

# Mangelfullt om behandling ved kronisk suicidalitet

Sigmund Karterud

MD, PhD, professor i psykiatri, Institutt for mentalisering

wkarteru@online.no

Behandlingstilbud som etterlyses i fagessay, er allerede på plass ved mange av landets DPS-er og sykehus.

## BEHANDLING VED KRONISK SUICIDALITET

Berglund, Frøysaa og Siqueland (2015) har i oktobernummeret av Psykologtidsskriftet et utmerket fagessay om behandling ved kronisk suicidalitet. Utmerket – frem til siste avsnitt, «Veien videre». Her blir det merkverdig uklart. Det handler om gode alternativer til døgninnleggelse og oppstykket behandling. Forfatterne refererer til en nederlandsk artikkel (Bales et al., 2012) om mentaliseringsbasert terapi (MBT) som viste gode resultater. Behandlingen var i regi av en dagavdeling. Så skriver forfatterne:

Det er ofte de mer velfungerende av pasientene med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som tilbys gruppebehandling på dagavdelinger. Det mangler således et godt tilbud for en stor del av denne gruppen pasienter som fungerer dårligst. For disse pasientene ser vi ideelt for oss et forsterket poliklinisk tilbud, med både individuell poliklinisk behandling og gruppebehandling. Et slikt behandlingstilbud kan imidlertid kreve en annen strukturering av DPS-systemet enn det vi har i dag, med mer samarbeid mellom enhetene og avdelingene samt større muligheter for fleksible overganger.

Til dette er det å si følgende: Dersom det er norske dagavdelinger forfatterne har i tankene når de skriver at det er de mer velfungerende borderlinepasientene som tilbys gruppebehandling på dagavdelinger, har de delvis rett. Men bare delvis. Det kan jeg bekrefte ved selvsyn og lang erfaring. Jeg har vært leder for det norske dagavdelingsnettverket i 23 år. Det er mange år siden vi problematiserte dagavdelingsformatet og anbefalte utvikling av «forsterkede polikliniske tilbud». Navnet på nettverket ble av denne grunn endret til «Nettverk for personlighetsfokusede behandlingsprogrammer i Norge». Det Berglund, Frøysaa og Siqueland etterlyser, nemlig «forsterket poliklinisk tilbud, med både individuell behandling og gruppebehandling», med kasusformuleringer og kriseplaner og med tett «samarbeid mellom enheter og avdelinger» og «fleksible overganger», er allerede etablert på mange DPS-er og sykehus. Det har ikke krevd vesentlig «annen strukturering av DPS-systemet», men spesialisert psykoterapiutdannelse, allokering av et fåtall stillinger og fornuftige samtaler med lederne.

Varianter av dette er allerede etablert, eller er under etablering, på følgende steder i Norge: Tromsø, Namsos, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen, Haugesund, Stavanger, Kristiansand, Skien, Sandefjord, Hamar, Oslo, Lillestrøm, Moss, Sarpsborg og Fredrikstad.

Jeg mener ikke med dette å si at alt er såre vel i norsk psykisk helsevern med hensyn til behandling av kronisk suicidalitet. Men vi er på god vei. Og utviklingen skjer raskt. Det er beklagelig

at Berglund, Frøysaa og Siqueland ikke informerer om dette. Psykologer er i førersetet for denne utviklingen. Det er viktig å utveksle erfaringer og stimulere kolleger til initiativ på institusjoner som ennå henger etter.