

Nye retningslinjer for selvmordsforebygging

Johannes Valdemar Ytreberg Meløe

Det er 16 år siden sist. Nå lanserer Helsedirektoratet nye retningslinjer for selvmordsforebygging.

De svært omstridte selvmordsrisikovurderingene fjernes ikke helt, men tones ned betraktelig. Ansatte skal ivaretas etter at pasienter begår selvmord. Utskrevne pasienter fra døgnpost skal følges opp. Og pårørende skal involveres mye mer.

Karin Irene Gravbrøt i Helsedirektoratet har nok måttet smøre seg med tonnevis av tålmodighet, men nå er den nye retningslinjen for selvmordsforebygging endelig klar.

- Det tok sin tid, sier hun tørt.
- Vil dette redusere antall selvmord?
- Vi håper det. Vi krysser fingrene, sier hun.

I snitt dør det over 600 personer i selvmord hvert år, ifølge Helsedirektoratet, som baserer seg på tall fra Dødsårsaksregisteret og Pasientregisteret. Det antas at over 6000 sitter igjen som etterlatte.

Går bort fra sjekklstekulturen

Spør du fagfolkene om hva som utgjør den største endringen i de nye retningslinjene, svarer de alle som én at man nå går bort fra en kultur hvor risikofaktorer for selvmord blir behandlet gjennom sjekklister for å forutsi selvmordsfare.

Selvmordsrisikovurderingene av pasienter har vært svært omstridt, og heftig debattert blant annet i Psykologtidsskriftet. Nå ønsker Helsedirektoratet å gå bort fra selvmordsrisikovurdering og gradering av pasienters selvmordsfare fra lav til høy.

Selvmordsrisikovurderingene kuttes ikke, men tones ned, og skal inkluderes i individuell utredning og behandling, ifølge Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og selvmordsforebygging (NSSF). Søkelyset skal nå rettes på pasientens livssituasjon og god behandling, hvor selvmordsrisikovurdering er en bit av dette.

Ble overrasket

Med den forrige retningslinjen fra 2008 ble forebygging av selvmord primært innrettet i psykisk helsevern for voksne (PHV). Også da var psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) omfattet av retningslinjene, men dette tydeliggjøres nå, ifølge Gravbrøt.

Den nye retningslinjen inkluderer også tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for første gang. Bakgrunnen er data som NSSF har innhentet, med tall fra pasientregisteret og Dødsårsaksregisteret. Statistikken viser at nesten 1 av 10 pasienter som har tatt selvmord, har vært i behandling hos TSB siste leveår.

- Disse tallene var overraskende høye, i hvert fall for meg, sier Gravbrøt.

Av disse hadde 64 prosent også vært i kontakt med psykisk helsevern siste leveår. Dette er altså rus- og psykiatripasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. Derfor blir samarbeidet mellom psykisk helsevern og TSB svært viktig fremover, spesielt ettersom de to har ulike ansvars- og kompetanseområder og TSB ikke er hjemlet i psykisk helsevernloven.



PASIENTER MED RUSPROBLEMATIKK har forhøyet selvmordsrisiko, en kunnskap Guri Spilhaug ber folk om å ta på alvor.

Foto: Petter Berentsen NTB

Det påpeker Guri Spilhaug, tidligere leder av Nasjonal kompetansetjeneste for TSB (NK TSB).

Den forrige retningslinjen var opptatt av å predikere selvmordsrisiko, og det går den nye helt vekk fra

– Det betyr at når det gjelder behandling av pasienter i selvmordsfare, kan det innebære at TSB ikke har nødvendig kompetanse og rammebetingelser slik at pasienten må overføres til psykisk helsevern, sier hun.

– Er det ikke en fare da for at krevende pasienter blir kasteballer i systemet?

– Det er dessverre en fare som også skjer i dag for mange med alvorlige rus- og psykisk helselidelser, sier hun.

Spilhaug påpeker at TSB kan bli flinkere til å kartlegge psykiske lidelser, og at psykisk helsevern kan bli bedre til å kartlegge rusproblematikk. Spilhaug har selv vært med på å utarbeide retningslinjene. Og den viktigste beskjeden for henne er at de nye retningslinjene nedtoner selvmordsrisikovurderingene.

– Den forrige retningslinjen var opptatt av å predikere selvmordsrisiko, og det går den nye helt vekk fra. Selvmord som tema og forebygging av selvmord må være en integrert del av både utredningen og behandlingen som tilbys pasienter i TSB, sier Spilhaug.

Ring etter 72 timer

De nye retningslinjene ønsker å involvere pårørende i langt større grad enn før, ifølge Gravbrøt.

– Helsetilsynet har sett på pårørendeinvolvering. Og vi vet at dersom pasienter ikke selv forteller eksplisitt at de har selvmordstanker eller planer, kan informasjon fra pårørende gi andre opplysninger. Vi anbefaler at man bør innhente informasjon fra pårørende, sier Gravbrøt.

Opplysninger fra pårørende ses nå som en sentral faktor både for utredning, behandling, oppfølging og når man lager sikkerhetsplaner ved selvmordsfare i både PHV, PHBU og TSB, ifølge den nye retningslinjen.



FORNØYD MED RETNINGSLINJENE Nina Danielsen skulle likevel ønske seg en granskningskommisjon etter selvmord, og mer systematiske hendelsesanalyser. Foto: LEVE / Pressebilde

Nina Danielsen er leder for selvmordsforebygging i LEVE, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord. Hun påpeker at pårørende kan være svært viktige støttepersoner når pasienten får hjelp, og kan gi nyttig informasjon om pasienten, i den grad pasienten selv ønsker det.

– Hittil har behandlere ofte valgt å ikke involvere de pårørende, kanskje fordi de er usikre eller opplever det som krevende, sier Danielsen.

De nye retningslinjene tydeliggjør planlagt utskriving og oppfølging etterpå. Anbefalingen baseres på tall fra kartleggingssystemet til NSSF. Den største andelen av de som begår selvmord etter utskriving, er fra PHV. Nå må utskriving fra døgnopphold planlegges, og oppfølging skje minst innen 72 timer etter utskriving.

– Mange av våre medlemmer har mistet sine kjære dagene og ukene etter at de blir skrevet ut fra et behandlingstilbud, og uten tilbud om oppfølging, sier Danielsen.

Hun påpeker at tiden etter utskriving kan være risikabel.

– Det kan være uklart for pasientene om hva som skjer videre. Det er kanskje ingen som kontakter dem. Så reiser de tilbake til hjemmet sitt hvor krisen skjedde, og livet ble vanskelig. Nå tydeliggjøres denne overgangen til andre tjenester, og det er vi veldig glade for, sier hun.



Ole-Marius Minde Johnsen oppfordrer behandlere til å sette seg inn i anbefalingen om sikkerhetsplaner ved selvmordsfare.

Foto: Mental Helse / Adrian Pracon

Leder av brukerorganisasjonen Mental Helse, Ole-Marius Minde Johnsen, er glad for at de nye retningslinjene så tydelig anbefaler bruk av kriseplan, eller sikkerhetsplan.

– Det er veldig viktig at behandlere nå setter seg inn i denne anbefalingen. Fordi en god kriseplan kan føre til at vi unngår unødvendig tvang, sier Johnsen.

Sikkerhetsplaner kan inneholde alt fra faresignaler, kontaktpersoner og sikring av omgivelsene.

– Det har vært mangelfullt oppfulgt tidligere. Så det er bra at en så sterk anbefaling nå har kommet på plass om dette, sier Johnsen.

Krevende å miste pasienter

Den nye retningslinjen anbefaler sterkt ivaretagelse av ansatte etter pasienters selvmord. Det begrunnes i forskning og klinikererfaringer, hvor flere av de uerfarne klinikerne slet etter slike hendelser, ifølge Gravbrøt.

– Det vi vet, er at spesielt uerfarne klinikere sliter etter slike hendelser, sier Gravbrøt.

Hun viser til studier hvor en stor andel av disse fikk PTSD etter at pasienten begikk selvmord.

– Det er krevende å miste pasienter i selvmord. Det er en stor belastning. Så å inkludere ivaretagelse i retningslinja var viktig, sier Gravbrøt.

Det synes fagsjefen i Psykologforeningen, Kim Karlsen, er positivt.

– Vi må anerkjenne at vårt arbeid med mennesker i psykisk krise mange ganger handler om liv og død, med risiko for at pasienter kan ta sitt liv. Dette er en svært belastende situasjon for de aller fleste behandlere, hvor skyld og tvil om egen kompetanse er vanlige reaksjoner som kan prege en videre i yrkeslivet, sier Karlsen.

I de nye retningslinjene er nærmeste leder ansvarlig for at den ansatte ivaretas og følges opp, og skal tydeliggjøre at slike tilfeller hviler på systemet og ikke den ansatte.

– Det er viktig at retningslinjen er eksplisitt på virksomhetens og ledelsens ansvar for å jobbe systematisk med ivaretagelse, og at den fremhever betydningen av opplæring og forberedelse. Dette handler også om å skape en trygg kultur for læring og støtte over tid, og er ikke noe en plutselig kan begynne med når noe alvorlig har skjedd, sier fagsjefen.