarbeid mellom sykehus og primærkommuner for å følge opp pasienten etter utskriving fra sykehus. Undersøkelser kan tyde på at så mange som 40 % av pasientene som har vært behandlet for villet egenskade, ikke følger opp videre behandlingskontakter (Runeson & Wasserman, 1994).

Hva er din kommentar til at så mange pasienter faller ut av behandlingsopplegget etter utskriving fra sykehus?

- Vi snakker her om en pasientgruppe som ofte vil undra seg hjelp, de lukker seg inne. La oss bruke et åpent vindu som et bilde på at pasienten som regel er motakelig for å få hjelp mens hun/han er innlagt på sykehus. Dessverre er pasienten gjerne snar til å lukke det vinduet igjen etter utskriving. Derfor er det uhyre viktig at sykehus og oppfølgende ledd samarbeider godt, og at primærkommunene kommer i kontakt med pasienten mens vinduet ennå står på gløtt, sier Jørgensen. - Det er viktig å ha en aktiv holdning og bistå med praktisk hjelp og støtte slik at pasienten makter å følge opp videre behandling. Det kan for eksempel være

å hjelpe til med å løse økonomiske problemer eller følge pasienten til behandlingsavtale.

Hva mener du er viktig for å etablere et godt samarbeid med dem som skal følge opp pasientene i kommunene?

- Personlige relasjoner mellom sykehus og kommune, svarer Trond spontant. - Da behandlingskjedemodellen ble etablert ved AUS, ble alle pasientene fulgt opp av en psykiatrisk sykepleier i sin bydel. Sykepleieren tok kontakt med pasienten samme dag som utskrivingen skjedde, og fulgte pasienten fram til neste behandlingstiltak ble satt i gang. Alle de syv sykepleierne fikk regelmessig veiledning av oss på Enhet for konsultasjonspsykiatri. De ble en godt sammensveiset gruppe. Ved at vi fulgte dem så tett i deres arbeid med pasienten, hadde vi samtidig god oversikt over hvordan det gikk med pasientene etter utskriving. Etter at vi fikk nytt opptaksområde fra 1.4.2004, var vi nødt til å endre noe på strukturen i behandlingskjeden. Kommunene i AUS' nye sektor hadde allerede etablerte kriseteam og valgte å la kriseteamene være den instansen som skulle følge opp pasientene etter utskriving. Bruken av kriseteam gjør det vanskeligere for oss å kontinuere spesifikk veiledning til medlemmene, fordi kriseteamene består av flere profesjoner med ulik faglig ballast. Et annet problem er at det blir for mange personer å veilede samtidig slik at hver kommune må få veiledning for seg selv og mister muligheten for å utveksle erfaringer med andre kommuner. De geografiske avstandene er større og bidrar til at det er vanskelig for AUS å holde en like god kontakt med alle kommunene som med bydelene i sykehusets tidligere opptaksområde. - Personalet i sykehus og kommune må møtes regelmessig for å bygge relasjoner og for at samarbeidet skal fungere. To møter i året med undervisning og erfaringsutveksling er et minimum. Det kan være tungt å etablere et samarbeid med kommunene når det skal gjøres som ekstraarbeid i tillegg til alt annet vi står i. Ved AUS blir det nå ansatt en psykolog som spesialrådgiver i selvmordsforebygging i helseforetaket, jeg håper at den personen kan bidra til å serve behandlingskjeden og jobbe med å styrke samarbeidet med kommunene, sier Jørgensen.

Jørgensen poengterer viktigheten av at både helseforetak og kommunene er villige til å bidra økonomisk i arbeidet med behandlingskjedemodell.

- Da AUS fikk nytt opptaksområde, ble det ikke satt av noen midler til å dekke behovet for undervisning og kvalitetskontroll av de selvmordsforebyggende teamene i kommunene, verken fra kommunene eller helseforetaket, sier Jørgensen.

- Dette skjedde på tross av at både helseforetaket og kommunene ønsker at teamene skal være operative og vet at dette arbeidet er spesielt krevende. Selv om en villet egenskade også kan si noe om at pasienten er i en krise, så er ikke begrepene "krise" og "villet egenskade" synonymmer. De kan være overlappende begreper, men har forskjellig innhold. Derfor er det viktig at alle som skal følge opp pasienter etter villet egenskade, innehar spesifikk kunnskap om nettopp villet egenskade, slik at disse pasientene skal få adekvat oppfølging.

Svakheter ved et behandlingssystem

Hva ser du på som de største svakhetene ved å ha et slikt system som du beskriver med faste rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter som blir lagt inn i sykehus etter villet egenskade eller selvmordsforsøk?

- Det er enormt ressurskrevende å opprettholde rutineene. Det er nødvendig med en stor og kontinuerlig arbeidsinnsats for å holde behandlingsskjeden ved like. Systemet blir ofte veldig personavhengig og dermed sårbar for sykdom og personalutskiftninger. Dette er en type arbeid hvor folk lett kan brenne seg ut, ofte ser vi at hele systemet står og faller på enkeltpersoner, sier Trond Jørgensen.

Betydningen av faglige retningslinjer ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik

Ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik startet arbeidet med å utvikle en behandlingssystem og oppfølgingskjede for de pasientene som ble lagt inn på sykehuset etter selvpåført skade som et prosjekt i 1995. Nils Petter Reinholdt var prosjektleder for dette arbeidet og er i dag leder for Enhet for selvmordsforebygging, DPS, Gjøvik, sykehuset Innlandet.

Nils Petter Reinholdt

Reinholdt forteller at ved Gjøvik sykehus fikk de faglige retningslinjene fra Statens helsetilsyn en betydning fordi dokumentet tydeliggjør hvilke juridiske krav

man må være oppmerksom på når man jobber med pasienter som er innlagt for villet egenskade.

- Da tenker jeg spesielt på problemstillingene knyttet til taushetsplikt og barn over 16 år, sier Reinholdt.

Pasientrettighetsloven § 3-4 statuerer at helsepersonell har taushetsplikt overfor foreldre når det gjelder barn over 16 år, med mindre barnet samtykker til at opplysninger blir gitt. Dog går det fram av paragrafens fjerde ledd at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldresvaret, likevel skal gis til foreldrene når pasienten er under 18 år. Opplysninger om selvmordsfare omfattes av denne bestemmelsen.

- I denne utredningen fikk vi for første gang en skriftlig instruks for hvordan vi skulle forholde oss til disse problemstillingene, utdyper Reinholdt.

Hvilken betydning mener du at de faglige retningslinjene fra Statens helsetilsyn har hatt som styringsverktøy for behandlingsskjeder i årene etter at de ble gitt ut?

- Det er vanskelig å si hva disse retningslinjene har betydd for de enkelte helseforetak. Man kan tenke seg at de kan være til hjelp for sykehus som vil starte arbeidet med å etablere behandlingsskjede, men vi mangler oversikt over hvordan dokumentet har blitt brukt, svarer Reinholdt.

Erfaringer fra Odda sykehus

Rundt århundreskiftet ble det ved Odda sykehus tatt et initiativ av poliklinikken for å innføre rutiner for behandling og oppfølging av pasienter som hadde gjort selvmordsforsøk.

- Jeg kom inn i dette arbeidet i 2001. Vi var to psykiatriske sykepleiere og en helse-søster fra kommunen, forteller Aud Venås, psykiatrisk sykepleier ved DPS Odda.

- Jeg synes vi gjorde en god jobb med å utarbeide rutiner og sende planene rundt

Aud Venås

til høring på somatisk avdeling på sykehuset og til kommunene i sykehusområdet. Vårt forslag til rutiner ble akseptert, og vi fullførte prosessen ved å levere rutineene til ledelsen ved akuttposten.

Dessverre stoppet prosessen der fordi en person sluttet i sin stilling og en annen gikk i permisjon på det tidspunktet. Arbeidet ble ikke prioritert videre. Jeg ser nå viktigheten av at det bør være et uavbrutt arbeid å se til at rutineene blir fulgt opp, sier Venås.

- Jeg tenker at det er hensiktsmessig med en kontinuerlig kontakt mellom somatikk og psykiatri når rutiner skal utarbeides og følges opp, fortsetter hun.

- For at behandlingsskjeden skal fungere i vår kliniske hverdag, er det viktig at somatikk og psykiatri ikke jobber uavhengig av hverandre. Min erfaring tilsier at selvmordsforebyggende tiltak må komme som en instruks fra ledelsen.

- De faglige retningslinjene peker på behovet for at arbeidet med behandlingsskjede ansvarliggjøres hos en bestemt instans, enten en person eller et team i sykehuset, noe som er helt nødvendig for å få en behandlingsskjede opp og gå og ikke minst for at den skal bli opprettholdt, supplerer Nils Petter Reinholdt.

- Det er synd at ikke retningslinjene fra Statens helsetilsyn blir mer brukt, fordi de rett og slett er en oppskrift på hvordan man kan etablere rutiner i sitt helseforetak, sier han.

Elin Anita Fadum er seniorkonsulent ved SSFF.

Referanser

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord: et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal.

Runeson, B. & Wasserman, D. (1994). *Management of suicide attempters: what are the routines and the cost?* Acta Psychiatrica Scandinavica, 90, 222-228.

Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. (2001). Oslo: Statens helsetilsyn

Schjelderup, G. (1998). *Akerprosjektet: Behandling og oppfølging av mennesker i selvmordskrise*. Suicidologi, 1: 21-22.

Zahl, D. L. & Hawton, K. (2004). *Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients*. The British Journal of Psychiatry, 185, 70-75.