Forebyggende arbeid etter selvmord blant ungdom ved en lokal poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge

Av Anna Kristine Garås og Øyvind Holmqvist

SAMMENDRAG

Etter at to venninner døde ved selvmord med kort tids mellomrom sommeren 2016 i en mellomstor kommune, oppsto det uro og bekymring for smitteeffekt i lokalbefolkningen. Den lokale poliklinikken i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) delte denne bekymringen, men ønsket samtidig å fokusere på å ikke bidra til økt aktivisering og uro i lokalsamfunnet. Denne erfaringsgjennomgangen vil belyse BUP sine erfaringer med forebyggende arbeid og samarbeidet med førstelinjen om dette, først med fokus på den mer intensivt forebyggende perioden sensommeren 2016 (ukene etter suicidene), og deretter på BUP sine erfaringer gjennom høsten samme år.

When two friends in a small town died by suicide at the end of the summer of 2016, a concern for contagion occurred among the locals. While sharing this concern, the local psychiatric outpatient clinic for children and adolescents (BUP) also wanted to avoid further contributing to the local community's unrest. This article will highlight BUP's experiences with preventive work and the collaboration with the local primary care units, first by focusing on the more intensive preventative period in the late summer of 2016 (the weeks after the suicides), and then by sharing BUP's experiences from the subsequent fall.

MOT SLUTTEN AV sommerferien 2016 tok to venninner i midten av tenårene livene sine under lignende omstendigheter med omtrent en ukes mellomrom. En av jentene var pasient ved en lokal poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Lokalsamfunnet i den mellomstore kommunen der jentene bodde var preget av sorg og forvirring over de tragiske hendelsene. I det lille samfunnet var alle enten personlig berørt eller kjente noen som var berørt av det som hadde skjedd. Det hersket også en uro og bekymring om hvorvidt flere ungdommer kunne ta livet sitt i ukene og månedene som fulgte.

Når en pasient har begått selvmord, finnes det nasjonale retningslinjer og lokale prosedyrer som skal følges ved den aktuelle klinikken i psykisk helsevern. Dette innebærer blant annet melding til tilsynsmyndigheter, gjennomgang av hendelsen internt i klinikken og oppfølging og ivaretagelse av etterlatte (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). I det umiddelbare arbeidet som fulgte etter de to selvmordene, ble det imidlertid også klart at det i tillegg kom til å bli viktig å prioritere oppfølgingen av de lokale ungdommene som var berørte av hendelsene. Faren for smitteeffekter etter selvmord blant ungdom er allment anerkjent (se for eksempel Hawton et al., (2012); Helsedirektoratet, (2011)). Man regner med at nærhet til

og identifisering med avdøde, samt romantiske forestillinger om og glorifisering av handlingen, er mulige psykologiske mekanismer for denne effekten (Haw et al. 2013). Fra BUPs perspektiv var det to prioriteringer som sto frem som sentrale med tanke på videre forebygging: å ivareta utsatt ungdom i egen pasientgruppe, samt å bistå med støtte til og mobilisering av hjelpeapparatet i kommunen.

I denne erfaringsgjennomgangen vil vi ta utgangspunkt i de to prioriteringene og gjøre rede for arbeidet vi la ned i forbindelse med disse. I tillegg vil vi fortelle om etterdønningene vi opplevde på poliklinikken og i lokalsamfunnet i ukene og månedene som fulgte etter selvmordene. Videre vil vi diskutere hva vi opplevde at fungerte og hvor vi møtte på utfordringer, både i det første forebyggende arbeidet etter hendelsene og i det videre arbeidet gjennom høsten. Dette med et håp om at våre erfaringer kan komme andre til nytte.

Forebyggende arbeid de første ukene etter selvmordene

Møter med førstelinjen ble satt i gang første dagen etter at det andre selvmordet var kjent og bekreftet. Første møte var med helsesøstrene i kommunene og ble satt av til fordeling av ansvar for oppfølging av ungdommene som var eller kunne være berørt. Dette var ungdommer som sto nær de avdøde, den store gruppen ungdommer

som hadde vært med i leteaksjonene da jentene ble meldt savnet, i tillegg til andre ungdommer som BUP og helsesøstrene var bekymret for på grunn av kjent problematikk. BUP påtok seg ansvar for de ungdommene som var eller nylig hadde vært våre pasienter, mens førstelinjen tok ansvar for de som ikke hadde vært i kontakt med psykisk helsevern tidligere.

Tilbake i poliklinikken sto BUP i et dilemma. På den ene siden ønsket vi å fremstå med ro i situasjonen og i forsvarlig grad avdramatisere det som hadde skjedd, fremfor å bidra til uroen som hadde begynt å gjøre seg gjeldende i lokalbefolkningen. Samtidig ønsket vi å sikre at vi nådde ut til potensielt sårbare ungdommer for å gi nødvendig helsehjelp og begrense den mulige smitteeffekten. Vi valgte da å ta utgangspunkt i pasientlisten som hver av behandlerne satt med, både over nåværende pasienter og de som hadde blitt avsluttet det siste året. Hvem som kunne være i risiko og mulig utsatt for smitteeffekt, ble vurdert ut ifra brede overordnede kriterier: ungdommer som var født i samme og tilgrensede årskull, andre pasienter med kjent depresjon og selvsykdom, samt andre med kjent relasjon til de avdøde.

Videre valgte vi å ta kontakt på telefon med foreldrene til de presumptivt utsatte ungdommene, og ved noen unntak ungdommene selv. For ikke å spre

informasjon som ikke var hensiktsmessig eller etisk riktig å dele ukritisk, valgte vi innledningsvis i telefon-samtalen å betegne det som hadde skjedd som en «alvorlig hendelse i lokalmiljøet», og spurte foreldrene om deres ungdommer var berørt av denne. Deretter lyttet vi til eventuelle bekymringer de foresatte hadde for sine ungdommer og vurderte ut ifra dette om det var behov for videre tiltak. I enkelte tilfeller ble ungdommen tilbudt samtale innen kort tid hos sin behandler. Ofte var det behov for normalisering av ungdommens sorgreaksjoner. Målet med samtalen var å sikre ivaretagelse av ungdommen, men hva som inngikk i denne veiledningen til foreldrene var avhengig av foreldrenes bekymring.

Et annet mål med telefonkontakten var å mobilisere foreldreansvaret. I et forsøk på å oppnå dette hadde vi også forberedt informasjon som vi formidlet til foreldrene under telefonsamtalen. Vi oppfordret de foresatte til å begrense møtepunkter for ungdommene der det ikke var voksne til stede, dette med et håp om å forhindre spontane minnemarkeringer som kunne bidra til identifisering med jentene og idealisering av handlingen blant sårbare individer. Vi ønsket også at foreldrene skulle være oppmerksomme på og eventuelt begrense bruken av sosiale medier av samme grunn. Vi rådet dem til å være åpne for samtaler med ungdommen om det som hadde skjedd, og anbefalte dem å kommunisere

Foreldrene var utelukkende positive til at vi ringte. Selv om ikke alle opplevde å ha behov for å snakke med oss, var de glade for at vi hadde tatt kontakt.

det tragiske i hendelsene og være kritiske til eventuelle romantiske forestillinger. Videre ba vi dem om å være oppmerksomme på atferdsendringer hos barna sine og kontakte BUP eller kommunalt hjelpeapparat ved økt bekymring. Foreldrene var utelukkende positive til at vi ringte. Selv om ikke alle opplevde å ha behov for å snakke med oss, var de glade for at vi hadde tatt kontakt.

Gjennom den første måneden som fulgte etter de tragiske hendelsene, hadde vi flere møter med førstelinjen og andre involverte instanser. I den aktuelle kommunen var dette helsesøstre, kommunal rus- og psykiatritjeneste, rådmann, politi og prest. Gjennom møtene ønsket BUP å støtte opp om de ulike instansenes ekspertise og å få førstelinjen til å stole på seg selv og egen kompetanse. Vi ville bistå i kommunens arbeid ved behov, men uten å overta førstelinjens oppgaver. I hovedsak besto dette i å delta i drøftinger av hva som skulle gjøres og å gi råd om hvordan oppgavene som kommunen sto overfor kunne løses. Rådene som ble gitt

speilet i stor grad de rådene som vi ga til foreldrene vi ringte, og særlig var vi opptatt av viktigheten av vokseninnramming av ungdommene i tiden som fulgte og å bidra til ro fremfor aktivisering av bekymrede foreldre og ungdommer.

Videre arbeid med forebygging i månedene som fulgte

Parallelt med at vi jobbet oss gjennom pasientlistene for å avdekke potensielt sårbare ungdommer med behov for ekstra oppfølging, opplevde vi en økning i antall akutte henvendelser til poliklinikken. Dette var forventet den første tiden, men fortsatte gjennom hele høsten. På en liten BUP der vi til sammenligning gjorde mindre enn fem selvmordsrisikovurderinger ved øyeblikkelig hjelp i løpet av høsten året før, økte trykket til 38 vurderinger i løpet av høsten som fulgte. Den store pågangen av akutte henvendelser gikk utover vår kapasitet til å følge opp pasienter uten forhøyet selvmordsfare, samt kapasiteten til inntak av nye pasienter.

Til tross for at vi ønsket å formidle ro og bidra til normalisering av reaksjoner i den umiddelbare fasen, vedvarte bekymringene til foreldre, lærere, helsesøstre og ungdommer. Mange av de som kom i kontakt med oss og ønsket hjelp utover høsten, var venner eller bekjente av jentene. Selv om det ikke var flere tilfeller av selvmord, ble det vurdert i en stor del av de akutte samtalene vi hadde med ungdom i tiden som fulgte at det forelå en forhøyet risiko. Økt selvmordsrisiko blant venner av ungdom som har begått selvmord, er også vist i studier og sees i sammenheng med nevnte smitteeffekt (Randall et al., 2015).

I tillegg til en økt forekomst av forhøyet risiko, virket også det økte antallet akutte henvendelser til å ha sammenheng med høy aktivisering og frykt i lokalbefolkningen, en aktivisering som vedvarte gjennom høsten. Blant de voksne var terskelen lav for å spørre ungdommene om selvmordstanker, men selvtilliten manglet til selv å følge opp de svarene som ungdommene ga. Vi hadde eksempler på at lærere tok med seg elever til akutte vurderinger ved BUP, uten å ha rukket å ta kontakt med foresatte eller førstelinje i forkant. Også ungdommene selv var redde. Flere ungdommer oppsøkte oss for å få hjelp for sine selvmordstanker, som om tankene i seg selv var dødelige. Vi opplevde at mange av de som svarte ja på spørsmål om de hadde selvmordstanker, ikke hadde et ønske om å dø, men likevel var redde for at de selv kunne ta sitt eget liv. Det kunne virke som om de opplevde selvmord som en så uforståelig handling at de var redde for at de kunne rammes uten å ønske det. Tankene som skremte dem, og som ble betegnet som selvmordstanker av dem selv, viste seg ved noen tilfeller å være refleksjoner rundt hva de som tok livet sitt hadde gjort og hva de kunne ha tenkt, uten at de selv delte disse tankene eller hadde planer om å utføre de samme handlingene. Samtidig var det klart at flere av disse ungdommene strevde, og flere av de vi snakket med akutt fikk siden en ordinær

henvisning og inntak kort tid etterpå. Studier har tilsvarende vist at det er en økt forekomst av selvmordstanker og psykiske lidelser blant ungdommer som har mistet en venn eller en bekjent til selvmord (Brent et. al, 1993), noe vi mener at vi også erfarte ved vår poliklinikk.

Evaluerer av arbeidet med prioriteringsområdene

Vi vil anta at uro blant voksne og ungdom i en slik situasjon er naturlig, og årsakene til dette er trolig mange og innfløkte. Likevel ønsker vi også å peke på og diskutere faktorer som vi i ettertid tenker kan ha bidratt til at uroen forble høy utover høsten med utgangspunkt i de to prioriteringene vi satte oss etter selvmordene. Det første vi vil trekke frem er samarbeidet med førstelinjetjenesten. En av våre prioriteringer i tiden etter at selvmordene ble kjent, var å støtte og mobilisere det lokale hjelpeapparatet. Denne prioriteringen var først og fremst i fokus under møtene med førstelinjene som fant sted de første ukene etter hendelsene, og samarbeidet begrenset seg i stor grad til oppgavene som vi sto overfor på dette tidspunktet. Trolig ville det vært mer gunstig med et tettere samarbeid også etter dette. Ved skolestart satte kommunen i gang tiltak for videre forebygging uten at BUP ble spurt til råds. Første skoledag ble det holdt minnemarkeringer for alle klassetrinn på alle skolene i området, fremfor å holde mindre markeringer på de trinnene som var berørt. Dette bidro trolig til at selvmordene ble allment kjent i lokalsamfunnet, til tross for at det da hadde gått noen uker siden de fant sted, noe som igjen kan ha bidratt til en opprettholdelse av uro.

Før skolen begynte fikk lærerne i kommunen kurs i hvordan de skulle spørre elevene de var bekymret for om selvmordstanker for å videre sette dem i kontakt med aktuelle hjelpeinstanser. I en tid der aktiveringen var høy kan man spørre seg om dette var riktig tidspunkt for et slikt tiltak uten en tilsvarende styrking av førstelinjens kompetanse på å vurdere selvmordsrisiko og å hjelpe ungdommene med å håndtere disse tankene. Den aktuelle hjelpeinstansen som elevene ble satt i kontakt med var, etter vår erfaring, i hovedsak BUP. Vi opplevde at dette medvirket til det økte trykket på vår akuttfunksjon. BUP skal naturligvis bidra med vurderinger av risiko og behov for videre tiltak ved akutt bekymring. Likevel ville trolig situasjonen vært mer håndterbar dersom vi hadde visst om denne opplæringen før den kom i gang og vært delaktige i planleggingen av hvordan bekreftende svar på spørsmål om selvmordstanker kunne håndteres også i førstelinjen. Trolig ville det vært fordelaktig om vi hadde hatt et større fokus på å kartlegge og støtte opp om førstelinjens kompetanse til å foreta vurderinger av selvmordstanker allerede i møtene som fant sted de første ukene. I så fall kunne vi fått til et bedre samarbeid for å hjelpe og avlaste hverandre også i månedene som fulgte.

Den andre prioriteringen vår var ivaretagelse av sårbar og utsatt ungdom. Et område knyttet til denne prioriteringen som gjorde oss bekymret med tanke på

videre smitteeffekt i høsten som fulgte, var ungdommenes bruk av sosiale medier. Meldinger om hva som hadde skjedd var ute på ulike plattformer samme kveld som selvmordene fant sted. Det har blitt påpekt at meldinger om selvmord på sosiale medier kan tenkes å kunne spille den samme rollen som tradisjonelle medier kan ha når det gjelder smitteeffekt, men da uten retningslinjene som mediene har for hvordan selvmord bør omtales for å forhindre dette (Hawton et al., 2012). En annen bruk av sosiale medier som også gjorde oss bekymret, var oppdagelsen av at sårbare individer i lokalsamfunnet deltok med anonyme kontoer i lukkede grupper der aktive medlemmer delte bilder av selvskading og tanker rundt selvmord. Dette uten mulighet for innsyn fra omverdenen. Vi fryktet at disse foraene kunne bidra til romantiske forestillinger om selvmord og en lavere terskel for å utføre handlingene som ble diskutert.

I den tidlige veiledningen av foreldrene, som var en viktig del av vårt arbeid med å ivareta sårbar ungdom, ba vi dem om å være oppmerksomme på ungdommenes bruk av sosiale medier. På dette tidspunktet var vi ikke klare over gruppene med selvmordsrelatert innhold og

ga dermed heller ikke spesifikk veiledning om dette. Foreldrene fikk derimot en mer generell veiledning om å være oppmerksom på hva ungdommene foretok seg. I tillegg ringte vi foreldrene til daværende pasienter og nådde derfor ikke ut til alle foreldrene som kunne trenge denne veiledningen. I samtalen med ungdommene om disse gruppene kom det også frem at det kan være vanskelig med tilstrekkelig foreldrekontroll på dette området. For oss ble informasjonen om mulig påvirkning fra sosiale medier imidlertid viktig for hvordan vi møtte ungdom som kom til selvmordsrisikovurderinger. Konkrete spørsmål om bruk av sosiale medier ble vesentlig i arbeidet med å skaffe seg et bilde av omstendighetene rundt bekymringene for selvmordsfare. Videre ga denne kartleggingen nye muligheter for veiledning av foreldrene på dette området. Dette ga også rom for at foreldrene og ungdommene kunne lage konkrete avtaler for hvordan bruken av sosiale medier skulle foregå videre.

Konklusjoner

Denne teksten er skrevet i håp om at våre erfaringer kan være nyttige for andre som står i en lignende situasjon på et senere tidspunkt. Vi var i grunn fornøyd med hvordan vi valgte å jobbe i den akutte fasen etter at selvmordene ble kjent, og vi opplevde at oppfølgingen av egne pasienter og veiledningen av foreldrene til ungdommene som var berørt fungerte godt. Samarbeidet med førstelinjen den første tiden ga en tydelig og god fordeling av arbeidsoppgaver som bidro til at det ble gitt god oppfølging av sårbare ungdommer. Til tross for at samarbeidet fungerte på dette punktet, opplevde vi at BUP og kommunalt hjelpeapparat trakk i ulike retninger og hadde ulike tanker om hvilke tiltak som ville være hjelpsomme etter hvert som tiden gikk. Trolig bidro dette til et langt høyere antall akutte henvendelser til poliklinikken enn det som var vanlig gjennom høsten som fulgte. Som tidligere nevnt forventet vi ikke at uroen og aktiveringen i nærmiljøet ville fortsette i månedene som kom, og vi var heller ikke forberedt på det vi opplevde som en økning i forekomsten av psykisk stress og selvmordstanker i ungdomspopulasjonen gjennom høsten. I etterpåklokskapens lys kan det anbefales å ha videre møtepunkter mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten også i månedene som følger etter slike hendelser, der man kan utveksle tanker og planer slik at det videre arbeidet kan koordineres på best mulig måte.

Vi ønsker også å formidle en bekymring knyttet til at selvmordsrelatert atferd kan forekomme under de voksnes radar i lukkede grupper på sosiale medier.

Ved vår BUP spør vi nå rutinemessig om bruken av sosiale medier ved selvmordsrisikovurderinger, og vi er overrasket over hvor mange av ungdommene som kan fortelle om slik bruk, eller som vet at det forekommer. Denne informasjonen gir oss et enda bredere bilde av hvilke vansker ungdommene har og gir oss nye muligheter til å intervensere og jobbe forebyggende ved avdekket selvmordsfare.

Levert: 12.02.18 – Revidert: 23.03.18 – Godkjent 23.03.18

REFERANSELISTE

- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Schweers, J., Roth, C., Balach, L., Canobbio, R., Liotus, L. (1993). Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 509-517.
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 97-108. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Helsedirektoratet. (2011). Etter selvmordet – veileder om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord. (IS-1898/2011). Oslo: Helsedirektoratet.
- Randall, J. R., Nickel, N. C., & Colman, I. (2015). Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 186, 219-225. doi: 10.1016/j.jad.2015.07.001
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. (IS-1511/2008). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

ANNA KRISTINE GARÅS jobber som psykolog ved en poliklinikk for psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

ØYVIND HOLMQVIST jobber som psykolog ved en poliklinikk for psykisk helsevern for barn og unge (BUP).