

# Hvordan gjøre gode selvmordsrisikovurderinger?

AV EWA NESS OG OLE STEEN

Vurdering av selvmordsfare er av de vanskeligste vurderingene vi gjør innenfor det psykiatriske fagfeltet. Det skyldes først og fremst at kunnskapsgrunnlaget er tynt, og at det ikke finnes gode prognostiske tester som vi kan støtte oss på. Vurdering av selvmordsfare baserer seg på kunnskap om statistiske risikofaktorer for selvmord i befolkningen, et personlig klinisk intervju og deretter en skjønsmessig vurdering av hver enkelt pasient i en gitt situasjon.

Alt dette foregår ofte i en emosjonell vanskelig situasjon der man kanskje heller ikke med sikkerhet vet om pasienten ønsker hjelp.

Selvmordsrisiko forstås som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. Selvmordsrisikovurdering er altså både en vurdering av en person og en situasjon. Selvmordsfaren kan endre seg på kort tid. Vi har alle opplevd hvor forskjellig pasienten kan framstå på legevakt og senere samme dag på en akuttpsykiatrisk avdeling, der vakthavende lege skriver i journalen: «Pasienten sier hun ikke er suicidal så lenge hun er i posten.»

Sosial- og helsedirektoratet utga i 2008 nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511), som gir retningslinjer for hvordan man skal gjennomføre en faglig forsvarlig selvmordsrisikovurdering. Retningslinjene har blitt godt mottatt blant fagfolk, og inntrykket er at de oppleves som en støtte i hverdagen. Der som man følger retningslinjene, har man gjort det som kreves. De gir en minstestandard.

Det mest utfordrende med selvmordstruede pasienter er ofte kommunikasjonen. Vi vet ikke om vi kan stole på det de sier til oss. Vil de ta livet sitt, men sier det ikke til oss? Eller vil de egentlig ikke ta livet sitt men sier det til oss fordi de for eksempel ønsker å oppnå noe? Det å etablere en alli-



**Ewa Ness** er spesialist i psykiatri, fag- og kvalitetsleder ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus og leder av Psykiatrisk legevakt i Oslo. Hun ledet arbeidet med utformingen av de Nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging og er tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og forskning. Hun har siden 2005 holdt mer enn 50 kurs i kliniske selvmordsrisikovurderinger.



**Ole Steen** er spesialist i psykiatri og arbeider som assisterende avdelingsoverlege ved Avdeling for akuttpsykiatri, Oslo universitetssykehus og ved Psykiatrisk legevakt. Han har arbeidet mye med reduksjon av tvang i akuttpsykiatrien. Han har tidligere arbeidet ved nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, og ved avdeling for personlighetspsykiatri samme sted.

anse med pasienten er vanligvis det aller første og viktigste i konsultasjonen. Uten en god kontakt er mulighetene for å få kartlagt risikofaktorer og gjort et godt intervju dårlig.

Det er mange, også innenfor det psykiatriske fagfeltet, som synes selvmordsrisikovurdering er vanskelig. Det forventes likevel at alle spesialister i psykiatri behersker dette. Det har i liten grad vært arrangert kurs som har tatt utgangspunkt i den kliniske situasjonen med presentasjon av kasus.

Selvmordsproblematikk utløser ofte følelser av maktesløshet. Mange er også usikre på hvor mye ansvar vi skal ta for disse pasientene. Noen leger vil forsøke å unngå suicidale pasienter, spesielt i situasjoner der de er presset på tid.

Alle risikerer at en pasient de har i behandling tar livet sitt. Noen leger tror at dersom de gjør alt riktig vil ikke pasienten ta sitt eget liv. Dette stemmer ikke. Uansett hvor flinke og empatiske vi er, og hvor mye tid vi har brukt på pasienten, kan det likevel gå galt.

Husk at personer som ikke er psykotiske selv er ansvarlige for sitt liv og sine handlinger. Tvang har en begrenset plass

i arbeidet med selvmordstruede pasienter. Din oppgave er å tilby den beste hjelp. Vi vet at leger og terapeuter som opplever at pasienter tar livet av seg, ofte klandrer seg selv for dødsfallet, selv om de har gitt god behandling.

- Opprett en behandlingsallianse og bruk den til å gi pasienten tilbake troen på mestring av eget liv
- Gjør en selvmordsrisikovurdering i tråd med nasjonale retningslinjer
- Gi adekvat behandling for symptomene og grunnlidelsen
- Mobiliser nettverket
- Vurder laveste effektive behandlingsnivå
- Dokumenter skikkelig for å dele ansvaret med de andre involverte behandlerne, og for å vise at pasienten har fått forsvarlig behandling

Det å gjøre selvmordsrisikovurderinger er en ferdighet man må øve på, men kvantitet er ikke nok. Det er nødvendig med en veileder som sier fra når du gjør noe som ikke er hensiktsmessig. Slik læring mener vi det er det for lite av i helsevesenet, kanskje fordi mange erfarne kolleger er usikre på om de er «flinke» nok til å framstå som modell for andre.

### Statistiske risikofaktorer

Det fins mange dokumenterte statistiske risikofaktorer for selvmord. Prøv å huske de viktigste:

- Alvorlig psykisk lidelse, særlig depresjon
- Tidligere selvmordsforsøk
- Rusavhengighet
- Brudd eller konflikt i nær relasjon
- Alvorlig somatisk sykdom

Undersøkelser viser at ca 90 prosent av dem som tar livet av seg har en psykisk lidelse eller rusproblemer. Depresjon er den vanligste tilstanden, og finnes ved omtrent halvparten av selvmordene. Mennesker med alvorlige personlighetsforstyrrelser, spesielt ustabil personlighetsforstyrrelse, eller schizofreni, har en betydelig økt risiko.

En annen statistisk risikofaktor for selvmord er tidligere selvmordsforsøk. Det spørres ofte for lite etter dette i anamnesen. Spør om antall forsøk og alvorlighetsgrad. Sjansen for at personen i fremtiden vil bruke samme metode er høy. Det er vanlig med stadig økende alvorlighetsgrad. Det er en myte at pasienter med mange forsøk «ikke egentlig mener å dø».

Særlig farlige er de som har gjort impulsive forsøk. Dette er pasienter som ikke forstår hva som utløste krisen, og derfor heller ikke kan identifisere når selvmordstankene og -planene kommer, og søke hjelp.

Noen selvmord følger et typisk mønster, slik at risikosituasjonen kan identifiseres og beskrives. Et typisk eksempel er en ung mann som er beruset, som går alene hjem fra fest etter at kjæresten har slått opp, og så hopper utfor en bro. Ved å sikre broer kan man redusere slike impulsive selvmord. Dette er gjort flere steder i Norge, og det er nylig bevilget penger til å sikre Golden Gate Bridge med fallnett. De som overlever slike utsprang forteller ofte at de ikke forstod hvorfor de gjorde det, de bare fikk en innskyttelse som de handlet på, og at de angret seg allerede i fallet.

Rusmisbruk og rusavhengighet er risikofaktorer for gjennomført selvmord. Det er etter vår erfaring en underdiagnostisering av alkoholproblemer i det psykiatriske fagfeltet. Pasienter med alkoholproblemer presenterer ofte symptomer på angst, depresjon eller selvmordstanker. Det er viktig å behandle grunnlidelsen, nemlig rusproblemet. Gjør grundig diagnostikk, og henvis til effektiv rusbehandling, for eksempel kognitiv behandling i A-klinikker eller 12-trinnsbehandling.

Mange opplever suicidale ruspasienter som en utfordring, særlig på legevakt. Man kan ikke gjøre gode vurderinger hvis promillen er så høy at det ikke er mulig å føre en fornuftig samtale. Dersom det fins muligheter for å la pasienten ligge og sove noen timer, kan man gjøre en ny vurdering når pasienten er i stand til å føre en samtale. Ikke la samtalen med ruspåvirkede pasienter trekke ut i tid og omfang, de fleste husker lite av hva de snakket om når de blir edru. Konsentrer deg om det akutte. Det er ikke uvanlig å ha selvmordstanker når promillen er høy. Andre risikofaktorer er selvmord i familien eller i nær vennekrets og alvorlig somatisk sykdom, hvorav HIV utgjør størst risiko for selvmord.

Det som oftest utløser selvmordstanker eller planer hos risikopasienter er en belastende livshendelse, for eksempel brudd eller konflikt i en viktig relasjon. Dette er vanligvis lett å kartlegge. «Har det skjedd noe spesielt i dag?» eller «Hva skjedde rett før du fikk selvmordstanker?» Noen pasienter vil likevel kunne bagatellisere slike hendelser. De kobler ikke hendelsen til sin psykologiske smerte, fordi hendelsen framstår som ubetydelig. En empatisk samtale kan være nok til at pasienten kommer seg fullstendig og kan reise hjem.

I det kliniske intervjuet må man spørre om pasienten har selvmordstanker og selvmordsplaner, og hvor konkrete disse er; om tankene er der hele tiden eller kommer og går. Dette må dokumenteres spesifikt. En formulering som:

«Pasienten er ikke suicidal» er ikke god nok fordi den ikke sier noe om beslutningsgrunnlaget vurderingen er gjort på.

På Psykiatrisk legevakt i Oslo snakker vi ofte med pasientene i 30–45 minutter, deretter tar en pause på minst 30 minutter, for så å komme tilbake for å se om samtalen har virket. Samtidig mobiliserer vi nettverket, spør om det er noen vi kan ringe som kan komme ned og være sammen med pasienten.

Selvmordstanker er relativt vanlige i befolkningen, men særlig blant personer med psykiske problemer. Men langt færre har selvmordsplaner. Særlig alvorlig er det å høre stemmer som sier man skal ta livet av seg selv eller andre, og dette bør undersøkes spesielt og rutinemessig. Slike pasienter bør oftest legges inn i døgnavdeling.

Akuttbehandling retter seg ofte mot søvnløshet, angst og uro. Unngå benzodiazepiner på grunn av misbruksfaren. Vær ikke tilbakeholden med å starte med antidepressiva i en akutt situasjon dersom diagnosen er klar, særlig ved mistanke om *alvorlig* depresjon. Motiver pasienter som allerede er i psykologisk behandling til å fortsette med den, særlig er dette viktig ved personlighetsforstyrrelser.

Selvmordsrisikovurderinger er vanskelige, og bør derfor ikke gjøres alene, særlig ikke hvis man gjør slike vurderinger sjelden. Drøft vurderingen med en annen kollega for å kvalitetssikre vurderingen, særlig når du er i tvil. Er du alene, kontakt spesialist på sykehus eller DPS. Dokumenter hvem som har deltatt i vurderingene. Man får også en liten debriefing «på kjøpet», slik at man lettere legger fra seg problemstillingen ved arbeidshagens slutt.

### Hovedbudskap:

- Kjenne de viktigste risikofaktorene for selvmord
- Etablere en god behandlingsallianse
- Gjøre et klinisk intervju i tråd med de nasjonale retningslinjene
- Mobilisere pasientens nettverk
- Gi behandling akutt og mot grunnlidelsen
- Vurdere videre behandlingsnivå

### Anbefalinger for videre lesning:

- Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i det psykiske helsevern (IS 1511)
- Et e-læringsprogram fra Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og forskning som ligger på nettet: [www.med.uio.no/studier/elaring/fagomraader/psykiatri/suicidrisikovurdering/](http://www.med.uio.no/studier/elaring/fagomraader/psykiatri/suicidrisikovurdering/)
- Walby, Ness: Psykiatrisk behandling av selvskaading på legevakt, Tidsskriftet nr. 9/2009
- For spesielt interesserte: Keith Hawton: Prevention and Treatment of suicidal behaviour: from science to practice, Oxford university press 2005.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: [ewaness@vikenfiber.no](mailto:ewaness@vikenfiber.no)