Fallgruver i behandlingen av den selvmordstruede pasient: riset bak speilet

Ved Nils Retterstøl

Vi skal i det følgende se nærmere på de spesielle fallgruvene som fins i behandlingen av selvmordstruede pasienter. Disse fallgruvene er en utfordring for de pårørende og nære omgivelser, for fagfolk som arbeider i primærhelsetjenesten og andrelinjetjenesten, og for ansatte i sykehusene.

Den selvmordstruede får faglig hjelp for sent

Dette er et vanlig problem. En depresjon eller et psykiatrisk atferdsavvik er gjerne en tilstand familien og omgivelsene oppdager for sent og reagerer for sent på. Psykologisk sett er dette lett å forstå. De fleste av oss ønsker at livet skal være mest mulig ukomplisert. Når én i familien blir deprimert, kan det lett legge en demper på atmosfæren i hjemmet, men i det lengste vil man jo håpe på at det vil gå over. Derfor venter man ofte med å gripe inn, og erfaringen viser at det kan ta lang tid fra symptomene på depresjon og håpløshet med suicidal tanker oppstår og til en behandlingssituasjon er etablert.

En som er deprimert og selvmordstruet, vil også selv i det lengste håpe på at situasjonen vil rette seg, og at livet igjen vil gå videre på vanlig måte. Ofte er det faktisk suicidforsøket som blir en vekker for vedkommende selv og omgivelsene, slik at hun eller han får behandling. Det kan likevel være for sent. Derfor er det viktig at tegn på suicidalitet blir oppfattet riktig og tidlig både av pårørende og venner, og på skolen eller arbeidsplassen.

Hjelp fra pårørende og venner

Folkeopplysningsvirksomhet er viktig. Kunnskap om suicidalitet må spres av skole og av fagfolk innen medisin og psykologi og andre fag. Jo høyere kunnskapsnivå vi får i befolkningen, jo bedre vil vi kunne forebygge selvmord.

Svært mange av dem som vurderer å ta livet sitt, er i virkeligheten ambivalente. På den ene siden vil de leve, men på den annen side dø. Mange ønsker egentlig mest av alt en forandring i livssituasjonen sin. Her kan pårørende gjøre en stor innsats. Men mange er redde for å bringe emnet selvmord på bane, delvis fordi vi alle har tabuforestillinger, men delvis også fordi vi er redde for at det kan provosere frem selvmord. Nå er vår erfaring som fagfolk at de fleste suicidale vil føle det som en lettelse at spørsmålet blir stilt. Men spørsmålet må komme naturlig og stilles

empatisk: «Har du det så vanskelig at du har tenkt på å ta livet ditt?» Mange tror at dersom man tenker på å ta livet sitt, gjør man det i hvert fall ikke. Det lærte jeg i min studietid, men det er galt. De fleste vil formidle selvmordstankene direkte eller indirekte. Mange tror også at den som ønsker å ta livet sitt, uansett vil komme til å gjøre det. Dette er heller ikke korrekt; de fleste gjør det ikke.

I mange situasjoner kan de fleste av oss være til stor hjelp og støtte for et annet menneske som er i selvmordskrise. Stiller vi opp med engasjement og interesse, lytter vi og bryr vi oss om det, kan vi vekke ny livsgnist og skape nytt håp. Det er ikke bare eksperter som trengs. Prøv å skape en trygg situasjon, ta vekk de mest aktuelle selvmordsmidlene i nærheten (våpen, medisiner), og prøv å skaffe profesjonell hjelp så tidlig som mulig. (Undervisningsprosjektet Vivat arrangerer førstehjelpskurs for dem som vil lære mer om hvordan man kan hjelpe et menneske i selvmordskrise, se s. 25–26.).

For noen kan det i en krisesituasjon være god hjelp å ringe til Kirkens SOS eller Mental Helse Norge og få samtale, ev. anonymt, med et menneske i den andre enden av tråden. I andre tilfeller må man få tak i en lege eller en annen fagperson. Er det livet om å gjøre, kan også politi og ambulanse tilkalles.

Innleggelses i somatiske akuttavdelinger

De fleste som har foretatt alvorlige selvmordsforsøk, blir innlagt i medisinsk, evt. kirurgisk avdeling. Kommer man levende inn i sykehus, er som regel livet berget. Den livreddende medisinske behandlingen er meget effektiv. Men det skorter på oppfølging på det psykiatriske plan, på kartlegging av livsproblemene og behandlingsopplegg videre. Berntsen og Husby (1994) viste at de hos en tredjedel av de pasientene som var innlagt etter intoksikasjon, ikke kunne finne dokumentasjon for at pasienten var tilbudt samtale om selvmordsforsøket. Sykehuset hadde en-sidig forholdt seg til somatiske behandlingsmåter, og utskrivningen hadde ofte skjedd svært raskt.

Enhver selvmordsforsøker bør vurderes som et menneske i krise. Alle bør derfor ha rett til psykiatrisk kartlegging og hjelp. Et forlenget opphold med en dag eller to ekstra for å få kartlagt livssituasjonen til vedkommende og få motivert ham eller henne til å motta hjelp etter utskrivningen, burde være en selvfølge.

Mork og medarbeidere (2001) har nylig undersøkt hvordan medisinske sykehusavdelinger i Norge følger opp pasienter som er utskrevet etter parasuicid. Det er store forskjeller. To tredjedeler av sykehusene rapporterte at de fleste pasienter ble psykiatrisk vurdert og gitt tilbud om behandling i etterkant. Forpliktende avtaler med det eksterne hjelpeapparat var fraværende ved 43 % av sykehusene. Spesifikk opplæring i klinisk håndtering av selvmordsforsøkere var helt fraværende ved nesten halvparten (46 %) av sykehusene. Undersøkelsen viser tydelig at man må legge vekt på kompetanseheving hos personalet, utvikling av skriftlige rutiner for klinisk praksis og etablering av samarbeidsrutiner mellom sykehus og oppfølgende instans.

Behandlingskjede

Da Handlingsplan mot selvmord gikk mot sin slutt ved årsskiftet 1999/2000, besluttet Sosial- og helsedepartementet at

det skulle iverksettes et oppfølgingsprosjekt, for bl.a. å sikre gode oppfølgings- og behandlingsrutiner for mennesker innlagt i somatiske og psykiatriske institusjoner etter selvmordsforsøk. I de siste årene har det vært etablert behandlingsskjeder mellom sykehus og kommuner flere steder i landet for å følge opp selvmordsforsøkere etter utskrivning. Nå er målet at alle sykehus og kommuner skal gjøre dette.

Det er mange måter å etablere en behandlingsskjede på, men den modellen som de fleste har fulgt eller tilpasset i sin region og som var den første, er den såkalte Bærumsmodellen (Dieserud og medarbeidere 1993, Burmo og medarbeidere 1990). Etter den modellen får alle selvmordsforsøkere som har vært innlagt ved Bærum sykehus, tilbud om samtale og videre oppfølging. Et selvmordsforebyggende team som består av ansatte både ved sykehuset og i kommunehelsetjenesten, sikrer den videre oppfølgingen.

Innleggelse i psykiatriske avdelinger

Det er viktig at man søker hjelp i tide. Den vanligste feilen er at man søker hjelp for sent, eller hva verre er, at hjelpeapparatet ikke stiller opp, slik at hjelp ikke blir gitt i tide. I psykiatrien har man kuttet drastisk ned på antall sengeplasser, og situasjonen er blitt så vanskelig at svært syke pasienter blir avvist. Da er det godt at vi har en lov om øyeblikkelig hjelp som sier at sykehusene er forpliktet til å ta inn pasienter som er vurdert å være i suicidalfare.

Men hvor langt strekker denne plikten seg? I forskriftene om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet (2000) er det utarbeidet nærmere retningslinjer om plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Slik hjelp skal ytes ved psykotiske tilstander preget av svær uro, som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv og

helse. Den omfatter også psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon, der det er betydelig fare for at pasienten kan forsøke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre.

Er det nødvendig med innleggelse i psykiatrisk institusjon, vil man i første rekke forsøke å gjøre det med frivillig psykisk helsevern §2-1 i Lov om psykiske helsevern av 1999. En frivillig innlagt pasient kan også gi sitt samtykke til å være undergitt reglene om tvungent helsevern §3-1 for et tidsrom av inntil 3 uker.

Hvis pasienten er klart i behov for innleggelse, men motsetter seg dette, kan innleggelse skje etter vilkårene for §3-3 i samme lov. Tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med **alvorlig sinnslidelse** dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

- A) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
- B) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Tvungent psykisk helsevern kan etter §3-1 også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Dersom legen etter personlig undersøkelse er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede og anser videre undersøkelse nødvendig, kan offentlig myndighet eller den nærmeste begjære at vedkommende skal undersøkes ved institusjon godkjent for formålet, for å finne om vilkårene er oppfylt (§3-6). Den videre undersøkelse og observasjon kan ikke vare utover ti dager fra undersøkelsens begynnelse uten vedkommandes samtykke. Eventuell overføring til §3-1 kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene er til stede.

Ut fra lovtekstene nevnt ovenfor er det klart at fare for eget liv eller egenskade er en av de faktorene som kan betinge tvungen observasjon (§3-6) for inntil ti dager eller tvungent helsevern (§3-3). Ved alvorlig sinnslidelse forstås i alminnelighet psykose, sinnssykdom.

Hvis en pasient er søkt innlagt til observasjon, behøver ikke sykehuset nødven-

digvis etterkomme søknaden og ta pasienten inn i sykehuset. Legen som undersøker pasienten, kan f.eks komme frem til at han eller hun ikke er suicidal. Ved slike vurderinger har det hendt at pasienten er sendt hjem, men vedkommende har tatt sitt eget liv på hjemveien. Hva med erstatningssak i slike tilfeller? Det skjønnsom er gjort, har jo vist seg å være galt. Hvis vakthavende lege personlig har foretatt en grundig psykiatrisk undersøkelse av pasienten, og bakvakt som spesialist i psykiatri også har gjort det, nedfelt dette i journalen og på dette grunnlag vurdert selvmordsfare til ikke å være til stede, og dette skjønn er gjort etter beste evne, står sykehuset sterkt. Men uten god og skriftlig dokumentasjon som viser at det er utført et samvittighetsfullt skjønn, står sykehuset svakt i en eventuell rettsak. Å vurdere suicidalfare er meget vanskelig og hører med til de vanskeligste oppgavene i psykiatrien. Ingen fagfolk er så gode at ikke deres skjønn, samvittighetsfullt utført, kan vise seg å være feil. Dette må naturligvis også domstolene ta med i sin vurdering. Har innleggende instanser (behandelnde lege, poliklinikk etc) påberopt seg stor suicidfare, vil det imidlertid være naturlig at mottagende sykehus gir noe mer tid til egen vurdering enn en uttalelse fra sykehusets forvakt og bakvakt.

Mangler i behandlingsopplegg

Er den suicidale innlagt i sykehus, må det etableres en form for vakthold. Fast vakt eller fotfølge blir i mange tilfeller etablert. Da må sykepleier eller en annen kontaktperson til enhver tid se pasienten og holde øye med hva vedkommende foretar seg. Det bør være utarbeidet generelle retningslinjer vedrørende suicidalitet ved ethvert sykehus, men det må også gis individuelle opplegg for den enkelte pasient. (For forslag til utarbeidelse av en fast instruks ved suicidalitet, se Retterstøl 1999.)

Permisjoner gis for tidlig

I den første tiden etter et selvmordsforsøk bør man være meget varsom med å gi innlagte pasienter permisjon. Erfaringer fra psykiatriske sykehus viser at en stor del av de selvmord som gjøres blant pasientene, blir gjort nettopp under permisjon. Leger og sykepleiere bør derfor

drøfte enhver pasientsituasjon grundig før permisjon, også med familien, og det bør gjøres avtale om hvem av de pårørende som har tilsynsplikten til enhver tid. Pasienten må naturligvis ikke gis effektive selvmordsvåpen eller fri adgang til medikamenter.

Svikt i informasjon og tilsyn

Den beste forebygging mot selvmord i en avdeling er en våken, veltrent og forståelsesfull stab som samarbeider godt med hverandre og med pasientene. Jo bedre og nærmere forhold pasienten har til sykehuset og personalet, jo større mulighet vil det være for at pasienten forteller om sine innerste tanker til personalet. Pasienten må få forståelse for, og ikke minst følelsen av, at man i første rekke ønsker å nærme seg ham eller henne på det **medmenneskelige plan**. Det blir en balansegang mellom kontrollordninger og menneskelig kontakt. Selvmordstruede pasienter har ofte en lav selvfølelse, og den må man prøve å styrke på forskjellig vis.

Et bærende prinsipp må være at de ansatte på avdelingen, ikke minst de ansvarshavende legene, drøfter små og store tiltak som iverksettes rundt den enkelte pasient, og at alle som har med pasienten å gjøre er informert om dem, uansett når på døgnet de jobber. En feil som ofte begås, er at nattskiftet ikke får god nok informasjon. De er ansvarlige i en tid på døgnet hvor det er færrest ansatte på jobb.

Feil som kan gjøres under sykehusoppholdet, er svikt i tilsyn ved fotfølge, dårlig kontroll når pasienten er på toalettet, dårlig kontroll av vinduer og dører, for tidlige permisjoner eller permisjoner som ikke

er godt nok planlagt med familien. For å motvirke dette må beskyttende tiltak iverksettes, og tiltakene må dokumenteres i journalen. Overveielser og beslutninger som er gjennomdrøftet, må skrives ned, slik at det klart fremgår at det skjønnsom er gjort, er samvittighetsfullt utført. Det er også viktig at det er de ansvarshavende på avdelingen som har fattet de ulike beslutningene om pasienten.

For tidlig og dårlig planlagt utskrivning

Det er svært viktig å planlegge behandlingen som skal gis etter utskrivning. Det må gjøres forberedelser og tilrettelegges for en god bosituasjon og for arbeid eller utdanning.

Ved rettssaker og pasientskadeerstatningssaker kan det reises sak fordi utskrivningen skjedde for raskt, pårørende ikke var varslet godt nok, og fordi tilfredsstillende opplegg ikke var gjort når det gjaldt bolig og arbeid eller utdanning. Videre behandling var ikke forberedt og behandlingsskjede ikke iverksatt. Primær- eller sekundærhelsetjeneste var ikke blitt forberedt på å fortsette behandlingen.

Feil i medikamentell behandlingsopplegg

Medikamentell behandling er viktig. Lingjærde har gitt en oversikt over medikamentell behandling i oppfølging etter selvmordsforsøk i denne utgaven av Suicidologi (se s. 14–16).

Svikt i hjelp til etterlatte etter selvmord

I årrekker har psykiatrien forsømt hjelp til de etterlatte. Det bør imidlertid være den etterlattes rett å få samtale med en fagperson, få anledning til å gi uttrykk for frustrasjoner, aggresjoner og selvbebreidelser, og få disse bearbeidet. Dunne og medarbeidere (1992) har utarbeidet retningslinjer for hvordan etterlatte bør gis hjelp og støtte.

Heldigvis ble Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) opprettet i 1999, og det er dannet sorggrupper for etterlatte mange steder i landet (Oversikt over kontaktpersoner for gruppene finnes på SSFFs nettsted, www.med.uio.no/ipsy/ssff/Kontakt.htm.) LEVE har fast spalte i Suicidologi, første

gang var i nr. 2/2000. Der presenterer foreningen planer og aktiviteter som det er nyttig for fagfolk å kjenne til.

Behov for nasjonale retningslinjer

I løpet av sommeren 2001 vil Statens helsetilsyn utgi en utredning om rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter som er innlagt i norske sykehus etter selvmordsforsøk. Utredningen vil bli sendt til sykehus, fylkes- og kommunehelsetjenesten og andre aktuelle instanser. Den kan også bestilles fra Statens helsetilsyn (faks: 22 24 95 90).

Selv mord kan forebygges

Det er en klar tendens i tiden til at det reises pasientskadeerstatningssaker og rettssaker etter et suicid. Dette er riset bak speilet. Behandlere og institusjoner bør også av den grunn skjerpe sine rutiner og sine behandlingsopplegg. Her dreier det seg om kvalitetssikring. Ved en god kvalitetssikring og et bevisst arbeid for å forebygge suicid kan antall selvmord hos dem som er i behandling reduseres.

Vi har konsentrert oss om vansker i behandlingsopplegget, derfor har artikkelen en negativ slagside. La oss ikke glemme det entusiastiske arbeidet som utføres av mange helsearbeidere. Mye kreves av oss som medmennesker og fagfolk, og kan gjøre noen og hver av oss utbrente. Men arbeidet gir også mange gleder og oppmuntringer. Vi trenger «påfyll» for å holde ut. Det får vi fra takknemlige pasienter som vi hjelper et stykke på vei. Vi får det også ved opplæring, veiledning, kollegialt samarbeid og ved stadig å utvikle oss selv og våre kunnskaper videre. Selv om det ikke alltid slår til, må vår rettesnor og vårt motto være:

Selv mord kan forebygges.

Ref. s. 13

Nils Retterstøl er professor emeritus og har i en årrekke arbeidet med selvmordsproblematikk. Han var president for IASP - International Association for Suicide Prevention 1989–91 og

og har utgitt flere lærebøker, bl.a. boken "Selvmord", samt vitenskapelige artikler og avhandlinger.