



# Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

## Kan vi redde flere liv?

---

### KRONIKK

#### EWA NESS

[ewn@helsetilsynet.no](mailto:ewn@helsetilsynet.no)

Ewa Ness er spesialist i psykiatri ved direktørens stab, Oslo universitetssykehus og Avdeling for varsler og operativt tilsyn, Statens helsetilsyn. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### JON RAGNAR SKOTTE

Jon Ragnar Skotte er psykiatrisk sykepleier og seniorrådgiver ved Avdeling for varsler og operativt tilsyn, Statens helsetilsyn. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### TORE BUER CHRISTENSEN

Tore Buer Christensen er spesialist i psykiatri, overlege ved Psykiatrisk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal og seniorrådgiver ved Avdeling for varsler og Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### JAN FREDRIK ANDRESEN

Jan Fredrik Andresen er spesialist i psykiatri og direktør i Statens helsetilsyn. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

Psykotisk depresjon representerer en betydelig risiko for selvmord. Vår gjennomgang av var symptomer på psykotisk depresjon ofte beskrives, men er blitt oppfattet som noe annet. Det potensielt livstruende tilstanden oppdages og behandles.



Illustrasjon: Cecilie Maurud Barstad

Siden varselordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3–3a ble etablert i 2010, har Statens helsetilsyn mottatt og håndtert 4 505 varsler spesialisert rusbehandling, og over halvparten av disse ble avsluttet etter innledende undersøkelser. De fleste varsler gjelder selvmord eller foreligger utilstrekkelig diagnostisk kompetanse på psykotisk depresjon.

Det helt grunnleggende i all helsehjelp er at pasientens tilstand og behandlingsbehov avklares så raskt som mulig. Ubehandlet alvorlig og individuelt tilpasset behandling vil imidlertid prognosen vanligvis være vesentlig bedre. I vår gjennomgang av varsler har vi funnet en rekke pasientene, tilsynelatende har manglet tilstrekkelig kunnskap om psykotisk depresjon. I noen saker fant vi at så godt som alle kjernesymptomer at diagnosen ble stilt. De sakene vi har undersøkt, fordeler seg jevnt på ulike helseforetak i hele landet. I de fleste sakene har pasienten vært psykiatere og psykologspesialister. Ofte har pasienten vært i behandling over flere uker, både poliklinisk og i døgnavdeling.

## Utredning og risikovurdering

Alvorlig depresjon med psykosesyntomer er underdiagnostisert og underbehandlet (2). Grubling, angst og irritasjon kan være fremtredende ideer om skyld, skam og somatisk sykdom. Mange ganger er det vanskelig for pasienten å snakke med andre om hvordan de har det, og de disse ideene identifiseres, blir den psykotiske kvaliteten ved dem ofte ikke avdekket (3). En norsk studie har demonstrert hvordan impulsiv utfordring i kartlegging av selvmordsrisiko (4), idet pasienter kan handle på en psykotisk impuls med dødelig utfall.

Ofte har det vært et markant funksjonsfall og endring i væremåte i løpet av kort tid hos en person med god funksjon forut for symptomde sykehistorie, ofte over noen få uker, uten en klar utløsende hendelse. Pasienten kan ha oppsøkt fastlegen med angst og søvnproblemer og som ikke har hatt særlig effekt. Spesielt har vi merket oss at sterk angst og agitasjon har blitt vurdert og behandlet som en primær angstlidelse også etter at de har blitt henvist til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig hos mannlige pasienter (5) som har samtidige depressive og selvmordstanker og -planer. En amerikansk undersøkelse av selvmord i døgnavdelinger og rett etter utskrivning, viste at 60 av 76 pasienter som senere tok livet sitt, hadde I varsler har vi sett informasjon fra pårørende om at pasienter gikk rundt hjemme og skrek at de ikke holdt ut.

*«I vår gjennomgang av varsler har vi funnet en rekke eksempler på at de som har kartlagt og vurdert pasientene, tilsynelatende om psykotisk depresjon»*

Psykotisk depresjon er en så alvorlig, tungtveiende risikofaktor at den alene bør tillegges stor vekt. Fra varslene ser vi at disse pasientene k selvmordstanker og -planer. Dette er i tråd med funn gjort av Busch og medarbeidere (6), der 78 % av pasientene som tok livet av seg, benet de hadde om dette temaet før selvmordet. I tillegg mangler disse pasientene ofte mange av de andre risikofaktorene for selvmord, som tid relasjonsproblemer. Vi ser av journalnotatene at mange av pasientene er blitt vurdert til å ha «lav selvmordsfare».

## Behandlingsnivået

Vi har erfart at mange pasienter med alvorlige depressive og psykotiske symptomer tilbys behandling poliklinisk eller ved åpen distrikts- distriktspsykiatrisk poliklinikk (DPS) eller åpen døgnpost vanligvis ikke vil ha rammer til å utrede, behandle og beskytte pasienten på en fremst grunnet økt selvmordsfare. Retrospektivt ser vi jevnlig at pasienter som endte med å ta livet sitt, ble behandlet på et behandlingsn

Dette kan skyldes at noen av pasientene fremsto som rolige og samarbeidsvillige. Sterk angst og agitasjon kan også kamuflere de mer alvorlige psykososiale forhold rundt seg, og dette bidrar ytterligere til at man ikke ser dem som alvorlig syke. Det er viktig at helsepersonell har gode kunnskaper om at psykotiske symptomer ofte dekkes til ved depresjon (7).

### «Alvorlig depresjon med psykosesyntomer er underdiagnostisert og underbehandlet»

Grad av samtykkekompetanse kan fluktuere hos disse pasientene. De blir derfor ofte innlagt frivillig med rammer som tilbyr utilstrekkelig tilbud om innleggelse. Det er svært bra å ha fokus på pasientens autonomi og redusert bruk av tvang, i tråd med myndighetenes foring undervurdere alvorlighetsgraden i pasientens tilstand ved psykotisk depresjon. I flere av varslene der psykotisk depresjon endte med selv psykisk helsevernloven var oppfylt.

## Parallell utredning og behandling

I de sakene vi har sett på, er det vanligvis ikke brukt kriteriebasert diagnostikk eller skåringsverktøy. Noen av pasientene har vært i behandling pasientene er plaget med angst og søvnproblemer som de i den akutte fasen må tilbys behandling for. Å lytte til pasientens historie og å bli god behandling. Et viktig mål er å redusere den tiden personen har alvorlige og plagsomme symptomer (7). Behandling av grunnlidelsen igangsettes uten opphold når tilstanden er oppdaget og tilstrekkelig utredet.

## Lytt til pårørende

Pårørende er en svært viktig kilde til informasjon. Pasientene tar sjelden selv initiativ til å oppsøke helsetjenesten, de kommer oftest sam pårørende som indikerer alvorlige symptomer og funksjonsfall, bør tillegges stor vekt. Vårt inntrykk er at helsepersonell ikke i tilstrekkelig bekymrede pårørende når de har vurdert tilsynelatende uforståelige endringer hos pasienten.

Pårørende har noen ganger heller ikke fått tilstrekkelig støtte og informasjon i en kritisk fase for familien. I noen saker har vi sett at pårørende ansvar for å ivareta og passe på pasienter med alvorlige og plagsomme symptomer som behandles hjemme. Vi vil derfor understreke at pårørende avklares fortløpende.

Videre er det nødvendig å vurdere hvilke belastninger pårørende selv opplever at de har og ha realistiske forventninger til hva de kan bidra til. Pasienter vil hjemmebehandling som hovedregel ikke være tilrådelig på grunn av selvmordsfaren. Det vil av den grunn være viktig å sette realistiske mål. Både pasient og nærmeste pårørende må gis tilpasset informasjon om den aktuelle tilstanden og risikoen forbundet med denne, hvis slags behandling man anbefaler i de ulike stadiene av forløpet (8).

## Gjennomgang av alvorlige hendelser

Det er avgjørende at helsepersonell har kompetanse til å oppdage, diagnostisere og behandle denne tilstanden. Rask iverksettning av god, ledelse (8). Det er virksomhetenes ansvar å sikre at helsepersonell har nødvendig kompetanse i forebygging av selvmord, behandling av psykotisk depresjon forekommer ikke ofte, og det er derfor vanskelig for klinikere å få mengdetrening. Medisinsk simulering, deling av kl er eksempler på metoder som kan bidra til å sikre nødvendig tverrfaglig kompetanse. Virksomhetene må videre etablere tilstrekkelige rammer på psykotisk depresjon kan bli fanget opp så raskt som mulig og gitt forsvarlig behandling.

### «Opplysninger fra pårørende som indikerer alvorlige symptomer og funksjonsfall, bør tillegges stor vekt»

Virksomhetene har ansvar for at alle selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk blir systematisk gjennomgått i etterkant, med tanke på læringsledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8e (9), men kjennetegner også god faglig ledelse. Statens helsetilsyn har utarbeidet helseforetak om å gjennomføre etter at vi har vurdert varselet (10). Hensikten er å få ledere og helsepersonell til sammen å reflektere over fanget man opp symptomene, hvordan vurderte man dem og hvilken konsekvens fikk vurderingene for behandlingen? Finnes det tilstrekkelig rutiner for spesialistvurdering?

## Avslutning

I et pasientsikkerhetsperspektiv bør man kartlegge og analysere hele behandlingen, hvert enkelt trinn, for å identifisere mulighet for svikt flere punkter når det skjer alvorlige hendelser. I andre risikoutsatte sektorer, som luftfart og oljeindustrien, har man et systemperspektiv i tillegg. For å unngå urealistiske forventninger om at alle selvmord kan forhindres, er det samtidig viktig å erkjenne at pasienter som behandles i helsevern, dette alltid skyldes svikt i helsetjenesten.

## LITTERATUR

1. Bramness JG, Walby FA, Tverdal A. The sales of antidepressants and suicide rates in Norway and its counties 1980-2004. *J Affect Disord* 2007; 102: 1-9. [PubMed]
2. Rothschild AJ. Challenges in the treatment of depression with psychotic features. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 680-90. [PubMed][CrossRef]
3. Rothschild AJ, Winer J, Flint AJ et al. Missed diagnosis of psychotic depression at 4 academic medical centers. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1293-6. [PubMed]
4. Fredriksen KJ, Schoeyen HK, Johannessen JO et al. Psychotic depression and suicidal behavior. *Psychiatry* 2017; 80: 17-29. [PubMed][CrossRef]
5. Wälinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 (suppl 2): S21-4. [PubMed][CrossRef]
6. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 14-9. [PubMed][CrossRef]
7. Mork E, Mehlum L, Walby FA. Selvmord ved depresjon med psykotiske symptomer og bipolar lidelse: forekomst, risikofaktorer og nevrobiologiske forklaringer. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 239: 1-10. [PubMed]
8. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A4r%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_attachment/inline/ed02ef2-d411-4c4e-9423-58eb6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A4r%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/ed02ef2-d411-4c4e-9423-58eb6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf) Lest 12.2.2020.
9. FOR-2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
10. Informasjonsskriv for varslings av hendelser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssl/kartleggingssystemet/dokumenter/formalia/infoskriv-til-spesialisthelsetjenesten.pdf> Lest 12.2.2020.

Publisert: 18. mai 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0804  
Mottatt 11.12.2019, første revisjon innsendt 21.1.2020, godkjent 12.2.2020.

