

Selvmondsforebygging

For mye kontroll og styring

Kristin Østlie

psykologspesialist og Ph.D

kristin.ostlie@gmail.com

Kontekst og pasientens særegne behov er viktigere enn standardiserte krav.

Min forskning om samarbeid mellom terapeuter og pasienter med pågående selvmordsproblematikk blir nevnt i to debattinnlegg i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet.

Ekeberg og Hem retter sin kritikk mot min ph.d.-avhandling og mine uttalelser i et intervju i tidsskriftet i september 2019 (Ekeberg & Hem, 2020). Avhandlingen hadde ikke til hensikt å evaluere Nasjonale retningslinjer i forebygging av selvmord, som nå skal revideres. Jeg spurte ikke terapeutene spesifikt om hva de mente om retningslinjene. Men jeg inviterte dem til en åpen samtale om hvordan de forsto og fulgte opp pasienten i en terapiprosess etter en selvmordskrise. Jeg intervjuet også pasientene om hva de syntes var til hjelp for dem i denne perioden, hva som styrket livshåpet, og hva som kunne stå i veien for positive endringsprosesser (Østlie, 2018). På bakgrunn av intervjuer med 19 slike pasient-terapeut-par har jeg uttalt meg om de nasjonale retningslinjene.

Slik jeg ser det, er problemet at alle i spesialisthelsetjenesten skal stille disse spørsmålene

Walby og kolleger fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging kritiserer ikke mitt arbeid direkte, men forsvarer sin posisjon og sine strategier. De fremhever at de anerkjenner et bredt perspektiv på selvmordsforebygging, og viser til det de kaller et «biopsykososialt utgangspunkt» (Walby et al., 2020). De føler seg misforstått av sine kritikere, som har plassert dem i et snevert «biomedisinsk» kunnskapsparadigme. Det er likevel uklart hva et biopsykososialt utgangspunkt innebærer. Anerkjenner det for eksempel betydningen av individuelle tilpasninger og pasientens medbestemmelse i terapi, og kvalitativ metode som forskningsmetodikk?

Walby og hans kolleger erkjenner også at det er nødvendig med det de kaller en ny pedagogisk tilnærming når det gjelder selvmordsrisikovurderinger, i og med at kritikken rettet mot denne delen av retningslinjene, ikke vil stilne. Forhåpentligvis handler dette om at de ønsker å lytte til dem som har kritisert retningslinjene på dette punktet.

Problem at alle skal

Ekeberg og Hem (2020) holder fast på at standardiserte spørsmål i en selvmordsrisikovurdering er viktig. De argumenterer med at spørsmålene i retningslinjene som er knyttet til selvmordsrisikovurderinger, er til hjelp når kliniker er nybegynner og usikker. Slik jeg ser det, er problemet at *alle* i spesialisthelsetjenesten *skal* stille disse spørsmålene, at det er selve kvalitetsmålet for om man forholder seg ansvarlig til pasienters mulige selvmordstematikk.

Videre kritiserer Ekeberg og Hem min undersøkelse med argumenter hentet fra en helt annen kontekst enn den jeg hentet data fra. Deres kontekst er et liasonsteam ved en medisinsk avdeling, der de i et møte med en ukjent pasient skal vurdere videre tiltak. Jeg intervjuet terapeuter og pasienter

som kjente hverandre og arbeidet sammen i en terapiprosess over tid. Da terapeutene ble inkludert i undersøkelsen, visste de at pasienten strevde med selvmordstanker, pasienten hadde nylig vært innlagt ved en psykiatrisk avdeling på grunn av selvmordsfare. Mange hadde forsøkt å ta sitt liv i forkant av innleggelsen. De skulle følges opp med videre behandling etter innleggelsen, og selvmordstemaet var fremdeles levende i pasientens indre.

Jeg fant at det var to mulige fallgruver terapeutene kunne gå i, ikke bare én, slik Ekeberg og Hem refererer til. De kunne bli for opptatt av å bruke standardiserte verktøy for å evaluere pasienten, mens den andre fallgraven var at terapeuten kunne bli unnvikende og ikke snakke om selvmord når det var aktuelt for pasienten. Begge deler var uheldig for terapiprosessen, og forstyrret tilliten pasienten hadde til terapeuten. Å balansere mellom disse to fallgruvene er terapeutens oppgave.

En annen innvendig fra Hem og Ekeberg er tvil knyttet til om pasientene i min studie var suicidale. De er kritiske til begrepet kronisk suicidal og presenterer det som om jeg bruker begrepet i ph.d-avhandlingen. Dette er feil, jeg er også kritisk til dette begrepet og bruker det ikke. Men jeg mener at pasienter kan streve med selvmordstematikk over tid, også mens de går i poliklinisk behandling. Ulike kontekster trenger ulike anbefalinger om hvordan selvmordsfare skal håndteres, det har vært ett av mine ankepunkter mot Nasjonale retningslinjer. Jeg er derfor glad for å lese at Walby og hans kolleger nå sier seg enig i et slikt syn, at kontekst må bety noe (Walby et al., 2020).

Implementering og styring

Min kritikk er særlig rettet mot implementeringsstrategien Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging valgte da retningslinjene kom i 2008, og mot konsekvensene de har hatt for hvordan man styrer spesialisthelsetjenesten. Implementeringsstrategien i 2008, og årene etter, handlet i stor grad om et undervisningsopplegg i selvmordsrisikovurderinger som skulle nå alle i spesialisthelsetjenesten i Norge, ikke bare én gang, men regelmessig. Styringen i etterkant handlet om at man kontrollerte om klinikere gjorde selvmordsrisikovurderinger av alle pasienter de møtte, etter den oppskriften de hadde lært på kurs. Denne kontrollen ble gjennomført i interne revisjoner ved de enkelte sykehus, og eksterne revisjoner i regi av Helsetilsynet. Helsearbeidere erfarte at det i stor grad var formalia som ble kontrollert og vektlagt, journalen skulle være i tråd med retningslinjenes anbefalinger. Dette ledet til en (u) kultur i offentlig psykisk helsevern, å «ha ryggen fri» ble viktig. Journalen kontrolleres også når det har skjedd et selvmord i spesialisthelsetjenesten, og det blir sett på som et avvik, et lovbrudd, dersom dokumentasjonen ikke er i henhold til retningslinjene. NRKs reportasjer i november og desember 2018, med utgangspunkt i Preben, som tok sitt liv på psykiatrisk avdeling, viser hva som kan gå galt med en slik styring. En journalist ville vise hvor galt det er stelt med psykisk helsevern, pasienter tar sitt liv, og det framstilles som om det skjer fordi helsepersonell bryter loven. Ledelsen i helsebyråkratiet rettet truende pekefingeren mot helsepersonell på TV og skapte angst. Problemet er at angst ikke bidrar til å spille terapeuter gode (Østlie, 2019).

Krise

Jeg håper at man velger nye implementeringsstrategier når de reviderte retningslinjene kommer. Jeg håper også revisjonen vil bygge på et bredt syn på relevant kunnskap og ta nyere psykoterapiforskning i betraktning – også kunnskap som er utviklet ved bruk av kvalitativ metode, der subjektive erfaringer systematiseres. Dersom det ryddes plass til alle som vil bidra med kunnskap inn i fagfeltet suicidologi,

er det ingen krise i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. I og med at vi har et Nasjonalt senter for forskning og forebygging av selvmord, mener jeg de har et særlig ansvar for å favne denne bredden.

Referanser

- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2020). Selvmordsvurdering er helt nødvendig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(4), 298–299.
- Walby, F., Myhre, M., Tørmoen, A. & Mehlum, L. (alle ansatt ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) (2020). *Myter og fakta om selvmordsforebygging*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(4), 295–297.
- Østlie, K. (2019). Om skyld og ansvar i terapi når pasienten er i selvmordsfare. I E. Stänicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L.I. Stänicke (red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (s. 89 - 106). Gyldendal.
- Østlie, K. (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: How therapeutic relationships may expand patients' prospects for living their lives* [doktoravhandling, Det samfunnsvitenskapelige fakultet]. Universitetet i Oslo.