

## **Nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern – noen betraktninger om utfordringer i implementeringen av disse.**

Gry Bruland Vråle & Hilde Thomassen

### **Bakgrunn**

Det har i Norge, fram til de nye nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern kom (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), ikke vært felles begrep for beskyttelsestiltak i selvmordsforebyggende hensikt. Begrep som fotfølging og fase 1 har beskrevet det mest omfattende beskyttelsestiltaket. Nå anbefales betegnelsen kontinuerlig observasjon. Selv om det lokalt har vært gode kvalitetsbeskrivelser for forebygging av selvmord i døgnenheter, har behovet for retningslinjer som danner grunnlag for en enhetlig praksis på landsbasis, vært etterlyst (Vråle 2006). Like begreper på nasjonalt nivå, er også viktig i litteratur og i opplæring av helsepersonell. Nå foreligger retningslinjer med bl. a forslag til felles begrepsbruk og krav om opplæring. Vi vil i det følgende se på hva retningslinjene og foreslåtte prosedyrer kan bety for praksis, samt gi noen betraktninger ut over det retningslinjene beskriver når retningslinjene nå skal implementeres i praksis.

### **Vurdering av beskyttelsestiltak**

Vurderingsfasen omfatter vurdering av selvmordsrisiko og vurdering av behov for beskyttelse (Vråle, 2006). Retningslinjene vektlegger kompetanse i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, og vurdering av behov for og beslutning om beskyttelsestiltak, og foreslår prosedyrer for opplæring av dette. Kompetanse har betydning fordi det kan føre til bedre vurdering av hvem som virkelig trenger beskyttelsestiltak, og hvem som kan være bedre tjent

med at man ikke overtar ansvar og trenger andre intervensjoner. At samarbeidet med pårørende anbefales i dette arbeidet, er viktig fordi pårørende kan bidra med informasjon og fordi et samarbeid med dem kan øke pasientens opplevelse av tilhørighet til viktige andre.

På tre områder gir retningslinjene, etter vår mening, ikke tydelige anbefalinger.

Det ene er betydningen av tverrfaglige vurderinger og samarbeid. Erfaring fra praksis er at tverrfaglige vurderinger er viktig for å finne fram til det mest hensiktsmessige beskyttelsesnivået. Tverrfaglige vurderinger kan, ved at vi er flere som ser og vurderer, bidra til et mer nyansert observasjonsgrunnlag både for å vurdere og for å beslutte beskyttelsestiltak. Kompetanse i slike vurderinger i døgneheter kan, som ved utskiftninger i personalet, være sårbar og kan ikke bare sikres ved kurs f. eks hvert halvår. Opplæring må også skje ved utveksling av kompetanse i det daglige arbeidet slik at f. eks nyansatte kan lære av andre med erfaring i selvmordsforebygging. Utveksling av kunnskap gjennom regelmessige tverrfaglige behandlingsmøter og veiledningsgrupper, kan på en positiv måte bidra til felles forståelse av pasienter som er selvmordstruet, samt deres behov for helsehjelp. Erfaringsbasert kunnskap hos ulike personalgrupper i døgneheter, kombinert med evidensbasert kunnskap utgjør en samlet kompetanse som, etter vår erfaring er nødvendig for å gjøre gode og helhetlige vurderinger.

Det andre området er betydningen av samarbeid med pasienten i vurderingsfasen.

Innledningsvis viser retningslinjene til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten 2005 -2015 (Sosial og helsedirektoratet, 2005) der et mål er å sikre at tjenestene involverer brukere og gir dem innflytelse. Vår erfaring er at samtaler med pasienten der vi samarbeider for å forstå selvmordstrusselen og behovet for beskyttelse, kan ha et terapeutisk potensial i seg som bør utnyttes. Det betyr ikke at personalet sitt ansvar pulveriseres, men at vi også tar på alvor plikten for å skape et møte der pasientens eget ansvar

tematiseres og tas på alvor. Gjennom erfaring fra ulike kliniske kontekster mener vi å ha belegg for at dette kan styrke pasientens identitet og tilknytning til andre. Samtaler som dette gir og rom for å bli sett, hørt og forstått i forhold til hva som er så strevsomt og hvordan selvmordstrusselen oppleves og forstås (Talseth et. al 1999, Cutcliffe og Barker, 2002). Dette kan være selvmordsforebyggende fordi det kan lindre håpløshetsopplevelse og ensomhetsfølelse, samt forsterke selvfølelse hos pasienter. Retningslinjenes punkt 8 vektlegger at det må foreligge et rettslig grunnlag for helsehjelpen, som samtykke fra pasienten, tvungent psykisk helsevern eller nødrett. Selv ved tvungent psykisk helsevern eller beskyttelsestiltakene kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon, er det viktig å vurdere alle muligheter for medvirkning. En viktig forutsetning for medvirkning er informasjon og veiledning av pasienter og pårørende. Brukermidvirkning kan selvsagt være en utfordring når pasienter som er selvmordstruet ikke vil ha hjelp.

Det tredje området som vi mener har betydning for vurdering av selvmordsrisiko og behov for beskyttelse, er bruk av klinisk skjønn. Det er vår erfaring at vurdering av pasientens tilknytning og allianse, pasientens forpliktelse til å ikke skade seg, så vel som hans dødslengsel, skjer på et sammensatt grunnlag og i en helhetlig vurdering hos erfarne fagfolk. Vråle & Mjøsund (2004) beskriver hvordan observasjon av nonverbale uttrykk, som blikk kontakt og en opplevelse av at pasienten viker unna, sammen med kunnskaper om diagnoser og risikofaktorer danner grunnlag for vurdering av selvmordsrisiko og behov for beskyttelse. Dette er ferdigheter som kan utvikles i veiledning og ved mester – svenn læring, slik retningslinjene også anbefaler det i forslag til prosedyrer for opplæring i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Kunnskapsoppsummeringen som lå til grunnlag for retningslinjene (Mehlum et. al 2007), konkluderer med at det ikke er funnet noen studier som har undersøkt effekt av beskyttelsestiltak ved selvmordsrisiko. Kunnskapsoversikten viser i forbindelse med dette til en systematisk litteraturoversikt av Bowers og Park (2001) som konkluderer med at det utelukkende eksisterer rent beskrivende litteratur på dette området. Bower og Park hevder at beskyttelsestiltak er basert på tradisjoner. Tradisjoner bygger ofte på erfaringsbasert kunnskap, som kan representere viktige begrunnelser for når vi gjør beslutninger om beskyttelsestiltak, denne må derfor settes ord på. Det å sikre at hensiktsmessige tiltak iverksettes når det gjelder forebygging av selvmord i en psykiatrisk akuttavdeling, er viktig fordi beskyttelsestiltakene kan være livreddende med den verdi det har for pasienten selv og alle som er involvert i pasientens liv. Det å sikre et hensiktsmessig nivå av beskyttelse er også viktig fordi tiltakene kan ha krenkende virkninger for pasienten og derfor bare bør iverksettes når det er nødvendig. Krenkelser kan oppstå ved at pasienten opplever å ikke kunne velge fritt og ved overskridelser av den personlige sfære (Andersson, 1994). Å ha noen tett rundt seg 24 timer i døgnet– også i intime situasjoner – kan oppleves som krenkende for pasienter.

### **Gjennomføring av kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon**

Gjennomføring av kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon kan beskrives både ut fra den praktisk gjennomføringen av beskyttelsestiltakene, og ut fra relasjonen til pasienten i denne fasen (Vråle, 2006). Retningslinjene gir detaljerte anbefalinger på hvordan de to beskyttelsestiltakene bør gjennomføres. De gir anbefalinger om hvem som kan beslutte og hvem som kan avslutte tiltakene, og stiller krav om kompetanse og opplæring av personell som skal utføre kontinuerlig observasjon og intervall observasjon. Det er vår erfaring at det ikke alltid har vært stilt tydelige krav om kompetanse til de som har vært fastvakter for pasienter med alvorlig selvmordstrussel. Retningslinjene gir under punktet behandling

anbefalinger om at pasienter med selvmordsrisiko bør motta kunnskapsbasert behandling både i forhold til grunnlidelsen og selvmordsrisikoen. Beskyttelsestiltak bør etter vår mening vurderes som en del av pasientens behandling. Noen vil kanskje mene at beskyttelsen har i seg kontrollelementer som ikke kjennetegner god behandling. Uansett vurderer vi det som betydningsfullt at pasienter inviteres til å snakke gjennom opplevelser fra perioder med beskyttelse i behandling i samtaler med miljøpersonalet og i behandlingssamtaler.

Vår erfaring er at beskyttelsen er viktig, og at den er særlig viktig om kontrolltiltakene kombineres med relasjonsbygging. Vi vil ut fra vår erfaring fra arbeid med selvmordstruede pasienter beskrive personlig kompetanse som en særlig viktig egenskap hos de som utfører beskyttelsestiltakene, og som vi anbefaler praksis å legge inn som et område for kompetanseutvikling. Personlig kompetanse er en del av yrkesutøvere sin totale kompetanse, og kan defineres som evne til empati, relasjonskompetanse, skikkethet og menneskelighet (Skau,2005). Det beskrives også som vår personlige væremåte som vår følsomhet i samspill, vår intuitive viten, vår ansvarsfølelse og vårt sosiale mot (Skau, 2005). Vår erfaring er at relasjonell kompetanse i form av vilje til å vise engasjement, er viktig i denne sammenheng. Det bekreftes av Dodds & Bowels (2001) som tar til orde for nettopp å utvikle denne evnen hos personell som utfører beskyttelsestiltak. Vråle & Mjøund (2004) bekrefter også at relasjonskompetanse er betydningsfullt i kontinuerlig observasjon, og at den kan vise seg ved omsorg, et timet tilbud om kontakt, introduksjon av viktige tema i pasientens liv, vilje til å ”by på seg selv” og evnen til å skape håp og mening. Pasienter vi har møtt bekrefter relasjonens betydning. Man kan omtale personlig kompetanse som etikkbaserte ferdigheter som best kan evalueres av den enkelte pasient og hans eller hennes pårørende. Disse ferdighetene kan trolig best utvikles i veiledning. Retningslinjene anbefaler veiledning spesielt i møte med pasienter med såkalt kronisk suicidalitet. Vi vil fremheve veiledning som viktig for alle som arbeider med selvmordsforebygging. Veiledning er viktig for å utvikle de

relasjonelle ferdighetene, og for å gi støtte til personell som står i krevende arbeidsoppgaver (Vråle, 1998, Bang, 2003).

Retningslinjene gir anbefalinger om samarbeid med pårørende. Mangel på tilhørighet og felleskapsopplevelser, samt familiekonflikter, ensomhet og det å være avsondret er etter vår erfaring fenomener som kan bidra til meningsløshet og håpløshet og forklare noe av selvmordstrusselen hos enkeltmennesker (Mehlum, 1999). Dette kan arbeides med ved at pasientens relasjoner til familie og nettverk tematiseres i en fase med beskyttelsestiltak, og ved at pårørende inviteres inn. Dette er viktig for både pasienten og pårørende, for bearbeiding av hendelser og for planlegging av videre opplegg. Når en pasient legges inn i en psykiatrisk døgnerhet med selvmordsrisiko, er det ofte etter perioder der familien har vært belastet med både angst og ansvar. Taushetsplikten gjelder selvsagt, men vi tror at den bare unntaksvis står i veien for familiearbeid. Betydningen av familie og nettverksarbeid gjelder alle aldersgrupper. Tilknytning og felleskapsopplevelser er viktige selvmordsforebyggende fenomener for så vel barn og unge som for voksne og eldre. Når en selvmordsnær pasient skrives ut fra en psykiatrisk døgnerhet vil familie og nettverk, samt kommunale helsehjelp være viktige samarbeidspartnere for pasienten. Tilbudet til pasienter med psykiske lidelser har ikke hatt den kontinuitet og kvalitet som disse pasientene har krav på. Selv etter at opptrappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-1998)) har fungert i nærmere 10 år påpekes mangel på kontinuitet og tverretatlig samarbeid (Almvik & Borge, 2006). Tiltak mot diskontinuitet kan være bruk av individuell plan og tverrfaglige ansvarsgrupper. Å bringe inn ansvarsgruppen på et tidlig tidspunkt i arbeidet med pasienter som er alvorlig selvmordstruet er viktig for å lette den overgangen som det er å gå fra beskyttelse i en døgnerhet og ut til hjemmet. Slike møter kan finne sted i en fase med kontinuerlig observasjon eller intervall observasjon og kan ha betydning for pasientens opplevelse av at hjelpen fortsetter.

Avslutning av beskyttelsestiltak og etter hvert utskriving fra døgnopphold, er overganger med økt risiko for selvmord. Retningslinjene gir anbefalinger ved slike overgangene. God praksis på dette området er ny risikovurdering og etter vår mening at dette skjer i samhandling med pasienten, pårørende og ved tverrfaglig innspill. Vår erfaring er at en åpen og veiledende tilnærming øker pasientens forpliktelse.

### **Tiltak ved utskriving fra døgnavdeling.**

Retningslinjene gir viktige anbefalinger for utskriving fra døgnenheter i det de viser til at utskriving er dokumentert som høyrisikosituasjoner for selvmord (Qin & Nordentoft, 2005). Det anbefales oppfølging lokalt senest innen en uke. Her vil vi anbefale at man følger opp raskest mulig og helst i forlengelsen av et døgnopphold. Erfaringer fra oppfølging av personer som har vært innlagt i somatiske avdelinger etter selvmordsforsøk (Fadum, 2006, Hvid et. al, 2008) er blant annet at de bør følges opp raskt og helst i løpet av 2 -3 dager og før problemer legges lokk på. Tidsperspektivet er særlig viktig etter alvorlig selvmordsfare innen psykisk helsevern. Vi har erfaring for at faren for reaktivering av selvmordstanker og planer er stor den første tiden etter en utskriving. For noen representerer dette å komme tilbake til ensomhet, konflikter og økonomiske problemer som kanskje var medvirkende til at selvmordsproblemet utviklet seg i utgangspunktet. At det ikke går for lang tid, kan øke pasientens opplevelse av kontinuitet i helsehjelpen og trygge pasienter og pårørende. Det kan bidra positivt i pasientens bedringsprosess om man ved rask oppfølging og fleksible løsninger, kan hindre forverring av pasientens helsetilstand og opplevelse av fortvilelse og ved det kanskje hindre ny innleggelse. Ny innleggelse kan ses som et nederlag for pasienten. Ambulante team lokalt bør være viktige samarbeidspartnere ved slutten av en fase med beskyttelse og de bør være i kontakt med pasienten før utskriving slik at pasienten vet noe om

hvem som skal følge opp. Dette er særlig viktig om ikke pasienten alt er inne i et behandlingsopplegg.

### **Opplæring og kompetansebygging.**

Opplæring og kompetansebygging er en viktig del av implementering av retningslinjene. Det er vårt inntrykk at retningslinjene alt har dannet et grunnlag for økt kompetanse i oppfølging av alvorlig selvmordstruede pasienter i psykisk helsevern. Noen steder, som i Sørlandet sykehus Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling inngår kurs om selvmord i et kompetansehevingsprogram. Kursene er der tilpasset ulike yrkesgrupper sitt behov for kunnskap. Tema i kursene er f. eks forekomst, statistikk og selvmordsprosessen, kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, den gode samtalen, tiltak som beskyttelsestiltak og dokumentasjon. I kurset er det vektlagt gjennomgang av kasuistikker. Ivaretagelse av pårørende er også et tema. Undervisningen blir systematisk evaluert elektronisk.

### **Konklusjon**

Retningslinjene bør kunne danne grunnlag for god og enhetlig praksis for oppfølging av selvmordstruede pasienter i psykisk helsevern i Norge. De nye begrepene kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon er etter vår erfaring fra Helse Sør/Øst, i ferd med å bli implementert. Tydelig innholdsbeskrivelse av begrepene og tydeliggjøring av ansvarsforhold i retningslinjer er viktig for god praksis. Begrepene er i seg selv imidlertid bare beskrivelser som omfatter kontrollaspektet og som tidligere hadde andre benevnelser. Forebygging av selvmord er en helhetlig virksomhet som må sees i lys av både relasjonsarbeid, behandlingstiltak, beskyttelsestiltak og tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. I sum tar retningslinjene inn mange av disse aspektene. Vi har også pekt på betydningen av samarbeid med pasienten, betydningen av familie - og nettverksarbeid, tverrfaglig og tverretatlig

samarbeid, og anbefaler at dette tematiseres i arbeidet med implementering av retningslinjene.

Vi håper at kunnskap om god praksis videreutvikles gjennom faglige diskusjoner i behandlingsmøter, i undervisning og i veiledning, samt ved samtaler med pasienter og pårørende. Områder som trenger en kontinuerlig diskurs og forskning vil være:

- **Etiske dilemma** som oppstår i arbeid med pasient og pårørende.
- **Juridiske dilemma** knyttet til det å ta og gi ansvar
- **Faglige utfordringer og terapeutiske muligheter** knyttet opp til relasjonsarbeid og særlig ved å involvere pasienten i vurdering, gjennomføring og avslutning av de ulike tiltak som er aktuelle i selvmordsforebygging i døgnenheter. Effektstudier av beskyttelsestiltak bør settes i verk snarest.

#### **Litteratur:**

Almvik, A. & Borge L. (red). (2006). Psykisk helsearbeid i nye sko. Bergen:

Fagbokforlaget.

Andersson, M. (1994). Integritet som begrepp och princip: en studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Bang, S.( 2003). Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning. Oslo:

Gyldendal Akademisk.

Bowers, L, & Park, A. (2001). Special observation in care of psychiatric inpatients: a literature review. Issues Men Health Nurs. 22, 769 -786

Cutcliffe, J. & Baker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for `engagement and inspiring hope` or `observations`. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 611 -621

- Dodds, P. & Bowels, N. (2001). Dismanteling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8, 183 -190
- Fadum, E. A. (2006). Rutiner for oppfølging og behandling av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. *Suicidologi*, 11, 21 -23
- Hvid, M., Vangberg, K og Wang, G. (2008). Effekt af intervention efter selvmordsforsøg/selvskade. *En randomisert undersøgelse*. Psykiatrisk Center Amager
- Mehlum, L. (red). (1999). *Tilbake til livet*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. A., & Myhre, K. I. (2007). Forebygging av selvmord i psykisk helsevern: Hva har effekt? Systematisk kunnskapsoppsummering, Rapport fra Kunnskapscenteret Nr 4-2007.
- Qin, P. & Nordentoft M (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidens based on Longitudinal Registers. *Arch general Psych*, 179, 438 -43.
- Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser .... 2.utg*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Talseth, A. G., Lindseth, A., Jacobsen, L. & Nordberg, A. (1999). The meaning of suicidal in-patients` experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1034 -1041
- Vråle, G. B (2007). Beskyttelse som ledd i behandling av pasienter i psykiatriske døgnavdelinger. I: *Suicidologi*, 3, 14 – 16, 3 sider
- Vråle, G. B., Mjøsund, N. H. et. al (2004). Fotfølging av selvmordstruede pasienter i akutt psykiatriske avdelinger – en studie, beskrivelse og ettertanke over fem sykepleieres fortellinger fra møter med pasienter som fordi de ville ta sitt eget liv, hadde fotfølging en periode. *Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for Forskning og utvikling, Rapport 10*

Vråle, G. B. (2000). "Is i magen", om bruk av begreper i sykepleien til alvorlig selvmordstruede pasienter. Tidsskriftet Sykepleien, 17, 58 -61.

Vråle, G. B.(1998). Om hjelperollen i møte med det selvmordsnære mennesket. Nytt i Suicidologi, fra forskning til forebygging, 2, 17-19

**Annet:**

Sosial- og helsedirektoratet (2005). ...og bedre skal det bli Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten 2005 -2015

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.( IS-1511/2008). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.