

Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge

Studiens hensikt var å evaluere eksisterende rutiner for behandling av parasuicidpasienter ved medisinske avdelinger med øyeblikkelig hjelp-funksjon i Norge i lys av nasjonale og internasjonale anbefalinger.

Alle norske somatiske sykehus med akuttmedisinsk funksjon ble kontaktet for et telefonintervju med kartlegging av eksisterende rutiner. 55 av 58 sykehus deltok i undersøkelsen (95 %).

To tredeler av sykehusene rapporterte at de fleste pasienter ble psykiatrisert i etterkant av parasuicidet. Spesifikk opplæring i klinisk håndtering av parasuicidpasienter var helt fraværende ved nesten halvparten (46 %) av sykehusene. Forpliktende samarbeidsavtaler med det eksterne hjelpeapparat var fraværende ved 43 % av sykehusene. Sykehus som hadde hatt prosjekter rettet mot psykososial oppfølging av parasuicidpasienter eller som hadde en person eller et team med ansvar for oppfølgingen, tilfredsstilte i større grad de anbefalte tiltakene enn sykehus uten slike prosjekter eller team.

Undersøkelsen viser at det er til dels store forskjeller mellom norske sykehus i rutiner og praksis for psykososial oppfølging av parasuicidpasienter. Den antyder at prosjekter rettet mot psykososial oppfølging av parasuicidpasienter kan bidra til rutiner og praksis som er mer i overensstemmelse med nasjonale og internasjonale anbefalinger. Det bør legges vekt på kompetanseheving hos personalet, utvikling av skriftlige rutiner for klinisk praksis og etablering av samarbeidsrutiner mellom sykehus og oppfølgende instans.

Hvert år legges et stort antall personer inn i sykehus for selvpåførte skader og forgiftninger som i klinisk dagligtale oftest benevnes som selvmordsforsøk. Siden ikke alle disse pasientene like tydelig har selvmord som motiv for handlingen, har man innført betegnelsen parasuicid, som omfatter selvdestruktive handlinger med både svakere og sterkere suicidal hensikt (1). Landsdekkende rutiner for registrering av parasuicid finnes ikke i Norge, men i Sør-Trøndelag (2) og

Erlend Mork*
erlend.mork@psykologi.uio.no

Gunnar Ekeid*

Mette Ystgaard

Lars Mehlum

Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging

Instituttgruppe for psykiatri

Sognsvannsvn. 21

Bygning 20

0320 Oslo

Arne Holte

Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Postboks 1094 Blindern

0317 Oslo

* Nåværende adresser:

E. Mork, Psykiatrisk poliklinikk, Vinderen

Postboks 85 Vinderen

0319 Oslo

G. Ekeid, Avdeling for barne-

og ungdomspsykiatri

Psykiatrisk spesialisttjeneste

Postboks 2168

3103 Tønsberg

Bærum (3) har systematisk registrering av parasuicidpasienter behandlet i offentlig helsevesen vært foretatt i en årrekke. I perioden 1989–93 ble det i Sør-Trøndelag registrert en gjennomsnittlig parasuicidrate per 100 000 innbyggere på 186 for kvinner og 140 for menn (2). Tilsvarende rater for Bærum var 126 for kvinner og 75 for menn (3). Både i Sør-Trøndelag og Bærum har det vært observert en fallende trend i parasuicidratene fra slutten av 1980-årene og frem til 1995 (2, 3). Basert på tilgjengelig tallmateriale anslås antall parasuicid behandlet ved sykehus eller legevakt i Norge til mellom 5 000 og 10 000 per år (4, 5). Dette representerer mye lidelse både for den enkelte og for pårørende. Dessuten gir parasuicid en betydelig økt risiko for senere selvmord og tidligere død enn forventet (4–7). I en 15-årsoppfølging etter selvpåført forgiftning fant Rygnestad (8) en standardisert mortalitetsratio for hele oppfølgingsperioden på 4,5 for kvinner og 3,6 for menn. Standardisert mortalitetsratio for død ved selvmord var 61,1 for kvinner og 38,8 for menn. Ekeberg og medarbeidere (9) fant i en tilsvarende ti års

Mork E, Ekeid G, Ystgaard M, Mehlum L, Holte A.

Psychosocial follow-up after parasuicide in Norwegian general hospitals.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1038–43.

Background. Routines and standards of care for parasuicide patients in general hospitals in Norway were reviewed in relation to international and national recommendations.

Material and methods. Telephone interviews were conducted with personnel at all Norwegian general hospitals with emergency units. 55 of a total of 58 hospitals participated (95 %).

Results. Two thirds of the hospitals reported that most parasuicide patients were routinely psychiatrically evaluated and then referred to psychiatric or community aftercare. At almost half of the hospitals (46 %) the staff had not received any specific training in clinical management of parasuicide patients during the last three years. Structured collaboration with external aftercare providers was non-existent in 43 % of the hospitals. Hospitals with projects aimed at psychosocial follow up of parasuicide patients or hospitals with a team or a person responsible for the follow-up, had, however, routines more in accordance with the recommendations than hospitals without projects or teams.

Interpretation. The study shows great variations between Norwegian general hospitals in their routines and standards of care for psychosocial follow-up of parasuicide patients. Increasing the staff's competence, developing written routines and establishing mutually binding co-operation between the hospital and external caregivers are important areas for further development.

Denne artikkelen bygger på en hovedoppgave i psykologi ved Universitetet i Oslo (12)

☞ Se også side 1025

oppfølgingsundersøkelse i Oslo en selvmordsrate på 61 for kvinner og 21 for menn for hele oppfølgingsperioden. Mortalitetrisikoen ser ut til å være størst for begge kjønn de første 2–5 årene etter den selvpåførte forgiftningen (8, 9).

Den hyppigste parasuicidmetoden i Norge er forgiftning (2, 3), og de fleste parasuicidpasienter i sykehus blir derfor behandlet i medisinsk mottakelse eller lagt inn i medisinske avdelinger.

Hvilken oppfølging trenger parasuicidpasienter?

Den norske handlingsplanen mot selvmord (10), som nest etter den finske var verdens første nasjonale plan for selvmordsforebygging, anbefaler Bærums-modellen (11) som mal for oppfølgingen av parasuicidpasienter

og utgangspunkt for lokale tilpasninger ulike steder i landet. Et sentralt element i Bærums-modellen er å sikre pasientene aktiv oppfølging gjennom et tett samarbeid mellom sykehus og oppfølgende ledd. Handlingsplanen mot selvmord satset i årene 1995–99 en stor del av sine ressurser på å få i gang slike prosjekter rettet mot akuttbehandling og oppfølging av parasuicidpasienter ved en rekke sykehus og kommuner i Norge. Med bakgrunn i erfaringer fra disse prosjektene er klarere retningslinjer for den psykososiale oppfølgingen av parasuicidpasienter i Norge nå under utarbeiding i regi av Statens helsetilsyn.

Siden handlingsplanen mot selvmord hadde lagt så vidt stor vekt på å styrke arbeidet med oppfølging og samarbeid omkring den enkelte parasuicidpasient ved våre sykehus, ønsket vi i sluttfasen til handlingsplanen å undersøke om standarder for behandling ble gjenspeilet i praksis ved sykehusene. Vi ønsket å evaluere praksis ved sykehusene opp mot nasjonalt og internasjonalt anbefalte kvalitetsstandarder for psykososial oppfølging av parasuicidpasienter i somatiske sykehus (12). Følgende handlingsplaner, retningslinjer og metoder ble inkludert blant disse standardene: handlingsplanene mot selvmord i Finland (13), Norge (10), Sverige (14) og Danmark (15), «Bærums-modellen» (11), The general hospital management of adult deliberate self-harm, utgitt av The Royal College of Psychiatrists (16) og tre randomiserte kontrollerte studier (17–19). Søk etter empiriske undersøkelser, oversiktsartikler og konkrete retningslinjer ble foretatt i fritekst i Medline og PsycLit. Kun randomiserte kontrollerte undersøkelser som viste signifikant bedre behandlings-effekt enn standardbehandling ble inkludert.

Fra disse kildene ble 12 anbefalte tiltak påvist. Fire tiltak er anbefalt i alle retningslinjene og handlingsplanene: Tilbud om behandling til alle parasuicidpasienter, opplæring til samtlige faggrupper som kommer i kontakt med mennesker med selvmordsatferd, veiledning av behandlere som arbeider med parasuicidpasienter og tverretattlig og tverrfaglig samarbeid om oppfølging av parasuicidpasienter (10, 11, 13–16). Fem av seks retningslinjer og handlingsplaner anbefaler at alle parasuicidpasienter bør gis en psykiatrisk/psykososial vurdering (11, 13–16) og at det bør finnes faste opplegg for oppfølging av parasuicidpasienter etter utskrivning (10, 11, 14–16).

Det understrekes i flere dokumenter at det bør finnes skriftlige lokale retningslinjer for den psykososiale oppfølgingen av parasuicidpasienter (10, 11, 14, 16) og at det etableres et system for kvalitetssikring og evaluering av arbeidet med parasuicidpasienter (11, 14, 16). Sykehusene oppfordres her til å danne tverrfaglig sammensatte selvmordsforebyggende team for å sikre kompetanseutvikling, undervisning og veiledning, og for å ivareta og utvikle rutinene.

Tabell 1 Karakteristikk av sykehusene og informantene

<i>Sykehusene</i>	
Antall sykehus (svarandel i prosent)	55/58 (95)
Median befolkningsstørrelse i sykehusets opptaksområde (variasjonsbredde)	47 939 (12 971–282 934)
Behandlingsprosjekt i regi av Handlingsplan mot selvmord (%)	13 (24)
Eget prosjekt (%)	15 (27)
Ikke prosjekt (%)	21 (38)
Sykehus med et team eller person ansvarlig for psykososial oppfølging av parasuicidpasienter (%)	27 (49)
<i>Informantene</i>	
Kvinner (%)	17 (31)
Tilknyttet medisinsk avdeling (%)	44 (80)
Tilknyttet konsultasjons/psykiatrisk avdeling (%)	11 (20)
Leger (%)	40 (73)
Sykepleiere (%)	8 (15)
Psykolog, sosionom eller prosjektleder (%)	7 (13)

Ytterligere tre tiltak er anbefalt: Pasientenes pårørende bør kontaktes såfremt pasienten samtykker (10, 11, 16), pasienter som faller ut av systemet, bør følges opp (11, 14, 16), og alle parasuicidpasienter bør gis skriftlig og muntlig informasjon om hvilke muligheter for behandling som er tilgjengelig etter utskrivning (11, 16).

I tre randomiserte kontrollerte undersøkelser studerte man effekten av utdeling av et «kontaktkort» etter parasuicid som et supplement til standardbehandling (17–19). Kontaktkortet inneholdt enten telefonnummer og adresse til en 24-timers vaktjeneste (18, 19) eller det fungerte som et pass for umiddelbar innleggelse når vedkommende måtte ønske det (17). Evans og medarbeidere (18) fant ingen effekt av kontaktkortet for utvalget som helhet. En metaanalyse av alle tre studiene for et utvalg bestående av unge eller førstegangsparasuicidpasienter viste imidlertid signifikant færre parasuicid i oppfølgingsperioden for kontaktkortgruppen (12). Nødnummer/kontaktkort er derfor inkludert som ett av de 12 anbefalte tiltak som danner grunnlaget for studien som her er gjennomført.

Formålet med studien var altså å undersøke i hvilken grad den psykososiale oppfølgingen av parasuicidpasienter ved norske sykehus samsvarer med disse anbefalte tiltakene. Samtidig ønsket vi å vurdere hvorvidt sykehus som har eller har hatt prosjekter rettet mot det psykososiale arbeidet med parasuicidpasienter i større grad hadde rutiner og praksis som samsvarte med anbefalte tiltak enn andre sykehus.

Materiale og metode

Vi sendte brev til avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling ved alle somatiske sykehus med akuttmedisinsk funksjon i Norge og bad om å få intervju den personen ved medisinsk avdeling som var mest sentral i oppfølgingen av parasuicidpasienter. En uke se-

ner tok vi telefonisk kontakt for å avklare om sykehuset ville delta i undersøkelsen og hvem som skulle intervjues. Intervjuet tok cirka en halv time og ble foretatt over telefon i perioden november–desember 1999. Intervjuene ble gjennomført av de to første forfatterne.

Tre bakgrunnsopplysninger om sykehusene/sykehusområdene ble registrert: Befolkningsgrunnlag, definert ved antall personer som sogner til hvert sykehus (20), hvorvidt sykehusene hadde hatt prosjekter rettet mot oppfølging av parasuicidpasienter og om det var et team eller en person ved sykehuset med ansvar for oppfølgingen av parasuicidpasientene. Informantenes kjønn, yrke og avdelingstilknytning ble også registrert. Tabell 1 viser karakteristika ved informantene og sykehusene. Brev ble sendt til 60 sykehus. To av sykehusene ble ekskludert fra undersøkelsen da det viste seg at de ikke lenger hadde akuttmedisinsk funksjon. Ved 55 av 58 sykehus (95%) var man villig til å delta, og det var ingen regionale skjevheter. Én informant svarte på under 50% av spørsmålene og ble derfor utelatt fra deler av analysene (tiltakskategoriene og totalskåren i tabell 2). Behandlingsprosjekt finansiert av handlingsplan mot selvmord hadde vært gjennomført eller var fortsatt i drift ved 13 sykehus. Ytterligere 15 sykehus hadde på eget initiativ hatt parasuicid som satsingsområde i løpet av de siste fem årene.

Det ble anvendt et strukturert spørreskjema. Skjemaet ble utviklet på grunnlag av en spørreundersøkelse utført av Mehlum og medarbeidere (21), de anbefalte tiltak i litteraturen og to pilotintervjuer med tidligere ansatte ved akuttmedisinske avdelinger.

Tabell 2, kolonne 1 og 2 viser operasjonalisering av de anbefalte tiltakene og hvor mange poeng det var mulig å oppnå på hvert spørsmål. Tiltakene ble gruppert i åtte kategorier (I–VIII). De åtte tiltakskategoriene ble

Tabell 2 Anbefalte tiltak og antall sykehus der tiltaket eksisterer¹

Operasjonalisering av anbefalt tiltak	Poeng	Antall	(%)	Gjennomsnittlig poengsum (95 % konfidensintervall)
I Psykiatrisk vurdering	0–4	54 ²		3,5 (3,3–3,7)
A Rutinemessig psykiatrisk vurdering	1	53/55	(96)	
B Fagperson involvert i vurderingen	1	55/55	(100)	
C > 90 % blir psykiatrisk vurdert	2	36/54	(67)	
> 75 % blir psykiatrisk vurdert	1	12/55	(22)	
II Kontakt med pårørende forutsatt samtykke	0–4	54		2,6 (2,3–3,0)
A Rutinemessig (forutsatt samtykke)	4	19/49	(39)	
Ved behov	2,5	19/49	(39)	
Ved unge pasienter	1	6/49	(12)	
III Tilbud om behandling etter utskrivning	0–4	54		3,4 (3,2–3,7)
A > 90 %	3	32/44	(73)	
> 75 %	2	5/44	(11)	
> 50 %	1	5/44	(11)	
B Oppfølgende instans kontaktet senest første virkedag etter utskrivning	1	35/38	(92)	
IV Informasjon til pasienten	0–4	54		1,5 (1,1–1,9)
A Rutiner for informasjon	2	25/51	(49)	
B Får pasienten skriftlig informasjon?	1	19/54	(35)	
C Kontaktkort/nødnummer	1	6/47	(13)	
V Oppfølging etter utskrivning	0–4	54		2,2 (1,7–2,6)
A Rutiner for oppfølging	2	29/52	(56)	
B Forpliktende samarbeidsavtale med eksternt hjelpeapparat	1	21/53	(40)	
C Aktiv oppfølging av dem som ikke ble vurdert	1	25/51 ³	(49)	
Passiv oppfølging av dem som ikke ble vurdert	0,5	9/51	(18)	
VI Opplæring og veiledning	0–4	54		1,2 (0,9–1,5)
A Opplæring til > 1 yrkesgruppe	2	19/54	(35)	
Opplæring til 1 yrkesgruppe	1	10/54	(19)	
B Veiledning > 1 yrkesgruppe	2	4/52	(8)	
Veiledning til 1 yrkesgruppe	1	8/52	(15)	
VII Skriftlige rutiner	0–4	54		2,5 (2,1–2,8)
A Skriftlige rutiner	1	41/55	(75)	
B Skriftlige rutiner på at det skal gjøres en psykiatrisk vurdering	1	37/52	(71)	
C Skriftlige rutiner for pasienter som ikke blir psykiatrisk vurdert	1	19/51 ⁴	(37)	
D Skriftlige rutiner for oppfølging ⁵	1	23/54	(43)	
VIII Kvalitetsikringstiltak ^{6, 7}	0–4	54		1,6 (1,2–2,0)
A Kontroll	4	14/38	(37)	
Jevnlig gjennomgang av rutinene	3	8/38	(21)	
Annet	2	7/38	(18)	
Opplæring av nyansatte	1	5/38	(13)	
Totalt		54		18,5 (16,9–20,1)

¹ Fullstendig operasjonalisering/spørreskjemaet (12)² På tiltaksskårene (I–VIII) og totalskåren er n = 54 fordi én informant svarte på under 50 % av spørsmålene og derfor ble utelatt³ 12 sykehus sa at alle ble psykiatrisk vurdert. Disse sykehusene ble gitt poeng på dette tiltaket, men er ikke telt med her⁴ Fire sykehus sa at problemstillingen var uaktuell (se forrige fotnote)⁵ 25 sykehus anså dette som nødvendig fordi de overlot ansvaret for oppfølgingen til psykiatrisk avdeling/poliklinikk⁶ Bare sykehus med skriftlige rutiner er spurt⁷ Sykehusets skåre på kvalitetssikringstiltak (VIII) fremkom ved å multiplisere sykehusets poengsum (0–4) med summen av sykehusets skåre på «hvordan godt kjent rutinene var på sykehuset» og «i hvilken grad rutinene ble fulgt», delt på 10. Formel: Sykehusets poengsum (0–4) × ((kjent + fulgt)/10) = skåre (0–4)

undersøkt med varierende antall spørsmål. For hver tiltakskategori ble det gitt fra null til fire poeng. For eksempel ble tiltakskategorien opplæring og veiledning undersøkt ved hjelp av to spørsmål, med mulighet for to poeng på hvert av spørsmålene. To poeng ble gitt til sykehus hvor mer enn én yrkesgruppe hadde fått minst to timers opplæring i håndtering av parasuicidpasienter i løpet av de siste tre årene. Sykehus hvor én yrkesgruppe hadde fått opplæring, ble gitt ett poeng. Tilsvarende ble det gitt to poeng dersom veiledning systematisk ble gitt til mer enn én yrkesgruppe og ett poeng dersom veiledning ble gitt til en yrkesgruppe (for øvrige detaljer om spørreskjema og poengfordeling, se Mork & Ekeid (12)).

Poengene sykehusene fikk i hver tiltakskategori, ble summert til en totalskåre (0–32 poeng). Totalskåren er brukt som mål på samsvar med anbefalte tiltak for hvert enkelt sykehus. Der informanten svarte «vet ikke», ble det gitt gjennomsnittspoengsum på spørsmålet.

På fire spørsmål vurderte informantene ulike forhold på en skala fra en (dårlig/lavt) til fem (godt/høyt): Hvor godt kjent de skriftlige rutinene for vurdering, behandling og oppfølging av parasuicidpasienter var for personalet, i hvor stor grad rutinene ble fulgt, hvor stort behovet for økt kompetanse ved medisinsk avdeling var og hvor tilfredse informantene var med sykehusets samlede tilbud til parasuicidpasienter.

Spørsmål om hva som kunne fungert bedre i forholdet mellom medisinsk avdeling og personalet som gjør de psykiatriske/psykososiale vurderingene, hva som fungerte bra i oppfølgingen av parasuicidpasientene og hvilke mangler/utfordringer som fantes i dette arbeidet, ble stilt uten gitte svarkategorier. Informantene ble også spurt om hvorvidt sykehuset hadde registrering av antall parasuicidpasienter per år.

Dataanalyse

SPSS ble benyttet som analyseprogram. Noen av tiltakskategoriene og befolkningsgrunnlag var signifikant avvikende fra normalfordelingen. Parametriske og ikke-parametriske tester gav imidlertid like konklusjoner og standardiserte residualer var tilnærmet normalfordelt i de statistiske analysene. Tiltakskategoriene (I–VIII), totalskåren og befolkningsgrunnlag ble derfor behandlet som kontinuerlige variabler. De observerte forskjellene mellom variablene ble signifikantstestet ved bruk av khikvadratstatistikk, t-test og kovariansanalyse (ANCOVA). Ved små utvalg kan resultater fra variansanalyser med flere uavhengige variabler være usikre (22). I alle variansanalyser er derfor kovariatene lagt inn i analysene en og en og til slutt samlet. Ingen av disse delanalysene gav andre konklusjoner enn analysene som er beskrevet i resultatdelen. Tester med p-verdi < 0,05 ble vurdert som statistisk signifikante.

Tabell 3 Estimert gjennomsnittsskåre på de åtte tiltakskategoriene for sykehus med handlingsplanprosjekt, eget prosjekt og sykehus som ikke hadde hatt prosjekt, justert for effekten av befolkningsgrunnlag, kjønn, avdeling og yrke. Maksimumsskåre er 4 poeng

Tiltakskategori	Handlingsplanprosjekt t	Eget prosjekt	Uten prosjekt
	Estimert gjennomsnitt (95% KI)	Estimert gjennomsnitt (95% KI)	Estimert gjennomsnitt (95% KI)
I Psykiatrisk vurdering	3,5 (3,0–3,9)	3,6 (3,2–4,0)	3,5 (3,2–3,9)
II Kontakt med pårørende forutsatt samtykke	2,8 (2,0–3,5)	2,9 (2,3–3,6)	2,5 (1,9–3,1)
III Tilbud om behandling etter utskrivning	3,9 (3,4–4,4)	3,2 (2,7–3,6)	3,4 (3,0–3,8)
IV Informasjon til pasienten	2,8 (2,1–3,4)	1,9 (1,4–2,5)	0,4 (0,0–0,9)
V Oppfølging etter utskrivning	3,3 (2,7–4,0)	2,6 (2,0–3,1)	1,0 (0,5–1,5)
VI Opplæring og veiledning	2,0 (1,3–2,8)	1,4 (0,7–2,0)	0,8 (0,2–1,3)
VII Skriftlige rutiner	3,6 (2,8–4,3)	2,6 (2,0–3,2)	1,6 (1,0–2,2)
VIII Kvalitetsikringstiltak	2,3 (1,5–3,0)	2,0 (1,4–2,7)	1,0 (0,4–1,6)
Totalskåre (sum I-VIII)	24,1 (21,7–26,6)	20,2 (18,1–22,2)	14,3 (12,5–16,2)

Resultater

Psykosial oppfølging av parasuicidpasienter

Tabell 2 viser operasjonaliseringene av de anbefalte tiltakene, antall sykehus der tiltaket eksisterer og gjennomsnittspoeng og konfidensintervall for hver av de åtte tiltakskategoriene.

Psykiatrisk vurdering og tilbud om behandling etter utskrivning var de to tiltakskategoriene der sykehusene totalt sett kom nærmest opp mot anbefalingene, og hvor spredningen mellom sykehusene var minst. Tiltakskategoriene opplæring og veiledning, informasjon til pasienten og kvalitetssikringstiltak hadde lavest gjennomsnittspoengsum. 21 sykehus (39%) hadde verken systematisk veiledning av personalet eller ekstern/intern undervisning av minst to timers varighet i løpet av de siste tre år.

Ingen av sykehusene hadde kontaktkort tilsvarende de tre studiene (17–19). Seks sykehus (13%) hadde imidlertid et 24-timers nødtelefonnummer som de gav parasuicidpasienter.

Forpliktende samarbeidsavtale med eksternt hjelpeapparat ble rapportert av 40% av sykehusene. Dette var avtaler med instanser/personer i kommunene som forpliktet seg til enten selv å følge opp pasientene eller fungere som «los» gjennom systemet (selvmordsteam, ombudsteam, psykiatrisk poliklinikk e.l.). Utover dette hadde ni sykehus (17%) avtale med psykiatrisk poliklinikk om at disse tok over oppfølgingsansvaret alt mens pasientene var på sykehuset, uten at det eksisterte noen avtale om innholdet i den videre oppfølging etter at pasienten var skrevet ut.

Gjennomsnittlig totalskåre var 18,5, av maksimalt 32 (95% konfidensintervall (KI) 16,9–20,1), og variabelen var tilnærmet normalfordelt. Drøyt en femdel (22%) av sykehusene rapporterte rutiner og tiltak som lå nær opp til anbefalingene, med mer enn 24 poeng. Over en tredel (37%) hadde 16 poeng eller mindre.

21 av 55 sykehus (38%) oppgav at de registrerte antall innleggelses etter parasuicid årlig. 16 sykehus (29%) kunne også oppgi antallet parasuicidpasienter som var blitt behandlet i 1998.

Informantenes vurderinger

20 informanter (36%) beskrev behov for større tilgang på psykiatrisk bistand, mens ni informanter (16%) gav uttrykk for ønske om større mulighet for å legge pasientene inn i psykiatrisk avdeling. Informanter fra sykehus uten forpliktende samarbeidsavtale med oppfølgende instans etterlyste oftere større tilgang på psykiatrisk bistand og/eller større mulighet for innleggelse enn informanter fra sykehus med slik avtale (henholdsvis 61% og 29%, $p < 0,05$, khikvadrattest).

Informantene rapporterte også et behov for økt kompetanse i klinisk håndtering av parasuicidpasienter ved medisinsk avdeling (gjennomsnitt 3,1, 95% KI 2,8–3,4, $n = 52$). Sykehus med sykepleiere som informanter rapporterte signifikant større behov for økt kompetanse (gjennomsnitt 4,0, 95% KI 3,2–4,8) enn sykehus med leger som informanter (gjennomsnitt 2,9, 95% KI, 2,5–3,2, $p < 0,01$, t -test).

Informantene var generelt tilfredse med eget arbeid med parasuicidpasientene (gjennomsnitt 3,7, 95% KI 3,5–3,8), og det var ikke signifikant forskjell i tilfredshet mellom prosjektkategoriene (handlingsplanprosjekt, eget prosjekt, uten prosjekt).

Sammenheng mellom totalskåre og behandlingsprosjekt og team

For å undersøke hvilken betydning behandlingsprosjektene kan ha hatt, gjennomførte vi en variansanalyse med totalskåre som avhengig variabel, prosjekt som uavhengig variabel og befolkningsgrunnlag, kjønn, yrke og avdeling som kovariater. Sykehus med handlingsplanprosjekt hadde høyest estimert gjennomsnittsskåre med 24,1 poeng (95% KI 21,7–26,6), sykehus med eget prosjekt hadde nest høyest med 20,2 poeng

(95% KI 18,1–22,2) og sykehus uten prosjekt hadde lavest med gjennomsnittlig 14,3 poeng (95% KI 12,5–16,2). Alle forskjellene mellom prosjektkategoriene var signifikante ($p < 0,001$).

Tabell 3 viser estimert gjennomsnittlig skåre og 95% konfidensintervall på de åtte tiltakskategoriene ut fra prosjektkategori. Variansanalyser ble gjennomført for alle åtte tiltakskategoriene, justert for effekten av kjønn, yrke, avdeling og befolkningsgrunnlag. Vi fant en hovedeffekt av prosjekt på tiltakskategoriene IV–VIII: Informasjon til pasienten ($p < 0,001$), oppfølging etter utskrivning ($p < 0,001$), opplæring og veiledning ($p < 0,05$), skriftlige rutiner ($p < 0,01$) og kvalitetssikringstiltak ($p < 0,05$). Gruppen med handlingsplanprosjekt hadde signifikant høyere gjennomsnittsskåre enn sykehus uten prosjekt på alle disse tiltakskategoriene ($p < 0,05$). Det var ikke signifikant forskjell mellom prosjektkategoriene på tiltakskategoriene I–III.

En variansanalyse med prosjekt og team som uavhengige variabler og totalskåre som avhengig variabel viste en signifikant hovedeffekt på totalskåren for både prosjekt og team ($p < 0,01$). Sykehus med team hadde gjennomsnittlig 3,8 poeng (95% KI 1,1–6,5, $p < 0,01$) høyere totalskåre enn sykehus uten team, justert for effekten av prosjekt. Til sammen forklarte prosjekt og team 65% av variansen i totalskåre ($p < 0,001$). Justering for befolkningsgrunnlag, kjønn, yrke og avdeling endret ikke forklart varians nevneverdig.

Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom helseregionene på totalskåren.

Interaksjon mellom prosjekt og befolkningsgrunnlag

For å teste interaksjon mellom befolkningsgrunnlag og prosjekt ble det gjennomført en kovariansanalyse med prosjekt og befolkningsgrunnlag som uavhengige variabler, totalskåre som avhengig variabel og kjønn, avdeling og yrke som kovariater. For å øke statistisk styrke ble handlingsplanprosjekt

og eget prosjekt slått sammen til én gruppe. Sykehusene ble delt i to like store grupper: sykehus med befolkningsgrunnlag over og sykehus med befolkningsgrunnlag under medianverdien. Det var en signifikant interaksjonseffekt mellom befolkningsgrunnlag og prosjekt på totalskåren ($p < 0,05$). Dette kom til uttrykk ved liten forskjell i gjennomsnittlig totalskåre mellom små og store sykehus uten prosjekt, henholdsvis 14,5 poeng (95 % KI 12,3–16,8) og 13,0 poeng (95 % KI 9,8–16,3), mens for sykehus med prosjekt hadde små sykehus gjennomsnittlig 19,6 poeng (95 % KI 17,2–22,0) og store sykehus 23,9 poeng (95 % KI 21,8–26,0). Jo høyere befolkningsgrunnlag sykehuset hadde, desto bedre uttelling for prosjekt.

Diskusjon

Studien viser at vanlig praksis ved norske somatiske sykehus er at innlagte parasuicidpasienter blir psykiatrisk vurdert og at mange får tilbud om behandling etter utskrivning. For øvrig er det store forskjeller mellom sykehusene i den psykososiale oppfølgingen av parasuicidpasienter.

Forankring av ansvar

Forpliktende samarbeidsavtale med eksternt hjelpeapparat var fraværende ved 43 % av sykehusene. Sykehus som har hatt prosjekter innrettet mot psykososial oppfølging av parasuicidpasienter og/eller som har et eget team eller en person ansvarlig for oppfølgingen, tilfredsstilte i større grad de anbefalte tiltakene enn sykehus som ikke har hatt prosjekt eller team. En slik sammenheng vil noen hevde er selvvinnende. Oppfølgingsprosjektene i regi av handlingsplan mot selvmord er anbefalt gjennomført med utgangspunkt i Bærums-modellen, som har de fleste av anbefalingene som totalskåren er basert på. Vårt inntrykk var også at sykehus med egeninitierte behandlingsprosjekter ofte var påvirket av prosjektene i regi av Statens helsetilsyn. Det kan imidlertid være stor avstand mellom teoretisk utgangspunkt og praktisk hverdag. Det vesentlige i våre funn er derfor påvisningen av at praksis ved sykehusene med prosjekt eller team var målbart forskjellig fra praksis ved sykehus uten, og at behandlingsprosjektene således hadde vist seg gjennomførbare i praksis. I den travle kliniske hverdag vil ofte parasuicidpasienter kunne tape i kampen om oppmerksomhet, omsorg og behandling av god kvalitet. Det er derfor behov for å forankre og systematisere dette arbeidet bedre ved det enkelte sykehus. 30–70 % av parasuicidpasienter møter ikke, eller dropper ut, etter første behandlingsavtale etter utskrivning (7). Erfaringene fra Bærum (3) antyder at et tett samarbeid mellom sykehus og kommunal helsetjeneste øker muligheten for å sikre oppfølgingen av parasuicidpasienter. Vi mener at forankring av ansvar i sykehussystemet og etablering av forpliktende samarbeidsavtaler med eksterne instanser er til-

tak som kan bidra til tettere og bedre oppfølging av parasuicidpasientene.

Prosjekt rettet mot psykososial oppfølging av parasuicidpasienter hadde sterkere sammenheng med totalskåre ved store enn ved små sykehus. Det er mulig at ansatte ved små sykehus i mindre grad opplever behov for formaliserte rutiner enn ansatte ved store sykehus med mange ansatte og mange tilfeller av parasuicid. Men oppfølgingen er da i større grad personavhengig, og mer sårbar for utskiftninger i personalet.

Opplæring og veiledning

Ved nesten halvparten av sykehusene (46 %) hadde personalet ikke hatt intern eller eksternt opplæring i klinisk håndtering av parasuicidpasienter de siste tre årene. Flere studier har vist en sammenheng mellom mangel på kompetanse hos personalet og «negative» holdninger til parasuicidpasienter (23–25). Ved å øke personalets kunnskap om håndtering og vurdering av parasuicidpasienter vil usikkerhet, fordommer og irrasjonelle reaksjonsmønstre kunne reduseres. Personalet vil kunne føle seg sikrere og tryggere i kontakt med pasienten, og kan lettere være tilgjengelig når pasienten ønsker det (24, 25). Det er derfor foruroligende at en så stor andel av sykehusene ikke har jevnlig opplæring/veiledning av personalet i psykososial oppfølging av parasuicidpasienter. I dag finnes det imidlertid gode muligheter til faglig oppdatering av medisinsk personale gjennom ulike kurs og utdanningsprogrammer utviklet gjennom den statlige handlingsplanen mot selvmord (26).

Sykepleierne vi intervjuet, vurderte behovet for økt kompetanse ved avdelingen som høyere enn det legene gjorde. Samme tendens ble funnet av Mehlum og medarbeidere (21). Det er flere potensielle tolkninger av et slikt funn, bl.a. ulik kompetanse, ulik prioritering, ulik posisjon i systemet og ikke minst ulike roller i forhold til pasienten.

Metodeproblemer

Noen metodiske begrensninger skal nevnes. Intervjuguiden er ikke validert gjennom andre studier, noe som kan skape usikkerhet om validiteten i resultatene. De fleste spørsmålene var imidlertid rettet mot konkrete faktaopplysninger der man kan regne med at informant og intervjuer i stor grad har hatt sammenfallende forståelse av de undersøkte forholdene. Vurderings spørsmål og spørsmål hvor svarene baserte seg på anslag, vil kunne være påvirket av karakteristika ved informanten (f.eks. stilling, personlige egenskaper). Vi valgte derfor å rapportere resultatene på gruppenivå for å kunne kontrollere for egenskaper ved informantene i de sentrale statistiske analysene.

Svarene på tiltakskategoriene psykiatrisk vurdering og tilbud om behandling var i de fleste tilfeller basert på anslag fra informantene. Det er derfor knyttet noe usikkerhet til disse tallene. Intervju som metode åpner

muligheten for at forventninger hos intervjuerne kan ha påvirket svarene. Samtidig kan sykehus med handlingsplanprosjekt ha hatt noe å forsvare og dermed fremstilt virkeligheten som bedre enn den var. Sammen kan disse feilkildene ha gitt en responskjevhet som forklarer noe av sammenhengen mellom variablene prosjekt og totalskåre. Vi fant imidlertid ingen sammenheng mellom prosjekt og tilfredshet med eget arbeid. Dette antyder at slike feilkilder har hatt begrenset innflytelse på resultatene. Til tross for usikkerhet knyttet til enkeltspørsmål, mener vi studien totalt sett tegner et valid bilde av situasjonen vedrørende disse problemstillingene ved somatiske sykehus i Norge ultimo 1999.

De åtte tiltakskategoriene ble vektet likt på totalskåren. Mangelen på empirisk dokumentasjon av tiltakenes effekt gjør at en ulik vektning av tiltakskategoriene ville måtte gjøres på grunnlag av kompliserte skjønnsmessige avveininger. Sykehus med handlingsplanprosjekt hadde imidlertid signifikant høyere eller like høy skåre som sykehus uten prosjekt på alle tiltakskategoriene. Ulik vektning ville derfor ikke påvirket konklusjonene i denne studien.

Implikasjoner for praksis

Svært mange tilfeller av parasuicid inneholder kommunikative elementer – rop om hjelp – selv om ønsket om å få hjelp kan være meget ambivalent. Hvordan personen og pårørende blir møtt og ivarettatt etter et parasuicid, er uansett av vesentlig betydning for det kliniske forløpet og den videre kontakt med hjelpeapparatet. Basert på dagens kunnskap mener vi følgende punkter er grunnleggende for å gi parasuicidpasienter en tilfredsstillende oppfølging ved somatiske sykehus:

- Jevnlig opplæring/veiledning i vurdering og håndtering av parasuicidpasienter til alle yrkesgrupper som arbeider med slike pasienter.
- Skriftlige retningslinjer for den psykososiale oppfølgingen av parasuicidpasienter.
- Et team eller en person ansvarlig for den psykososiale oppfølgingen av parasuicidpasienter. Teamets funksjon bør være å sikre kontinuitet i behandlingen, kompetanseutvikling, opplæring, veiledning og å ivareta og utvikle rutine.
- Gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler med eksterne instanser for å sikre oppfølgingen av parasuicidpasienter.

Vil slike tiltak komme pasientene til gode gjennom færre gjentatte parasuicid og bedre behandling? Vi tror det. Erfaringene fra Bærum kommune er gode (3). Det er imidlertid stort behov for empirisk basert kunnskap om hvilke måter å organisere oppfølgingen på som best ivaretar pasientenes behov. Systematisk evaluering av behandlingstiltakene er derfor nødvendig.

Litteratur →

Vi takker informantene ved de 55 sykehusene som bidrog med opplysningene til denne studien.

Litteratur

1. Hjelmeland H. Parasuicid (selvmordsforsøk) – epidemiologiske aspekter. I: Mehlum L, red. Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press, 1999: 42–57.
2. Hjelmeland H, Bjerke T. Parasuicid in the county of Sør-Trøndelag, Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 272–83.
3. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 61–73.
4. Retterstøl N. Selvmord. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
5. Gjertsen F. Utviklingstendenser i selvmord 1950–1995. *Suicidologi* 1998; 2: 8–11.
6. Hjelmeland H. Parasuicide: general epidemiology and prediction of repetition of suicidal acts with special reference to intentions and sex differences. Doktoravhandling. Trondheim: Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, 1997.
7. National health service, Center for reviews and dissemination. Deliberate self-harm. *Effective Health Care* 1998; 6: 1–12.
8. Rynnestad T. En 15-årsoppfølging etter akutt selvpåført forgiftning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3063–9.
9. Ekeberg O, Ellingsen O, Jacobsen O. Mortality and causes of death in a 10-year follow-up of patients treated for self-poisonings in Oslo. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 398–405.
10. Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994–1998. IK-2514, skriftserie nr. 4. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.
11. Bærummodellen 1984–1994. IK-2524 Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
12. Mørk E, Ekeid G. Psykososial oppfølging etter parasuicid: rutiner og praksis ved medisinske akuttavdelinger i Norge. Hovedoppgave. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2000.
13. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Suicide can be prevented: a target and action plan for suicide prevention. Helsinki: Painatuskeskus OY, 1993.
14. Nationella rådet för självmordsprevention. Stöd i självmordskriser: nationellt program för utveckling av självmordsprevention. Stockholm: Socialstyrelsen, 1995.
15. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
16. The general hospital management of adult deliberate self-harm – a consensus statement on standards for service provision. Council report CR32. London: Royal College of Psychiatrists, 1994.
17. Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *J Adolesc* 1995; 18: 569–77.
18. Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gummell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 23–7.
19. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 111–2.
20. SAMDATA Sykehus. Tabeller 1998. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1998. NIS-rapport 4/99. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning, 1999.
21. Mehlum L, Ystgaard M, Major F. After the suicide attempt – routines for clinical evaluation and after-care of suicide attempters in Norwegian general hospitals. *Nord J Psychiatry Suppl* 1998; 41: 98–9.
22. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences. 3. utg. Boston: Houghton Mifflin company, 1994.
23. Olsson L, Ramberg IL, Runeson B, Wasserman D. Staff's attitudes toward suicidal patients. I: Kosky RJ, Eshkeviri HS, Goldney RD, Hassan R, red. Suicide prevention. The global context. New York: Plenum Press, 1997: 329.
24. Samuelsson M, Sunbring Y, Winell I, Asberg M. Nurses' attitudes to attempted suicide patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1997; 11: 232–7.
25. Wolk-Wasserman D. The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71: 581–95.
26. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, undervisningsmaterieell. <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff> ○