

Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt

Økt oppmerksomhet rundt reduksjon av selvmord er bra, men det fokuseres for mye på selvmordsrisikovurderinger og for lite på god behandling. Forskning fra England viser at tilgjengelighet til helsetjenester, forpliktende behandlingsplaner og tverrfaglig evaluering i etterkant av selvmord bidrar til færre selvmord. Vi støtter innføringen av en nasjonal oversikt over selvmord i spesialisthelsetjenesten.

Selvmord kan ikke forutses for det enkelte individ (1). Det finnes en rekke risikofaktorer som bl.a. kartlegges i en selvmordsrisikovurdering. Disse gjelder imidlertid på gruppenivå, dvs. man har kartlagt særtrekk ved et stort antall selvmord for å finne hva som typisk kjennetegner de som har tatt livet sitt.

Den viktigste risikofaktoren er psykisk lidelse. Over 90 % av dem som tar sitt liv har en slik tilstand (1), slik også de fleste andre har som kommer til behandling i psykisk helsevern. Denne risikofaktoren er derfor lite nyttig som indikator for den enkelte pasient. En undersøkelse fra psykiatrisk akuttinntak i Bergen viste at av 1 245 innleggelse i løpet av ett år var 54 % relatert til selvmordsrisiko, men veldig få av pasientene tar livet av seg (2).

Vurdering av viktige risikofaktorer for selvmord tilrådes i de nasjonale retningslinjene for vurdering av selvmordsrisiko (1). Retningslinjene er i dag i all hovedsak innført i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. Å vurdere selvmordsrisiko er vanskelig. Kompleksiteten i vurderingsprosessen og usikkerhet i forhold til hvilke tiltak som kan forebygge selvmord, har ført til fremveksten av suicidologi som fagområde. Fagfolk som behandler saker der pasienten har tatt livet av seg, både hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE), Fylkesmannen og Kunnskapsenteret, må ha oppdatert kunnskap om fagfeltet. Sakene kan resultere i erstatningskrav og kritikk fra tilsynsmyndighetene, og da må konklusjonene være faglig solide.

Overforbruk av selvmordsrisikovurderinger?

Vi er kjent med at det i enkelte behandlingskulturer er stort fokus på gjennomføringen av selvmordsrisikovurderinger og mindre på rask og riktig diagnostikk og behandling av selve tilstanden. Flere behandlere opplever selvmordsrisikovurderinger som ryggdekningsmedisin, der det kan synes som det er viktigere å gjennomføre administrative tiltak for å unngå kritikk fra tilsynsmyndighetene ved et eventuelt selvmord fremfor å konsentrere seg om god behandling. Hagen og medarbeidere går så langt som til å argumentere for at fokuset på selvmordsrisikovurderinger kan være uheldig for praksisfeltet og gå på bekostning av en individuell og helhetlig behandlingstilnærming (3). En kartlegging fra Helse Sør-Øst ved Ness & Walby fra 2012 viser imidlertid

at sju av åtte klinikkledere oppfatter de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern som nyttige, og de ble i stor grad benyttet som grunnlag for lokale prosedyrer (4).

Nullvisjon?

I England er det vist at de sykehusene som implementerte flest selvmordsforebyggende tiltak, reduserte antall selvmord i sitt sykehusområde, sammenliknet med sykehus som implementerte færre tiltak (5). De viktigste tiltakene var tilbud om tilgang på krisehjelp 24 timer i døgnet, forpliktende behandlingsplaner for pasienter med dobbeltdiagnoser og tverrfaglig analyse i etterkant av hvert selvmord.

Fagrådets erfaringer med Statens helseilsyns utrykningsgruppe i de ulike helseforetakene er at det kan være nyttig at det kommer fagfolk utenfra som gjør en evaluering etter selvmord, men de bør ha relevant kompetanse. Rapportene kommer vanligvis sent, oftest et halvt eller ett år etter hendelsen, da det meste er glemt. De får derfor liten betydning for evalueringen blant fagfolk lokalt.

I tillegg har Helsetilsynet liten kapasitet, og de undersøker bare en svært liten andel av de alvorlige hendelsene som meldes. 20 av 414 varsler i 2014 førte til stedlig tilsyn, hvorav to gjaldt psykisk helsevern (6). Skal tilbakemeldingene ha læringsverdi, mener vi rapporten må komme i løpet av rimelig tid, maksimalt innen fire uker. Metodikken til Helsetilsynet bør for øvrig også kunne tas i bruk av sykehusene selv.

I England har man siden 1992 gjennom «National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide» fulgt med på alle selvmord og drap som begås av personer som har vært i kontakt med psykisk helsevern det siste året (7). Dette er en slags havarikommisjon, som systematisk gjennomgår alle data rundt hvert enkelt selvmord og drap. Slik får de kunnskap om disse sjeldne og komplekse hendelsene for å kunne sette inn forebyggende tiltak. Oppsummeringen fra England 1996–2000 viste at 24 % av dem som tok livet av seg hadde vært i kontakt med psykisk helsevern året før selvmordet (7). Av disse hadde 19 % hatt kontakt med psykisk helsevern mindre enn 24 timer før de døde, mens 48 % hadde hatt kontakt innen en uke før de døde. 42 % av pasientene hadde en alvorlig depresjon. Ved siste kontakt med psykisk helsevern ble kun 2 % oppfattet å ha høy selvmordsrisiko, mens man i 85 % av

tilfellene hadde ment at selvmordsrisikoen var lav eller fraværende. I 87 % av sakene foreslo behandleren hva som kunne vært gjort for å hindre selvmordet, hvorav de vanligste forslagene var bedre etterlevelse av behandlingen, bedre sikkerhetstiltak i avdelingen, tettere kontakt med pårørende og bedre kompetanse hos personalet.

Vi mener det er grunn til å tro at vi kan sammenlikne oss med funnene i England. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging i Norge har derfor i 2011 ved tre sykehus gjennomført en utprøving av en tilsvarende metode for å følge med på selvmord og drap. Dette er ett av mange tiltak i den nye handlingsplanen mot selvmord og selvskading som ble lansert i 2014 (8).

Bruk av tvang for å hindre selvmord

Myndighetene har de siste ti årene vært opptatt av å redusere tvang i psykisk helsevern. Det er utgitt to handlingsplaner de siste årene (9, 10). I flere saker hos Norsk pasientskadeerstatning mener sakyndige at selvmordet kunne ha vært unngått dersom pasienten var blitt holdt tilbake med tvang. Dette til tross for at sykehusets spesialister har vurdert at lovgrunnlaget for å bruke tvunget psykisk helsevern ikke er til stede og at tilbakeholdelse med tvang dermed er ulovlig.

Disse sakene synliggjør et dilemma mellom pasientens autonomi og samfunnets behov for kontroll med pasientene ved hjelp av tvang for å hindre død. Det er et uttalt helsepolitisk mål at vi skal ha mindre tvang i Norge, samtidig som det i enkeltsaker er vanskelig å akseptere dødsfall. Etter vår mening kan man ikke lage en strategi for å redusere selvmord ved å tvangsinnlegge pasienter med selvmordstanker. Det er ikke i tråd med myndighetenes erklærte mål, helselovgivningens eller med brukerorganisasjonenes ønsker.

Det er stor variasjon i tvangsbruk mellom de ulike helseforetakene, blant annet på grunn av ulik bruk av tvang overfor personer med selvmordsproblematikk. Dette dilemmaet er krevende og ble utredet av Paulsрудutvalget 2010–11. Utredningen endte med et forslag om at alle med selvmordsproblematikk skulle kunne bli lagt inn med tvang i tre dager uten nærmere begrunnelse (11). Det ble ikke vedtatt.

Selvmord som avvik

At man kun ser på selvmord og selvmordsforsøk som rutineavvik i spesialisthelsetjenesten, er en problematisk forenkling.

Vi håper å kunne bidra til å endre dette reduksjonistiske synet på selvmord.

For å illustrere våre synspunkter tar vi utgangspunkt i en annonse for Norsk pasientskadeerstatning som ble publisert i Tidsskriftet nr. 21/2013 med overskriften *Psykisk helsevern – selvmord*. Norsk pasientskadeerstatning redegjør her for antall saker de har hatt til behandling innenfor psykisk helsevern i perioden 2003–12 og hvor stor andel av disse som har omhandlet selvmord eller selvmordsforsøk. Det beskrives at normalt får en tredel av de som søker erstatning medhold, mens i sakene som gjelder selvmord/selvmordsforsøk har over halvparten av søkerne fått medhold. Videre kan man lese:

«De fleste selvmordene og selvmordsforsøkene skyldes svikt i behandlingen i form av mangelfull oppfølging eller sikring, mangelfullt tilsyn eller svikt i vurderingen av selvmordsfare.»

«I de saker der NPE har gitt erstatning påpeker psykiatrisk sakkyndige at selvmordene kunne vært forhindre dersom helsepersonell hadde benyttet de tilgjengelige tiltakene. Derfor er det viktig at helsetjenesten tar lærdom av disse sakene og bruker erfaringene i arbeidet med å bedre pasientsikkerheten for disse pasientene.»

Norsk pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav fra pasienter og pårørende som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. Vi mener det av flere grunner er problematisk at etaten formulerer seg slik de gjør. De gir uttrykk for et forenklet syn på årsakene og hva som kan forebygge selvmord, et syn som er utbredt ikke bare i befolkningen, men også innenfor helsevesenet. Det er ikke slik at det foreligger brudd på helselover ved alle selvmord, selv om selvmord alltid vil være en uventet og uønsket hendelse.

Ingen enkel årsak til selvmord

For å ha krav på erstatning må skaden skyldes behandlingssvikt. Ved selvmord kan ikke dette bety at behandlingen som er gitt er årsak til selvmordet, men at Norsk pasientskadeerstatning har vurdert at selvmordet kunne vært forhindre dersom oppfølgingen hadde vært bedre og flere tiltak iverksatt.

Å anta at selvmord og selvmordsforsøk i de fleste tilfellene skyldes svikt i behandlingen blir misvisende. En selvmordshandling skyldes pasientens psykiske tilstand, som igjen er påvirkelig av psykisk lidelse, sosiale og eksistensielle forhold, tilgang til metode, rusmiddelbruk og flere andre faktorer i tillegg til den behandlingen som gis eller ikke gis. Det er en svært komplisert prosess forut for en selvmordshandling, og forskning på dette området begrenses bl.a. av etiske årsaker (1).

Oppsummert mener vi at søkelyset må rettes mot selvmordsforebyggende tiltak på systemnivå og mot kvaliteten på behand-

lingen. Vi tror ikke bruk av tvang vil kunne redusere antall selvmord. Kompetanse hos sakkyndige som skal vurdere selvmord i et tilsyns- eller erstatningsperspektiv må være høy, og vi ønsker at spesialisthelsetjenesten skal holde en løpende oversikt over og gjøre analyser av selvmord.

Denne artikkelen er skrevet av det regionale fagrådet for psykisk helse i Helse Sør-Øst på bakgrunn av diskusjoner vi har hatt i fagrådet.

Ewa Ness

ewa.ness@ous-hf.no

Trude Fixdal

Johan L. Torper

Inger Jakobsen

Arne Thomassen

Kari Aarøen

Björg Antonsen

Kari-Venke Lindkvist

Helga Skåden

Torgeir Vethe

Knut-Erik Hymer

Ewa Ness (f. 1958) er spesialist i psykiatri, seniorrådgiver i direktørens stab ved Oslo universitetssykehus og leder av Fagrådet for psykisk helse i Helse Sør-Øst.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trude Fixdal (f. 1964) er spesialist i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatri og avdelingsleder for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Johan L. Torper (f. 1955) er spesialist i samfunnsmedisin og i allmenntilleggsmedisin og er assisterende kommuneoverlege i Helseetaten, Oslo kommune.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Inger Jakobsen (f. 1959) er spesialist i klinisk psykologi og er avtalespesialist i Helse Sør-Øst, Hamar.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arne Thomassen (f. 1961) er spesialsykepleier og avdelingsleder ved DPS Strømme, Klinikk for psykisk helse, Sørlandet sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kari Aarøen (f. 1965) er spesialsykepleier i psykisk helsearbeid og høgskolelektor ved Høgskolen i Østfold.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Björg Antonsen (f. 1958) er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og avdelingssjef i BUP Oppland.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kari-Venke Lindkvist (f. 1957) er spesialsykepleier i psykiatrisk sykepleie og avdelingsleder ved Avdeling for rehabilitering, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helga Skåden (f. 1940) er leder av kontrollkomisjonen i Mental Helse, brukerrepresentant i Fagrådet for psykisk helse Helse Sør-Øst og i Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torgeir Vethe (f. 1954) er spesialist i psykiatri og fagsjef ved Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Knut-Erik Hymer (f. 1957) er spesialist i psykiatri og avdelingsjef ved Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Østfold.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Helsedirektoratet. Forebygging av selvmord i psykisk helsevern. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern> (17.6.2015).
2. Mellesdal L, Mehlum L, Wentzel-Larsen T et al. Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 25–31.
3. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikouverdinger? *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 394.
4. Walby FA, Ness E. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern – erfaringer og utfordringer videre. *Suicidologi* 2012; 17: 19–21.
5. White D, Bickley H, Roscoe A et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012; 379: 1005–12.
6. Helsetilsynet. Årsrapport 2014. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2014.pdf (17.6.15).
7. The University of Manchester. National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centreforsuicideprevention/nci (17.6.15).
8. Helsedirektoratet. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning 2014–2017. www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf (17.6.2015).
9. Helsedirektoratet. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/is-1370-tiltaksplan-for-reduisert-og-kval/id439524/ (17.6.2015).
10. Helse- og omsorgsdepartementet. «Bedre kvalitet – økt frivillighet». Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015). www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bdrekvalitet-okt-frivillighet.pdf (17.6.2015).
11. NOU 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet – balanse mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/ (17.6.2015).

Mottatt 30.4. 2015, første revisjon innsendt 17.6. 2015, godkjent 1.7. 2015. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.