Samarbeid og svikt innen behandlingssystemet

Ved Nils Retterstøl

Det er vanlig å regne med at over 90% av dem som tar sitt liv har en psykiatrisk lidelse, hyppigst av depressiv eller personlighetsfiksert karakter, evt. kombinert med rusmiddelproblemer. Det sier seg da selv at mye kan gjøres ved tidlig og rett diagnose ved slike lidelser og bedrede behandlingstilbud. Det er mange muligheter for svikt i behandlingsskjeden - og muligheter til bedring.

Pasienter, pårørende og omgivelsene kan søke behandling tidligere

For at det skal skje må tilgjengeligheten til leger, og ikke minst den psykiatriske helsetjeneste, gjøres lettere. Terskelen for å få hjelp må gjøres lavest mulig. Det er også viktig at folkeopplysningen om selvmord heves. Noe må læres om slike problemer på skolen. Nøktern opplysning må gis gjennom mediene og opplysningsskrifter.

Legen og behandlerne ellers kan bli flinkere til å stille diagnosen depresjon og vurdere selvmordsfare

Pasienter har ved en legekonsultasjon lett for å legge hovedvekten på evt. somatiske symptomer eller livsproblemer, slik at legen kan avledes hvis han ikke gir tid eller anledning til å kartlegge en evt. depresjon og ikke minst stiller spørsmål om suicidaltanker direkte.

Dette er så meget viktigere når man vet at om lag 80 % av dem som tar sitt liv har gitt hint om det på forhånd, og ca 70 % har konsultert lege i løpet av de siste måneder før selvmordet. Heving av kompetansenivået i suicidologi, men også i depresjonslære, misbruksproblematikk og psykiatrisk diagnostikk generelt vil være en vesentlig selvmordsforebyggende faktor, likeså i moderne medikamentell antidepressiv behandling og psykoterapeutiske metoder. Men opplæringsprogrammene må gjentas med mellomrom, kunnskaper fornyes og motivering søkes opprettholdt.

Forbindelseslinjer mellom primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten må forbedres

Det må bli lettere for allmennpraktikere å få pasienter vurdert, også med hensyn til suicidalitet, av spesialister innen det distriktspsykiatriske senter, poliklinikk eller annet ambulant tilbud, inkludert privatpraktiserende spesialister i psykiatri eller klinisk psykologi. Det bør foregå muntlig og skriftlig kontakt om pasientene, og epikriser etc. må raskt utveksles.

ILLUSTRASJON: ELLEN JEPSON

Innleggelsesmuligheter må gjøres lettere innen psykiatrien

Innen indremedisin, kirurgi etc. blir pasientene omgående mottatt som øyeblikkelig hjelp, og denne servicen oppfattes som god, mens behandlingen etterat den livreddende behandlingen er utført ofte svikter, noe som senere belyses. Innen psykiatrien er det blitt tiltagende mer vanskelig å bli innlagt. I vårt land har nedbyggingen av de psykiatriske institusjoner gått for raskt og for langt, og oppbyggingen av tilbud utenom for langsamt og kommet for kort. I de fleste fylker er det mangel på sengeplasser, noe som fører til en unødig sterk "siling" av pasientinntaket. Selv om suicidalitet gir indikasjon for øyeblikkelig hjelp, må innleggende leger ofte bruke urimelig lang tid til parlamentarering og argumentering overfor vakt-havende leger ved sykehusavdelinger. Dette kan føre til at de gir opp i en kamp som krever mer ressurser og tid enn de synes de har i sin travle hverdag. Selv om sykehuset, i mangel av plass, må gi tilbud om en ambulant vurdering, er det ofte ikke nok. Bedring av plasssituasjonen i psykiatriske institusjoner vil være et vesentlig suicidalforebyggende tiltak. Det vil også bedre muligheten til at pasienten kan gis et bedre og lengre sykehusopphold. Etter en suicidal krise vil behovet for tid til å ta seg inn igjen og bearbeide sin livssituasjon i høy grad være til stede. Tid er i psykiatrien en meget viktig behandlingsressurs.

Behandlingstilbudene ved de somatiske avdelinger må forbedres

Mens den livreddende behandlingen gjerne er god, er behandlingen etter at pasienten neste dag er våknet opp og vil ut, langt svakere. I et norsk materiale (Berntsen og Husby 1994) viste det seg at det hos en tredjedel av de pasientene som var innlagt etter intoksikasjon, ikke var mulig å finne dokumentasjon for at pasienten var tilbudt en samtale om selvmordsforsøket i løpet av innleggelsen. Legens oppmerksomhet hadde ensidig konsentrert seg om somatiske behandlingsmetoder.

Enhver selvmordsforsøker bør vurderes som et menneske i nød, i en fastlåst livssituasjon, eller med en psykiatrisk lidelse. Han eller hun burde derfor ha rett til psykiatrisk undersøkelse og behandling. Et forlenget opphold på en dag eller to, med motivasjonsbearbeidelse, burde være en selvfølge. Det er godt mulig situasjonen ved våre sykehus ikke er bedre enn referert ovenfor. I Sverige viser en fersk undersøkelse (Runeson og medarbeidere 1994) at det ved de fleste sykehus er utarbeidet skriftlige retningslinjer for behandling av selvmordsforsøkere, og at bortimot alle selvmordsforsøkere innlagt i somatisk avdeling for øyeblikkelig hjelp blir vurdert av lege fra psykiatrisk avdeling. Det burde være en målsetting også hos oss.

Den såkalte **Bærumsmodellen** kan med fordel tilpasses andre sykehus, og er i modifisert form innført flere steder. Etter denne modellen får alle selvmordsforsøkere behandlet ved sykehuset et tilbud om evaluering med henblikk på oppfølgingstiltak. Teamet som har vært i sving fra 1983, består av sykepleier, sosionom, psykiater fra sykehuset i samarbeid med tilsvarende team pluss psykolog fra Bærum helseråd/helseetat. Omtrent halvparten henvises til helseetaten, mens resten henvises til annen behandlingsinstans. Burmo og medarbeidere (1990) har beskrevet dette programmet, som også er beskrevet i det norske handlingsprogram for forebygging av selvmord (1995). Det er utarbeidet en veileder for det forebyggende arbeid etter Bærumsmodellen (Dieserud og medarbeidere 1993).

Det er nødvendig med **utdannelsesprogrammer** for personale som arbeider i somatiske akuttavdelinger.

Forskning har vist at personale ved intensivavdelinger gjerne har en relativt avvisende holdning til selvmordsforsøkere (Ramon og medarbeidere 1975, Wasserman 1986). Det er rimeligvis frustrerende for mennesker som er intenst opptatt av å berge liv, å møte mennesker som tvertimot gjør sitt beste for å ta sitt liv. Wasserman (1986) har vist at slike negative holdninger er mer uttalt i somatiske enn i psykiatriske akuttavdelinger. Skal slike holdninger endres, må det gis innføring i grunnprinsipper i suicidologi, og det må gis fortløpende veiledning. Bedre opplæringsprogrammer, bedre veiledning vil være sentrale nøkkord.

Forbedringer må gjøres i behandlingstilbudene i de psykiatriske institusjonene. Utarbeidelse av fast instruks ved suicidalitet.

Vi har allerede omtalt svikten i inntakssystemet og i den liggetid det gis til behandling av de psykiatriske pasientene. Mye kan fortsatt gjøres for å bedre innholdet i behandlingen. Det gjelder både den medikamentelle, den psykoterapeutiske,

miljøterapeutiske og sosiale behandlingen av den enkelte pasient. Her er ikke stedet for å belyse dette i detalj. Tendensen i norsk psykiatri har vært den sektoriserte psykiatri, med opptakskriterier etter bosted. I fremtiden tror jeg behandlingen vil bli langt mer differensiert og spesialisert ut fra sykdomstilstand og funksjonsnivå, og da vil mer spisskompetanse innenfor de forskjellige lidelsers patologi og terapi utvikle seg. Vi ser det allerede i dag, og den utvikling vil fortsette. Vi vil imidlertid neppe trenge egne spesialiserte selvmordsforsøksenheter. Selvmordsforsøkere finner vi innenfor de fleste psykiatriske lidelser, og de bør behandles i henhold til utgangslidelsen. På landsbasis kan det kanskje være ønskelig med én spisskompetanseavdeling for pasienter der suicidalproblematikken er særlig vanskelig.

Men faste retningslinjer for pasienter med suicidal atferd bør utarbeides ved alle psykiatriske institusjoner.

God kommunikasjon er et nøkkord.

Alle som omgås pasienter, bør være orientert om evt. suicidalfare.

Personalskifte, visitt-tid, weekend og permisjoner er risikotider.

Særdeles viktig er det med formidling av suicidalitet fra skift til skift, og ikke minst nattskift. Det kan være nødvendig å beskytte pasienten, ved å fjerne kniver, sakser mv., ved sikring av vinduer og inntak av medisiner under tilsyn. Dessuten bør **fast avtale om tilsyn ved selvmordsfare** opprettes i ethvert tilfelle.

Forfølging/frimerke: Man skal til enhver tid se hvor pasienten er og hva pasienten gjør, om mulig holde øyekontakt.

Fastvakt: Til enhver tid må fastvakten vite hvor pasienten er og hva han gjør.

Hypig tilsyn: Slikt skal defineres, f.eks. som hvert 5. minutt, hvert 10. minutt, hvert kvarter osv.

Tett oppfølging: Et personalmedlem har ansvar for til enhver tid å vite hvor pasienten befinner seg.

Ikke utgang: Pasienten skal holde seg i avdelingen.

Utgang med følge: Pasienten får forlate avdelingen, men bare i følge med en fra personalet.

Utgang etter avtale:

Pasienten får tidsbegrenset utgang, alene eller med følge av pårørende eller venner.

Faste retningslinjer bør utarbeides ved hvert sykehus.

Ved suicidalitet bør **behandlingstiden gjøres noe lengre** enn der suicidalitet ikke synes å være til stede. **Utskrivning bør forberedes grundig. Ettervern må tilrettelegges, faste avtaler gis, og ettervernet bør minst vare 1 år.**

Ved etablering av ettervern må dette gjøres i grundig og nært samarbeid med primærhelsetjenesten - som ofte overtar hele ettervernet og deler av det - og sekundærtjenesten (distriktpsikiatriske senter, privatpraktiserende spesialister), og en samarbeidslinje disse imellom - og mellom disse og sykehuset - må etableres. Nøkkordet er **god kommunikasjon og klare linjer for oppgave- og ansvarsfordeling.**

En oppgave som ofte forsømmes, er å bringe de pårørende inn i en samarbeids-situasjon, orientere dem og gi dem oppfølging og råd. Det er dem som bærer de daglige byrder, og som er pasientens nærmeste samarbeidspartnere. De pårørende bør bringes inn på alle tre behandlingsnivåer.

Bedre hjelp må gis til etterlatte etter selvmord

Det er en klart økt selvmordsrisiko for etterlatte, der et selvmord har skjedd. I årrekker har psykiatrien forsømt denne gruppen, som det må gis bedre tilbud til. Behandling av etterlatte etter selvmord har vært kalt "postvention" (Shneidman 1973). Det bør være den etterlattes rett å få samtale med en fagperson om dette, få anledning til å gi uttrykk for sine frustrasjoner, aggresjoner og selvbebreidelser - og få disse bearbeidet. I dag blir dette arbeidet i de færreste tilfeller grundig utført. Psykiatrien bør skjerpe seg på dette området. Retningslinjer for slikt etterarbeid er bl.a. gitt av Dunne (1992).

forts. fra forrige side

Disse er også omtalt i boken Selvmord (Retterstøl 1995). I Norge har man i enkelte byer og tettsteder egne opplegg for mennesker som har mistet sine i selvmord. Foruten fra helsetjenesten, kan hjelp gjerne gis fra de enkelte menigheter. Det er et klart behov for bedre behandlingsopplegg for denne vanskeligstilte gruppe av mennesker. En egen landsoversikt over sorggrupper, deriblant sorggrupper for etterlatte etter selvmord, fins på Internettssidene til Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, under Etterlatte.

Avslutning

Dette nummer av tidsskriftet vårt er viet psykiatriske lidelser, og denne artikkelen har satt fokus på forebyggende tiltak mot selvmord i denne pasientgruppen. Vi har konsentrert oss om problemer og svikt i behandlingsopplegget. Artikkelen har derved i utgangspunktet en negativ slagside. Men la oss ikke glemme det entusiastiske og slitsomme arbeidet som utføres av de mange helsearbeidere, og den påkjenningen arbeidet med suicidale pasienter er for de fleste av oss. Det krever mye av oss som mennesker og medmennsker, og kan være med å gi noen og hver utbrenthetssyndrom. Men arbeidet innebærer også mange gleder og oppmun-

tringer. Vi trenger imidlertid "påfyll" skal vi holde ut. Slikt påfyll får vi fra takknemlige pasienter vi hjelper et stykke på vei, - og vi får det ved opplæringsprogrammer, veiledning, kollegialt samarbeid - og ved kompetanseheving. Selv om det ikke alltid slår til, er vår rettesnor: **Selvmord kan forebygges.**

Litteratur:

Berntsen G, Husby R: **Behandling av selvmordsforsøkere i en somatisk avdeling.** Tidsskr. Nor. Lægeforen. 1994; 114: 2374-2378

Burmo M, Borg SE, Dieserud G, Sveum BD: **Selvmordsforsøk i Bærum 1984-1988. Rapport om det oppfølgende arbeid etter selvmordsforsøk i Bærum kommune.** Bærum kommune: Helsestaten, 1990

Dieserud G, Mathiesen KS, Dalgard OS: **Veileder: selvmordsforebyggende arbeid: Bærumsmodellen.** Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse, 1993

Dunne EJ: **Following a suicide postvention. I: Bongar B: Suicide, guidelines for assessment, management, and treatment.** New York: Oxford University Press, 1992

Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998. Skriftserie 4-95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995

Ramon S, Bancroft HJ, Shirmshire M: **Attitudes towards self-poisoning among physicians and nurses in a general hospital** Br. J. Psychiatry 1975; 127: 257-264

Kokkevi A, Politikori K, Stefanis C: **The relationship of suicide attempts to licit and illicit drug use. I: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN: Suicide: biopsychosocial approaches.** Amsterdam: Elsevier, 1997, s. 55-63

Lindberg S, Ramström J: **226 narkomane. En oppfølgende intervjuundersøkning av en gruppe frivilligt vårdede injeksjonsnarkomaner** Stockholm: Byrå SNH, Sosialstyrelsen, 1977

Murphy GE: **Suicide in alcoholism** Oxford: Oxford University Press, 1992

Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998. Skriftserie 4-95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995

Retterstøl N: **Selvmord** Oslo: Universitetsforlaget, 1995

Retterstøl N: **Stoffmisbruk** Oslo: Universitetsforlaget, 1987

Retterstøl N, Ekeland H, Hessø R: **Selvmord hos unge: utviklingen: Norden: et 7-årsmateriale fra Oslo** Tidsskr. Nor. Lægeforen. 1985; 105: 119-122

Retterstøl N, Gjertsen F, Ekeland H, Olving IH: **Selvmord blant unge i alderen 15-29 år i Oslo** Tidsskr. Nor. Lægeforen. 1993; 113: 1969-1974

Undervisningsmaterielt til bruk i kriminalomsorgen

Hammerlin, Yngve / Larsen, Egil
Selvskadende handlinger.

Forebyggende arbeide i kriminalomsorgen. Håndbok.- rev utg. Oslo: KRUS - Kriminalomsorgens utdanningsenter, 1998. - 50 s.

Manual. Underlag for klientsamtaler ved forebygging av selvskadende handlinger

Kortversjon. Selvmord(forsøk) og selvbeskadigelse. En forenkling av håndboka/en folder som kan puttes i skjortelomma.

Undervisningssettet kan bestilles fra KRUS v/Turid Midtbø, Pb 6138 Etterstad, 0602 Oslo, tlf: 23 06 71 00, faks: 23 06 71 02.

(Omtale i neste nummer)

Retterstøl N: **Selvmord** Oslo: Universitetsforlaget, 1995

Runeson B, Wasserman DW, Träskman-Bendz L, Ågren H, Åsberg M: **Management of suicide attempters in psychiatric care in Sweden.** Nord. J. Psychiatry 1994; 48: 117-120

Shneidman, Edwin S. **The death of man.** New York: Quadrangle Books, 1973

Wasserman DW: **Attempted suicide - the patients' family, social network and therapy.** Akademisk avhandling. Stockholm: Karolinska institutet, 1986

forts. fra s. 17

De viktige forebyggende oppgaver som ligger i lovgivningen omkring alkohol og stoff, behandlingsopplegg og folkeopplysningen omkring disse forhold kan vi her bare nevne, likeså utdannelse og opplæring om alkohol-, stoff- og suicidialproblemer til faglige grupper som leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, lærere, prester, politivesen mv. Kontinuerlig opplæring vil trenge, slik også handlingsplanen legger opp til. Uten tvil er det mange liv å redde ved gode forebyggende og behandlingsmessige programmer.

Litteratur:

Beskow J: **Suicide and mental disorder in Swedish man.** Acta Psychiatr. Scand 1979; 277(suppl.): 1-138

Dorpat TL, Ripley HS: **A study of suicide in the Seattle area.** Compr. Psychiatry 1960; 1: 349-359

Feuerlein W: **Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit.** Stuttgart: Thieme, 1975

Hagnell O, Rorsman B: **Suicide in the Lundby study: a comparative investigation of clinical aspects.** Neuropsychobiology 1979; 91: 265-270

Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH, Murphy GE: **The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide.** Am. J. Psychiatry 1959; 115: 724-733

*Rossow I, Amundsen A: **Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts.** Addiction 1995; 90: 685-691

Sundby P: **Alcoholism and mortality** Oslo: Universitetsforlaget, 1967

Wasserman D, Värnik A, Eklund G: **Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR** Acta Psychiatr. Scand 1998; 98 (suppl 394): 26-33

Wasserman D, Värnik A, Eklund G: **Male suicides and alcohol consumption in the former USSR** Acta Psychiatr. Scand 1994; 89: 306-313

Åsgård U: **Suicide among Swedish women. A psychiatric and epidemiological study.** Stockholm: Karolinska Institutet, 1990

*Ingeborg Rossow har skrevet artikkelen "Alkohol og selvmord" i et tidligere nr. av dette tidsskriftet, som den interesserte leser henvises til: Rossow I: **Alkohol og selvmord.** Nytt i suicidologi 1997; 1: 12-14