

En gjennomgang av rutiner etter selvmord kan være nyttig for å gjøre forbedringer i det selvmordsforebyggende arbeid

Selvmord i og utenfor psykisk helsevern

Uansett hvor stor og god innsatsen fra samfunn, helsevesen og omgivelsene er, vil mange mennesker ta sitt liv. Dette er det viktig å erkjenne, både for etterlatte, behandlere og tilsynsmyndighetene. Årlig registreres det flere enn 500 selvmord i Norge. Minst 90 % av disse personene har hatt en psykiatrisk diagnose, oftest depresjon, stoffmisbruk eller personlighetsforstyrrelse (1). Men selvmordsatferd er et sammensatt fenomen som krever differensiert forståelse, ettersom mange selvmord finner sted utenfor psykisk helsevern.

I 2005–06 ble det registrert 176 selvmord blant pasienter som fikk behandling i psykisk helsevern. Nesten en femdel av disse selvmordene ble ikke innrapportert i henhold til lovverket, rapporteringen var ofte ikke tilstrekkelig systematisk og i noen tilfeller var det svikt i rutine. Dette fremgår av en studie basert på tall fra Statens helsetilsyn som Unni Rønneberg & Fredrik A. Walby publiserer i dette nummer av Tidsskriftet (2). I fire saker gjaldt pliktbruddet helsepersonell; i 19 saker gjaldt pliktbruddet institusjonen. Seks saker ble oversendt til Statens helsetilsyn. Dette tyder på at faglige feil er årsak til få selvmord. I 2006 var det nærmere 800 000 konsultasjoner ved distriktspsykiatriske sentre og omtrent 1,6 millioner oppholdsdøgn i psykiatriske døgnavdelinger (3). Med et slikt behandlingsvolum med høy forekomst av alvorlige psykiske problemer og selvmordsfare kan det hevdes at om lag 90 selvmord i året ikke er et urimelig høyt antall. Selv om det kan påvises svikt i behandlingen ved enkelte selvmord, bør søkelyset like mye rettes mot det store og gode arbeidet som utføres i psykisk helsevern, og som bidrar til at mange pasienter klarer å komme gjennom sine selvmordskriser og finne nytt livsmot.

Om lag fem seksdeler av alle selvmord skjer blant personer som *ikke* er under pågående behandling i psykisk helsevern, ifølge tallene i Rønneberg & Walbys studie (2). Noen av disse personene har trolig vært hos fastlege eller andre behandlere uten at selvmordsfaren er fanget opp, eller det kan ha vært vanskelig å etablere god psykiatrisk oppfølging. Mange som behandles i rusomsorgen har psykiske problemer med selvmordsrisiko. Ofte reserverer behandlere i psykisk helsevern seg mot å ta i mot slike pasienter til behandling (med unntak for situasjoner der det er akutt selvmordskrise). Det er dessuten usikkert hvor god kompetansen om selvmordsatferd er innenfor rusmiddelfeltet. Dermed kan disse pasientene lett bli kasteballer mellom ulike instanser i hjelpeapparatet.

Statens helsetilsyn har lenge engasjert seg i det selvmordsforebyggende arbeid, bl.a. ved å utgi en nasjonal plan i 1993 (4) og en handlingsplan i 1995 (5). I de siste årene har det vært en betydelig opptrapping av psykisk helsevern i Norge. Likevel har det ikke vært noen nedgang i selvmordsraten, i motsetning til i andre vesteuropeiske land det er naturlig å sammenlikne seg med, bl.a. Danmark og Sverige. Det er positivt at Statens helsetilsyn nå utarbeider retningslinjer for vurdering og oppfølging av selvmordstruede mennesker i psykisk helsevern, selv om det er lovlig sent – gjeldende handlingsplan er mer enn ti år gammel og flere av de foreslåtte tiltakene i den nasjonale planen fra 1993 ble ikke gjennomført (4). Når retningslinjene er klare, vil det være nødvendig med et aktivt tilsyn, som kontrollerer at retningslinjene følges, og at man ikke bare venter til *etter* et selvmord har skjedd. Det kan være hensiktsmessig å kontakte avdelingenes ledelse så vel som pasienter, pårørende og behandlere på grunnplanet for å bli mer kjent med forholdene i den kliniske hverdag.

Tilsynsmyndighetene har først og fremst som oppgave å sikre at den medisinske virksomheten er forsvarlig. Det er de enkelte fagmiljøene som må sikre kvaliteten i behandlingen. Kort behandlingstid oppfattes av mange politikere som tegn på høy effektivitet, men dette vil mange klinikere oppfatte som det motsatte av høy kvalitet. Psykoterapi og annen behandling av personer som har forsøkt selvmord, er tidkrevende – både for å bygge opp nødvendig tillit og kontinuitet og for å bearbeide dype og såre konflikter (6). Mange pasienter flytter flere ganger i løpet av en kort tidsperiode, av praktiske grunner eller fordi de har en ustabil personlighet. Også behandlere skifter ofte arbeidssted.

Selvmord klassifiseres som unaturlig død og er meldepliktig. En gjennomgang av rutiner og søken etter årsaker til selvmord kan være svært nyttig for å gjøre forbedringer i det selvmordsforebyggende arbeid – på samme måte som obduksjon kan være det i somatisk medisin. Det er imidlertid usikkert om rutinemessig melding til tilsynsmyndighetene ved selvmordsatferd er den beste løsningen; det kan gi behandlerne en opplevelse av å ha gjort noe kritikkverdig når man blir gransket av tilsynsmyndighetene. Ville hjertemedisinere eller kreftleger vært komfortable med at alle dødsfall som følge av hjertesykdom eller kreft skulle meldes til tilsynsmyndighetene?

Det har ikke vært noen signifikant nedgang i selvmordsraten i Norge de siste årene. Betyr dette at det selvmordsforebyggende arbeid som har vært drevet ikke har vært vellykket? Det savnes systematiske og langsiktige tiltak og gode intervensjonsstudier for bedre å få avklart hvilke tiltak som virker. Selvmordstruede personer blir oftest ikke inkludert i kontrollerte, kliniske studier, og da blir det nødvendigvis vanskelig å dokumentere selvmordsforebyggende effekt. Det er viktig at rutiner og etterarbeid etter selvmord blir skjerpet, men dette er likevel bare en liten del av de tiltak som er nødvendig for at selvmordsraten i Norge skal gå ned. Det er særlig nødvendig med grundige studier og tiltak overfor alle som *ikke* er i kontakt med psykisk helsevern, og som har planer om selvmord eller på annen måte viser selvmordsatferd.

Øivind Ekeberg
oivind.ekeberg@uus.no

Øivind Ekeberg (f. 1945) er spesialist i psykiatri og dr.med. Han er overlege i psykiatri ved Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus og professor i medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo. Han hadde hovedansvaret for å utarbeide et selvmordsforebyggende program i Norge.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Retterstøl N, Mehlum L, Ekeberg Ø. Selvmord: et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
2. Rønneberg U, Walby FA. Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 180–3.
3. Statistisk sentralbyrå 2007. www.ssb.no [26.11.2007].
4. Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 1–1993. Oslo: Statens helsetilsyn, 1993.
5. Handlingsplan mot selvmord 1994–1998. Prosjektplan og handlingsplan. Statens helsetilsyns skriftserie 4–1995. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.
6. Ekeberg Ø. Psykodynamiske aspekter ved selvmordsatferd. I: Hern E, Vaglum P, Fyrand L et al, red. Pasienten og sykdommen: psykiske faktorer ved somatisk sykdom. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007: 217–24.