

Oppfølging etter selvmordsforsøk

Om utfordringer i kvalitetsarbeidet

AV TORGEIR GILJE LID

Bakgrunn

Rogaland psykiatriske sykehus og Sentralsykehuset i Rogaland (slått sammen til Stavanger Universitetssykehus i dag) drev sammen med Stavanger og de øvrige kommunene på Nord-Jæren prosjektet «Videre Sammen» i årene 2000–2003, med årlige seminar på Sola som en viktig arena. Første runde dreide seg om forbedring av samarbeidet mellom Akutt-mottak på SiR og RPS, andre runde om grensesnittet mellom sykehuset og kommunene, og siste runde om oppfølgingen i kommunene. Stavanger kommune startet i løpet av denne prosessen som første lokale kommune arbeidet med å utvikle nye rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk.

Plan for selvmordsforebygging

Stavanger kommune laget i 1997 en plan for selvmordsforebygging. Den ble plassert i en skuff hvor den siden ble liggende, en ikke ukjent skjebne for planer. Denne planen la bl.a. opp til at pasienter etter selvmordsforsøk skulle følges opp av kriseteam i bydelene, men det ble ikke sørget for at slike team ble opprettet i alle bydelene og at de fulgte opp pasienter som planlagt. Det var heller ikke gode rutiner for å fange opp aktuelle pasienter. Få år etter at planen ble laget ble ordningen med bydelskriseteam avvirket. Stavanger kommune har i dag et sentralt kriseteam, hovedsakelig for de større hendelser. I tillegg har kommunen Livskrisehjelpen på Legevakten, for personer i ulike livskriser. Den er åpen ettermiddag og kveld alle dager.

Hvor brenner det?

Da «Videre sammen» aktualiserte problemstillingen igjen ble det etter hvert klart at vi trengte en mest mulig konkret og praktisk plan, ikke en generelt selvmordsforebyggende plan. Vi ønsket å starte der behovet var størst. Fra Obs-posten i somatisk akuttmottak, hvor pasienter med alvorlig selvmordsforsøk og selvskading innlegges ble det rapportert om store vansker med å sikre oppfølging etter utskri-



Torgeir Gilje Lid

spesialist i allmennmedisin.
Fastlege og deltidssamfunnsmedisiner i Stavanger. Tidligere redaktør i Utposten. Godkjent veileder i allmennmedisin. Har laget billedpakken «Bilder fra klinisk praksis» sammen med fotograf Rune Eraker. Styremedlem i Rogaland legeforening.

velse. Alle skal vurderes av psykiater neste morgen, men det hender at pasienten stikker av før det. Også ved utskrivelse på vanlig dagtid var det ofte vanskelig for personalet å skaffe time for oppfølging. De ansatte i Obs-posten opplevde dette svært ubehagelig. I tillegg forteller litteraturen oss at risikoen for nytt selvmordsforsøk er størst den første uken og inntil fire uker etter et alvorlig selvmordsforsøk, men at den også forblir høyere i mange år etterpå. Det var derfor åpenbart at kommunen ikke først og fremst trengte en ny plan for selvmordsforebygging, men en strategi for å fange opp pasientene med størst risiko.

Vet vi hva som virker?

Det er vanskelig å forske på selvmordsforebygging fordi det kreves veldig store grupper for å påvise små forskjeller, samtidig som selvmordsatferd og -hyppighet også påvirkes av mange andre faktorer enn helsevesenets strategier for forebygging. Det finnes få gode studier, og de som foreligger har ofte ekskludert høyrisikopasienter. Ingen strategi har dokumentert effekt på dødsrisiko. Men Cochrane-databasen kommer likevel med en klar anbefaling til hva en god oppfølging etter alvorlig selvmordsforsøk bør inneholde. Sentrale faktorer i følge Cochrane er vurdering av psykiater før utskrivelse og at pasienten ikke skrives ut før oppfølging er planlagt. I tillegg framheves nødvendigheten av tilgang på veiledning og rådgivning for allmennleger samt et lavterskeltilbud for de som ikke greier å følge opp avtaler. En

prospektiv kohortstudie fra Storbritannia publisert i British Medical Journal påviste halvert gjentagelsesrisiko de første 12 ukene etter innleggelse for alvorlig selvmordsforsøk i gruppen som fikk psykososial vurdering hos psykiater før utskrivelse, kontrollert for alle andre faktorer. Fra Norge vet vi at lavterskeltilbud kan fungere godt, og det var naturlig for Stavanger også å se på erfaringene fra Bærumsmodellen.

Hva har vi å rutte med?

Vi startet arbeidet med å lage en liten gruppe bestående av kommunepsykolog, psykiatrisk sykepleier fra hjemmebaserte tjenester, leder av livskrisehjelpen og bydelsoverlege, med sistnevnte som leder. Det var klart at det ikke lå noen friske penger i potten. Vi var enige om at de måtte bygge på tilgjengelig kunnskap og erfaring, og at vi måtte bruke de ressursene vi allerede hadde. I Stavanger ville det si fastlegene, psykisk helsearbeider i de ulike bydelene og Livskrisehjelpen.

Proessen

Vi startet med litteratursøk og med å se på ulike norske prosjekter. Faglig leder for Bærumsmodellen var også i Stavanger på et seminar for å fortelle om deres erfaringer. Vi bestemte tidlig at målgruppen skulle være pasienter med så alvorlig selvmordsforsøk at de ble innlagt i Obs-posten. Dernest måtte de ikke være akutt suicidale eller psykotiske, hvilket forutsatte at de var vurdert av psykiater før utskrivelse. Slik vurdering ved liason-psykiater var allerede etablert rutine ved Obs-posten. Pasienter med alvorlig suicidalitet, men uten alvorlig selvmordsforsøk blir som vanlig vurdert av legevakt eller fastlege og evt. innlagt.

Målet var altså å gjøre en bedre jobb for de raskt utskrevne pasientene som hadde størst risiko for nye selvmordsforsøk. En viktig utfordring ble derfor å lage gode meldingsrutiner fra Obs-posten. De måtte være enklest mulig, siden Obs-posten må forholde seg til mange kommuner. Vi ønsket også å kunne gjøre opp status underveis og vi måtte derfor etablere en rutine for registrering. Det var også viktig at det var et lavterskeltilbud. Normalt er et lavterskeltilbud et behandlingstilbud som er lett å oppsøke for pasienten, men vi ble raskt enige om at i denne sammenhengen måtte tilbudet på en eller annen måte oppsøke pasienten. Litt mer uklart var det om vi skulle følge Bærumsmodellen og legge opp til hjemmebesøk, eller om det var godt nok å kontakte pasienten på andre måter.

Rutinene

Obs-posten skal ved utskrivelse lage avtale innen en uke for pasienten hos fastlege eller hos annen behandler som de allerede er tilknyttet. Oppdatert liste over fastlegenes hjemmelige telefonnummer foreligger. Obs-posten skal også melde alle pasientene til Livskrisehjelpen, med navn, fødselsdato, metode og avtalt oppfølging. Pasientene informeres om dette, og de som motsetter seg eller stikker fra Obs-posten meldes anonymt til Livskrisehjelpen. Hvis pasienten skrives ut uten å ha fått avtalt oppfølging, men uten å motsette seg melding videre, blir det Livskrisehjelpens oppgave å lage avtale for oppfølging.

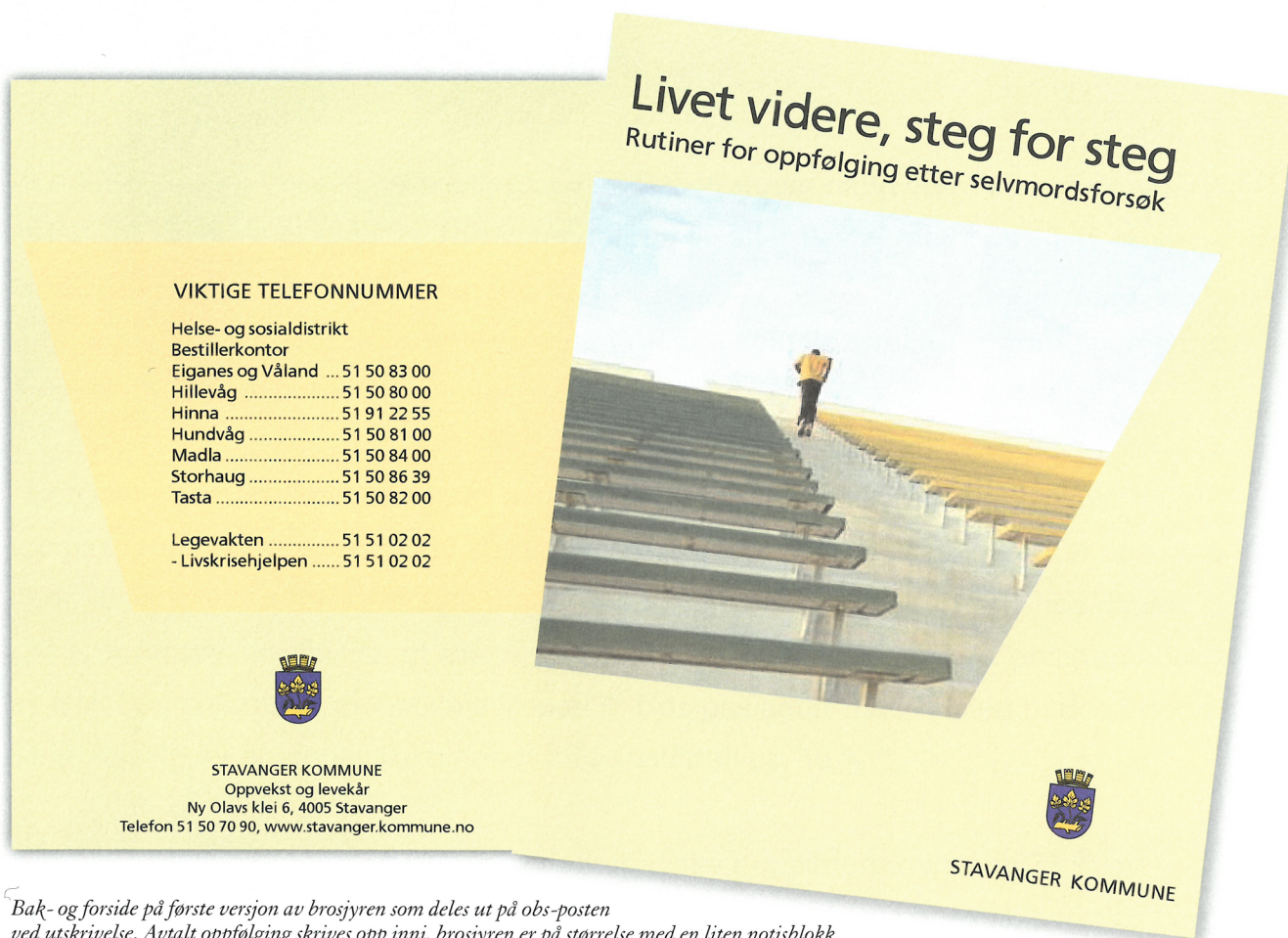
Livskrisehjelpen skal ringe alle pasientene tre til fire dager etter utskrivelsen for å tilby hjemmebesøk ved psykisk helsearbeider i pasientens bydel. De som takker nei til dette, skal få tilbud om å komme til samtale på Livskrisehjelpen. Oppfølging utover den første uken vil være individuell og kan foregå hos fastlege, poliklinikk og/eller psykisk helsearbeider i bydelen. Ved opiatoverdose med mulig suicidal hensikt tilbys oppfølging ved Helsestasjonen for rusmisbrukere. Pårørende skal ved behov også tilbys hjelp med oppfølging. Ved selvmord skal pårørende alltid tilbys hjelp med oppfølging.

Får vi det til?

Det er ikke nok å lage gode rutiner, de må også følges opp for å unngå at de bare samler støv i en skuff. I de årene rutinene har vært i bruk har vi støtt på flere problemer. Opptelling etter et års drift viste at det i månedene juni-august ikke ble meldt noen til Livskrisehjelpen. Obs-posten forklarte dette med ferietid og mange vikarer. Sommeren etter minnet vi Obs-posten på dette før ferien startet. Antallet meldte saker har oftest ligget på tre til fem pr. måned, hvorav ca. en tredjedel ikke har ønsket videre hjelp.

Første halvår 2005 ble det nesten helt stille igjen. Psykiske helsearbeidere i kommunen rapporterte at de over lengre tid ikke hadde fått meldt pasienter. Det viste seg at et nytt prosjekt for oppfølging av unge med rusrelaterte innleggelser hadde «fortrengt» oppfølging etter selvmordsforsøk. Dette prosjektet hadde en prosjektmedarbeider som møtte ukentlig på Obs-posten, noe som førte til at det var mye lettere å huske dette for de ansatte enn oppfølgingen etter selvmordsforsøk.





Bak- og forside på første versjon av brosjyren som deles ut på obs-posten ved utskrivelse. Avtalt oppfølging skrives opp inni, brosjyren er på størrelse med en liten notisblokk.

Stavanger kommune har som andre kommuner omorganisert hyppig, også etter innføringen av rutinene, noe som har gitt nye utfordringer for oppfølgingen. Livskrisehjelpen har ofte tilbudt pasientene time hos dem i stedet for hjemmebesøk ved psykisk helsearbeider i bydelen. Inntrykket er at det har vært lettere for pasienten å takke ja til dette, men det har vi ingen sikker kunnskap om. Vi vet heller ikke om pasienten møter til avtalt time hos fastlegen eller annen behandler.

Hva nå?

Det er vanskelig å lage gode rutiner som etterlevs i praksis, spesielt når det bare handler om et forsøk på forbedring av vanlig hverdagspraksis og ikke et prosjekt som tilføres ekstra ressurser. Rutinene må konkurrere om oppmerksomheten med mange andre gode formål, og det i en travel hverdag hvor det ofte er stor gjennomtrekk av folk. Stadige omorganiseringer både i kommunene og på foretaksnivå gir nye utfordringer.

Rutinene har vært justert i tråd med organisatoriske endringer i kommunen, men vi jobber nå med en grundigere re-

visjon av rutinene. Vi ønsker for det første å vurdere om vi skal lage rutiner også for oppfølgingen utover den første uken, i stedet for at det avgjøres individuelt. Dernest ønsker vi å se på om det er spesielle grupper som krever et tettere opplegg, for eksempel ungdom. Til slutt vil vi se på arbeidsdelingen mellom Livskrisehjelpen og psykisk helsearbeider i bydelen.

Kvalitetsforbedring byr på kontinuerlige utfordringer, spesielt når ulike instanser og nivåer skal finne bedre måter å gjøre jobben sammen på, uten å tilføres ekstra ressurser. Men slik er oftest virkeligheten, og det er mulig å forbedre hverdagspraksis.

Referanser

- The Cochrane Library: Deliberate self-harm, 1998
- Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm, 1999
- Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of ... 1999
- Kapur N et al. Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study; BMJ 2002; 325: 866-7
- Selvmondsforebyggende arbeid, Bærumsmodellen. Statens helse-tilsyn 4-94, utredningsserie.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: giljelid@online.no