

I følge nyere studier har en sikkerhetsplan selvmordsforebyggende effekt. Den anbefales fremfor generelle kriseplaner og ikke-selv-mordkontrakter, og utarbeides i samarbeid mellom behandler og pasient.

Her forklarer Lars Mehlum, leder av NSSF, hvordan!

Sikkerhetsplan

– en metode med selvmordsforebyggende effekt

AV INA BEKKEVOLD-JERNBERG

Sikkerhetsplanen er:

- Trinnvise og konkrete mestringsstrategier som pasienten kan bruke ved økende selvmordstanker.
- Helsepersonell og pasient utarbeider planen i samarbeid, enten fysisk eller digitalt.
- Utarbeides i en tidlig fase av behandlingen.
- Kan oppdateres og utvikles videre ved behov.

Sikkerhetsplanen kartlegger hvordan:

- A – Gjenkjenne faresignaler
- B – Benytte indre mestringsstrategier
- C – Benytte ytre mestringsstrategier
- D – Profesjonelle hjelpere som kan kontaktes
- E – Begrense tilgjengelige metoder

Planen er et selvhjelpsverktøy som hjelper suicidale personer å fokusere på hva de konkret kan gjøre dersom selvmordstankene blir overveldende – hvilke faresignaler de bør være oppmerksomme på, mestringsstrategier de kan bruke og hvem de kan kontakte av nære personer eller profesjonelle ved behov. Sikkerhetsplan er en metode som i følge nyere studier, har selvmordsforebyggende effekt.

Forskjellen mellom kriseplan og sikkerhetsplan

Kriseplan er et kjent begrep i norsk psykisk helsevern og har ofte samme formål som en sikkerhetsplan.

– En sikkerhetsplan er en mer spesifikk type kriseplan som følger en egen metode. Den er utviklet av Barbara Stanley og Gregory K. Brown. Kriseplaner generelt er i liten grad validert vitenskapelig. Vi vet dermed mindre om hvordan de fungerer i forhold til de tingene vi ønsker at skal skje: At pasienten i mindre grad skal gjøre selvmordsforsøk eller ta livet sitt, sier Lars Mehlum, psykiater, professor og leder av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF).

Store og solide forskningsprosjekter har studert sikkerhetsplanen og konkluderte med at ved å lage en sikkerhetsplan så dobles pasientens tendens til å møte til avtalt oppfølgingstime. I tillegg fant man at risikoen halveres for at pasienten skal gjøre et (nytt) selvmordsforsøk. Det er utført randomiserte studier av sikkerhetsplanmetoden med opp mot 1600 deltakere, og man ser en imponerende effekt av dette enkle, billige og robuste tiltaket (Stanley, Brown & Brenner, 2018).

Å lage en sikkerhetsplan sammen med pasienten er enkelt å lære, lett å bruke og har en solid kunnskapsbase.



– Det er denne følelsen
av at alt er håpløst. Jeg er livredd
for at det skal være sånn for alltid.
Og det orker jeg ikke.

Bildet er hentet fra demonstrasjonsfilmen om hvordan lage en sikkerhetsplan.

Ulemper ved en ikke-selv-mordskontrakt

En ikke-selv-mordskontrakt er en muntlig eller skriftlig avtale, hvor pasienten lover gjennom et håndtrykk eller underskrift at hen ikke skal ta livet sitt, vanligvis i en avtalt tidsperiode, slik som fram til neste time. En slik kontrakt kan kanskje virke forlokkende for terapeuter å bruke, men det anbefales ikke.

Mehlum utdyper med disse viktige argumentene mot å bruke en ikke-selv-mordskontrakt.

– For det første har vi ikke noen evidens for at kontrakt-inngåelse om det å ikke ta livet sitt frem til neste time forebygger selvmordsforsøk eller selvmord; det er ingen studier som viser at det har en effekt. For det andre inneholder en slik kontrakt ingen tiltak, annet enn pasientens løfte. Det er altså ikke noe i kontrakten som hjelper pasienten til å overholde den. Pasienten kan dessuten settes i en lojalitetskonflikt, og dermed legges sten til byrden. Kontrakten gir muligens terapeuten en følelse av å kunne roe seg ned og gå hjem fra kontoret med en følelse av trygghet, mens pasienten blir sittende igjen uten effektive tiltak.



En kontrakt gir ikke pasienten informasjon om hvordan holde seg trygg, eller hvordan klare å holde ut å være suicidal uten å ta livet sitt.

Sikkerhetsplanens innhold

En sikkerhetsplan er en liste med progressive tiltak som pasienten selv kan iverksette eller be om hjelp fra andre til å iverksette.

A. Gjenkjenne faresignaler

Det første trinnet i utviklingen av en personlig sikkerhetsplan er å identifisere faresignalene som kommer i forkant av en suicidal krise; endret atferd, måter å tenke på eller endringer i humør. Eksempler kan være en følelse av håpløshet og depresjon, irritabilitet eller tanker som «Jeg orker ikke mer». Man kan ha trang til å isolere seg, bli liggende i sengen, eller drikke mer alkohol enn vanlig. Med spesifikke, heller enn vage,

beskrivelser av faresignalene er det større sjanse for at pasienten gjenkjenner dem og kommer på at det kan være på tide å ta frem sikkerhetsplanen.

– En sikkerhetsplan er noe som den hjelpesøkende og hjelperen er sammen om å utforme. Det er viktig å få opplevelsen av at dette er MIN sikkerhetsplan og ikke noe som er blitt tredd ned over mitt hode, forklarer Mehlum.



Bildet er hentet fra demonstrasjonsfilmen om hvordan lage en sikkerhetsplan.

B. Benytte indre mestringsstrategier

Neste trinn er å planlegge hva pasienten kan gjøre selv når faresignalene øker. Dette er et viktig trinn å prioritere da det styrker pasientens evne til å hjelpe seg selv og erfare at suicidale tanker eller impulser kan mestres. Konkret kan slike strategier for eksempel være å bruke distraksjonsteknikker for å få tankene over på noe annet, eller emosjonsregulerende ferdigheter for å få følelsen av fortvilelse og det å være ute av seg ned på et lavere nivå for å gjøre det mulig å tenke litt klarere; «hva gjør jeg nå». Det kan være å unne seg noe godt, se på noe på TV, ta en dusj eller bruke en av de fem sansene for å få tankene over på noe annet.

Terapeut og pasient identifiserer sammen strategier som kan fungere, og de som er enklest å utføre og fungerer best setter man øverst på listen.

C. Benytte ytre mestringsstrategier

Det er ikke sikkert at disse indre mestringsstrategiene gir ønsket virkning i situasjonen. Da er neste punkt hva pasienten kan gjøre ved hjelp av andre. Vi spør

gjærne pasienten om det er noen personer som vanligvis får dem til å føle seg litt bedre når de er i kontakt med dem, personer som pasienten kan ta kontakt med for å slå av en prat eller være sammen med.

Dette kan redusere følelsen av å være helt utenfor og utestengt. Det kan også fungere som distraksjon fra selvmordstankene. I noen tilfeller kan pasienten sette

opp på listen steder de kan gå for å være sammen med andre mennesker; for eksempel på kjøpesenter, kafé, biblioteket eller religiøse samlingssteder. Men, kanskje ikke en bar, siden fristelsen til å drikke alkohol ikke er det du trenger når selvmordstankene er økende.

- Mine pasienter har ofte noen trygge personer som de har avtalt at de kan ringe, komme til

og bare være hos et par timer om de trenger det. Om de ikke har noen slike personer, kan de kanskje ha steder de kan gå til for å føle seg mindre alene, isolert og utafør. Erfaringen er at dette er mulig å få til og at det hjelper, forteller Mehlum.

Han oppfordrer også pasienter, om mulig, til å sette opp noen på listen sin som de kan snakke med om hvordan de har det akkurat nå.



I samarbeid setter vi gjerne opp tre ulike ting pasienten kan gjøre, og jeg lærer aktivt bort forskjellige mestringsstrategier til pasienten, forklarer Mehlum.



Vi vet at å bruke en time sammen med pasienten på å lage en sikkerhetsplan i seg selv, er en enkel selvmordsforebyggende intervensjon – i tillegg er planen lett å bruke, og dessuten evidensbasert, avslutter professor Lars Mehlum.

– Første trinnet når det gjelder ytre mestringsstrategier i sikkerhetsplanen er generell sosial støtte. Det andre trinnet er hvem du kan snakke med om hvordan du har det akkurat nå, snakke om selvmordstankene og de vonde følelsene. Hvem er det som er villig til å stille opp for meg? Noen ganger kan det være vanskelig å generere sånne navn, men veldig ofte er det mulig å finne én eller to personer.

D. Profesjonelle hjelpere som kan kontaktes

Her kan pasienten sette opp navnet på behandleren sin, og hvis det ikke er noen behandler eller fastlege, så er det legevakt eller krise-/hjelpetelefoner de kan kontakte.

– Mine suicidale pasienter får mitt mobilnummer, og jeg ber dem ringe meg om de har prøvd alt det andre. Om alt svikter, og ingenting annet fungerer, da kan de ringe meg når som helst på døgnet. Jeg tror at bare det å vite at du kan ringe behandleren din om alt annet svikter, er superviktig. De fleste ringer aldri, men det hjelper dem å holde ut, fordi de vet at de kan ringe hvis det blir for ille. Det er en stor myte at man blir nedringt hvis man gir pasienten telefonnummeret, sier Mehlum.

Det er også viktig å snakke om og avklare hvilke hjelpetjenester pasienten faktisk er villig til å kontakte, og hvilke hindringer som eksisterer for at pasienten skal be om hjelp. Det kan diskuteres hvordan hjelpetjenestene kan tenkes å respondere, pasienten kan for eksempel være redd for å bli innlagt mot sin vilje, eller være redd for å bli avvist. Det skal kun føres opp hjelpetjenester pasienten er villig til å kontakte.

E. Begrensning av metoder

– Vi vet at selvmordsrisikoen er økt når personer har lett tilgang til selvmordsmidler og metoder (Joiner et al., 2003). Derfor vil vi også ta opp med pasienten hva hen kan gjøre for å sikre sitt eget nærmiljø, slik som å fjerne medikamenter som kan brukes til selvmord og

skytevåpen som åpenbart kan brukes til selvmord på et øyeblikks innskytelse, forklarer Mehlum. I utarbeidelsen av sikkerhetsplanen diskuteres begrensning av metoder bevisst etter at man har identifisert ulike indre og ytre mestringsstrategier.

Film om hvordan lage en sikkerhetsplan

Demonstrasjonsfilmen fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging viser hvordan helsepersonell og pasient i samarbeid, enten fysisk eller digitalt, kan lage en slik sikkerhetsplan.

Både skjema for sikkerhetsplan og en demonstrasjonsfilm om hvordan lage en sikkerhetsplan er tilgjengelig på norsk bokmål, nordssamisk og sørsamisk.

Du finner filmen på www.selvmord.no, utdanningskurs-konferanser, under e-læringskurs i selvmordsrisikovurdering:

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/e-leringskurs-i-selvmordsrisikovurdering/demonstrasjonsfilm-om-sikkerhetsplan/index.html>

Referanser:

Stanley B, Brown GK, Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk, Cognitive and Behavioral Practice, Volume 19, Issue 2, 2012, Pages 256-264, ISSN 1077-7229, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>.

Stanley B, Brown GK, Brenner LA, et al. Comparison of the Safety Planning Intervention with Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(9):894-900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776

Joiner, T. E., Steer, R. A., Brown, G., Beck, A. T., Pettit, J. W., & Rudd, M. D. (2003). Worst-point suicidal plans: A dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1469-1480.

Demonstrasjonsfilmen er produsert av Leidar Norway. Denne saken ble først publisert på napha.no 31. januar 2021.