



Forebygging av suicidal atferd i klinisk sammenheng Hva er beste praksis?

Lars Mehlum
Professor dr med

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –
forebygging

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo



Hvert år i Norge:

- Dør **500** om lag personer i selvmord
- Blant ungdom under 25 år står selvmord for ca **25%** av alle dødsfall – altså den vanligste dødsårsaken
- Skjer det ca **5000** innleggelseser i somatisk sykehus pga selvmordsforsøk
- Skjer **50%** av alle akuttinnleggelseser i psykiatrisk avdeling på grunn av suicidalitet
- Utfører **tusenvis** av ungdommer – særlig ungdommer – selvskadehandlinger uten å komme i kontakt med hjelpeapparatet
- Etterlates og berøres **titusenvis** av mennesker i Norge av suicidalitet

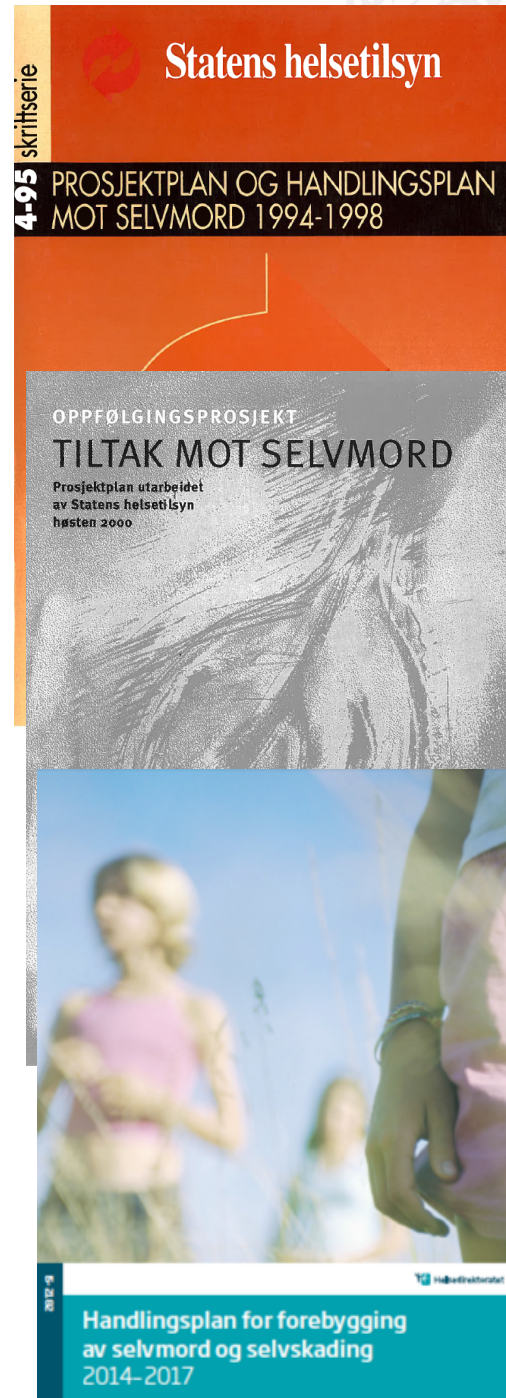


Nasjonal strategi for selvmordsforebygging

’En utfyllende og landsomfattende tilnærming til å redusere omfanget av selvmordsatferd hos mennesker i alle livsfaser gjennom en samordnet og kultursensitiv samfunnsmessig respons fra flere instanser i offentlig og privat sektor.’

Norske handlingsplaner for selvmordsforebygging

- **1994 – 1999** Første Handlingsplan mot selvmord
- **2000 – 2002** Første revisjon: ”Tiltak mot selvmord”
- **2006 – 2008** Andre revisjon ”Strategiske mål og satsningsområder for selvmordsforebyggende arbeid”
- **2014 – 2017** Tredje revisjon ”Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading”





Psykisk lidelse og selvmord

- Ved de fleste selvmord har det vært en psykisk lidelse tilstede
- Det betyr ikke at dette var det eneste eller primære problemet
- Selvmord handler mye blant annet om
 - Belastninger og mestring
 - Samspill med andre
 - Håp vs håpløshet



Kliniske intervensjoner ved selvmordsfare

- Selvmordsrisikovurdering
- Pasientsikkerhetstiltak
- Psykososiale intervensjoner
- Medikamentelle intervensjoner
- Kontinuitet i behandlingen



Kliniske intervensjoner ved selvmordsfare

- **Selvmondsrisikovurdering**
- Pasientsikkerhetstiltak
- Psykososiale intervensjoner
- Medikamentelle intervensjoner
- Kontinuitet i behandlingen



UNIVERSITETET
I OSLO

Utfordringer i selvmordsrisikovurdering



Tilsynsmelding 2014

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

- Tilsyn med PHV for barn og unge 2013-14: *«I noe over halvparten av poliklinikkene gjøres det ikke systematisk kartlegging av selvmordsrisiko eller av pasientens forhold til rusmidler»*



Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger?

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har som formål å øke kompetansen blant helsepersonell og bidra til at pasientene mottar et standardisert og forbedret behandlingstilbud for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk. Vi stiller oss imidlertid tvilende til om formålet kan oppnås i praksis.

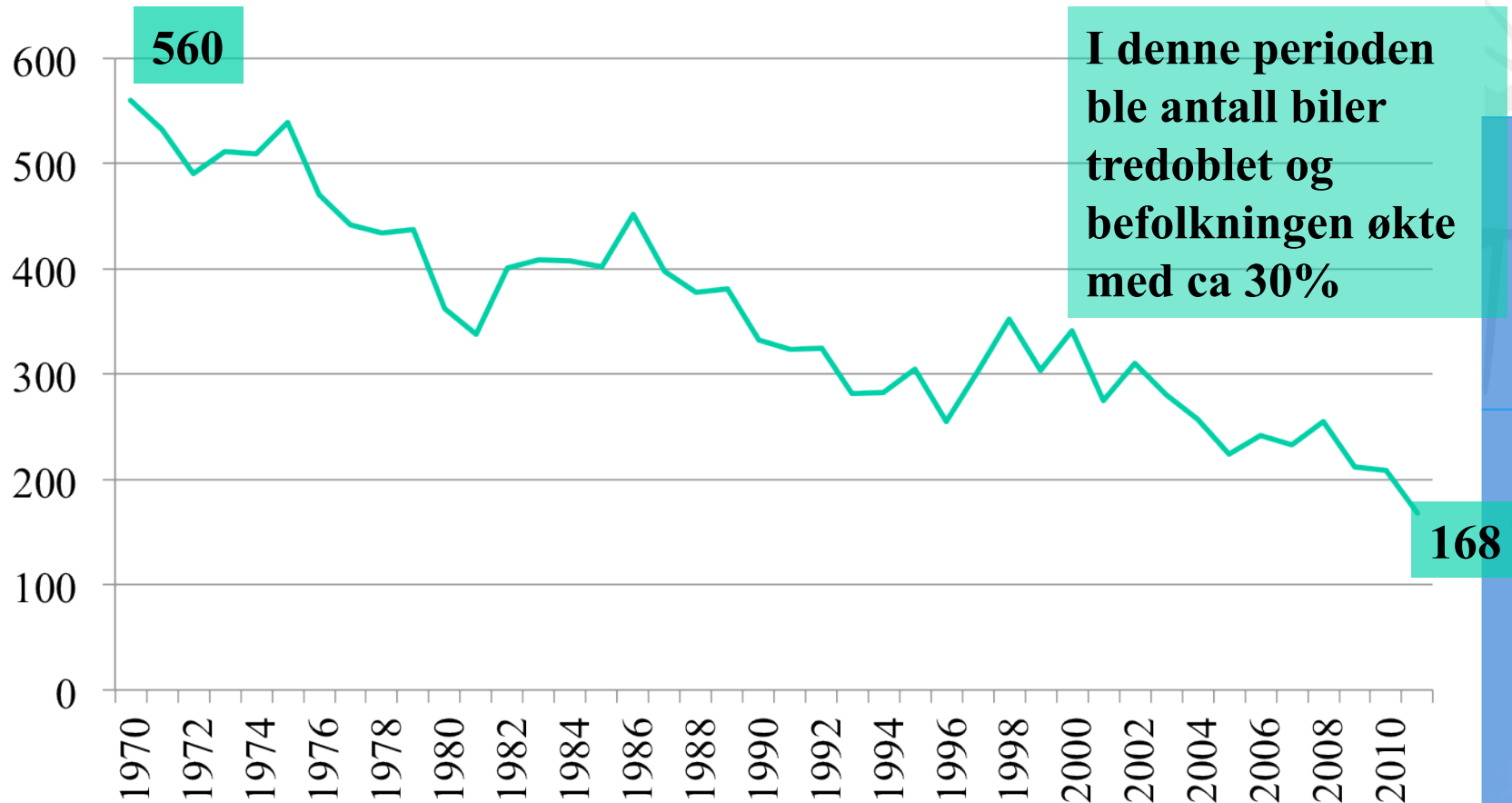
Hagen, Hjelmeland & Knizek, Tidsskr Nor Legeforen 2014; 4: 134



Hva er hensikten med vurdering av selvmordsrisiko?

- Vi kan ikke predikere selvmord
- Men selvmordsrisikovurdering kan likevel brukes som grunnlag for
 - Å velge behandlingstilnærming
 - Suicidalitet bør behandles direkte !
 - Å informere pasient og behandlere / miljøpersonale om faremomenter som kan reduseres eller (utilsiktet) økes
 - Unngå negative transaksjoner
 - Å gi realistisk informasjon til pårørende
 - Pårørende bør informeres om muligheten for selvmord!
 - Å skape økt pasientsikkerhet for grupper av pasienter

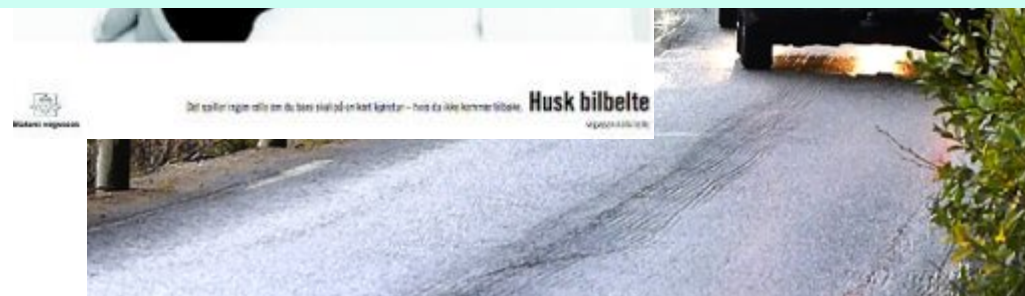
Trafikkdrepte (N) i Norge 1970-2011





Viktig:

Ingeniører og lovgivere vet ikke sikkert HVEM de redder fra trafikkdøden når de bygger tryggere veier eller gir påbud om bruk av bilbelter. Dette ser ikke ut til å svekke deres vilje til å investere enorme beløp i disse tiltakene.





Vurdering vs kartlegging

- Selvmordsrisikovurdering – integrert vurdering av risikoen for at en person vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon
- Selvmordsrisikokartlegging (screening) – stille spørsmål om aktuelle selvmordstanker/planer og om tidligere selvmordsforsøk



Selvmondsrisikovurdering

Forutsetninger

- Kunnskap om de viktigste risikofaktorene
- Diagnostisk kompetanse
- Kliniske intervjuferdigheter
- Relasjonskompetanse (bruk relasjonen!)
- Holdningskompetanse i forhold til spørsmål om liv/død, ansvarsforhold (for pasientens valg), etiske dilemma.
- Evne til regulering av egne emosjoner som angst, eller aggresjon
- Tilstrekkelig tid avsatt til å utføre vurderingen

- Vurdering av selvmondsrisiko må foretas av kompetent helsepersonell, som har fått nødvendig opplæring.



Vurdere *OG* intervenere

- Selvmordsrisikovurdering bør i størst mulig grad veves inn / integreres i samtalen
- Selvmordsrisikovurdering bør ses på som en viktig behandlingsmessig intervensjon i seg selv
- Samtidig: Motvirke asymmetrien i pasient – behandlerforholdet





Når bør selvmordsrisiko vurderes?

Minimumskrav

- I psykisk helsevern generelt: Når pasienten svarer positivt på noen av kartleggingsspørsmålene av selvmordsrisiko ved kontaktetablering
- Gjentas ved endringer i pasientens tilstand, behandlingsopplegg eller livssituasjon
- I døgnenheter:
 - Ved innleggelsestidspunktet – som ved kontaktetablering (se over)
 - Gjentas endringer i pasientens tilstand, behandlingsopplegg (inkl. overføring mellom avsnitt) og beskyttelsesgrad
 - Når selvmordsrisiko har vært en problemstilling under oppholdet eller tidligere bør selvmordsrisiko revurderes ved utskrivning

Suicidal intensjon ihht innholdet i selvmordstankene

Aktivt selvmordsønske, metode, beslutning og plan

Aktivt selvmordsønske, metode og beslutning

Aktivt selvmordsønske, tenkt på metode

Aktivt selvmordsønske

Ønske om å være død



Skalaer eller sjekklister

- Kan være en huskehjelp – slik at vesentlige elementer ikke glemmes
- Men det er ingen evidens for at bruk av slike hjelpemidler gir bedre vurderinger enn vanlig klinisk intervju
- Mulige problemer:
 - Fester for stor tillit til hjelpemiddelet
 - Negativ påvirkning på pasient-behandler-samspeillet
- Trenger du en huskeliste – lag den og bruk den
 - Drill kan være nyttig
 - Overlæring



Kliniske intervensjoner ved selvmordsfare

- Selvmordsrisikovurdering
- **Pasientsikkerhetstiltak**
- Psykososiale intervensjoner
- Medikamentelle intervensjoner
- Kontinuitet i behandlingen



Hvem er akuttinnleggelse mest påkrevd for?

- Har utført selvmordsforsøk eller har selvmordstanker med høy grad av suicidal hensikt
- Tegn til alvorlig depresjon, psykose og/eller rusmisbruk
- Har svak impuls kontroll
- Har svake «sperrer» mot selvmord
- Har svake beskyttende ressurser i familie eller nettverk
- Personen har i den aktuelle situasjonen opplevd vold, sterke krenkelser, tap eller andre psykiske traumer
- Få beskyttende faktorer som kan veie opp for risikofaktorer

Under innleggelse – fokus på...

- Observasjon:
 - Prosedyrer - entydige og kjent blant alt personale
 - Kontinuerlig vs intervallobservasjon
 - Alt personale som utfører observasjon ha nødvendig opplæring i dette
 - Prosedyrer for opplæring
 - Rapportering
- Fysiske sikringstiltak:
 - Låst ytterdør, låste vinduer, konsistent praksis
 - Blokkeringsfrie indre dører
 - Fjerne opphengspunkter, antenningsmuligheter, utsprangsmuligheter, spisse/skarpe gjenstander
- Skriftlige prosedyrer for: vurdering av utgangstatus, permisjon og overflytting mellom ulike enheter





Før utskrivning

Minimumstiltak

- Sikkerhetsplan
- Involvering av pårørende
- Time i hånda



Sikkerhetsplan

- **A. Hvordan gjøre mine omgivelser sikrere:**

- _____

- **B. Faresignaler jeg vil være oppmerksom på:**

- 1. _____

- 2. _____

- 3. _____

- **C. Indre mestringsstrategier:**

- 1. _____

- 2. _____

- 3. _____

- **D. Ytre mestringsstrategier:**

- Folk som kan hjelpe meg til å komme på andre tanker:

- 1. _____ 2. _____

- Folk som jeg kan be om hjelp: 1. _____ 2. _____

- **E. Profesjonelle hjelpere som jeg kan kontakte:**

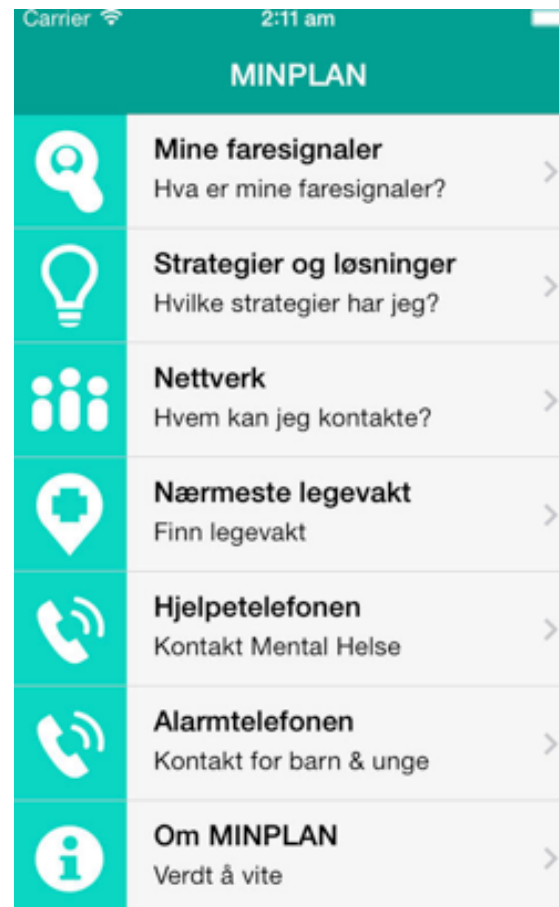
- Behandlers navn: _____

- Telefonnr: _____ Mobilnr: _____

- Navn på annen profesjonell hjelper: _____

- Telefonnr: _____ Mobilnr: _____

- Legevakt, telefonnr: _____ Annen akutt-tjeneste/ krisetelefon, telefonnr: _____





Tilgang på selvmordsmetoder

- **Potensielt giftige medikamenter**
 - Medisinskapet hjemme
- **Skytevåpen**
 - I hjemmet
 - På jobben
- **Annet – avhengig av kontekst, for eksempel i avdeling**
 - Hengning
 - Utsprang
 - Skarpe gjenstander



Kliniske intervensjoner ved selvmordsfare

- Selvmordsrisikovurdering
- Pasientsikkerhetstiltak
- **Psykososiale intervensjoner**
- Medikamentelle intervensjoner
- Kontinuitet i behandlingen



I akuttbehandlingskontekst

- Ambisiøse psykoterapiopplegg har liten plass – selvsagt
- Likevel; bruke prinsippene fra godt beskrevne behandlingsmetoder – særlig er KBT / DBT orienterte prinsipper velegnet.
- Noen foci:
 - Generere håp
 - Klarlegge utløsere og konsekvenser av suicidal atferd
 - Lage løsningsanalyser
 - Styrke motivasjon for og etterlevelse av behandling
 - Styrke evnen til å holde ut å være suicidal / overleve å være suicidal
 - Redusere problematferd
 - Øke mestring



Psykoterapi ved suicidalitet

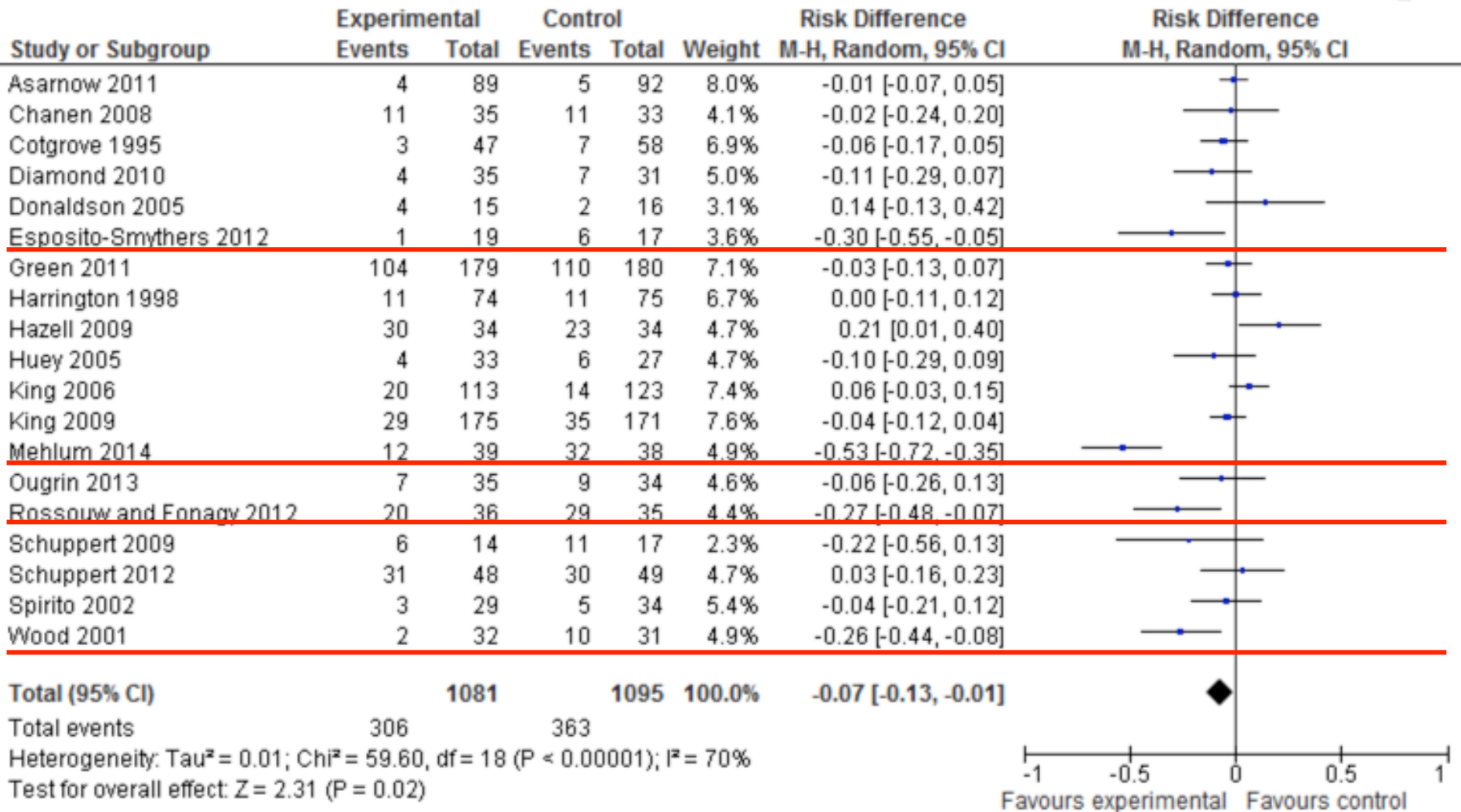
Voksne

- Kognitiv atferdsterapi (KBT)
- Dialektisk atferdsterapi (DBT)
- Skjemafokusert terapi (SFT)
- Mentaliseringsbasert terapi (MBT)
- Problemløsende terapi (PST)

Selvmondsforsøk og selvskading blant tenåringar

Meta-analyse av behandlingsstudier

Ougrin et al, JAACAP 2015; 54(2): 97-107



“Håpsesken”

- Hensikt: Motvirke håpløshet, forbedre øyeblikket, få tankene over på noe annet, minne om alle gode grunner til å holde seg i live
- Innhold (for eksempel):
 - Bilder av personer eller steder pasienten er sterkt knyttet til eller av hendelser som representerer gode minner
 - Andre gjenstander som vekker gode minner eller følelser
 - Brev
 - Dikt, inspirerende sitater, religiøse sitater
 - Et ark papir med pasientens langsiktige mål (i forhold til familie, utdannelse, arbeid e.l.)
 - En liste over gode grunner til å leve videre
 - Sikkerhetsplanen

En virtuell håpseske





- Er uttrykk for et lært mønster av å regulere emosjoner og å mestre situasjoner og relasjoner
- Ofte knyttet til personlighetsproblematikk (EUP/BPD)
- Fører som regel til problemer på en rekke områder i livet
- Debuterer som regel tenårene/ung voksen alder
- Kan medføre:
 - Betydelig økt selvmordsfare
 - Sterkt redusert livskvalitet
 - Store problemer i evnen til å motta effektiv behandling



Innleggelse?

- Det er ikke noen evidens for at innleggelse av kronisk suicidale / pasienter med EUP forebygger selvmord
- Det er ingen spesifikk behandling for disse tilstandene som gjør innleggelse nødvendig
- Innleggelse for å “justere” medikasjonen er ikke evidensbasert
- Psykoterapeutiske intervensjoner gjør ikke innleggelse påkrevet
- Innleggelse uten klar avtale om varighet og avgrensning i forhold til hensikt er sannsynligvis mer til skade enn til gavn
- Fare for etablering av negative samspill og kontingenser



Kronisk suicidale pasienter

Målsettinger for behandlingen

- Få pasienten i behandling og beholde pasienten i behandling tilstrekkelig lenge – bruke aktive strategier for at det skal skje
- Hjelp pasienten å holde seg i live - håndtere suicidalkriser
- Skille mellom suicidalkriser og andre kriser



Hva var det som utløste krisen nå?

Bruke atferdsanalyse for å identifisere områder for
intervensjon

Bidrar til mer spesifikk og målrettet behandling av
suicidal atferd



Kronisk suicidale pasienter

Målsettinger for behandlingen

- Få pasienten i behandling og beholde pasienten i behandling tilstrekkelig lenge – bruke aktive strategier for at det skal skje
- Hjelp pasienten å holde seg i live - håndtere suicidalkriser
- Skille mellom suicidalkriser og andre kriser
- Stabilisere pasienten slik at behandlingen ikke vedvarer å bære preg av kriser og brannslukning
- Øke pasientens ferdigheter og generalisere dem til dagliglivet



”Holde ut”- ferdigheter brukes

- Når du er i en krise
- Når du ikke kan løse problemet der og da
- Den negative følelsen er intens og føles utholdelig
- Du vil gjerne handle på følelsen, men det vil bare gjøre situasjonen verre

brukes ikke

- På hverdagsproblemer
- Til å løse grunnleggende problemer og få et liv som er verdt å leve

TIP-ferdighetene

T

Temperatur

I

Intens fysisk aktivitet

P

Parre muskelavslapning
med pusten



Kaldt vann

- Hele ansiktet ned i et fat / servant med iskaldt vann (eller hold en plastpose med iskaldt vann over øynene og øvre kinn) **OG** holder pusten i 30 sekunder
- Uløser dykkerefleksen
 - Pulsen går ned
 - Blodtrykket reduseres
 - Redusert arousal
- Forskning og klinisk erfaring viser at bruk av denne ferdigheten er effektiv i å stoppe panikkfølelse, sinne eller dissosiasjon
- Brukes ikke av personer med hjertelidelse



“Skills instead of pills”



Kronisk suicidale pasienter

Målsettinger for behandlingen

- Få pasienten i behandling og beholde pasienten i behandling tilstrekkelig lenge – bruke aktive strategier for at det skal skje
- Hjelp pasienten å holde seg i live - håndtere suicidalkriser
- Skille mellom suicidalkriser og andre kriser
- Stabilisere pasienten slik at behandlingen ikke vedvarer å bære preg av kriser og brannslukning
- Øke pasientens ferdigheter og generalisere dem til dagliglivet
- Hjelp pasienten til å få et liv som er verdt å leve
- Observere egne grenser - unngå at pasienten brenner deg ut





Kronisk suicidalitet og selvskading- hvilken behandlingsform skal vi velge?



Noen styrker ved DBT vs andre behandlingmodeller

- Behandler suicidalitet og selvskading direkte og spesifikt
- Behandler drop-out og terapihemmende atferd direkte og spesifikt
- Inkluderer strategier for å motvirke burnout og terapihemmende atferds hos behandlere og i behandlingssystemene
- Balanserer mellom fokus på endring og fokus på akseptering



NEW RESEARCH

Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial

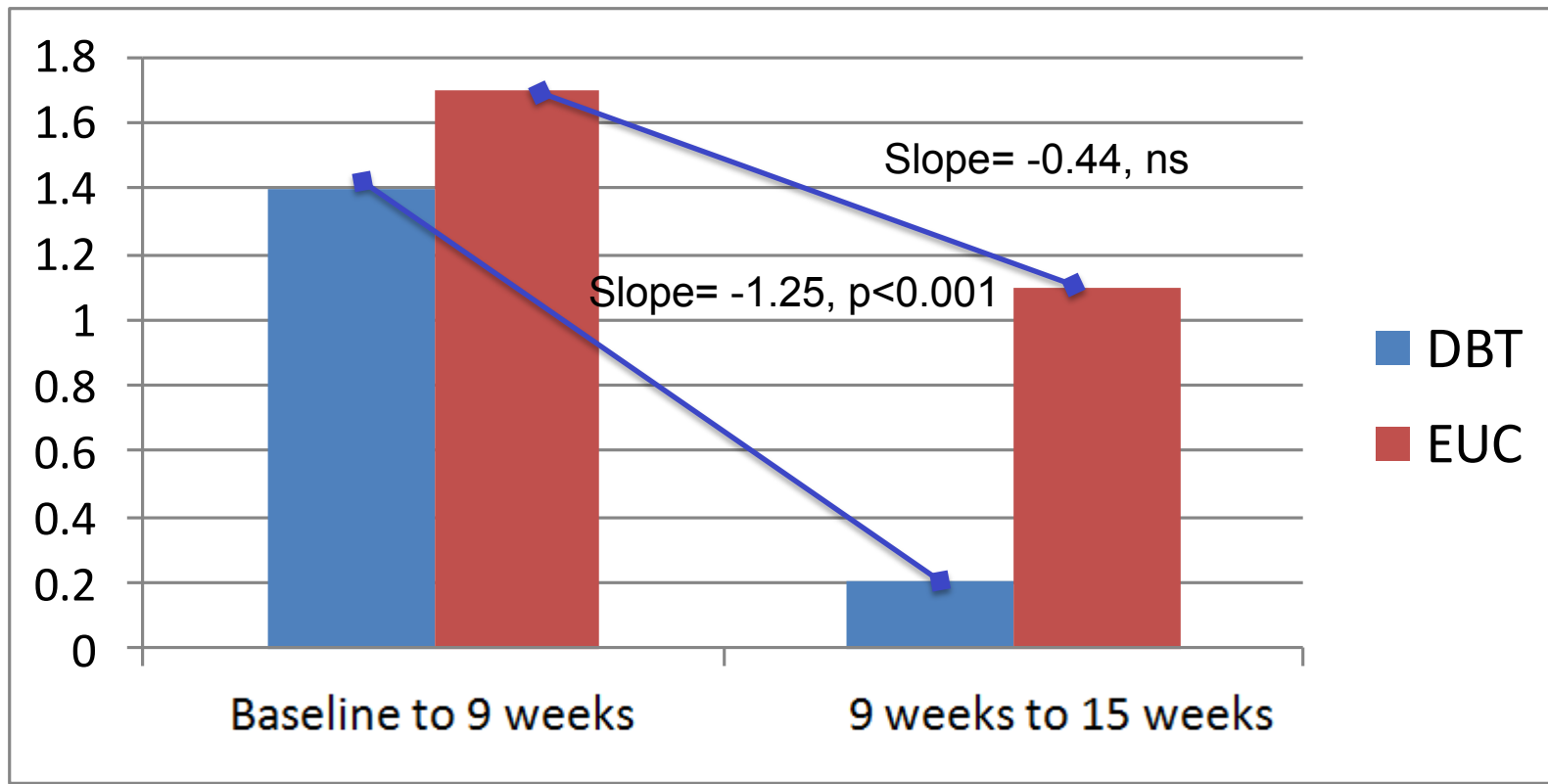
Lars Mehlum, MD, PhD, Anita J. Tørmoen, MA, Maria Ramberg, MD, Egil Haga, PhD,
Lien M. Diep, MSc, Stine Laberg, MA, Bo S. Larsson, MD, PhD, Barbara H. Stanley, PhD,
Alec L. Miller, PsyD, Anne M. Sund, MD, PhD, Berit Grøholt, MD, PhD

JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY
VOLUME 53 NUMBER 10 OCTOBER 2014

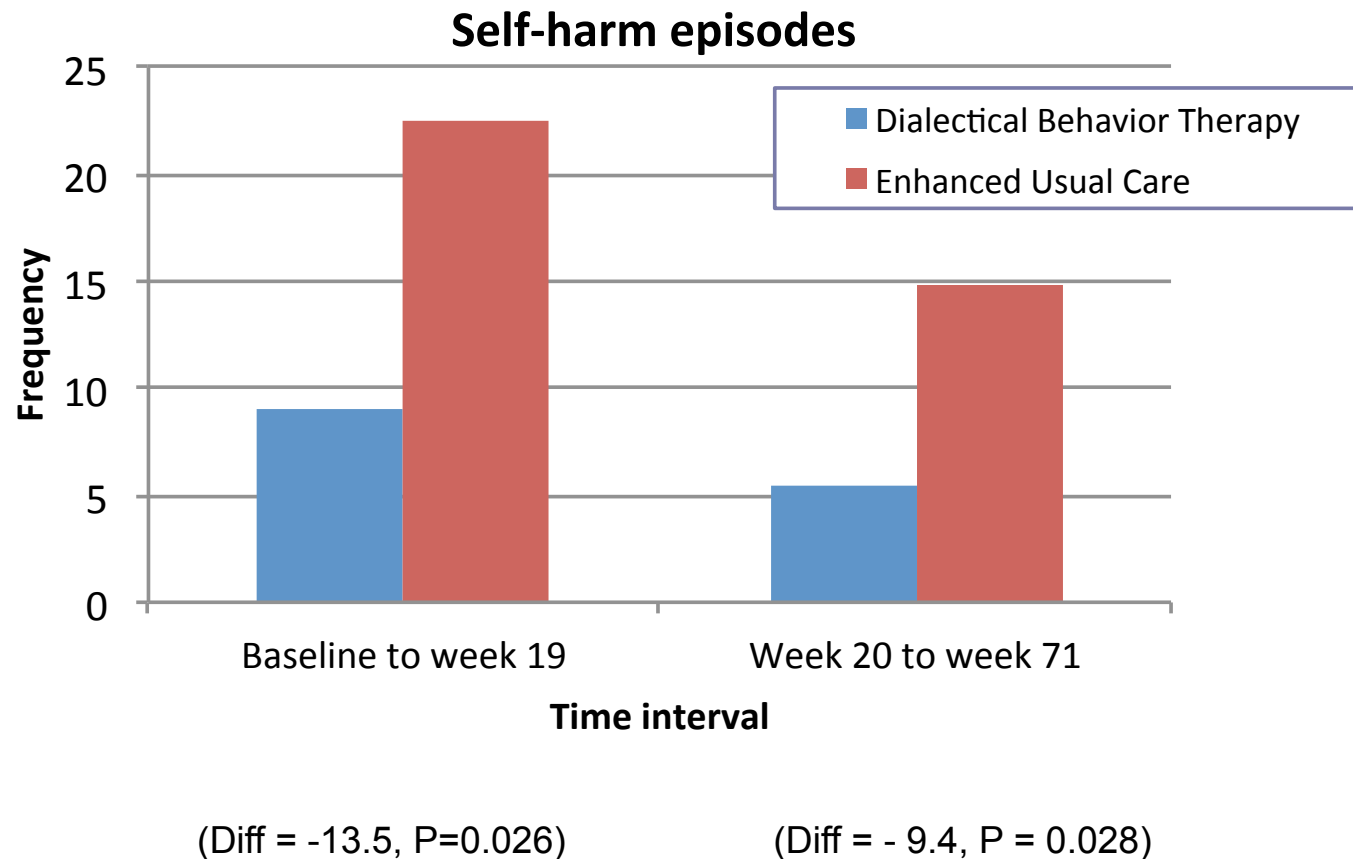
RCT of DBT-A vs EUC for self-harming and suicidal adolescents with emotion dysregulation (N=77)

Self-harm episodes during the trial

N

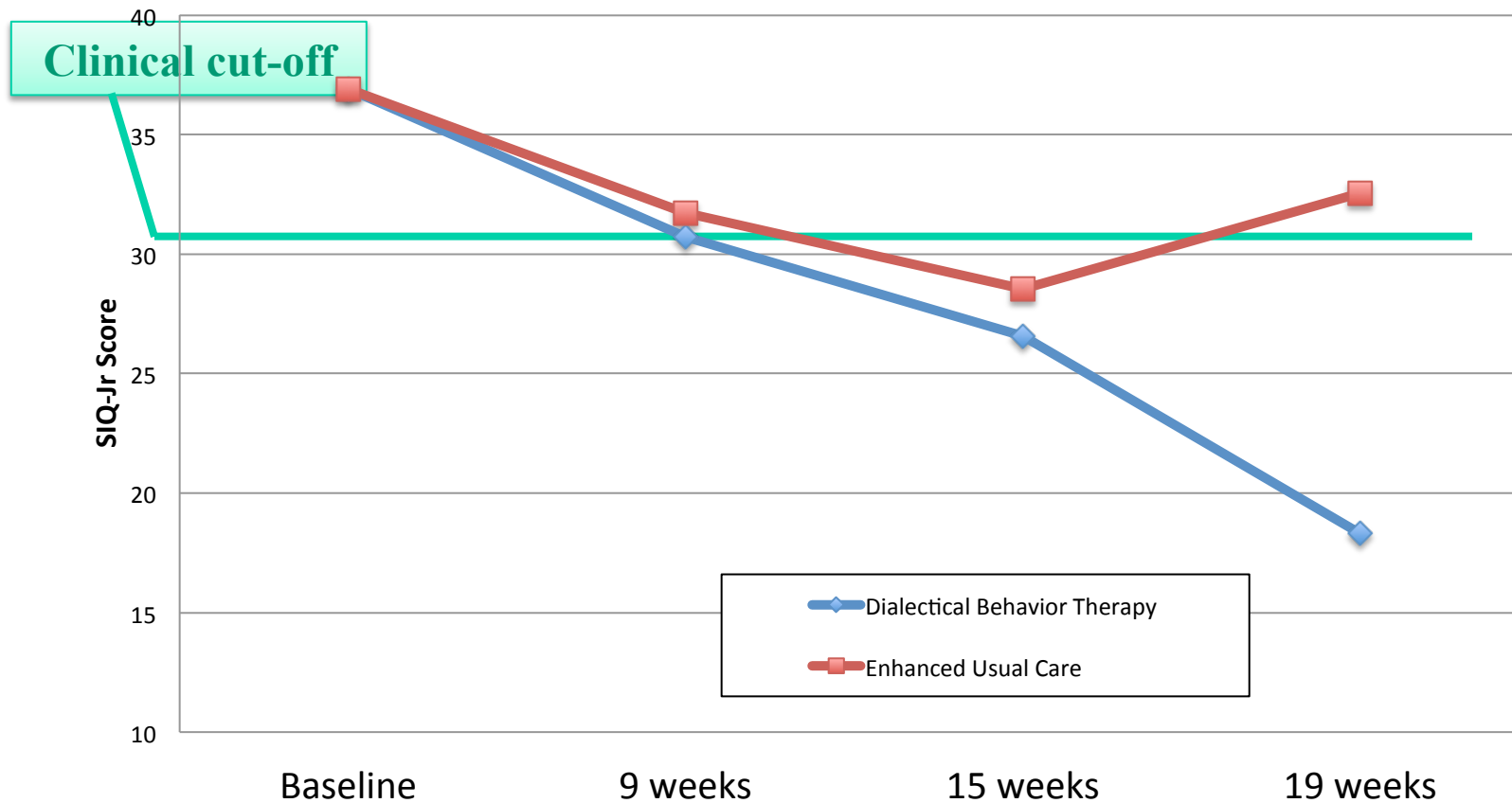
 Δ slope = -0.81, P < 0.05

RCT of DBT-A vs EUC for self-harming and suicidal adolescents with emotion dysregulation (N=77)



RCT of DBT-A vs EUC for self-harming and suicidal adolescents with emotion dysregulation

Suicidal Ideation



Δ slope = -0.75 per week, $P=0.042$



Kliniske intervensjoner ved selvmordsfare

- Selvmordsrisikovurdering
- Pasientsikkerhetstiltak
- Psykososiale intervensjoner
- **Medikamentelle intervensjoner**
- Kontinuitet i behandlingen

Medikamentell behandling av depresjon

- Flest studier av SSRI-preparater
- Evidens for at SSRI-preparater reduserer depresjonssymptomer, selvmordtanker og i noen studier forekomsten av villet egenskade uten dødelig utgang
- Ingen konklusiv evidens for at antidepressiva reduserer selvmordsrisiko
- Studier fra flere land har vist en korrelasjonssammenheng mellom økende salg av antidepressiver og synkende selvmordsrater i befolkningen.

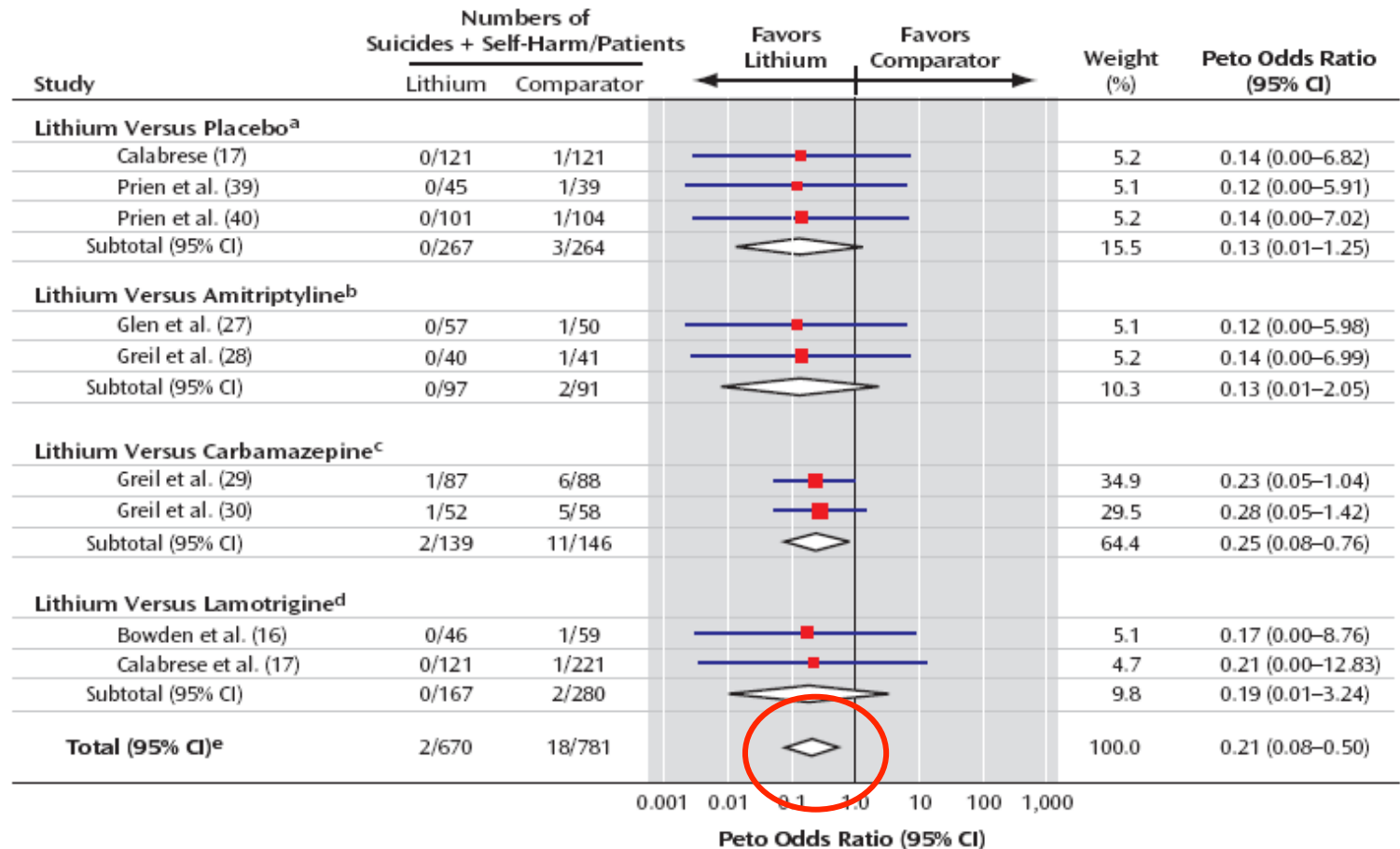
Analyse av 372 RCT (N= 99 231) over antidepressiva vs placebo

Stone et al, BMJ; Aug 2009

- Suicidalitetsrisk ved antidepressivabruk er sterkt aldersavhengig.
- Økt risk for selvmordstanker og selvmordsforsøk blant voksne under 25 år.
- For voksne (alder 25-64 år) er den samlede effekten nøytral for selvmordsforsøk og muligens beskyttende når det gjelder selvmordstanker.
- For voksne i alderen 65 år og eldre reduserer antidepressiva risikoen for både selvmordstanker og selvmordsforsøk

Lithium and suicidal behaviour in patients with mood disorders

Meta-analysis of RCT studies (*Cipriani et al, Am J Psychiatry 2005*)



^a Test for heterogeneity: $\chi^2 < 0.001$, $df = 2$, $p = 1.00$; test for overall effect: $z = 1.77$, $p = 0.08$.

^b Test for heterogeneity: $\chi^2 < 0.001$, $df = 1$, $p = 0.95$; test for overall effect: $z = 1.45$, $p = 0.15$.

^c Test for heterogeneity: $\chi^2 = 0.03$, $df = 1$, $p = 0.87$; test for overall effect: $z = 2.45$, $p = 0.01$.

^d Test for heterogeneity: $\chi^2 = 0.01$, $df = 1$, $p = 0.94$; test for overall effect: $z = 1.15$, $p = 0.25$.

^e Test for heterogeneity: $\chi^2 = 0.44$, $df = 8$, $p = 1.00$; test for overall effect: $z = 3.48$, $p = 0.0005$.

Clozapin ved behandling av schizofreni

- Reduksjon i selvmord, selvmordsforsøk og selvmordstanker

Meltzer et al, Am J Psych 1995;152:183-90

- Selvmordsrate 12.7 vs 63.1 (/100 000) hos pasienter som fikk/ikke fikk clozapin

Reid et al, Psych Serv 1998;49:1029-33

- Reduserer impulsivitet, aggressivitet og antall selvmordsforsøk

Spivak et al, Clin Neuropharmac 1998;21;245-50

- RCT Clozapine vs Olanzapine – sign. færre selvmordsforsøk og redusert behov for tilleggsmedikasjon som forsøk på å kontrollere suicidalitet. Effekten uavhengig av antipsykotisk effekt, mer assosiert med redusert depresjon og håpløshet.

Meltzer et al, 2001



Kronisk suicidalitet, BPD/EUP og medikamentell behandling

**Usedvanlig stort sprik mellom praksis og
evidensgrunnlag**



NICE guidelines (2009)

BPD: Treatment and management

- Medikamentell behandling bør ikke brukes spesifikt rettet mot BPD eller for enkeltsymptomer ved tilstanden (slik som gjentatt selvskading, markert emosjonell instabilitet, risikoatferd eller forbigående psykotiske symptomer)
- Antipsykotika bør ikke brukes for middels-lang og langtids behandling av BPD
- Medikamentell behandling kan vurderes i behandlingen av komorbide tilstander
- Evt. medikamentell behandling av pasienter med BPD uten komorbide psykiske lidelser eller somatisk sykdom bør revurderes med tanke på å redusere og stanse unødvendig medisinerings.



**”If all you have is a hammer, everything
looks like a nail”.**

Paris, J. 2007



Felles for alle behandlingsmessige intervensjoner



Er behandlingen...

- Konsistent med diagnose og klinisk vurdering?
- Startet raskt nok?
- Revurdert ved manglende terapirespons?
 - Selv de beste behandlinger (for rett diagnose!) har bare maksimalt ca. 70% terapirespons
 - Match mellom pasient, behandler og behandling
- Gitt i riktig dose (gjelder både medikamenter/psykosiale intervensjoner)?
- Gitt med høy nok ekspertise?



Utfordringer i samhandlingen

- De som gjør selvmordsrisikovurderinger og andre kliniske vurderinger (inkl diagnostikk) er ikke alltid de samme som dem som skal iverksette behandlingen eller beskyttelsestiltakene
- Kommunikasjon / rapportering
- Svikt oppstår særlig i forhold til:
 - Oppstart av behandlingen
 - Implementering av endringer i behandling eller beskyttelsestiltak
- Her kan sjekklister være til hjelp!
- Samhandling med henviser og/eller oppfølgende instans



Kliniske intervensjoner ved selvmordsfare

- Selvmordsrisikovurdering
- Pasientsikkerhetstiltak
- Psykososiale intervensjoner
- Medikamentelle intervensjoner
- **Kontinuitet i behandlingen**





'Dearest, I feel certain I am going mad again. I feel we can't go through another of those terrible times. And I shan't recover this time. I begin to hear voices, and I can't concentrate. So I am doing what seems the best thing to do'.

Virginia Woolf (1882-1941)

Mer informasjon:

lars.mehlum@medisin.uio.no

www.selvmord.no