Det angår oss alle!

På liv og død, Meet Ullevål 4. november

Erling Dahl Borkamo, overlege STHF Notodden

SYKEHUSET TELEMARK

Hvorfor står jeg her?

Hvorfor foredragsholder på konferanse i Helse Sør-Øst med et så alvorlig tema?

- Ingen fagutdanning innen psykiatri eller spesielt ansvar innen området

- Min bakgrunn tilsier kanskje ikke at jeg skulle stå her?
  - Overlege på lokalsykehus, spesialist i indremedisin og kardiologi
  - Vanlig familieliv utenom

- Kanskje nettopp derfor jeg er her?

Selvskading og selvmord - omfang

- 140 millioner personer plaget med selvmordstanker årlig
- 700000 dødsfall årlig globalt
- Vanligste dødsårsaken i gruppen 10-19 år (32% av alle dødsfall i denne gruppen) og senere år også 20-29 år(35% av alle dødsfall i denne gruppen) (2021 tall)
- Livstidsprevalens for suicidaltanker, planer og forsøk på 9,2 %!
- Ca 600-650 personer tar sitt eget liv per år i Norge og ca 10x så mange skader seg selv (underestimert!)
- 727 tok selvmord i Norge i 2024
- Flertallet som dør ved selvmord har ikke mottatt hjelp før de døde
- Selvmordsforsøk har økt fare for senere selvmord

Hvem rammes?

«Årsakene til selvmordsforsøk er sammensatte og komplekse. Ikke bare psykisk sykdom, men også rus, livskriser, smertetilstander og tap av funksjon/relasjon kan medføre selvmordsforsøk»

Angår det oss?

- De fleste har vært eller vil bli rammet av selvmord eller selvskading i nær krets
- Hvorfor tok ingen signalene?
- Kunne noen gjort noe mer?
- Ikke lett å forutsi hvem som rammes, men bli bedre til å følge opp dem som kommer vår vei
- Som samfunn og helsevesen presser vi grensene langt i forhold til hva vi forventer av hverandre
- Forsvarsverk, verdier og rammer som holder oss oppe, men vi alle kan i perioder være sårbare for hendelser som utløser tanken om en lettere løsning. For noen flyktig, for andre avhengig av at andre fanger dem i rette tid
- #leger må leve
- Det finnes hjelp! Men noen må bry seg!



120 000 leger og sykepleiere i Europa

«Én av tre hadde symptomer på angst, depresjon eller begge deler, 13 % hadde hatt passive selvmordstanker de siste to ukene og 3 % viste tegn til å være avhengige av alkohol»

Norske svar:
«Blant de 1 745 legene som svarte, var forekomsten av antatt depresjon, angst og passive selvmordstanker henholdsvis 21 %, 16 % og 13 %»

USIKRE tall, men likevel

Tidsskr Nor Legeforen 2025 Vol. 145.
doi: 10.4045/tidsskr.25.0638

SYKEHUSET TELEMARK

DAGENS Medisin

Selvmordstall for norske leger og sykepleiere: Bare for legene går tallene nedover

Nye tall på selvmord fra Legeforskningsinstituttet viser at selvmordsraten går ned for legene, men ikke for sykepleierne. Verken leger eller sykepleiere er på nivå med andre akademikere.

Kjersti Flugstad Eriksen
JOURNALIST

PUBLISERT Mandag 22. april 2024 - 05:00 SIST OPPDATERT Tirsdag 23. april 2024 - 10:46

Å redusere stigma, fremme hjelpsøking og skape sunne arbeidsplasser er viktig. Hver enkelt kan bidra. Man må være spesielt oppmerksom på kolleger som har det vanskelig og hjelpe dem til å få behandling, eventuelt skjerme dem for arbeidsoppgaver. De som sliter, bør få hjelp tidlig – før problemene blir så store at det utvikles selvmordsfare (1).

LEGELIVET

Redusert selvmordsrate blant leger i Norge

Tidsskriftet

LEGERS ARBEIDSLIV

Helene Seljenes Dalum, Erlend Hem *Om forfatterne*

Selvmordsraten blant leger har gått en del ned siden 1980-årene, men er fortsatt dobbelt så høy som hos andre med høy utdanning.

Tradisjonelt har leger hatt forhøyet selvmordsrate (1). Nyere internasjonale studier tyder på at dette er i ferd med å endre seg (2). Vi har nå undersøkt utviklingen i selvmordsrater blant leger og andre helsefaglige profesjoner i Norge i perioden 1980–2021 (3).

Raten for mannlige leger gikk ned gjennom de fire tiårene (figur 1). Det samsvarer med studier fra andre land (2). Ratene for både mannlige og kvinnelige leger var på samme nivå som i befolkningen for perioden som helhet, men omtrent dobbelt så høye som blant andre akademikere (3).

Husk å sjekke innom de som...



...har vært stille i det siste



...ikke virker som seg selv



...aldri ber om hjelp



...alltid er der for andre



...virker som de har alt på stell



...går gjennom store livsendringer



...alltid virker glade



...spøker bort alt det alvorlige



...du ikke har hørt fra på en stund

Hvem har så ansvar?

Ivaretakelse av pasienter i somatiske enheter etter selvskading og selvmordsforsøk

Regional veileder

- Treffer hele bredden av helsetjenesten
- Kommer ikke alltid med merkelapp i pannen
- Må få hjelp- men hvem tar ansvar?
- Ikke mine –dine, men VÅRE pasienter
- Alvorlig psykisk syke har opptil 20 års forkorting av levetid!
- Psykisk sykdom skaper ofte usikkerhet på somatisk post
- Psykolog / psykiater må engasjere seg i pasienter som ikke kommer til egen avdeling
- Vi må samhandle og organisere oss bedre slik at vi får trygghet for pasient og behandler
- Dele kunnskap på tvers

Hvorfor er det så vanskelig?

Følelser det trigger hos oss:

Avmakt, frykt, utilstrekkelighet, unnvikelse, usikkerhet (rett håndtering?), irritasjon –selvpåført

Krever tid og tilstedeværelse.

Enklere med et hjerteinfarkt, et beinbrudd eller en blodforgiftning- da har vi gode rutiner og kan jobbe fort.

Det er de dårligste akuttpsykiatriske pasienter men innlegges som regel på medisin

- unngå unnvikelse og kasteball mellom somatikk og psykiatri
- samorganisering og godt koordinerte tjenester
- VÅRE pasienter

Må ha egne planer for å håndtere «gjengangere»/særskilte behov

Møte med pasienten

- Vise prioritering og verdi
- Trygge
- Ikke overføre egen belastning av møtet
- «Jeg ser du har hatt en dårlig dag»
- Ikke MAT-team men en godt koordinert og samsnakket tjeneste
- Alle skal ikke behandles likt, men alle med respekt
- Fortjener vår omsorg og interesse
- Hva gjør du med andre områder hvor du føler utilstrekkelighet?
- Være ærlig



«Ved å møte pasientene på en respektfull måte, gi riktig behandling og samordnede helsetjenester med kontinuitet, kan vi forebygge skader og død».

Hva om det neste gang er en av dine….

- Kan det ramme mine nærmeste? Mine kollegaer? Mine barn? Meg?
- Foreldre som har mistet barn har blitt overrasket. Hvorfor skulle det ikke kunne ramme mine? Hvilken forsvarsmekanisme er det?

- Hvilke tanker gjør du deg om hvordan du vil at en av dine skal møtes?

  Avmakt, likegyldighet, til bry, profesjonsdiskusjon; «ikke min pasient», det får noen andre ta seg av?, «forstyrrer» en travel vakt med somatisk syke pasienter? DIN pasient

  Eller

  Omsorg, respekt og verdi? VÅR pasient

- Hvordan vil DU da så møte andre?

Hvordan kan vi bedre tjenesten?

- Ta ansvar
- Vise engasjement
- Vise pasientens verdi
  - Hvordan omtales pasientene på vaktmøte?
  - Hvilket engasjement viser man? Det smitter fort!
  - «Husk at det kunne vært barnet ditt!»
  - Skape et miljø der man selv kan tørre å åpne seg opp? – trygt psykososialt arbeidsmiljø
  - Tørre å lytte til hverandre og være tilstede for hverandre
- Godt samarbeid
- Samlokalisering
- VÅR pasient!

Hvorfor står jeg her?

Hvorfor foredragsholder på konferanse i Helse Sør-Øst med et så alvorlig tema?

- Hvorfor skrev jeg denne sliden?

- Er jo mine pasienter- så hvorfor skulle ikke jeg være her?
  - Spesialist i [illegible] og kardiologi
  - Stabilt familieliv og engasjert i lokalsamfunnet

- Kanskje nettopp derfor jeg er her?

HADDE BARE NOEN SETT SIGNALENE I TIDE!

Er JEG villig til å hjelpe dem som kommer min vei?

Vil JEG bidra til et miljø preget av psykologisk trygghet og rom for selve livet?

Neste gang kan det være en av dine nære

SYKEHUSET TELEMARK