

Selvmordsvurdering i akutteneheter: Hva mister vi i farten?

Anne-Jorunn Hornnes
Anne-Jorunn.Hornnes @sshf.no

Tore Buer Christensen

En grundig gjennomgang av fem journaler der pasienten hadde tatt sitt liv under innleggelse i akutteneheter, avdekket funn som kan være relevante for klinisk praksis og det pågående revisjonsarbeidet av nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging.

Det pågår en debatt om hvordan man skal forstå og forebygge selvmord (Hagen et al., 2021), og her er utvilsomt spesialisthelsetjenesten innen rus og psykiatri en helt sentral arena for forebyggende tiltak. En studie fra Agder (Haaland et al., 2017) viste at to av tre mennesker som tok livet sitt i tiden 2004 til 2014, hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten. De foreliggende retningslinjer for selvmordsforebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2009) beskriver kartlegging og vurdering av selvmordsfare som en kjerneoppgave innen psykisk helsevern, med tydelige virksomhetskrav til hvordan det skal gjøres. Retningslinjene har vært kritisert for å legge for stor vekt på statistiske risikofaktorer, og et bredere faktagrunnlag er anbefalt når retningslinjene nå revideres (Walby, 2018).

Å utvikle forskningsbasert kunnskap om selvmord er vanskelig fordi selvmord er sjeldne hendelser. I 2020 tok 639 mennesker i Norge livet sitt, hvilket er på linje med gjennomsnittet for de siste tre årene. En har ofte begrensede opplysninger om omstendigheter omkring det enkelte selvmord, også om pasienter som tar livet sitt under behandling i psykisk helsevern. Selvmord under innleggelse i akutteneheter utgjør som regel et unntak. Pasientene har vært under tett oppfølging, og omfattende journaldokumentasjon er gjerne tilgjengelig. Gjennomganger av disse hendelsene kan derfor representere en viktig kilde til ny kunnskap. Artikkelen, som er skrevet av to klinikere med solid forankring i klinisk praksis, er basert på en grundig gjennomgang av selvmord i akutteneheter og uttrykker våre refleksjoner i den forbindelse. Vi mener dette gir et viktig kunnskapstilfang til praksis og til debatten som vi antar vil følge av revisjonsforslaget til de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging.

Sørlandet sykehus HF har siden 2007 ført register over alle suicid i hele Klinikken for psykisk helse og rusbehandling. I perioden 2007–2018 var det registrert 135 selvmord begått av mennesker som hadde hatt status som pasient i klinikken. Av disse skjedde 15 under innleggelse i psykiatrisk avdeling, og fem av disse i løpet av innleggelse i en av fire akutteneheter i Arendal og Kristiansand. Gjennomgangen handler om disse fem selvmordene. Vi tok utgangspunkt i klinikkenes register og tilbakemeldinger fra klinikkenes eget kvalitetsråd og eksterne tilsynsorganer. Det ble etablert en gruppe som besto av en psykologspesialist og en overlege (forfatterne), samt en lege i spesialisering. Hvert medlem av gruppen leste hele journalen til hvert kasus, både behandler- og sykepleiedokumentasjon, fra første kontakt med tjenesten og frem til avsluttet etterarbeid. I etterpåklokskapens lys, og basert på egne kliniske erfaringer og kunnskap, nedtegnet hvert medlem av gruppen sine refleksjoner. Spesielt var vi oppmerksom på forhold som ikke var helt i tråd med særlig god journalpraksis eller pasienthåndtering. Disse ble drøftet i felles møte, hvoretter det ble skrevet en oppsummering knyttet til hvert selvmord. Til slutt ble tilbakemeldinger fra klinikkenes kvalitetsråd og tilsynsmyndigheter

gjennomgått og sammenholdt med egne funn og refleksjoner. Summen av dette arbeidet ligger til grunn for artikkelen.

Hva vi fant

Gjennomgangen gav grunnlag for fem refleksjoner om henholdsvis manglende identifisering av psykotisk depresjon, fokus på ansvarliggjøring fremfor beskyttelse, kunnskapslekkasje og vektlegging av statistiske risikofaktorer og risikodempende samtale og tilbakemeldinger fra tilsynsorganer. Felles for alle journalene var mangel på systematikk i både utredning, diagnostisering, behandling og evaluering av iverksatte tiltak. Det er snakk om til dels omfattende mangler som vi mener gir «følgefeil» inn i suicidrisikovurderingene. Manglene i systematikk er velkjente og gjenstand for det øvrige kvalitetsarbeidet som til enhver tid foregår i klinikken. De blir derfor ikke omtalt videre.

Psykotisk depresjon

Felles for alle journalene var mangel på systematikk i både utredning, diagnostisering, behandling og evaluering av iverksatte tiltak

I vår journalgjennomgang fant vi at det var beskrevet symptomer på psykotisk depresjon som dels ikke var avdekket, ikke tilstrekkelig tatt tak i, eller som var beskrevet, men oppfattet som en annen tilstand. Psykotisk depresjon representerer en betydelig risiko for selvmord, og det er avgjørende at denne potensielt livstruende tilstanden blir oppdaget og behandlet, og at den møtes med adekvate sikkerhetstiltak (Ness et al., 2020). En av årsakene til at psykotisk depresjon er vanskelig å avdekke, er at mange av pasientene har atypiske symptomer: I stedet for å fremstå nedstemt og motorisk retardert er pasienten rastløs og angstfull, ofte plaget med uttalt ambivalens. Psykotiske depresjoner oppstår som regel relativt akutt, og ofte hos en pasient som kort tid forut var velfungerende og velbefinnende. Vi fant her, hvilket er i tråd med egne kliniske erfaringer, at pårørende kan rapportere om plutselig og raskt innsettende endringer i pasientens atferd og uttrykk. Angsten og den generelle agitasjonen er det mest iøynefallende ved psykotisk depresjon, og pasienten vil ofte beskrive angsten som global, intens og uutholdelig. Hverken pasient eller pårørende bruker nødvendigvis termen «depresjon» om tilstanden, men vektlegger heller angstkomponenten i tilstandsbildet. Slik Fredriksen et al. (2017) demonstrerte i sin studie, kan selvmordet retrospekt sees som resultatet av å føle seg drevet, fanget eller jaktet på mer enn direkte tanker og planer om selvmord. Dette betyr at pasienter med psykotisk depresjon ikke nødvendigvis formidler noe ønske om å dø når man forsøker å avdekke dette med direkte spørsmål. Vår erfaring tilsier at psykotisk depresjon kan være vanskelig å avdekke, og at det stilles krav til grundighet og systematikk i diagnostikk og behandling så vel som til terapeutisk kompetanse. Det er i tråd med et øvrig inntrykk hos forfatterne: at kunnskap om psykotisk depresjon ikke er tilstrekkelig implementert i mange kliniske miljøer, til tross for at temaet er omhandlet i flere artikler de siste årene (f.eks. Fredriksen et al., 2017; Mork et al., 2015; Ness et al., 2020).

Ansvarliggjøring versus beskyttelse

Vår gjennomgang antydte at terapeuter kan oppleve en konflikt mellom en mer langsiktig holdning om at ansvarliggjøring er å anse som terapeutisk, og samtidig et mer kortsiktig behov for beskyttelse mot suicidale impulser eller intensjoner. Vi tror dette er en gjenkjennelig situasjon, som spesielt

kan aktualiseres hos pasienter som tidligere er diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse, eller der dette mistenkes. Vi finner her grunn til å minne om at depresjon med alvorlig suicidalfare ikke er uvanlig ved samtidig personlighetsforstyrrelse. Vi er bekymret for at en pasient der det mistenkes en personlighetsforstyrrelse, og som eksempelvis rapporterer imperativ hørselshallusiose, hyppigere vil bli møtt med et fokus på ansvarliggjøring. Vi vil minne om at beskyttelsestiltak som intervallobservasjon eller kontinuerlig observasjon er beskyttelsestiltak som alltid skal trumfe det man tenker på som terapeutisk på lengre sikt – og således ikke er å anse som kontraindisert.

Kunnskapslekkasje

Vår erfaring tilsier at psykotisk depresjon kan være vanskelig å avdekke, og at det stilles krav til grundighet og systematikk i diagnostikk og behandling, så vel som til terapeutisk kompetanse

Gjennomgangen av de fem journalene viste at de gjennomgående fulgte et strukturert oppsett som kvalifiserer til interne retningslinjer og prosedyrer for selvmordsrisikovurdering. Dette kan ansees som positivt og gjenspeiler antagelig et systematisk arbeid med implementering av gjeldende nasjonale retningslinjer. Samtidig preges journalene av gjentakelser basert på gjentatt innhenting av opplysninger uten at man går i dybden og avdekker mer underliggende dynamiske faktorer. Dette reflekterer kanskje en faglig dreining fra en opptatthet av dynamiske variabler til en vektlegging av statistiske variabler i forsøket på å predikere risiko for suicid. Ved vår journalgjennomgang registrerte vi også tilfeller der tidligere suicidalforsøk, gjerne flere år tilbake, ikke var dokumentert i nyere risikovurderinger. Denne kunnskapslekkasjen, der svært viktige statistiske risikofaktorer «glipper», tenker vi kan sees som et uttrykk for tidsnød der man ikke har nødvendig tid til å lese tidligere journal.

Når skal man snakke med pasienten?

Vi så at pasienten, på reisen gjennom hjelpeapparatet fra allmennpraktiserende lege via ambulante akutt-team til innleggelse og spesialistvurdering påfølgende dag, ble tappet for samme informasjon i alle instansene. Vi frykter at dette kan forsterke en opplevelse av håpløshet hos pasienten, som ankommer spesialisthelsetjenesten med en fastlåst tankegang med behov for å få ventilert tanker og drøfte bekymringene sine. Å imøtekomme dette behovet nødvendiggjør økt bevissthet på *når* den risikodempende samtalen skal finne sted, og *hva* som helt konkret utgjør en terapeutisk risikodempende samtale. Vi tenker at 2008-retningslinjene inneholder kondensert og god kunnskap om hvordan man skal avdekke selvmordsrisiko. De sier imidlertid lite om de virksomme terapeutiske intervensjonene som kreves der og da for å dempe risiko, gi lindring og håp om endring. Vi lurte også på om retningslinjene virker inn i praksis på en annen måte enn tiltenkt. For eksempel ser vi hvordan malen for selvmordsrisikovurderingen mer eller mindre er klippet ut av retningslinjene og limt inn som rådende prosedyre for virksomheten. Vi mener denne praksisen har fått for stor innvirkning på det viktige møtet mellom pasienten og fagpersonen. Fagpersonen beveger seg systematisk gjennom punkt for punkt i malen og oppfylder prosedyren, men malen forhindrer eller demper effekten av selve møtet, selve forbindelsen mellom terapeut og pasient, som i seg selv bærer i seg så mange muligheter for risikodempning.

Tilbakemeldinger etter selvmordet

Selvord medfører varsel i interne avvik- og kvalitetssystem og til tilsynsmyndigheter. Som redegjort for innledningsvis fikk vi, i tillegg til de gjeldende journaler, tilgang til dokumentert etterarbeid i klinikkens fagutvalg og kvalitetsråd, samt fra Statsforvalteren og Helsetilsynet der dette var aktuelt. Da vi gikk gjennom denne dokumentasjonen, var vi spesielt interessert i å se om vi i gjenfant våre egne funn fra journalgjennomgangene. Vi fant at få av våre egne funn var tematisert i tilbakemeldinger, hverken i internt kvalitetsråd eller hos Statsforvalteren og Helsetilsynet. Forklaringene på dette er flere, men primært synes vår erfaring å være at journalgrunlaget for etterprøvingen i den enkelte sak gjerne er begrenset til den siste delen av behandlingsforløpet, oftest kun den aktuelle innleggelsen. Det er også vår oppfatning at en ved etterprøvingen fokuserer mer på å avdekke et krav til forsvarlighet er oppfylt enn på selve innholdet i de vurderinger som er gjort fra klinikernes side. Dette begrenser muligheten for å oppdage relevante læringspunkter knyttet til den enkelte sak, og reduserer derved muligheten til forbedring av klinisk praksis. En forutsetning for dette er imidlertid at det eksisterer gode rutiner som sikrer at lærdommen tilfaller det kliniske miljøet. Vi fant lite dokumentasjon av at en hadde sikret seg slike tilbakemeldinger.

Avsluttende refleksjoner

Gjennom flere år har man ved vår virksomhet nedlagt en betydelig innsats i å etablere gode rutiner og retningslinjer for arbeidet med selvmordstruede pasienter. Vår erfaring er at dette arbeidet langt på vei har vært vellykket, i den forstand at man sjeldnere unnlater å gjøre vurderinger av risiko når dette finnes indisert. Adekvate tiltak forutsetter imidlertid også et grundig klinisk arbeid, hvilket kan oppleves utfordrende i en virksomhet med knapphet på tid og ressurser. Vi har i denne teksten blant annet pekt på nødvendigheten av å sette seg grundig inn i pasientens sykehistorie, og behovet for oppdatert kunnskap om helt sentrale kliniske tilstander som depressiv psykose og personlighetsforstyrrelser. En god risikovurdering forutsetter at man vet hva slags tilstand som medfører risiko, og hvilken behandling som kan redusere risiko. Selv om ansvaret for utøvelse av den kliniske virksomhet ligger hos den enkelte kliniker, er det virksomhetens ansvar å bidra til tilstrekkelige rammer for forsvarlig utøvelse. Det er neppe tilstrekkelig med grundig opplæring og implementering av gode rutiner om den enkelte kliniker ikke har tilstrekkelig tid til faglig oppdatering eller tilgang til å konferere med kollegaer når man er usikker. De eksisterende retningslinjene har trolig fungert etter hensikten hva gjelder implementering av rutiner. En revidert utgave bør kanskje også bidra til implementering av kunnskap om sentrale, risikorelaterte kliniske tilstander eksemplifisert ved depressiv psykose, samt personlighetsforstyrrelser som komorbid tilstand. Vi mener også at det bør være et tydeligere fokus på den terapeutiske, selvmordsforebyggende samtalen i en revidert utgave av retningslinjene.

Referanser

- Fredriksen, K. J., Schoeyen, H. K., Johannessen, J. O., Walby, F. A., Davidson, L. & Schaufel, M. A. (2017). Psychotic Depression and Suicidal Behavior. *Psychiatry*, 80(1), 17–29. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1208002>
- Hagen, J., Espeland, K., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2021). Kan vi ha en reell debatt om selvmordsforebygging i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeförening*.

- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.*
- Haaland, V. Ø., Bjørkholt, M., Freuchen, A., Ness, E. & Walby, F. A. (2017). Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004–13. *Tidsskrift for Den norske legeforening*;137(18);doi: 10.4045/tidsskr.16.0503..
- Mork, E., Mehlum, L. & Walby, F. A. (2015). Selvmord ved depresjon med psykotiske symptomer og bipolar lidelse: forekomst, risikofaktorer og nevrobiologiske forhold. *Suicidologi*, 14(2).
- Ness, E., Skotte, J. R., Christensen, T. B. & Andresen, J. F. (2020). Kan vi redde flere liv? *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 140(8); doi: 10.4045/tidsskr.19.0804.
- Walby, F. A. (2018). Hvorfor bør Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i Psykisk helsevern revideres nå? *Suicidologi*, 23(3).