

Selvmondsrisiko-vurdering

Undervisning for leger i spesialisering / LIS 1 den 25.09.2019

Fagsjef Irmeli Rehell Øistad, Klinikk psykisk helse og rusbehandling

Sykehuset i Vestfold

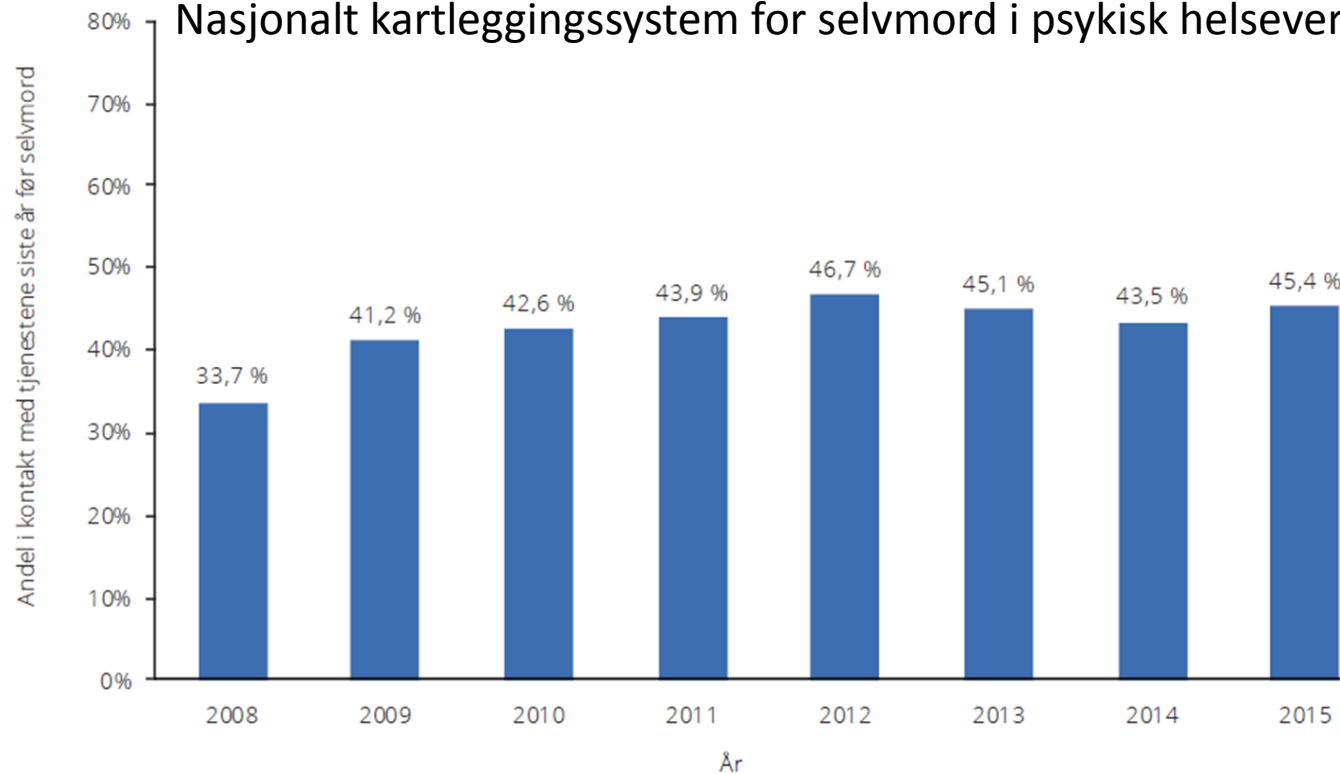
Fakta om selvmord i Norge

- 593 personer begikk selvmord i Norge i 2017 (12,8 per 100.000 innbyggere over 10 år)
- 70 % av disse er menn (403 / 190)
- Det er anslått 6 (- 10) ganger så mange selvmordsforsøk årlig som gjennomførte selvmord
- Ca 10% av de som gjør selvmordsforsøk vil senere dø av selvmord
- Basert på data fra 2009 fant man at 33,3% av de avdøde testet positivt på alkohol, 23% for antidepressiva og 20,8% for smertestillende midler, opiat og heroin.
- Mer enn 80% av de som tar sitt eget liv har vært i kontakt med allmennlege siste året, derav nærmere 70% i løpet av siste måned

Andel personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år før selvmord (N = 1910) 2008–2015

F.Walby, F.A., Myhre, M.Ø, Kildahl, A.T. (2018). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie.*

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



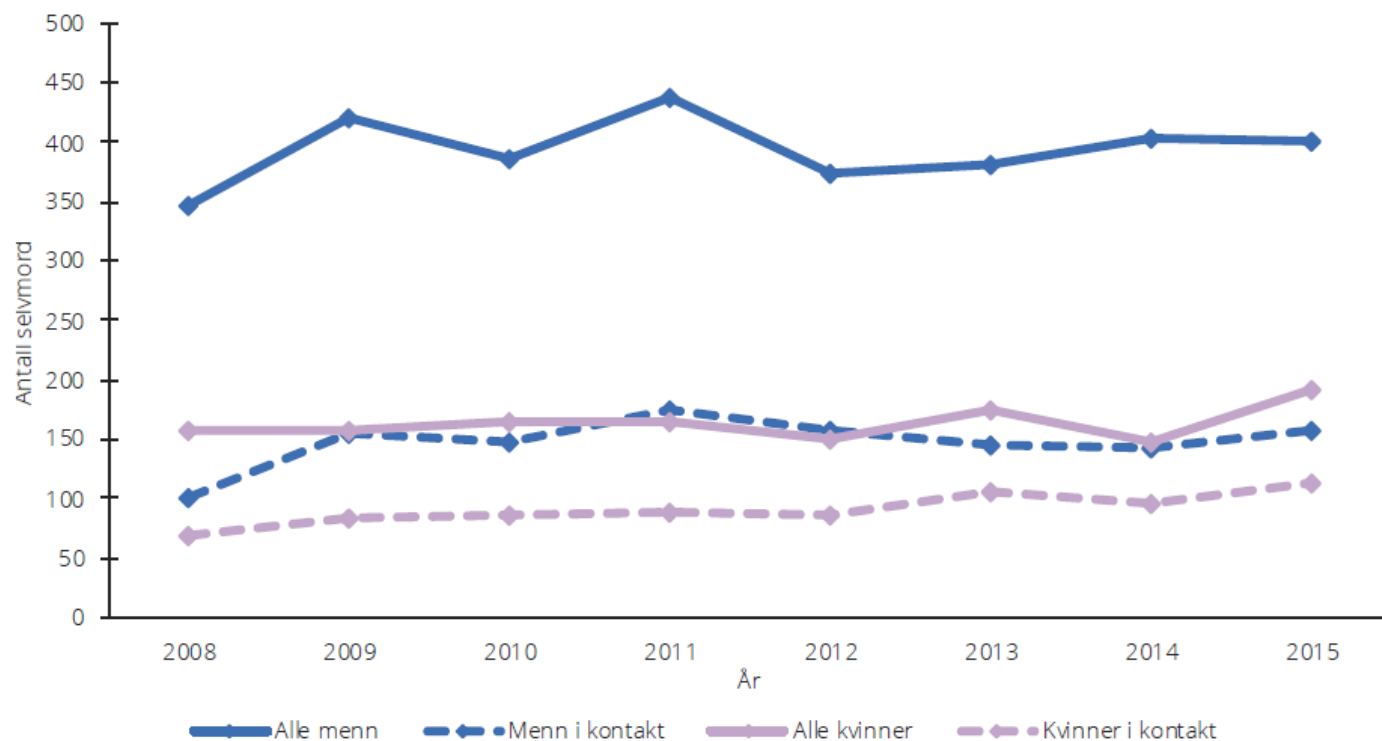
43 %
av alle selvmord
i perioden

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**
i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Walby, F.A., Myhre, M.Ø, Kildahl, A.T. (2018). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie.*
Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Note: 2008 inkluderer ikke personer med kontakt i år 2007 eller data fra TSB.
Data på selvmord blant personer uten kontakt hentet fra FHI statistikkbank 21.03.2018.

Kjønnsfordeling: Flest selvmord blant menn både med og uten kontakt med tjenestene Større andel kvinner i kontakt med tjenestene før selvmord



	Menn	Kvinner	N
Kontakt siste år	1182 (37,5 %)	728 (55,7 %)	1910
Ingen kontakt siste år	1970 (62,5 %)	578 (44,3 %)	2548
N	3152	1306	4458

Note. Data på selvmord uten kontakt siste år hentet fra statistikkbanken til FHI (21.03.2018).

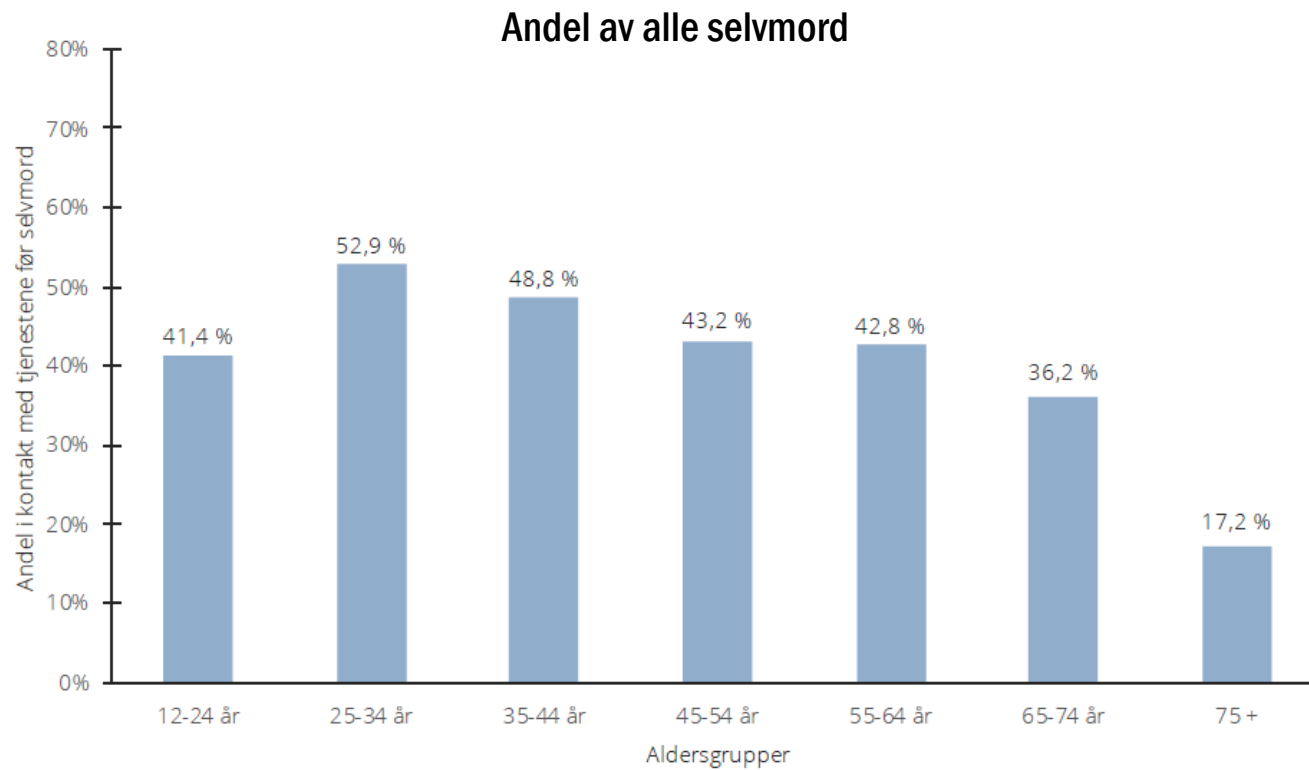
**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**
i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Walby, F.A., Myhre, M.Ø, Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Note: Personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år før selvmord 2008-2015. Data på selvmord blant personer uten kontakt hentet fra FHI statistikkbank 21.03.2018.

Alder:

Mindre kontakt med tjenestene før selvmord i de eldste aldersgruppene



Antall i kontakt

Alder	Menn <i>n (%)</i>	Kvinner <i>n (%)</i>	Totalt <i>n (%)</i>
< 24 år	139 (11,8)	93 (12,8)	232 (12,1)
25-34 år	246 (20,8)	130 (17,9)	376 (19,7)
35-44 år	264 (22,3)	134 (18,4)	398 (20,8)
45-54 år	205 (17,3)	167 (22,9)	372 (19,5)
55-64 år	210 (17,8)	119 (16,3)	329 (17,2)
65-74 år	81 (6,9)	63 (8,7)	144 (7,5)
> 75 år	37 (3,1)	22 (3,0)	59 (3,1)
<i>N</i>	1182	728	1910

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**
i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Walby, F.A., Myhre, M.Ø, Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie.
Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Note: Personer i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus siste år før selvmord 2008-2015. Data på selvmord blant personer uten kontakt hentet fra FHI statistikkbank 21.03.2018.

Selvordsmetoder

blant personer i kontakt med psykisk helsevern siste år

Selvordsmetoder blant personer i kontakt med PHV siste år ($N= 1671$), fordelt på hvorvidt pasienten var innlagt eller ikke

Selvordsmetoder	Innlagt <i>n</i> (%)	Ikke innlagt <i>n</i> (%)
Forgiftning (X60-X69)	22 (11,1)	384 (26,1)
Henging, strangulering eller kvelning (X70)	112 (56,3)	609 (41,4)
Drukning (X71)	17 (8,5)	102 (6,9)
Skyting eller eksplosiver (X72-75)	5 (2,5)	96 (6,5)
Skarpe gjenstander (X78)	7 (3,5)	48 (3,3)
Sprang fra høyt sted (X80)	20 (10,1)	107 (7,3)
Hoppe eller ligge foran kjøretøy (X81)	7 (3,5)	38 (2,6)
Andre	9 (4,5)	88 (6,0)
<i>N</i>	199	1472

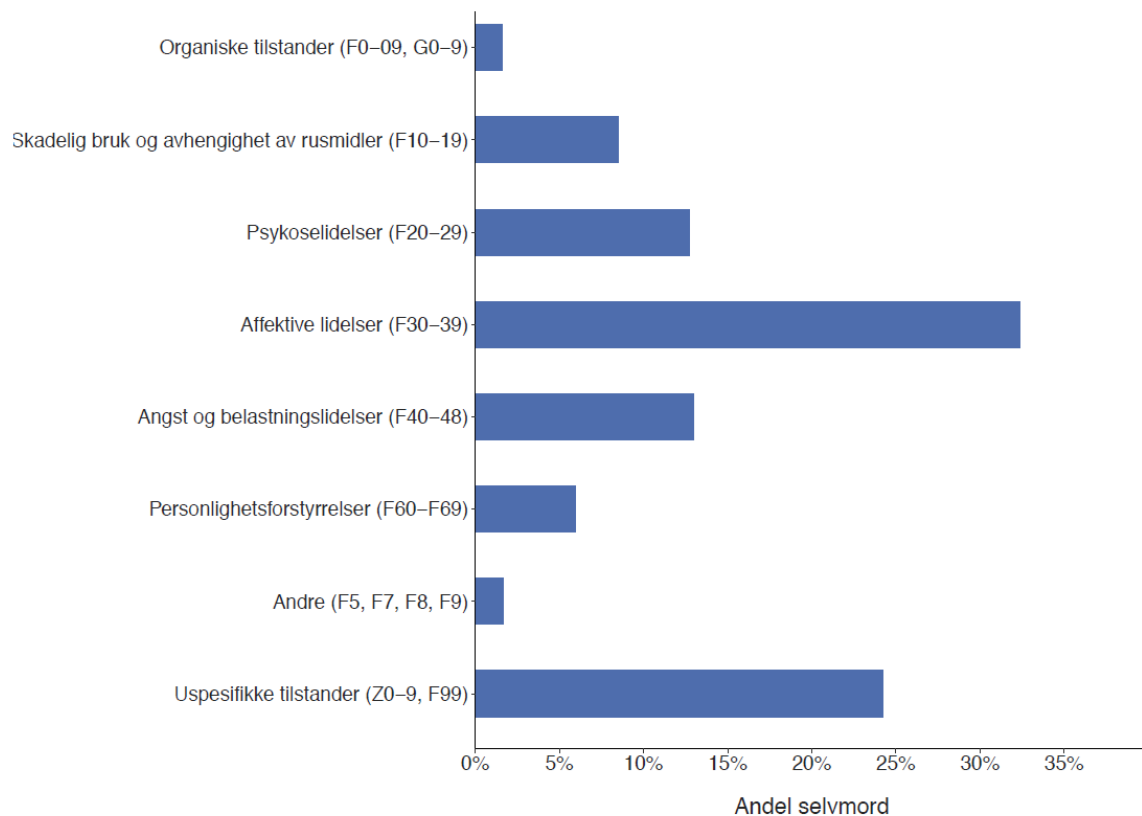
**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**
i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Walby, F.A., Myhre, M.Ø, Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Note: Innlagt refererer til pasienter under døgnopphold på død tidspunktet – inkludert pasienter på permisjon eller som har rømt. Ikke innlagte pasienter viser til alle andre personer i kontakt med PHV siste år før selvmord

Hoveddiagnoser

blant personer døde i selvmord innen ett år etter siste kontakt med psykisk helsevern



32 % affektive tilstander
- hvorav 82 % depresjon

24 % uspesifiserte tilstander

**NASJONALT
KARTLEGGINGSSYSTEM
FOR SELVMORD**

i psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling

Walby, F.A., Myhre, M.Ø, Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Note: Grupperte hoveddiagnoser (ICD-10) blant personer med siste kontakt i psykisk helsevern innen ett år før selvmord i 2008-2015 (N = 1515).

Individuelle risikofaktorer

- Psykiske lidelser (særlig depresjon, schizofreni og andre psykoselidelser, rusmisbrukslidelser og personlighetsforstyrrelser)
- Tidligere selvmordsforsøk eller selvskading
- Somatisk sykdom
- Sosioøkonomiske problemer
- Belastende livshendelser (f.eks. tapsopplevelser, vold, seksuelt misbruk eller andre traumer)
- Familiehistorie med selvmord eller selvmordsatferd
- Eksponering for flere ulike faktorer

Miljørisikofaktorer

- Tilgang til selvmordsmidler som ved bruk fører til høy dødsrisiko (f.eks. skytevåpen, husholdningsprodukter med høyt giftnivå, høye bygg og broer, legemidler som virker giftig ved overdosering)
- Eksponering for negative sosiale faktorer som f.eks. mobbing, arbeidsledighet og sosial isolasjon
- Dramatisk og sensasjonspreget rapportering om selvmord i massemedia, hvor det gis detaljert beskrivelse av selvmordsmetoder, tid og sted for konkrete tilfeller av selvmord.

Selvmordsfare versus selvskading

- **Selvmord** er en aktiv, villet handling som fører til døden (WHO)
 - Blant de tre hyppigste dødsårsakene i verden hos mennesker i aldersgruppen 15 – 44år
 - Hos barn under 15 år er selvmord sjelden
 - I aldersgruppen 15 – 25 år er selvmord den nest vanligste dødsårsaken
- **Selvskading** er en skade en person har påført seg med vilje, men uten intensjon å dø.
 - Kan være kutting, brenning, overdosering, forgiftning m.m..
 - Et gjennomsnitt på 18% (13-23%) av ungdom 12-18år og 4% av voksne oppgir at de har skadet seg med vilje.
 - 20% av de som gjør villet egenskade vil gjenta en eller flere selvskadende handlinger. Ved dødsintensjon øker sjansen for repeterende selvskading.

Er selvskading en suicidal handling?

Selvskading kan tjene ulike funksjoner:

- Mestring av følelser, en måte å flytte den utålelige indre smerten til en ytre opplevelse. Den er da lettere og mer konkret.
- Selvsstraff. Gjenopplever overgrepsopplevelser
- Kontroll over kaos når kontroll over smerten
- Trøst og pleie – et behov for å bli sett
- Gjøre kroppen mindre attraktiv
- Å føle seg levende og virkelig
- En overlevelsesstrategi i en vanskelig livssituasjon



Hva trenger du for å kartlegge og vurdere selvmordsfare?



Verktøy



Relasjon



Tid



Beslutningsstøtte

Pårørende



Risikosymptomer

- **Symptomer på depresjon** (sterk håpløshet/pessimisme, tap av glede/interesse, sterk og ukontrollerbar grubling, konsentrasjonsvansker, opplevelse av å være fanget/fastlåst og vansker med å ta avgjørelser)
- **Intense negative emosjoner** (f.eks. psykisk smerte, angst eller sinne)
- **Sterk psykomotorisk agitasjon/rastløshet**
- **Psykotiske symptomer** (fortapelses/ringhetsforestillinger, imperative hallusinasjoner)
- **Sterk somatisering** («noe er galt med kroppen»)
- **Forstyrret søvn** (for mye/for lite)
- **Alkohol- og/eller annen ruspåvirkning**

Vurdering av selvmordsrisiko

Still spesifikke spørsmål – spørsmål om selvmord medfører ikke økt selvmordsrisiko

- **Selvmordstanker** – er tankene tilstede hele tiden eller av og til?
Dødsønske?
- **Selvmordsplaner** – hvor konkrete er disse?
- Hører pasienten stemmer som sier at han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
- Har pasienten uttalt **håpløshet**, selvforakt, raseri eller **desperasjon**?
Fremstår deprimert eller agitert?
- Har pasienten tilgang til **selvmordsmidler** som våpen, farlige medisiner m.m. i hjemmet?

Vær konkret og spør

MYTE 1

“Om jeg er bekymret for noen, kan jeg sette dem på tanken om selvmord ved å spørre om de har tanker om å ta sitt eget liv”



Nei!

Å få snakket om et så vanskelig og dypt personlig tema, vil oppleves som lindrende og som en lettelse for de fleste

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging UiO

Du kan utgjøre en forskjell

MYTE 2

“De som har bestemt seg for å ta sitt eget liv kommer til å gjennomføre det uansett hva jeg gjør”



Nei!

Selv personer som har selvmordstanker ønsker ofte også å leve videre, og kan hjelpes til å velge livet. Siden impulsen til å utføre selvmordshandlingen ofte er kortvarig, kan det å begrense tilgangen til selvmordsmidler effektivt forebygge

Selv mord kan forebygges

MYTE 3

“De fleste selvmord kommer som lyn fra klar himmel og er derfor umulige å forebygges”



Nei!

Rundt 70 % av de som tar livet sitt har vist risikotegn på forhånd, men det er heldigvis bare et fåtall av disse som faktisk tar livet sitt. Det gjør selvmordet vanskeligere å forutsi, men understreker at det er veldig viktig at tiltak blir satt inn overfor alle som viser alvorlige risikotegn

Tiltak

- Støttende samtale, demping av psykisk smerte
- Fjerne selvmordsmidler
- Mobilisering av nettverk/omsorgspersoner - kontakt og samarbeid med nærmeste pårørende
- Sikre oppfølging hos fastlege og/eller fast behandler (privat eller DPS)
- Avtale hvor kunne ta kontakt om økende vansker (telefonnummer til legevakt)

Høyne omsorgsnivå:

- Henvisning til DPS / ambulant akutt team (AAT)
- Ved akutt høy selvmordsfare – vurdere innleggelse døgnet rundt psykisk helsevern
- Ved døgninnleggelse tilstrebes innleggelse i frivillig psykisk helsevern

Ved kronisk selvmordsfare kan sykehusinnleggelse være kontraindisert – rådfør deg ved tvil med AAT/vakthavende psyk – dokumenter dine vurderinger!

Akutt psykisk helsehjelp i Vestfold

**Klinikk psykisk helse og rusbehandling ,
KPR, Sykehuset i Vestfold HF kan kontaktes på telefon:
3337 5077**

- Bemannes av AAT (Ambulant akutt-team) i tidsrommet kl. 08.00-22.00 alle dager.
- Ved behov eller forespørsel vil akuttvakt ved AAT formidle kontakt med lege/psykiater.
- Øvrige tidspunkter bemannes telefonen av vakthavende lege ved Psykiatrisk avdeling i Tønsberg.

E-læringskurs i selvmordsrisikovurdering:

<http://selvmordsrisikovurdering.no>

