

SELYMORDSPROBLEMATIKK GRUNNKURS

EWA NESS

LEDER AV PSYKIATRISK LEGEVAKT

EWA.NESS@OUS-HF.NO

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern



2008

MÅL

- Handle i tråd med nasjonale retningslinjer
- Redusere selvmordsfaren
- Kunne snakke med pasienter med selvmordstanker/planer
- Bruke kortere tid
- Ta mindre ansvar
- Ivareta personalet

OM SELVMORD

- Selvmord er sjeldent, ca 600 per år
- Selvmordstanker er vanlig
- **Det er ikke mulig å forutsi hvem som kommer til å ta livet av seg**
- Halvparten har ikke vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten året før selvmordet
- Åpenhet forebygger selvmord
- *Hva er helsevesenets oppgave?*

Ari Behns bortgang

- Ari Behns familie er kloke i sin åpenhet. Sannheten er viktig, selv om den er vond.



25.12.2019

ØKER
MEST

PLUSS E-AVIS

TIPS OSS KJØP PLUS

superstillinger: AFP-tabbe gir Lengst orgasme kjempesmell elsykler



- Ville ta mitt
eget liv



HVILKE PERSONER KAN TA LIVET AV SEG?

- Depresjon
- Rusmisbruk – alkohol
- Livskrise - kjærlighetssorg
- Psykose
- Personlighetsforstyrrelse
- Kroniske smerter- alvorlig somatisk sykdom

SELYMORDSPROBLEMATIKK

- Akutt – oftest assosiert med depresjon, kriser tidsavgrenset
- Kronisk – oftest assosiert med ustabil PF, en del av personligheten

OPPLÆRING I HÅNDTERING AV SELVMORDSPROBLEMATIKK

- Øvelse på å snakke med pasienter om vanskelige ting
- Mester-svenn læring/veiledning
- Kunnskap om risikofaktorer
- Diskusjon av kasuistikker
- Bygger på de nasjonale retningslinjene

STATISKE RISIKOFAKTORER FOR SELVMORD PÅ GRUPPENIVÅ

- Aktuelt: oftest en konflikt/brudd i en relasjon
- Tidligere selvmordsforsøk- alvorlighetsgrad,antall
- Psykisk lidelse- depresjon
- Rusavhengighet – alkohol
- Selvmord i familien
- Alvorlig somatisk sykdom

RUSPÅVIRKEDE PASIENTER

- *Har du drukket i dag?*
- *Hva har du drukket?*
- *Pleier du å ha selvmordstanker når du drikker?*
- *Er det lenge siden du var edru? Hadde du selvmordstanker da?*
- *Har du fått behandling for rusproblemer? Hadde det vært en ide å søke det igjen?*
- *Jeg ser du har ringt oss mange ganger med de samme problemene. Det er begrenset hva vi kan gjøre for deg, men jeg håper du tar imot den hjelpen du tilbys hos fastlegen, DPS, A-senteret...*
- *Etter ca. 10 min: Nå tror jeg vi må runde av...*

MØTE MED PASIENTEN

- Finne ut hva som har utløst selvmordstankene/planene
- Kartlegge symptomene
- Kartlegge risikofaktorene
- Vurderer pasientens psykiske tilstand – diagnose?
- Tiltak/behandling: støttende psykoterapi/medikamenter/innleggelse

SPØRSMÅL SOM MÅ STILLES I PSYKISK HELSEVERN

- Har du selvmordstanker- hvor ofte?
- Har du selvmordsplaner og hvor konkrete er de? Kommer og går de?
- Har du gjort noen forberedelser?
- Har du tilgang til metoder? Medisiner, våpen?
- Hører du stemmer som sier du skal drepe deg selv eller andre?

EKSEMPEL

- Bakgrunn: kvinne 29, bor alene, jobber, ikke tidligere kontakt med psykisk helsevern. Ingen tidligere selvmordsforsøk. Drikket alkohol, typisk 1-3 gl. vin 2-4 ganger i mnd. Bruker ikke andre rusmidler. Godt sosialt nettverk.
- Aktuelt: brudd med kjæresten for 3 uker siden etter at han har funnet en annen. De hadde vært sammen i 3 år. Etter dette fått selvmordstanker.
- Status: selvmordstanker som kommer av og til, hatt tanker om å ta en overdose, men ingen konkrete planer. Hører ikke stemmer.

VURDERING

- Pasienten er henvist med selvmordstanker i forbindelse med brudd med kjæresten. Dette vurderes som en livskrise. Ingen tidligere psykiatrisk sykehistorie, ingen tidligere selvmordsforsøk, intet rusproblem. Har selvmordstanker som kommer og går, men ingen konkrete planer.
- Tiltak: Støttende samtale. Fornøyd når hun går.

EKSEMPEL

- **Bakgrunn:** Mann 67, alene, ufør. Ektefellen døde for et halvt år siden. Etter det to selvmordsforsøk, hvorav ett alvorlig: intoks med opphold på somatisk avd, ble funnet tilfeldig. Driker lite alkohol, ikke illegale rusmidler eller A- eller B-prep. Søster oppsøker legevakt med pasienten, og er svært bekymret for han. Ingen tidligere psykiatrisk sykehistorie.
- **Aktuelt:** økende depresjon siste uker, nå ute av stand til å ta vare på seg selv, spiser ikke, steller seg ikke, sover ikke. Katastrofetanker om egen økonomi. Ikke oppsøkt behandling selv.
- **Status:** mimikkfattig, svarer med enstavelser, benekter selvmordstanker/planer. MADRS 42.

VURDERING

- Alvorlig depresjon etter ektefelles død, to tidligere selvmordsforsøk, hvorav ett alvorlig med innleggelse på somatisk avd. Søker ikke hjelp selv. Benekter selvmordstanker/planer. MADRS 42. Intet rusproblem.
- Tiltak: Pasienten legges inn på tvungent psykisk helseverb fordi han ikke har samtykkekompetanse og har an alvorlig sinnslidelse.

EKSEMPEL

- Kvinne 23, med ustabilitet og blandingsmisbruk, alkohol og B-pre, noe amfetamin/hasj. Hadde samboer som nylig kastet henne ut. Flere kortvarige jobbforhold, vanskelig oppvekst, barnevernet var inne. Dårlig nettverk. Tidligere vært i BUP. Kommer med venninne.
- Kroniske selvmordstanker. Flere tidligere selvmordsforsøk, ingen alvorlige, kutting, ringt etter ambulansen, sendt sms til venninne, ofte oppsøkt legevakten. Stått på et høyt sted og tenkt på å hoppe. Bruker antidepressiva, Seroquel, Vival og Sobril. Går i gruppebehandling på DPS men har ustabil oppmøte. Tre kortvarige innleggelses på akuttavd pga suicidalitet.

VURDERING

- Kvinne 23 år med ustabil PF og kronisk suicidalitet som oppsøker LV fordi hun har fått økte selvmordstanker etter brudd med kjæresten. Hun har selvmordstanker, men ingen konkrete planer, og truer med å ta sitt liv om hun ikke blir lagt inn. Hører ikke stemmer. Har 0,8 i promille nå og har tatt 5 Vival og 50 mg Seoquel i dag. Ikke gjort noe alvorlig selvmordsforsøk tidligere.
- Tiltak: støttende samtale. Blir med venninne hjem. Går i gruppebehandling ved DPS for UPF. Er fornøyd når hun går.

TILTAK: HVA KAN VI GJØRE FOR Å REDUSERE SELVMORDSFAREN

- **Riktig diagnose- riktig behandling**
- Demping av psykisk smerte med psykoterapi/samtale
- Medikamenter akutt og mot grunnlidelsen
- Mobilisere nettverket
- Innleggelse
- Evt videre helsehjelp: fastlege, DPS..

OPPSUMMERING

- Vanskelige vurderinger
- Avgrens ansvar. Forklar rammene.
- Bruk DBT teknikker
- Drøft dine vurderinger med andre
- Sørg for riktig behandling av grunnlidelsen



KJÆRLIGHETSSORG
ER UNDERVURDERT.
FLERE TENKER PÅ
Å TA SITT EGET LIV.