Selv mord og alvorlige selvmordsforsøk i forbindelse med akuttinnleggelser i psykisk helsevern:

– en gjennomgang av innleggelser over en tiårsperiode ved en akutt psykiatrisk avdeling i Norge

Av Asbjørn Kolseth, Christian Thoresen og Ann Færden

SAMMENDRAG

Forebygging av selvmord er et satsningsområde i norsk psykisk helsevern, og Pasientsikkerhetskampanjen «Forebygging av selvmord» ble rettet spesielt mot akutt psykiatriske døgnavdelinger. En høy andel av akuttinnleggelser har bakgrunn i selvmordsproblematikk, og behandling og tiltak rettet mot selvmordsforebygging er således en sentral akutt psykiatrisk oppgave. Forekomst av selvmord knyttet til akutt psykiatriske innleggelser har blitt estimert til 0.1–0.4 %. Hovedformålet med denne studien er å analysere alle selvmord og alvorlige selvmordsforsøk med klar selvmordsintensjon i perioden 2005–2014 ved Avdeling for akutt psykiatri, Oslo Universitetssykehus. Kliniske data fra den siste uken før gjennomførte selvmord eller selvmordsforsøk ble hentet fra pasientenes journal. Beskrevne symptomer ble kategorisert etter DSM-5 «anxious distress specifier» for affektive lidelser. I løpet av perioden hadde avdelingen 9170 innleggelser, 16 alvorlige selvmordsforsøk og 19 selvmord, som gir en selvmordsrate på 0.2 %. De fleste selvmordene fant sted utenfor avdelingen ved permisjon eller i løpet av 30 dager etter utskrivelse. En stor andel av pasientene i gruppen (85 %) hadde rapportert om selvmordstanker og affektive lidelser var overrepresentert. Halvparten av pasientene viste symptomer forenlig med alvorlig angst eller agitasjon. Til tross for vanskene med å predikere selvmord på individnivå mener vi at kombinasjonen av pågående selvmordstanker, agitasjon, depressive symptomer og håpløshet bør vies spesiell oppmerksomhet, og i slike tilfelle bør en vise særlig varsomhet i forbindelse med risikosituasjoner som utgang alene, permisjoner og utskrivelse.

Preventing suicide is a prioritized focus in mental health care in Norway, and patient safety campaigns have especially directed attention to acute psychiatric wards. Treatment and intervention to prevent suicide is a core acute psychiatric task, and a high proportion of hospitalizations in acute psychiatric wards involve managing suicide-associated issues. Suicide rate associated with acute psychiatric hospitalization has been estimated to 0.1–0.4 %. The major aim of the present study is to analyze all suicides and severe suicide attempts with clear suicide intent in the period 2005–2014 at the acute psychiatric ward at Oslo University Hospital. Clinical information from the final week before suicide or attempt was extracted from the patient administrative system. Displayed symptoms were categorized with DSM-5 anxiety specifier for major depression. There were 9170 hospitalizations in the period and 16 severe suicide attempts and 19 registered suicides. This gives a suicide rate of 0.2 %. The majority of suicides took place on leave from the department or within 30 days of discharge. A large majority of the patients (85 %) had reported suicidal thoughts at hospitalization and affective disorders were the major psychiatric condition. Half of the patients displayed symptoms compatible with severe anxiety or an agitated condition. Although individual prediction is difficult, we conclude that the combination of suicidal thoughts, agitation, depressive symptoms and hopelessness should lead to great caution in high-risk situations such as leave from department or discharge.

SELMORD ER ET ALVORLIG helseproblem i Norge med ca. 550 dødsfall i året. Antall selvmord meldt inn til de eksisterende meldeordningene for helsetjenestene har ligget på om lag 120-160 pr år de siste årene (Statens helsetilsyn, 2016), men en nylig publisert norsk registerstudie konkluderer med et betydelig høyere antall selvmord i tjenestene (Walby, Myhre & Kildahl, 2018). Funnene fra denne studien viste at 45 % av alle som døde i selvmord i perioden 2010 til 2015 hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i siste leveår, tilsvarende 250 i året. Epidemiologiske undersøkelser viser at tiden etter innleggelse og utskrivelse fra psykiatrisk sykehus er perioder forbundet med spesielt høy risiko (Qin & Nordentoft, 2005), og en undersøkelse fra en norsk akuttpsykiatrisk avdeling viste at suicidalitet var medvirkende årsak til 54 % av alle innleggelsene i løpet av studieperioden på ett år (Mellesdal et al., 2010). Vurdering, behandling og tiltak rettet mot selvmordsproblematikk er således en sentral akuttpsykiatrisk oppgave.

Selvmondsforebygging er et prioritert offentlig satsningsområde som førte til utarbeidelse av Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern i 2008 (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Senere har problematikken vært fokusområde for Pasientsikkerhetskampanjen i regi av Kunnskaps-

senteret (Helsedirektoratet, 2013), og videreført i Nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017 (Helsedirektoratet, 2014). Pasientsikkerhetskampanjen var rettet mot selvmord knyttet til innleggelser og utskrivelser ved akuttpsykiatriske avdelinger som høyrisikosituasjoner, og de nasjonale retningslinjene hadde blant annet som sentral anbefaling at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør vurderes for selvmordsrisiko.

Denne sentralt styrte satsningen har ført til en markert endring i klinisk praksis i ønsket retning, men det har også kommet en del kritiske innvendinger. Prediksjon av et lavfrekvent fenomen som selvmord på individnivå er vanskelig (Pokorny, 1983; Nielssen et al., 2017), og det er stilt spørsmål ved om en har skapt en ressurskrevende sikkerhetskultur som gir tjenesten og de ansatte ryggdekning uten at tiltakene har særlig verdi for den enkelte pasient (Hagen et al., 2015). En annen innvending er at de kjente risikofaktorene er uspesifikke og statiske, og gir lite ekstra informasjon i psykisk helsevern. Psykisk lidelse og innleggelse ved sykehusavdeling er to av de viktigste risikofaktorene, og disse vil følgelig gjelde alle pasienter ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Det er også vist at risikofaktorer i den generelle populasjonen som lav inntekt, lav utdanning og ensomhet, har en motsatt sammenheng i en pasi-

entpopulasjon innlagt ved sykehus i psykisk helsevern (Agerbo et al., 2007). Det blir derfor argumentert for en vektlegging av klinisk meningsfulle markører i tillegg til mer generelle, epidemiologiske risikofaktorer (Gjelsvik, 2014), som for eksempel kan skille mellom deprimerte uten risiko for suicidal atferd og deprimerte som kan komme til å skade seg selv. Kliniske faktorer er dynamiske ved at de endrer seg over tid og er modifiserbare.

En vesentlig andel av pasientene ved en akuttpsykiatrisk avdeling vil ha en atferd som er helseskadelig og tidvis potensielt livstruende. Sikkerhetsvurderinger og -tiltak vil være en sentral og nødvendig del av vår kliniske virksomhet til tross for vanskene knyttet til prediksjon av selvmord. Vanskene med prediksjon må dog ikke forveksles med at sikkerhetstiltak ikke virker. For eksempel konkluderer forskningslitteraturen knyttet til sikring av broer og andre såkalte «hotspots» for suicid at det er en klar sannsynlighetsovervekt for at sikringen forebygges suicid (Larsen & Karlsen, 2016). Et underliggende premiss for at sikkerhetstiltak skal være meningsfulle, er at en ser på selvmordsfare som forbigående, det vil si at den er knyttet til en periode, en situasjon eller en tilstand. Spesielt har sikring av «hotspots» blitt møtt med kritiske antagelser om at sikringen kun flytter problemet til et annet sted, noe som har liten støtte i empirisk forskning (Cox et al., 2013; Pirkis et al., 2013). Ved en gjennomgang av selvmord knyttet til innleggelser i en 4-års periode i England og Wales ble det konkludert med at selvmord kunne forebygges ved å fjerne objekter og installasjoner i sykehusavdelingen som kunne brukes til hending (Meehan et al., 2006), ettersom hending var den klart hyppigste dødsårsaken hos inneliggende pasienter. Samme studie viste også at de to første ukene etter utskrivelse utgjorde en høyrisikoperiode, og forfatterne foreslo tidlig og veiledet oppfølging etter utskrivelse som suicidforebyggende tiltak.

Studier av selvmord på sengeposter i psykisk helsevern viser at akuttinnleggelser på ingen måte er noen garanti mot selvmord (Hytten & Mehlum, 1993). For pasienter i psykisk helsevern er selvmordsrisikoen høyest i tiden under og etter innleggelse (Meehan et al., 2006). Metaanalyser som inkluderer studier fra flere nasjoner indikerer en forekomst av selvmord under innleggelser på om lag 0,2 %, men med variasjon mellom 0,1–0,4 % avhengig av sted for undersøkelsen (Combs & Romm, 2007; Walsh et al., 2015). Fra Skandinavia er det gjort en studie knyttet til det danske sentrale psykiatriske registeret, som dekker alle psykiatriske sykehusinnleggelser fra 1969 (Madsen et al., 2011). I studieperioden mellom 1997 og 2006 ble det registrert 279 selvmord, noe som tilsvarte en selvmordsrate på 0,09 % av alle innleggelser i perioden. Dette kan virke som relativt små tall, men målt opp mot den generelle befolkningen vil det å ha vært innlagt i en psykiatrisk institusjon det siste året gi en 44 ganger høyere selvmordsrisiko. Studien inkluderte kun selvmord under innleggelse, ikke risikoperioden rett etter utskrivelse.

Hva karakteriserer de som tar sitt eget liv i forbindelse med innleggelse?

Kjente epidemiologiske faktorer som kjønn, diagnose, alder og tidligere selvmordsforsøk kan si noe om økt fare på sikt, men har liten eller ingen prediktiv verdi i en aktuell situasjon her og nå. En mye sitert studie av Busch et al. (2003) hadde som formål å avdekke hva som karakteriserte pasienter rett forut et selvmord. De gjennomgikk de psykiatriske journalene til 76 pasienter som tok sitt eget liv under eller rett etter en innleggelse. Blant hovedfunnene var at 78 % benektet selvmordstanker i sin siste kommunikasjon med helsepersonell om temaet, mens 79 % av pasientene møtte kriteriene for alvorlig eller ekstrem angst og/eller agitasjon siste uken før selvmordet. Forfatterne konkluderer med at rapportering av selvmordstanker eller planer ikke er en pålitelig kilde for risikovurdering, men at alvorlig angst og agitasjon kan være en prediktor for akutt selvmordsfare og et viktig mål for effektiv behandling og risikohåndtering. En nyere norsk studie (Fosse et al., 2017) undersøkte hvorvidt risikofaktorer fra den generelle populasjon kunne predikere senere selvmord hos pasienter innlagt ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Selvmordstanker ved innleggelse viste sterkest sammenheng med senere selvmord, men sammenhengen var svak slik at forfatterne konkluderte at den var av liten prediktiv verdi. Depresjon var den eneste diagnosekategorien som var mer prevalent i selvmordsgruppen, men også her var sammenhengen svak.

Pasientsikkerhetsarbeid

I Norge er pasientsikkerhetsarbeid lovpålagt i spesialisthelsetjenesten (Lov om spesialisthelsetjenesten, om kvalitet og pasientsikkerhet, § 3-4) og det er meldeplikt på betydelig skade til Helsedirektoratet (§ 3-3) og varslingsplikt ved alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn (§ 3-3 a). Med alvorlige hendelser menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Det betyr at alle alvorlige selvmordsforsøk og gjennomførte selvmord skal gjennomgås i læringsøyemed av gjeldende institusjon, samt at Helsetilsynet skal ta stilling til et eventuelt tilsyn i den enkelte sak. Det er alltid mye å lære av denne type gjennomgang, men ettersom det dreier seg om sjeldne hendelser kan det være vanskelig å opparbeide seg en kumulativ læring. Systematisk gjennomgang av journaler over en periode har potensialet til å gi slik kunnskap.

Mål for studien

Avdeling for akuttpsykiatri, OUS, Ullevål, består av 5 lukkede sengeposter med til sammen 45 sengeplasser og avdelingen betjener et opptaksområde med ca. 210 000 innbyggere over 18 år i Oslo. Dette prosjektet tok sikte på å systematisere pasientsikkerhetsarbeidet over tid ved å foreta en gjennomgang av alle gjennomførte selvmord og alvorlige selvmordsforsøk over en tiårsperiode, fra 2005 til 2014. I tillegg til demografiske

variabler og kjente risikofaktorer ønsket vi også å se på kliniske variabler som preger pasientene under oppholdet som uttrykt psykisk smerte/angst, grad av håpløshet og sosial tilbaketrekning/reduert kontakt, sentrale faktorer i suicidologien (Shneidman, 2001; Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015). Dette er dynamiske faktorer som en kan rette tiltak mot og som dermed blir ekstra meningsfulle i en klinisk setting.

Metode

Alle selvmord og alvorlige selvmordsforsøk i perioden 2005–2014 er hentet fra vårt lokale kvalitets- og avvikssystem, som skal fange opp slike alvorlige hendelser inntil 1 måned etter utskrivelse. Alvorlige selvmordsforsøk inkluderte forsøk med klar intensjon om å dø eller hvor forsøket innebar klar fare for å dø. Vi gjennomgikk pasientenes journal fra deres siste opphold og inntil 1 måned etter utskrivelse for å hente opplysninger om grunnleggende demografiske forhold (kjønn, alder, sivilstatus, utdanning/arbeid), kjente

risikofaktorer for suicid (diagnose, tidligere selvmordsforsøk, selvmordstanker/-planer), sikkerhetstiltak (for eksempel grad av tilsyn, inndragelse av permisjoner), hendelsessted og metode. Som selvmordsrelatert atferd har vi inkludert følgende: Selvmordsforsøk som innleggeselsgrunn, selvmordsforsøk eller selvskading under innleggelse og forberedelse til selvmord som for eksempel selvmords-/avskjedsbrev eller innføring av farlig gjenstand inn i avdelingen. Klinisk status som psykisk smerte/angst, håpløshet og sosial tilbaketrekning/reduert kontakt ble målt basert på den siste uken før hendelse slik det var beskrevet i journal. Gjennomgangen av journalene inkluderte både behandler- og sykepleiejournal og notater fra andre yrkesgrupper. Der det forelå tilsynsrapporter fra Statens helsetilsyn, ble disse også gjennomgått for supplerende informasjon. Studien er godkjent av personvernombudet ved OUS. Håpløshet ble skåret hvis det den siste uken før hendelsene forelå utsagn som indikerte manglende tro på fremtiden, manglende tro på behandlingen, eller manglende tro på

at de noen gang kunne oppnå en bedring av sin tilstand. Mer realitetsbristende utsagn som indirekte indikerte mangel på håp som for eksempel «Jeg kommer uansett til å bli fengslet og dømt til døden», eller «Dette er ikke noen vits i, jeg er ikke syk, bare et forferdelig menneske» ble også skåret som mangel på håp. Redusert kontakt ble skåret i atferd som psykisk fjernhet, manglende respons på henvendelser, redusert deltakelse i aktiviteter i avdelingen, tilbaketrekning fra fellesmiljøet, selvvalgt isolering på rom og mindre kontakt med pårørende og venner. Symptomer og atferdsbeskrivelser som indikerte sterkt psykisk ubehag/angst ble skåret etter DSM-5 sin «Anxiety distress specifier» for Major Depression (American Psychiatric Association, 2013). Dette er en tilleggsvariabel for alvorlig depresjon som er ment å fange opp angstproblematikk som vanlig tilleggsproblem ved depresjon. Høyt nivå av angst ved depresjon kan øke selvmordsfaren ved depresjon og denne tilleggsvariabelen er foreslått brukt til å fange opp pasienter som er i spesiell risiko for selvmordsatferd (Canuso, 2015). Variabelen består av 5 ledd knyttet til grad av angst: fra «følelse av anspenhet» til «en følelse av at noe forferdelig kommer til å skje» og «jeg holder på å miste kontrollen over meg selv».

For å sammenlikne pasientene i vårt utvalg med den øvrige pasientpopulasjonen ved akuttavdelingen, har vi hentet data fra alle innleggelser i perioden 2007-2013.

Statistiske analyser

For å undersøke om det var noen systematiske forskjeller mellom pasienter som gjorde selvmordsforsøk eller selvmord ble det gjennomført parametriske statistiske tester for kontinuerlige variabler. Kategorisk fordeling rapporteres uten statistisk beregning som andeler av total innen hver kategori. Funn blir presentert for hele gruppen selvmord/selvmondsforsøk og for hver gruppe.

Resultater

I løpet av ti år hadde avdelingen 9170 innleggelser, 19 selvmord og 16 alvorlige selvmordsforsøk, noe som gir en selvmordsrate på 0,2 % i løpet av disse årene. For én pasient mangler all annen informasjon enn dødsfall ved selvmord, og denne personen er ikke med i de videre analysene. Se Tabell 1 for en oversikt over informasjon om pasientene i studien og den generelle akuttpsykiatriske populasjonen ved sykehuset i perioden 2007-2013. Se Tabell 2 for en oversikt over resultater fra journalgjennomgang.

Pasientene som døde ved selvmord var eldre enn de øvrige pasientene ved avdelingen i samme periode. De har også noe høyere GAF-funksjon ved innkomst og en større andel med høyere utdanning, og igjen er denne tendensen forsterket i gruppen med selvmord. Det er en klar majoritet som var innlagt til frivillig behandling og affektiv lidelse er vanligste diagnose (Tabell 2 og 3). De fleste hendelsene skjedde utenfor avdelingen, under permisjon/utgang, eller innen 1 måned etter utskrivelse. Tre pasienter døde ved selvmord inne på avdelingen. Det er naturlig nok en stor forskjell i liggetid mellom de som gjorde selvmordsforsøk og de som døde ved selvmord, men ingen av gruppene hadde kortere liggetid enn den øvrige pasientpopulasjonen. Pasienter som tok sitt eget liv etter utskrivelse hadde gjennomsnittlig liggetid på 14 dager, øvrig populasjon hadde gjennomsnittlig liggetid på 12 dager.

Selvmondstanker, -planer og -atferd under oppholdet

De aller fleste pasientene som gjorde selvmordsforsøk eller døde ved selvmord hadde suicidalitet som en del av innleggelsesårsaken (Tabell 2). Det var kun 5 av disse pasientene hvor suicidalitet ikke ble eksplisitt nevnt i henvisning eller i innkomstsamtalen. Allikevel ble 35 % av pasientene i utvalget vurdert ved innkomst å ikke ha

TABELL 1. Oversikt over informasjon relatert til selvmordsforsøk og selvmord i perioden 2005–2014

	Selvmondsforsøk	Selvmond	Øvrig populasjon ^a	t	p
Antall innleggelser	16	19	9170		
Selvmondsrate (%)		0,2			
Alder (år)	38	48	40	2,1	<0,05
Kvinne (%)	75	50	54		
Liggedager	42	15	12		
Frivillig (%)	82	94	73		
GAF-S inn	36	36	37		n.s.
GAF-F inn	41	40	39		n.s.

^a Øvrig populasjon er basert på driftsdata fra avdelingen i perioden 2007-2013. Antall innleggelser er fra perioden 2005-2014.

forhøyet selvmordsrisiko (Tabell 2), og halvparten av denne gruppen døde ved selvmord under innleggelsen eller måneden etter utskrivelsen. De fleste forteller om selvmordstanker i løpet av oppholdet. I perioden fra henvisning til hendelse har 85 % av pasientene fortalt om selvmordstanker, 41 % forteller om selvmordsplaner og 56 % viser selvmordsrelatert atferd.

Kliniske variabler siste uke før hendelse

Det ble journalført utsagn som indikerte håpløshet hos 56 % av pasientene i utvalget. Redusert kontakt ble anført i journal hos 17 %. Beskrivelse av håpløshet og/eller redusert kontakt blir systematisk beskrevet ved

Tabell 2. Oversikt over sosioøkonomiske forhold, aspekter relatert til selvmordsforsøk/selv mord og kliniske variabler

	Selvmonds- forsøk (%)	Selv mord (%)	Alle ^a (%)
Sosioøkonomiske forhold			
Gift/Samboer	66	44	35
Barn	38	50	44
Høyere utdanning	38	61	50
Metode			
Hopp	25	28	26
Kutt	25	28	21
Hengning	19	17	18
Intox	25	17	21
Annet	6	11	15
Risikofaktorer			
Selvmondsstanker	75	94	85
Selvmondsplaner	38	44	41
Selvmondsatferd	44	67	56
Risikovurdering/Tiltak			
Forhøyet risiko	56	72	65
Ingen særlige tiltak	38	33	35
Hvor			
På avdeling	38	17	26
Utgang/Permisjon	44	39	41
Etter utskrivelse	19	44	32
Kliniske variabler			
Håpløshet	38	56	47
Redusert kontakt	38	17	26
DSM-5 anxiety distress spesifikker			
Fraværende	6	17	12
Mild/moderat	38	44	41
Alvorlig	13	17	15
Alvorlig med agitasjon	44	22	32

^a Kombinert overlevende og døde

innkomst, men utover i behandlingsfasen synes dette å være generelt lite nevnt. Kontaktevne vurderes rutinemessig tidligere i forløpet, spesielt i innkomstsamtale med behandler, men det ble sjeldent berørt av behandler i denne fasen av behandlingen. I sykepleiejournalen anføres det ofte rutinemessig og kort, «Pasienten har gitt god kontakt i kveld», eller mer sjablongmessig, «Pas er fin i kontakten». Symptomer knyttet til angst og uro får derimot mer plass i journalen: 50 % av utvalget fremviser alvorlige angstplager med eller uten agitasjon.

Diagnosefordeling

Affektive lidelser (F3X) er den vanligste diagnosegruppen blant utvalget med totalt 41 %, og 50 % hos de som døde ved selvmord (Tabell 3). Psykoselidelse (F2x) var diagnostisert i 24 % i det totale utvalget, men 17 % hos de som døde. Vi fant at 32 % av pasientene hadde en personlighetsdiagnose, angst eller stressrelatert diagnose. Journalgjennomgangen viste at 29 % av utvalget hadde kjent rusproblematikk, men diagnosen ble ikke oppført i epikrisen, hverken som primær eller bidiagnose. Det var også flere enn pasientene med psykoselidelse som viste psykotiske symptomer. Uavhengig av diagnose viste 50 % av pasientene psykotiske symptomer i løpet av oppholdet.

Diskusjon

Denne studien er en naturalistisk studie som ikke kan avklare årsaksforhold, men hvor formålet er å analysere forløpet og behandlingen til pasienter som utførte selvmord eller gjorde alvorlige selvmordsforsøk under eller måneden etter innleggelse, for å forbedre og sikre fremtidig behandling. Vi fant at i perioden 2005–2014 hadde avdelingen en selvmordsrate på 0,2 %, noe som ligger omtrent på linje med gjennomsnittet i internasjonale metastudier (Walsh et al., 2015). Alvorlige selvmordsforsøk viste seg ikke å være knyttet til en bestemt diagnosekategori, men affektive lidelser er

Tabell 3. Oversikt over diagnostisk fordeling (%) ved selvmordsforsøk og selvmord i perioden 2005–2014

	Selvmonds- forsøk %	Selv mord %	Alle %	Øvrig populasjon ^a %
Psykose (F2)	31	17	24	29
Affektive (F3)	31	50	41	18
Øvrig	38	33	35	53
Psykose- symptomer	63	39	50	
Rusproblematikk	25	33	29	

^a Øvrig populasjon er basert på driftsdata fra avdelingen i perioden 2007–2013.

overrepresentert hos pasienter som døde. Dette er samsvarende med funn i tidligere internasjonal (Madsen et al., 2017) og norsk forskning (Haaland et al., 2017). Pasientens suicidalitetsproblematikk var ikke ukjent under innleggelsen; 85 % av pasientene rapporterte selvmordstanker og 67 % hadde vist selvmordsrelatert atferd. Allikevel ble 35 % av pasientene vurdert uten forhøyet selvmordsfare. Resultatene illustrerer vanskene med prediksjon på individnivå.

Mer restriktiv behandling?

De fleste hendelsene skjer utenfor sykehusavdelingen. Spesielt er denne tendensen klar når en ser på de hendelsene som endte med dødsfall. Dette er i samsvar med internasjonal forskning og understøtter Pasientsikkerhetskampanjens vektlegging av permisjoner og overgangen til poliklinisk behandling som risikosituasjoner (Helsedirektoratet, 2013). Et sentralt spørsmål er hvorvidt en mer restriktiv behandling ville redusert antall alvorlige hendelser. Det foreligger ikke entydig forskning som tilsier at begrensning i frihet fører til færre selvmord eller selvmordsforsøk. En nylig publisert studie viste ingen forskjell i antall selvmord ved psykiatriske avdelinger med «åpen dør» sammenliknet med lukkede avdelinger (Huber et al., 2016). Forfatterne konkluderer med at restriksjoner i personlig frihet ikke gir økt sikkerhet, og anbefaler i stedet mer vektlegging av etiske standarder for å sikre ivaretagelse av pasienters autonomi og for å styrke den terapeutiske relasjonen og samarbeidet mellom behandler og pasient.

Alle sengepostene ved akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål er lukkede, men pasientene behandles med stor grad av variasjon når det gjelder restriktive tiltak: som begrensninger i alenetid inne i avdelingen, utgang og permisjoner. Om lag 30 % av pasientene mottas til tvungen behandling eller tvungen observasjon, de resterende tilbys frivillig behandling. Pasienter som mottar frivillig behandling har gjennomsnittlig kortere liggetid, noe som medfører at andelen pasienter som til enhver tid er innlagt til tvungen behandling er høyere, ca. 66 %. Vårt utvalg skiller seg markant fra dette; bare 12 % mottok tvungen behandling, 88 % frivillig behandling ved hendelsestidspunktet. En kan spørre seg om mer restriktive tiltak, her i form av tvungen behandling, kunne beskyttet pasientene bedre. Det er allikevel flere data fra vårt materiale som tilsier at formalia i form av tvang/frivillighet spiller en underordnet betydning for disse pasientene. Pasientene i vårt utvalg har ikke en kortere liggetid enn våre øvrige pasienter. Det gjelder også for pasientene som døde etter utskrivelse. De har som gruppe altså ikke skrevet seg ut tidlig for å avslutte livet, men samarbeidet over tid om behandlingen. Vurderinger av ulike sikkerhetstiltak som hyppig tilsyn, utgang og permisjoner gjøres også uavhengig av formalia: det er pasientens tilstand som skal avgjøre disse tiltakene. Hos pasienter som er frivillig innlagt vil tiltakene i stor grad være basert på et samarbeid knyttet

til en felles forståelse av pasientens behov for støtte og beskyttelse.

Hva karakteriserte pasientene den siste uken før hendelsen?

I vårt utvalg uttrykte 56 % av pasientene håpløshet i løpet av den siste uken, men temaet får ikke mye plass i journalene og var vanskelig å skåre. Når håpløshet nevnes er det oftest i forbindelse med rapportering i sykepleiejournal av hva pasienten virker å ha uttrykt spontant. Det spørres sjeldent direkte om, og det følges heller ikke alltid opp med samtaler og/eller tiltak der hvor pasienten har fortalt om sitt manglende håp, i hvert fall er det mangelfullt beskrevet i journal. Det var enda vanskeligere å gjøre en vurdering av pasientenes grad av kontakt eller tilbaketrekning. Vi fant at 17 % av pasientene viste atferd som ble skåret som redusert kontakt eller hvor det eksplisitt blir anført i journal med redusert kontakt. Vanskene med å skåre disse to variablene setter et spørsmålstegn ved om disse resultatene er valide og de må tolkes med varsomhet.

Symptomer knyttet til angst og uro får derimot mer plass i journalen, det er symptomer som behandlingen ofte rettes direkte mot og som er lett observerbare i sin alvorlige form med synlig subjektivt ubehag og motorisk uro med vandring i gangene. Halve gruppen viste atferd og symptomatologi forenlig med en slik alvorlig angsttilstand.

Generelt kan en si at pasientene i denne fasen, i tråd med Busch et al. (2003) sin klassiske studie, viste et høyt symptomnivå med stort subjektivt ubehag. Men på grunn av manglende kontrollgruppe kan heller ikke vi sikkert si om de skilte seg fra de andre pasientene på akuttpsykiatrisk avdeling. En stor andel uttrykte manglende håp, men det er like slående hvor lite det spørres direkte om hva slags tanker pasientene har om fremtiden, den pågående behandlingen og hvorvidt de har tro på en bedring av sin tilstand. Dette gir mistanke om at håpløshet er et større problem i utvalget enn hva som kommer frem av journallesingen. Det samme gjelder redusert kontakt og sosial tilbaketrekning.

For lite vekt på behandlingsrelasjonen?

En karakteristisk akuttpsykiatrisk journal inneholder fra innkomst og de første dagene omfattende og systematiske vurderinger av pasientens psykiske tilstand og vurderinger av volds- og selvmordsrisiko. I det videre forløpet preges journalen ofte av notater som kort sier noe om pasientens tilstand og endringer i denne. Ved utskrivelse gjøres det på nytt mer omfattende vurderinger av tilstand og risikofaktorer. Våre kliniske data fra den siste uken før selvmordene og selvmordsforsøkene er stort sett hentet fra den kortfattede mellomperioden i pasientforløpet, og det reflekteres i det som kan tolkes som underrapportering. I denne gjennomgangen forholder vi oss til det som rapporteres i journalen, og det kan tenkes at det foregår mye i det kliniske arbeidet og den

kliniske utførelsen som ikke nedtegnes. Men et generelt inntrykk trer frem ved gjennomgangen av journalene, hvor det legges stor vekt på vurderinger, inkludert risikovurderinger, og mindre på behandling, endringsarbeid og relasjonen mellom pasient og behandlere/miljøpersonell.

Betydning for klinisk praksis

Denne studien er en del av avdelingens kvalitets- og utviklingsarbeid når det gjelder selvmordsforebygging. Vårt utgangspunkt er at suicidalitet er en sentral akuttpsykiatrisk problemstilling. Dette tematiseres ved alle innsamtsamtaler, hvor det også gjøres en risikovurdering. All forskning, inkludert vår egen, viser at denne vurderingen er notorisk usikker. På bakgrunn av dette må det fortløpende gjøres nye vurderinger i det videre forløpet. Resultatene våre viser at nesten alle pasientene med senere selvmordsforsøk eller gjennomførte selvmord rapporterte om selvmordstanker eller hadde vist selvmordsrelatert atferd. Dette er vanlige plager og symptomer hos akuttpsykiatriske pasienter og en svært liten andel vil senere gjennomføre et selvmordsforsøk, men disse pasientene mener vi allikevel skal følges videre med målrettet behandling rettet mot denne problematikken. Det betyr ikke utmattende

Men et generelt inntrykk trer frem ved gjennomgangen av journalene, hvor det legges stor vekt på vurderinger, inkludert risikovurderinger, og mindre på behandling, endringsarbeid og relasjonen mellom pasient og behandlere/miljøpersonell.

gjennomgang av lister over risikofaktorer. Der hvor pasienten både viser og rapporterer bedring, har tro på behandling og en bedre fremtid, vurderer vi risikoen som redusert og kommer i bakgrunnen i behandlingen. Der hvor pasienten har åpnet for at selvmordstanker er til stede og plagsomme, vil vi ha en empatisk, oppmerksom og utforskende holdning til det subjektive ubehaget og til mulighetene for å redusere plagene, eller i det minste hjelpe pasientene gjennom en vanskelig periode. Installering av håp og tro på at det vil bedre seg vil være sentralt.

Der hvor vi ikke når frem med dette, og/eller der hvor pasienten er i en tilstand med stor angst, uro og med liten tro på behandling, vurderer vi mulighetene for ekstra tiltak. Vi er i disse situasjonene inne i det vi kan kalle akuttavdelingens parallell til «hotspots». Pasientene har nå en tilstand også vår studie viser kan gi økt risiko. Her mener vi at en erfaren spesialist skal knyttes direkte til vurderingen. Tiltakene kan variere når det gjelder ytre sikring, som for eksempel gjennomgang av eiendeler for å ta vare på potensielt farlige gjenstander, eller overføring til egnede, sikre rom. Det er ikke alltid slik sikring anses som nødvendig eller fruktbart, men i slike tilfeller vil vi nesten alltid ha en holdning om at pasienten ikke skal være overlatt til seg selv. Pasienten kan gjerne oppholde seg på åpent avsnitt og gå turer ute, men vi vil være til stede. Vi er forsiktige med permisjoner som vi har vist kan være en risikosituasjon, og der vi vurderer det som forsvarlig vil vi involvere pårørende. Dette er ikke tiden for aleneturer, permisjonene skal være med informerte pårørende som også kan følge pasienten til og fra avdelingen. Dette kan høres ut som restriktive tiltak, men begrunnelsen er omsorg; når en er preget av stor indre smerte trenger en andre mennesker hos seg.

Det er vår erfaring at pasienter i en slik tilstand oftest har forståelse for vår holdning om tilstedeværelse. Mange reagerer også med lettelse; de er utrygge på seg selv. Tiltakene skjer derfor oftest i en samarbeidende behandlingsrelasjon, reguleringen av nærhet og avstand i tilsynet kan også diskuteres med pasienten. Samarbeidet er avgjørende ettersom vår undersøkelse viser at selvmordsproblematikken i høy grad er til stede hos pasienter også under frivillig behandling. Det betyr ikke at tvungent vern også kan være riktig og nødvendig, for eksempel der pasienten er preget av vrangforestillinger og åpenbart ikke er samtykkekompetent.

Vår undersøkelse viser også at vi i for liten grad følger opp utsagn om håpløshet. Vi tenker det kan forbedres ved å forene vurderinger og behandling bedre. Det kan for eksempel skje gjennom jevnlig evalueringer av behandlingen i samarbeid med pasienten: Hvordan synes pasienten at behandlingen går, har hun tro på behandlingen, hva synes hun virker/ikke virker, har hun håp om bedring, har det skjedd noen endring i det siste, bør vi justere kursen noe? Dette er spørsmål som både gir retning i behandlingen, og hvor svarene vil gi viktig informasjon i en pågående risikovurdering. Et viktig poeng her er at dette er behandlingselementer som er transdiagnostiske og som har klare paralleller til fellesfaktorer for all god behandling av psykisk helseplager (Wampold, 2015). Det er altså unødvendig å gjøre enda en spesifikk screening eller selvmordsrisikovurdering før en tematiserer disse forholdene.

Implementering

Det er helt avgjørende at både det teoretiske og empiriske grunnlaget for det selvmordsforebyggende arbeidet, inkludert den konkrete arbeidsmetodikken, spres ut til alt behandlende personell i avdelingen. I tillegg til fast undervisning for alt personell, er det innført simuleringstrening for miljøpersonalet og sykepleietjenesten i selvmordsforebyggende arbeid hvor resultatene fra denne studien også vektlegges.

Begrensninger

Den aktuelle studien er en gjennomgang av journal hos pasienter etter selvmord eller alvorlig selvmordsforsøk ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Det er et lite utvalg, og de fleste variabler rapportert her er basert på journalopplysninger. Journalføringen av håpløshet og redusert kontakt fant vi av variabel kvalitet. Journalopplysningene ble videre skåret av førsteforfatter uten at det er utført interskårer reliabilitetsundersøkelse. En skåring av de samme variablene på en tilfeldig utvalgt kontrollgruppe ville klart styrket slutningene fra studien. En sentral begrensning er at studien kun rapporterer på hendelser som er rapportert inn i helseforetakets kvalitetsregistre, det vil således kunne være flere selvmord og selvmordsforsøk i perioden som vi ikke kjenner til.

Konklusjon

I løpet av en 10-års periode, mellom 2005 og 2014, er det i denne studien registrert 35 selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk knyttet til innleggelse eller inntil en måned etter utskrivelse fra en akuttpsykiatrisk avdeling. Resultatene underbygger tidligere funn vedrørende vanskene med å predikere selvmord på individnivå, men viser en klar overhyppighet av affektive lidelser i gruppen. Kombinasjonen av pågående selvmordstanke, angst/agitasjon og håpløshetsfølelse bør vies spesiell oppmerksomhet, og i slike faser vurderer vi at pasientene ikke bør bli overlatt til seg selv. Man bør

derfor utvise særlig varsomhet knyttet til risikosituasjoner som utgang alene, permisjoner og utskrivelse. Risikovurderinger må følges av behandlingstiltak, og disse bør kombineres i en fortløpende evaluering av behandlingen sammen med pasienten, hvor behandlingsallianse og pasientens tro på behandlingen er sentrale momenter.

Levert: 14.11.2018 – Revidert 07.04.2019 – Godkjent: 01.05.2019

REFERANSER:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth d.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Agerbo, E., Gunnell, D., Bonde, J.P., Mortensen, P.B., & Nordentoft, M. (2007). Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*, 37, 1131-40.
- Busch, K.A., Fawcett, J., & Jacobs, D.G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 14-19.
- Canuso, C. (2015). Clinical Relevance of the DSM-5 «With Anxious Distress» Specifier: A Risk Indicator for Suicidality? Poster presented at The International Summit for Suicide Research, New York.
- Combs, H., & Romm, S. (2007). Psychiatric inpatient suicide: A literature review. *Primary Psychiatry*, 14(12), 67-74.
- Cox, G.R., Owens, C., Robinson, J., Nicholas, A., Lockley, A., Williamson, M., & Pirkis, J. (2013). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: A systematic review. *BMC Public Health*, 13, 214.
- Gjelsvik, B. (2014). Advarsel om selvmordsrisiko. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 243-245.
- Haaland, V. Ø., Bjørkholt, M., Freuchen, A., Ness, E & Walby, F. (2017). Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling i Agder 2004-13. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 137, 1420-5.
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2014). Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 134, 394.
- Helsedirektoratet. (2013). Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» - forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger.
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskaading 2014-2017*.
- Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, Zinkler M, Beine K, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry*, 3, 842-849.
- Hyttén, K. & Mehlum, L. (1993). Selvmord blant innlagte pasienter i Gaustad sykehus 1954-91. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 113, 1974-1977.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Klonsky, E.D. & May, A.M. (2015). The three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 114-129.
- Larsen, K. & Karlsen, K. (2016). Selvmord ved utsprang fra høyt sted. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 118-126.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). (Lov - 1999 - 07 - 62).
- Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B. & Nordentoft, M. (2011). Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 144-151.

Madsen, T., Erlangsen, A. & Nordentoft, M. (2017). Risk estimates related to psychiatric inpatient suicide: an overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 253.

Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H. & Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188(2).

Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R. & Jorgensen, H. A. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatric Services*, 61, 25–31.

Nielsen, O., Wallace, D., & Large, M. (2017). Pokorny's complaint: The insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment. *BJPsych Bulletin*, 41, 18–20.

Pirkis, J., Spittal, M. J., Cox, G., Robinson, J., Cheung, D. & Studdert, D. (2013). The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 42, 541–548.

Pokorny, A.D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 249–257.

Qin, P. & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalisation. *Archives of General Psychiatry*, 62, 427–432.

Shneidman, E. S. (2001). *Comprehending suicide: Landmarks in 20th century suicidology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet. IS-1511.

Walsh, G., Sara, G., Ryan, C.J., & Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131, 174–184.

Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270–27.

ASBJØRN KOLSETH er sjefpsykolog ved Avdeling for akuttpsykiatri, OUS. Universitetslektor ved Psykologisk institutt, UIO.

CHRISTIAN THORESEN er senioranalytiker og psykolog, PhD ved Helse Sør-Øst.

ANN FÆRDEN er overlege/forskningskoordinator (PhD) ved akuttpsykiatrisk avdeling, OUS.

Utdanning i behandling av komplisert sorg (CGT)

Jobber du klinisk med **sorgproblematikk** og har **helse- eller sosialfaglig utdanning?**

Løpende opptak til kull 5 (2019/2020) foregår nå!

Les mer og søk på www.uio.no/cgt

Bli CGT-terapeut!

UiO : Universitetet i Oslo

NSSF

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging