Behandling og oppfølging av mennesker i selvmordskrise

Ved Georg Schjelderup

Mer enn 7000 mennesker prøver å ta livet sitt hvert år i Norge. Likevel regner vi med at kun en liten del av disse kommer i kontakt med behandlings- og hjelpeapparatet. Undersøkelser kan tyde på at så mange som ca 40 % av pasienter som har vært behandlet i forbindelse med et selvmordsforsøk, ikke følger opp videre behandlingskontakter (Runeson og Wasserman 1994). Andre studier viser at bare halvparten av ungdom og unge voksne overholder den første behandlingsavtalen utenfor sykehuset, og kun en tredjedel møter opp til så mange som tre timeavtaler (Brent og Kolko 1990).

Frafallsprosenten og den relativt høye dødeligheten blant disse pasientene stiller store faglige krav til intervensjonen som gjøres etter et selvmordsforsøk. De behandlings- og oppfølgingstilbudene som helsevesenet i dag tilbyr pasienter etter et selvmordsforsøk, er ulike både med hensyn til kvalitet og varighet. En undersøkelse fra Tromsø av 90 innleggelser for selvmordsforsøk viser at hos 1/3 av pasientene var det ikke mulig å finne dokumentasjon for at pasientene var gitt tilbud om samtale omkring selvmordsforsøket (Berntsen og Husby 1994). I Oslo er det mindre enn 10 % som flyttes over til psykiatriske avdelinger. Dette er meget lavt sammenliknet med f.eks. Stockholm og Lund der ca. halvparten blir overført til psykiatrisk avdeling etter selvmordsforsøk (Retterstøl 1995). Undersøkelser viser at ca. 10 % gjentar selvmordsforsøket senere i livet, og det første året er særlig kritisk i så henseende. Dette medfører ekstra belastninger for den enkelte og familien, men også for helsepersonell stiller dette store krav til den enkeltes faglighet og menneskelighet. Til nå har den systematiske oppfølgingen av disse pasientene vært mangelfull de fleste steder.

Situasjonen i Aker sektor

I Aker sektor i Oslo som har et befolkningsgrunnlag på ca. 130 000 mennesker, fant vi i en forundersøkelse at det årlig behandles ca. 180–190 pasienter etter «intoks» på medisinsk avdeling (hovedsakelig medisinsk mottagelsesavdeling). Ikke alle disse er selvmordsforsøk. Samtidig fant vi at et tilsvarende antall pasienter hjemmehørende i Aker sektor med alvorlige selvmordstanker eller selvmordsplaner hvert år er innom psykiatrisk vaktjeneste i Oslo (spesialistlegevakt). Dersom vi antar at om lag 300 av disse pasientene er suicidale i den grad at de har behov for videre oppfølging og behandling, og samtidig antar at ca. 40 % faller fra med dagens system eller ikke møter til henvisningssted, vil estimert frafall dreie seg om rundt 120 mennesker i året.

Erfaringer fra Bærum kommune hvor man har hatt en tiltakskjede etter selvmordsforsøk fra 1983, viser bl.a. en lavere prosentandel recidiv blant dem som blir fulgt opp i tiltakskjeden, enn hva man har funnet i andre materialer. Vi ønsket derfor å etablere et tilsvarende tilbud til pasienter hjemmehørende i Aker sektor. Det ble derfor vedtatt i administrasjonsmøte 4/12-96 å opprette et «ombudsteam» for mennesker i selvmordskrise. Teamet har vært operativt siden 1. januar 1998. Opprettelse og drift av teamet er et samarbeidsprosjekt mellom Aker sykehus og bydelene: 14:Helsfyr/Sinsen, 16:Furuset,

17:Stovner, 18:Romsås, 19:Grorud, 20:Bjerke, 21:Grefsen/Kjelsås. Ansvarlig for oppstart og koordinering er Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo.

Akerprosjektet har et tosidig siktemål:

1) Etablere et ombudsteam for mennesker i selvmordskrise, noe som innebærer å:

- Aktivt følge opp pasienter etter selvmordsforsøk, og sørge for at de blir «loset» inn i det behandlings- eller hjelpetilbudet som allerede eksisterer i sektoren. Teamet skal dermed fungere som et bindeledd mellom pasienten og mulige hjelpere.
- Skape et mottakerapparat og samarbeidsledd som sammen med sykehusets samlede tjenester utgjør en fullverdig behandlingsskjede for suicidale pasienter.

2) Gjennomføre en forskningsmessig evaluering som har følgende hovedmålsetting:

Klarlegge det kliniske forløpet hos pasienter etter selvmordsforsøk før og etter iverksettelse av et systematisk oppfølgingstiltak i Aker sektor av Oslos psykiske helsevern med henblikk på å bedre kunnskapene om hvilke elementer i behandlingsskjeden som er virksomme for ulike grupper av pasienter, og å bedre kunnskapene om årsaksfaktorene og sykdomsmekanismer i forhold til utvikling av suicidal adferd.

Den forskningsmessige evalueringen vil ikke bli utdypet nærmere her, men er likevel en svært viktig og omfattende del av prosjektet.

Ombudsteamets funksjon

«Ombudsteam for mennesker i selvmordskrise» er etablert for å sikre omsorg og behandling for pasienter som har gjort et selvmordsforsøk. En hovedfunksjon for teamet er å være ombud. Et ombud er i denne sammenheng en god hjelper som går inn i den akutte krisesituasjonen og handler aktivt for å redusere selvmordsfaren, og medvirker til å skape en umiddelbar forandring til det bedre for den selvmordstruede personen. Medlemmene i ombudsteamet skal ikke være en ny behandlingsinstans, men først og fremst en hjelp for mennesker som mangler initiativ og krefter til å ta seg frem i et til dels uoversiktlig system. Dette innebærer aktiv oppfølging, motivering, støtte og veiledning for å sikre at pasientene får opprettet kontakt med hjelpeapparatet, slik at de blir sikret adekvat behandling og hjelp videre. Den videre behandlingen av selvmordsforsøkpasienter vil ivaretas av eksisterende tilbud innenfor sektoren. Dette innebærer at ombudsteamets kontakt med

pasientene er tids-avgrenset; inntil en forsvarlig kontakt er opprettet med annen behandlings- eller oppfølgingsinstans, eller vedkommende klarer seg ved hjelp av egne ressurser og støtte i nettverket. I en folder som vi deler ut til pasienter som har vært behandlet i forbindelse med et selvmordsforsøk, har vi forsøkt å konkretisere dette ved å sette opp følgende eksempler på hva ombudsteamet kan hjelpe med:

- Gi støtte i den første tiden etter sykehusoppholdet
- Hjelpe deg med å avklare hva slags hjelp du trenger videre
- Formidle kontakt med behandlere i din bydel
- Følge til behandlingsavtale
- Formidle kontakt med sosialkontor
- Formidle kontakt med familievernkontor
- Formidle kontakt med rusmiddelomsorgen
- Gi råd i vanskelige spørsmål
- Støtte og være til stede i samtale med familie og venner
- Støtte og være tilstede i samtale med arbeidsgiver
- Formidle kontakt med prest eller andre i din kirke
- Formidle kontakt med skolens lærere

Sammensetning av teamet og bruk av ressurser

Ombudsteamet består av syv psykiatriske sykepleiere, en fra hver bydel. Hver av disse er tilsatt i en 20 % stillingsandel for å følge opp pasientene etter at de er utskrevet fra Aker sykehus. I og med at sykepleierne har sin hovedstilling i bydels-helsetjenesten, har vi av organisasjonsmessige hensyn foreløpig valgt å fordele arbeidet med de enkelte pasienter etter deres bydelstilthørighet. Dette kan selvsagt føre til ulik fordeling i arbeidsoppgaver mellom sykepleierne i teamet, men har så langt vist seg å være hensiktsmessig. Teamarbeiderne er sikret faglig veiledning eller konsultasjon på sitt arbeid. Dette blir bl a ivaretatt av en psykiater som for øvrig er ansatt ved konsultasjonpsykiatrisk avdeling inne på sykehuset. Denne avdelingen har bl a som oppgave å føre tilsyn med selvmordsforsøkspasienter innlagt på sykehuset. Selv om avdelingen ikke har noe formelt ansvar for det arbeidet som utføres av ombudsteamet, vil konsultasjonstilbudet også bidra til samarbeid mellom konsultasjonpsykiatrisk avdeling og ombudsteamet. Vi har også vært opptatt av å skape kontinuitet gjennom hele behandlingsskjeden, og vi har derfor knyttet til oss to sykepleiere ved medisinsk mottagelsesavdeling og to sykepleiere ved kirurgisk avdeling. Disse deltar i møter med ombudsteamet inne på sykehuset, og dette gjør det mulig å sikre kvaliteten på oppfølgingen helt fra pasienten kommer inn på sykehuset til vedkommende er tilbake i sitt hjemmemiljø igjen. I bydelene er det etablert kontakt med en lang rekke instanser, og særlig de distriktpsykiatriske sentra oppfatter vi som viktige i denne sammenheng.

Forankring

Prosjektet er initiert fra Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, men er forankret i eksisterende organisasjoner i bydelene og på sykehuset. Stillingene i prosjektet er finansiert av hver enkelt bydel og av Aker sykehus. Dermed vil det ventelig være naturlig at oppfølging av selvmordsforsøkere vil kunne bli et varig tilbud til pasientene også etter at prosjektperioden er avsluttet.

Undervisning - kompetanseoppbyggende tiltak

Selv om alle som for tiden er involvert i prosjektet er fagpersoner med lang klinisk erfaring, har vi lagt vekt på å gi en felles skoloring før oppstart. Vi har derfor arrangert et kurs av en ukes varighet. Her ble det gitt en bred innføring i selvmordsproblematikken, fra samfunns- til individnivå. For å få en felles tilnærming til problematikken har vi valgt å legge oss på den samme forståelsesramme som det selvmordsforebyggende team i Bærum. Spesialpsykolog Gudrun Dieserud har gjort et viktig arbeid med å operasjonalisere Edwin Shneidmans selvmordsforståelse (Shneidman 1994) for denne type korttidsoppfølging. Det er i hovedsak dette tenkningsgrunnlaget vi bygger videre på i ombudsteamets arbeid. Samtidig er det planlagt regelmessige «verkstedsamlinger», der det vekselvis blir gitt rene forelesninger og arbeidet med gjennomgang av case.

Veiledning og faglig ledelse

Som nevnt har vi en psykiater som faglig veileder for teamets arbeid. Imidlertid kan det vise seg at det i faglige møter blir liten tid til å ivareta den enkelte sykepleierens følelser og reaksjoner i møte med det selvmordstruede mennesket. Vi har derfor valgt å sikre dette ved å tilby gruppeveiledning med en erfaren veileder som er psykiatrisk sykepleier. Innenfor denne veiledningstiden som foreløpig gis én time i uken, gis det rom for å ta opp for eksempel overførings- og motoverføringsreaksjoner, sorgreaksjoner mm. I denne veiledningen vil man også arbeide med sentrale begreper som for eksempel håp og mening. Slik håper vi både å kunne ivareta personalet og ved felles anstrengelser å kunne arbeide med fagutvikling.

Litteratur:

Berntsen GK, Husby R. Behandling av selvmordsforsøkere i et somatisk sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114 (20): 2374-77.

Brent DA, Kolko DJ. The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide.

I: Blumenthal, SJ, Kupfer, DJ. (red.) Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990

Retterstøl N. Selvmord. Oslo: Universitetsforlaget, 1995

Runeson B, Wasserman D. Management of suicide attempters: What are the routines and the cost? Acta Psychiatr Scand 1994; 90:222-28.

Shneidman E. Definition of suicide. New Jersey: Jason Aronson, 1994

Georg Schjelderup

er stipendiat og utfører sitt doktorgradsarbeid i tilknytning til Akerprosjektet. Han har bred erfaring som psykiatrisk sykepleier og høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo.