Den sårbare tiden etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus – selvmordsrisiko og dokumentasjons- praksis

Av Jill Bjarke, Rolf Gjestad,
Liv Mellesdal, Ketil J. Ødegaard, Birgitte
Graverholt, Anne Kristin Snibsøer

Innledning

For selvmordstruede pasienter er tiden like etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus særlig risikofylt med tanke på selvmordsfare (Hunt et al., 2009; Qin & Nordentoft, 2005).

Kontinuitet i helsetjenestetilbudet etter utskrivelse kan være livreddende (Hunt, et al., 2009). For ivaretagelse av pasienten i den sårbare overgangsfasen etter utskrivelse anbefaler Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (retningslinjen): «Når selvmordsrisiko har vært en problemstilling under oppholdet eller tidligere bør selvmordsrisikoen vurderes og dokumenteres ved utskriving fra døgnet. Det er en fordel om pasienten har timeavtale med oppfølgende instans» (heretter: time i hånden) (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 24). Det anbefales videre at selvmordsrisikovurderinger inneholder dokumentasjon av selvmordstanker eller -planer, samt kjente risikofaktorer knyttet til både person, situasjon og tidsperiode, og at pasientens nettverk bør mobiliseres (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 36-37).

Nøyaktig prediksjon av selvmordsrisiko er ikke mulig, selv ikke i høyrisikogrupper (Luxton et al., 2013). Hensikten med selvmordsrisikovurdering er ikke å eliminere all risiko for den enkelte, men å øke sikkerheten og kvaliteten for pasienter gjennom spesifikke og målrettede tiltak (Mehlum et al., 2014). Derfor er innhold og beskrivelse av selvmordsrisiko, risiko- og beskyttende faktorer, sammen med time i hånden, sentrale faglige virkemidler for å sikre kontinuitet i helsetjenestetilbudet. En australsk studie som kartla dokumentert selvmordsrisikovurdering ved utskrivelse av pasienter med selvskadende atferd fant adekvate selvmordsrisikovurderinger i 75 % av journalene (Auditor General Western Australia, 2001).

Det har det vært diskusjon omkring retningslinjens opptatthet av risikofaktorer (Hagen et al., 2015; Mehlum, et al., 2014), men en rekke risikofaktorer for selvmord er dokumentert (Kapur et al., 2015). Tidligere selvmordsforsøk er en sterk prediktor for selvmord (Bergen et al., 2012), og det er rapportert at svært mange av de som dør i selvmord har en psykiatrisk diagnose (Qin, 2011). Det har vært mindre forskningsfokus på beskyttende faktorer, men sosial støtte er vist å være assosiert med redusert livstidsprevalens for selvmordsforsøk (Kleiman & Liu, 2013). Informasjon om risikofaktorer og beskyttende faktorer for selvmord kan være viktig å kartlegge og videreformidle til oppfølgende instans. Effekt av selvmordsforebyggende tiltak er vanskelig å påvise på grunn av krav til store utvalg, design og etikk. Vår studie har ikke fokus på kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen, men dokumentert etterlevelse av dens anbefalinger.

Retningslinjen ble implementert i Divisjon Psykisk Helsevern, Helse Bergen, i 2009-2010. Etter implementeringen er det ikke gjennomført systematiske målinger på Divisjonsnivå av retningslinjeetterlevelse. For å vurdere om helsetjenester er av forskriftsmessig god standard bør disse sjekkes jevnlig. Mangel på kunnskap om etterlevelse av retningslinjens anbefalinger gjør det vanskelig å drive systematisk forbedringsarbeid. Med bakgrunn i dette ble en studie gjennomført med formål om å undersøke om vurdert selvmordsrisiko dokumenteres i henhold til retningslinjens anbefalinger ved utskriving eller overføring fra psykiatrisk døgnet. I tillegg ble dokumentasjons-

Sammendrag

Tiden like etter utskrivelse fra psykiatrisk døgnet innebærer forhøyet selvmordsrisiko. Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern anbefaler at når selvmordsrisiko har vært en problemstilling under oppholdet eller tidligere skal pasienter selvmordsrisikovurderes og det er en fordel med timeavtale hos oppfølgende instans. Hensikten med denne studien var å kartlegge dokumentert etterlevelse av disse anbefalingene og identifisering av prediktorer for manglende timeavtale.

En journalstudie i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland Universitetssykehus, ble gjennomført for å vurdere i hvilken grad dokumentasjonspraksis i epikriser og overføringsnotat samsvarer med retningslinjeanbefalingene. Opplysninger om selvmordsrisikovurdering og timeavtale ble kartlagt sammen med kjønn, alder, tidligere selvmordsforsøk, andre risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer for selvmord, hoveddiagnoser, henvisnings- og mottaksformalit. Analyser var deskriptiv statistikk og Generalized Estimating Equation.

Selvmordsrisikovurdering var dokumentert i nesten alle epikriser/overføringsnotat. Begrunnelser for selvmordsrisikovurderingene var i liten grad dokumentert. Lavere sannsynlighet for dokumentasjon av timeavtale var knyttet til utskrivelser med rus som hoveddiagnose, schizofrenidiagnose for kvinner, samt å bli henvist til tvangsinnleggelse men mottatt til frivillig sykehusopphold for kvinner.

Dokumentasjonspraksis vedrørende selvmordsrisikovurdering var god, men vurderingene inneholdt i liten grad utdypende beskrivelser slik retningslinjen anbefaler. Gode beskrivelser gir oppfølgende instans viktig informasjon for videre pasientbehandling. Bedret dokumentasjonspraksis kan bidra til økt kontinuitet i helsetjenestetilbudet for pasientene.

ABSTRACT

The time period after discharge from psychiatric hospitalization is associated with an increased suicide risk. The national guideline for suicide prevention in psychiatric care settings recommends suicide risk assessment and appointment to follow-up care at discharge. The aim of this study was to evaluate adherence to these guideline recommendations.

A medical record study was conducted at the Division of Psychiatry, Haukeland University Hospital to systematically review guideline adherence in discharge summaries in electronic medical records. Variables collected were: suicide risk assessment; appointment to follow-up care, and the predictors' sex, age, previous suicide attempts; other suicide risk factors and possible protective factors; main diagnosis; and coercion and voluntarily admission. Descriptive statistics and Generalized Estimating Equation were used.

Guideline adherence regarding suicide risk assessment was very good, but descriptions concerning the risk assessments were mostly found lacking. Lower probabilities for follow-up appointments were related to diagnoses of drug abuse, schizophrenia in women, and coercion admissions with voluntary hospitalization for women.

Quality improvement directed towards suicide risk descriptions in informational discharge summaries and towards documentation of appointment to follow-up care may give improved continuity of care.

praksis vedrørende det å få time i hånden til oppfølgende instans undersøkt. Ut fra viktigheten av kontinuitet har vi definert anbefalingen om «at det er en fordel om pasienten har timeavtale til oppfølgende instans» som en anbefaling om å gi pasienten time i hånden. Problemstillingen for studien var: I hvor stor grad journalføres selvmords-

I hvor stor grad journalføres selvmordsrisikovurdering og time i hånden ved utskrivelse av pasienter innlagt med selvmordsfare?

i måleperioden. Vi ønsker ikke å diskutere bakenforliggende årsaker til våre funn, men å øke oppmerksomheten omkring forhold hvor det selvmordsforebyggende arbeidet ved utskrivelse kan forbedres.

Metode

En klinisk audit (KA) ble gjennomført. Dette er et kvalitetsforbedringsverktøy for undersøkelse av hvorvidt klinisk praksis samsvarer med best tilgjengelig kunnskap på et gitt fagområde. I KA bør den standarden praksis måles mot være basert på retningslinjer av god kvalitet, eller systematisk oppsummert og kvalitetssikret forskning (Burgess, 2011). Auditverktøy for datasamling ble laget, pilotert og validert i samråd med en konsensusgruppe. Gruppen besto av behandlere med klinisk erfaring med selvmordsfare og medforskere med erfaring fra både klinikk og dataekstraksjon fra journal. En person leste journaler og ekstraherte data. Journalinnhold med rom for tolkning ble diskutert med konsensusgruppen.

Utvalg, inklusjon og eksklusjon

Retningslinjen definerer ikke hvilken grad av selvmordsrisiko som skal ligge til grunn for at de valgte anbefalinger skal iverksettes ved utskrivelse fra døgnenhet. Utvalget består derfor av alle innleggelser hvor selvmordsfare er nevnt i innkomstjournal i elektronisk journal (Dips), uavhengig av om selvmordsfare var hoved- eller delårsak til innleggelsen. Innkomstjournal for samtlige registrerte akuttinnleggelser i Dips (N=530) i måleperioden 01.11.13-31.01.14 ble lest. Studien inkluderte 299 innleggelser ved Psykiatrisk akuttinnlegg (PAM). Eksklusjonskriterier var innleggelser hvor selvmordsfare ikke var nevnt i innkomstjournal. Dokumentasjonspraksis ble kartlagt ved de døgnenheter (N=11) som stod for utskrivelse eller overførte pasienten til døgnopphold utenfor psykisk helsevern. Kun pasienter utskrevet til hjemmet var aktuelle for å få time i hånden (N=238).

Kartlagte variabler

Dokumentasjon av selvmordsrisikovurdering, time i hånden, selvmordstanker eller -planer, risikofaktorer og

beskyttende faktorer for selvmord ble ekstrahert fra Dips. All dokumentert journalinformasjon vedrørende videreføring av eksisterende behandlerkontakt eller nyopprettet kontakt hos fastlege, privatpraktiserende psykiater/psykolog, poliklinikk, planlagte innleggelser ved distriktpspsykiatrisk senter og andre instanser ble registrert som time i hånden. Prediktorer for dokumentert etterlevelse av selvmordsrisikovurdering og time i hånden var alder, kjønn, tidligere selvmordsforsøk, innleggelsens henvisnings- og mottaksparagraf (Psykisk helsevernloven, 1999), ICD-10-hoveddiagnoser ved utskrivelse, liggetid basert på innleggelses- og utskrivelsesdato, samt antall innleggelser i måleperioden.

Statistikk

Univariate og multivariate data-analyser ble gjort med SPSS 22 (IBM Corp, 2013). Siden flere pasienter hadde mer enn én innleggelse i måleperioden ble bootstrapping med pasient spesifisert som strata brukt for å gi korrekte konfidensintervall. Kjønnforskjell i antall innleggelser ble analysert med t-test. For å korrigere standardfeil for klustering i data ble logistiske regresjonsmodeller estimert med Generalized Estimating Equation (GEE). Interaksjonstermer mellom kjønn og prediktor-variablene ble analysert for å undersøke hvorvidt det var forskjellige relasjoner for kvinner og menn i dokumentert retningslinjeetterlevelse. Interaksjonstermer som ikke var statistisk signifikante ble fjernet og regresjonsmodellen re-estimert (Cohen et al., 2003).

Etikk

Kvalitetsforbedringsprosjektet er godkjent av ledelsen ved Divisjon psykisk helsevern. Tillatelse til å gjennomføre kvalitetsforbedringsprosjektet ble innhentet fra Helseforetakets Personvernombud med referansenummer 2014/18901. Ifølge Helsepersonelloven (1999, § 25 pkt 5.1) er det ikke nødvendig å innhente samtykke fra pasient for innsyn i journal når hensikten er intern kvalitetssikring av virksomheten.

Resultat

Det var 530 akuttinnleggelser ved PAM i måleperioden. Av disse var 307 (57.9 %) relatert til selvmordsfare. For disse var det 299 epikriser eller overføringsnotat i DIPS, tre pasienter var fortsatt innlagt i mars 2015 og fem pasienter var utskrevet fra døgnopphold uten epikrise. De 299 epikrisene/overføringsnotatene representerte 211 pasienter, antall innleggelser pr pasient var 1.43 (SD 4.76).

De fleste pasientene hadde bare 1 innleggelse i måleperioden (83.4 %), 8.5 % hadde 2 innleggelser og 2.8 % hadde 3 innleggelser. Maksimalt antall innleggelser var 11. En t-test viste at antall innleggelser i perioden var høyere blant kvinner enn menn (kvinner = 1.75 (SD 1.86), menn = 1.11 (SD 0.46); $t = -3.92$, $df = 115.30$, $p = .001$). I epikrise/overføringsnotat var kjønnsfordelingen derfor 60.2 % kvinner, mens andelen kvinnelige pasienter i denne perioden var 49.3 %. Gjennomsnittlig alder ved første innleggelse i måleperioden var 36.5 år (SD 14.9). Gjennomsnittlig liggetid ved kartlagte døgnenheter var 7.72 dager (SD 14.55), mens median var 2 dager. Denne forskjellen gjenspeiler at variabelen var positivt skjevfordelt (skewness = 3.93). Det var imidlertid stor variasjon i liggetid mellom

ulike døgnenheter. Tabell 1 viser fordelingen av paragrafer som ble brukt ved henvisning til innleggelse og mottak til døgnopphold, samt grupperte hoveddiagnoser ved utskrivelse.

Tabell 1: Antall innleggelser i prosent knyttet til henvisnings- og mottaksformalitet samt diagnosegrupper ved utskrivelse fra døgnenhet (N=299).

Henvisningsformalitet (N = 295)	%
Frivillig (§ 2.1)	49.5
Tvungen (§ 3.1)	48.5
Tvungen overføring (§ 4.10)	1.0
Helse- og omsorgstjenesteloven	1.0
Mottaksformalitet (N = 292)	
Frivillig opphold (§ 2.1)	77.7
Tvungen observasjon (§ 3.2)	16.8
Tvungen psykisk helsevern (§ 3.3)	4.5
Helse- og omsorgstjenesteloven	1.0
Hoveddiagnose ved utskrivelse, ICD-10 (N = 277)	
F.10-19 Rus-diagnoser	19.9
F.20-29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	9.4
F.30-39 Affektive lidelser og stemningslidelser	27.8
F.40-48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	14.1
F.60-69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser	28.9

Dokumentert selvmordsrisikovurdering ble kartlagt i epikriser der pasienten ble utskrevet til hjemmet, og i overføringsnotat der pasienten ble flyttet til døgnenhet utenfor Divisjon psykisk helsevern (N=296). Selvmordsrisiko var vurdert og dokumentert i 89.2 % (KI 87.2 – 90.9). Time i hånden er kun kartlagt i epikriser der pasienten ble utskrevet til hjemmet (N=238), fordi pasienter som flyttes til annet døgnopphold ikke trenger tiltaket før ved endelig utskrivelse. Time i hånden var dokumentert i 55.0 % av de aktuelle epikrisene (KI 51.9 – 58.0).

Resultatene for time i hånden presentert i tabell 2 viste at redusert sannsynlighet for dokumentert etterlevelse var relatert til utskrivelser med rus som hoveddiagnose for begge kjønn. I tillegg ble tre statistisk signifikante kjønnsspesifikke interaksjonseffekter funnet. Redusert sannsynlighet for å få dokumentert timeavtale for kvinner var knyttet til schizofreni som utskrivingsdiagnose, samt henvisning på tvangsparagraf men mottatt til frivillig sykehusopphold. Det var ingen statistisk sammenheng mellom personlighetsforstyrrelses-diagnose og affektive lidelser. Vi fant heller ingen statistiske sammenhenger tilknyttet alder, innleggelsestid, antall innleggelser i måleperioden, eller tidligere selvmordsforsøk. Prediksjonsanalyser ble ikke gjennomført for dokumentert selvmordsrisikovurdering grunnet høy etterlevelse.

Tabell 2: Prediksjon av manglende dokumentasjon av time i hånden.

	B	Exp(B)	Exp(B) KI (95%)	p
Kjønn (kvinne=1/mann=0)	-0.62	0.54	0.19 - 1.53	.245
Henvisnings-formalitet (tvang=1/frivillig=0)	-0.53	0.59	0.18 - 1.90	.378
Mottaks-formalitet (tvang/ frivillig)	1.02	2.78	0.69 - 11.19	.150
Diagnose – Rus	1.02	2.78	1.03 - 7.48	.043
Diagnose – Schizofreni (ja=1/nei=0)	-1.16	0.31	0.08 - 1.27	.104
Diagnose – Nevrotiske lidelser (ja/nei)	0.64	1.90	0.75 - 4.82	.179
Diagnose – Personlighetsforstyrrelser (ja/nei)	-0.70	0.50	0.16 - 1.52	.219
Diagnose – Affektive lidelser (ja/nei)	a			
Interaksjonseffekter:				
Kjønn x Henvisnings-formalitet	1.75	5.77	1.34 - 24.78	.018
Kjønn x Mottaks-formalitet	-2.10	0.12	0.02 - 0.72	.020
Kjønn x Schizofreni	2.62	13.73	1.59 - 118.84	.017

a Referansegruppe for de andre diagnosegruppene
KI: Konfidensintervall

Tidligere selvmordsforsøk var beskrevet i 77.4 % av de 299 inkomstjournalene. Spesifikke risikofaktorer (14.4 %) og beskyttende faktorer (14.7 %) for selvmord var i liten grad beskrevet i epikriser eller overføringsnotat. Konkrete planer for selvmord ble beskrevet i 2 tilfeller (0.7 %), mens det i 21.4 % av epikrise/overføringsnotat ble dokumentert at pasienten benektet å ha slike planer.

Diskusjon

Selvmordsrisikovurdering var dokumentert i nesten alle epikriser og overføringsnotat, mens risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for selvmord sjeldent ble dokumentert. Time i hånden var dokumentert i litt over halvparten av aktuelle epikriser. Retningslinjens kartlagte anbefalinger var inkludert i Pasientsikkerhetskampanjen 2013 sin tiltakspakke for forebygging av selvmord i akutt psykiatriske døgnavdelinger (Brudvik et al., 2014). Ved kampanjeslutt ble data fra de 22 deltakende enhetene analysert separat og det presenteres gode resultater på alle tiltaksområdene fra enkelte enheter (Brudvik, et al., 2014). Deres datamateriale bestående av maksimalt 80 kartlagte journaler over åtte måneder differensierte imidlertid ikke resultater for hvert tiltak. Det er ikke publisert resultater fra hver deltakende enhet. Vår studie fokuserer på to tiltak med resultater for hvert av disse. Kampanjen hadde fokus på endring over tid og beskriver forbedring på enkelte områder aktuelle for sammenligning, men tallfester ikke disse (Brudvik, et al., 2014). Vi kartla dokumentasjonspraksis ved ett målepunkt. To av våre kartlagte døgnenheter deltok i Pasientsikkerhetskampanjen og studiens 299 journaler er hentet fra tiden etter kampanjeslutt for å unngå at pågående deltakelse skulle påvirke resultatene. Disse forskjellene gjør det ikke mulig å sammenligne våre funn med kampanjens.

Resultatene fra vår studie kan imidlertid sammenlignes med funn fra Australia (Auditor General Western Australia, 2001), hvor tre av fire journaler inneholdt adekvate selvmordsrisikovurderinger, men manglet identifiserte risikofaktorer. Forskjellen i dette resultatet og vårt funn kan skyldes at den australske retningslinjen var nyinnført, og at de fleste sykehusansatte ikke hadde fått tilfredsstillende opplæring i retningslinjen og dens anbefalinger. Den norske retningslinjen ble omfattende implementert i dette sykehuset i 2009/2010. Når vår kartlegging likevel avdekket så lav grad av dokumenterte risikofaktorer for selvmord knyttet til person, situasjon og tidsperiode, og så lite beskrivelse av grunnlaget vurderingene bygger på, tyder det på behov for ytterligere forbedringstiltak på dette området.

Dokumentert etterlevelse av anbefalingen om å gjøre selvmordsrisikovurdering var svært god. At epikriser og overføringsnotat mangler viktig informasjon kan medføre mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og oppfølgende instans. Dette kan få negative behandlingssmessige konsekvenser (Durbin et al., 2012), uhell og alvorlige hendelser (Lenert et al., 2014). Inntrykket fra epikrisene i vår studie var at selvmordsrisikovurderingene i varierende grad var tydelige, de inneholdt i liten eller ingen grad begrunnelse for selve vurderingen, de var ofte korte og uten ensartet begrepsbruk. Et epikrise-sitat som «Kronisk syk pasient vurdert til å være i sin habitual tilstand. Selvmordsrisiko vurderes til å være lik det den er i hennes habitual tilstand» illustrerer hvordan uklart språk kan skape usikkerhet dersom behandler ved oppfølgende instans ikke kjenner pasienten fra før. Epikrisens språk bør være eksplisitt med entydig begrepsbruk slik at potensielle misforståelser unngås (Durbin, et al., 2012). Epikriseinformasjon uten rom for flertydig tolkning kan gi økt pasientsikkerhet.

Svært få selvmordsrisikovurderinger inneholdt beskrivelser av selvmordstanker eller -planer. Konkrete tanker og planer forhindrer utskrivning. Resultatene viser imidlertid at et svært høyt antall selvmordsrisikovurderinger ikke dokumenterte fravær av slike planer. Det kan skape usikkerhet om fravær av slik dokumentasjon skal forstås som at slike tanker og planer ikke eksisterer hos pasienten. Videre viste resultatene sjeldent beskrivelser av risikofaktorer. Dette står i kontrast til det høye antallet tidligere selvmordsforsøk dokumentert i innkomstjournalene. Risikofaktorens tilstedeværelse er imidlertid ikke ensbetydende med at mennesker gjør selvmord, og nettopp kvalifisert årvåkenhet overfor slike faktorer og det å bruke informasjon i planlegging av behandling og i samspill med pasientene kan ha stor betydning i det forebyggende arbeidet (Mehlum, et al., 2014). Dokumenterte risikofaktorer gir oppfølgende instans mulighet for målrettet innsats. Det er altså ikke tilstrekkelig at selvmordsrisikovurdering dokumenteres. Det er innholdet i beskrivelsen som gjør den kvalitetsmessig god og nyttig for neste hjelpeinstans (Wimsett et al., 2014). Epikrisen skal muliggjøre forsvarlig oppfølging av pasienten etter utskrivning fra døgnenhet (Lenert, et al., 2014). Også helseforetakets elektroniske kvalitets håndbok fremhever i henhold til retningslinjen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 39) at vurdering av selvmordsrisiko skal dokumenteres i pasientjournalen på en tilfredsstillende måte.

Våre resultater viste økt risiko for manglende dokumentasjon av anbefalingen time i hånden for alle pasienter med rus, og for kvinner med schizofreni som hoveddiagnose. Sammenhenger mellom rus, psykisk- og somatisk sykdom, mortalitet og selvmord er dokumentert (Bjornaas et al., 2009). Redusert kapasitet til å følge opp behandling gjør at ruspasienter lettere dropper ut av behandlingssystemet, samtidig som de har behov for et godt koordinert helsetjenestetilbud (Sterling et al., 2011). Hos kvinner er det funnet sammenheng mellom schizofreni og selvmord (Nordentoft et al., 2011), og schizofreni og selvskadende atferd (Mork et al., 2013). Videre fant vi redusert sannsynlighet for dokumentasjon av timeavtale hos kvinner henvist til tvangsinnleggelse men mottatt til frivillig sykehusopphold. Økt fokus på sømløse overganger mellom helsetjenestetilbudene kan bedre behandlingskontinuiteten for alle disse pasientene.

Styrker og begrensninger ved studien

Studien har et stort utvalg. Dette gir presise estimater og god statistisk styrke til å avdekke selv små forskjeller og sammenhenger. Auditverktøyet brukt til datasamling er pilotert og validert. Datasamlingen baseres kun på det som er dokumentert i epikriser og overføringsnotat. Pasienter kan ha blitt selvmordsrisikovurdert og fått time i hånden uten at dette er journalført. Pasienten mottar da helsetjeneste av god kvalitet, men sykehusets journaldokumentasjon vil være av mindre god kvalitet.

Hvorvidt studiens resultater har gyldighet utover det konkrete tidsrommet som er målt er diskutabelt. Etter at datasamlingen ble avsluttet har flere av divisjonens døgnenheter deltatt i Pasientsikkerhetskampanjen med påfølgende økt fokus på selvmordsforebygging. Dette kan ha bidratt til økt bevissthet om- og bedret dokumentasjonspraksis vedrørende anbefalingene.

Å bruke hoveddiagnose som prediktor for dokumentert etterlevelse av anbefalingen time i hånden representerer en begrensning siden de fleste pasienter skrives ut med mer enn én diagnose. Flere av pasientene i dette utvalget kan ha problemer med rusmiddelbruk uten at rus er satt som hoveddiagnose ved utskrivelse da rusmisbruk ofte er underdiagnostisert (Oiesvold et al., 2013). Dette gjør diagnosens betydning i forhold til dokumentasjon av time i hånden noe usikker. Eksempelvis kunne resultatet som viser rus som risikofaktor for manglende dokumentasjon vært enda sterkere dersom også bidiagnoser hadde vært kartlagt.

Betydning for praksis

Vi ser utfordringer ved anbefalingen om at alle pasienter med innleggelse relatert til selvmordsfare med fordel bør ha time i hånden ved utskrivelse. Vårt sykehus har årlig mer enn 2000 innleggelser, over halvparten av disse begrunnet med selvmordsfare (Mellesdal et al., 2010). Det vil si timeavtale til ca. 20 pasienter i snitt hver eneste uke året gjennom, hvilket byr på betydelige kapasitetsmessige utfordringer. Våre resultater viste at omtrent halvparten av de som skulle

Det kvalitative innholdet i selvmordsrisikovurderingen gjør den nyttig for neste hjelpeinstans

hatt time faktisk fikk dette. Omstendigheter ved enkelte innleggelser kan være av en slik art at pasienten likevel ikke trenger time. Dette er opp til behandler å avgjøre. Likevel vil dokumentasjon av behandlers vurdering av hvorfor time ikke var aktuelt gi avklarende informasjon.

Retningslinjens anbefalinger vedrørende utskrivelse av pasienter hvor selvmordsfare har vært aktuelt ved innleggelsen vektlegger risikofaktorer for selvmord. Mobilisering av nettverk samt god sosial støtte, fremheves som beskyttende faktorer (Kleiman & Liu, 2013; Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 39). Likevel har ingen beskyttende faktorer vist selvmordsforebyggende effekt på gruppenivå på tvers av studier (Kapur, et al., 2015). I vår studie har vi kartlagt faktorer nevnt av behandler som potensielt beskyttende for selvmord. Resultatet viste at omtrent en av ti epikriser inneholdt slike. Å identifisere pasientens resurser gir oppfølgende instans mer helhetlig informasjon som kan være til hjelp i videre behandling. Da nøyaktig prediksjon av selvmordsrisiko ikke er mulig (Luxton, et al., 2013), vil det å utvide selvmordsrisikovurderingen til også å omfatte beskyttende faktorer bidra til mer helhetlig beskrivelse av pasientens situasjon. Betydningen av slik informasjonsformidling til behandler i oppfølgende instans er ikke dokumentert, men epikrisen blir et bedre arbeidsredskap med mulighet for målrettet styrking av de beskyttende faktorer hos den enkelte pasient.

Vi registrerte at det i stor grad benyttes «klipp og lim»-funksjon fra innkomstjournal til epikriser og overføringsnotat. Viktig informasjon, slik som tidligere selvmordsforsøk, kan dermed finnes i starten av epikrise eller overføringsnotatet og således ikke stå i sammenheng med selvmordsrisikovurderingen. For mye informasjon i epikrise er et kjent problem (Lenert, et al., 2014). En forbedret kvalitet kan oppnås hvis all viktig informasjon vedrørende selvmordsrisiko blir samlet på ett sted under en tydelig overskrift. I vår måleperiode ble det ikke benyttet en ensartet journalmal, hverken for epikrise, overføringsnotat eller selvmordsrisikovurdering. Bruk av strukturerte maler har vist positive resultater i kvalitetsforbedringsstudier av epikriser (Durbin, et al., 2012).

Konklusjon

Vår studie viser at Divisjon psykisk helsevern dokumentasjonspraksis av retningslinjens anbefaling om å dokumentere vurdert selvmordsrisiko ved utskrivelse fra psykiatrisk døgnenhet var svært god. Begrunnelsen som ligger til grunn for selvmordsrisikovurderingen var imidlertid i liten grad dokumentert i henhold til retningslinjens anbefaling. Bedring av dette er nødvendig. Vi har også vist at anbefalingen om timeavtale med oppfølgende instans kun dokumenteres i litt over halvparten av de epikriser det burde vært dokumentert i.

God beskrivelse av både risikofaktorer, mulige beskyttende faktorer og situasjonen som selvmordsrisikovurdering baseres på kan gi oppfølgende instans viktig informasjon for den videre pasientbehandlingen. God informasjonsflyt mellom de ulike delene av tjenesteapparatet vil bidra til økt kvalitet i behandlingen, noe som sammen med kontinuitet i helsetjenestetilbudet etter utskrivelse vil kunne forebygge selvmord.

Litteraturliste

- Auditor General Western Australia. (2001). *Life Matters: Management of Deliberate Self-Harm in Young People*. Australia: Office of the Auditor General.
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S., et al. (2012). Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *Lancet*, 380(9853), 1568-1574.
- Bjornaas, M. A., Jacobsen, D., Haldorsen, T., & Ekeberg, O. (2009). Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: a 20-year follow-up. *Clin Toxicol (Phila)*, 47(2), 116-123.
- Brudvik, M., Ness, E., & Walby, F. (2014). Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnenheter - erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk. *Suicidologi*, 19(2), 7-12.
- Burgess, R. (Ed.). (2011). *New principles of best practice in clinical audit*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3 ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Durbin, J., Barnsley, J., Finlayson, B., Jaakkimainen, L., Lin, E., Berta, W., et al. (2012). Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. *J Behav Health Serv Res*, 39(4), 445-461.
- Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2015). Overdreven tro på selvmordsvurderinger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 4(134:394). doi:10.4045/tidsskr.13.1455
- Lov om helsepersonell m.v. (1999).
- Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., et al. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychol med*, 39(3), 443-449.
- IBM Corp. (2013). Released 2013. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kapur, N., Steeg, S., Turnbull, P., Webb, R., Bergen, H., Hawton, K., et al. (2015). Hospital management of suicidal behaviour and subsequent mortality: a prospective cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2(9), 809-816.
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord*, 150(2), 540-545.
- Lenert, L. A., Sakaguchi, F. H., & Weir, C. R. (2014). Rethinking the discharge summary: a focus on handoff communication. *Acad Med*, 89(3), 393-398.
- Luxton, D. D., June, J. D., & Comtois, K. A. (2013). Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 34(1), 32-41.
- Mehlum, L., Ness, E., & Walby, F. (2014). Re: Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6(134:593). doi:10.4045/tidsskr.14.0283
- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Jorgensen, H. A. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatr Serv*, 61(1), 25-31.
- Mork, E., Walby, F., Harkavy-Friedman, J., Barrett, E., Steen, N., Lorentzen, S., et al. (2013). Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm - a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 255.
- Nordentoft, M., Mortensen, P., & Pedersen, C. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- Oiesvold, T., Nivison, M., Hansen, V., Skre, I., Ostensen, L., & Sorgaard, K. W. (2013). Diagnosing comorbidity in psychiatric hospital: challenging the validity of administrative registers. *BMC Psychiatry*, 13, 13.
- LOV-1999-07-02-62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999).
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *J Psychiatr Res*, 45(11), 1445-1452.
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*, 62(4), 427-432.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern.pdf>

Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Alcohol Res Health*, 33(4), 338-349.

Wimsett, J., Harper, A., & Jones, P. (2014). Review article: Components of a good quality discharge summary: a systematic review. *Emerg Med Australas*, 26(5), 430-438.

Jill Bjarke har master i kunnskapsbasert praksis, ansatt ved Forskningsavdelingen Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssykehus.

Rolf Gjestad, PhD. Psykolog, forsker og rådgiver i statistisk analyse ved Forskningsavdelingen Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssykehus.

Liv Mellesdal, PhD-stipendiat, ansatt ved Forskningsavdelingen Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssykehus. Daglig leder av SIPEA-studien «Suicidality in psychiatric emergency admissions».

Birgitte Graverholt er leder på Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen. Hun er utdannet sykepleier med PhD innen helsetjenesteforskning.

Ketil Joachim Ødegaard er forskningssjef i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssykehus og professor i psykiatri ved Universitetet i Bergen. Han er prosjektleder for SIPEA-studien.

Anne Kristin Snibsøer er sykepleier og høskolelektor. For tiden er hun PhD-stipendiat ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen.

Kurs i klinisk suicidologi for leger og psykologer som jobber med barn og ungdom

Fra selvmordsrisikovurdering til behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 7.-8. juni 2017,
Clarion Collection Hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 3 600,- inkl. lunsj, kaffe/te

Påmeldingsfrist: 15. april 2017

Spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og klinisk barne- og ungdomspsykologi vil bli prioritert

For mer informasjon og påmelding:

www.selv-mord.no

NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

UiO Universitetet i Oslo

Kurs i klinisk suicidologi for leger og psykologer som jobber med voksne

Fra selvmordsrisikovurdering til behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 16.-18. oktober 2017,
Clarion Collection Hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 5 400,- inkl. lunsj, kaffe/te

Påmeldingsfrist: 25. august 2017

Spesialister i psykiatri og klinisk psykologi vil bli prioritert

For mer informasjon og påmelding:

www.selv-mord.no

NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

UiO Universitetet i Oslo