

Slutt med sjekklister

Johannes Valdemar Ytreberg Meløe

Nye retningslinjer for selvmordsforebygging. Dette er den største endringen.



Fagfolkene Psykologtidsskriftet har snakket med, peker alle på én ting som den største endringen i den nye retningslinjen for selvmordsforebygging:

Selvmondsrisikovurderinger fjernes ikke, men tones ned betraktelig, og blir en integrert del av utredning, behandling og oppfølging. Sjekkliskulturen skal bort. Nå skal oppmerksomheten ligge på pasienten og den gode behandlingen.

Gode intensjoner ble til skjemavelde

I snitt dør det over 600 personer i selvmord hvert år, ifølge Helsedirektoratet, som baserer seg på tall fra Dødsårsaksregisteret og pasientregisteret. Det antas at over 6000 sitter igjen som etterlatte. Cirka halvparten av de som dør i selvmord, har vært i kontakt med psykisk helsevern.

Retningslinjene som kom ut i 2008, hadde som mål å få ned dødstallene og vektla risikofaktorer sterkt. Flere helseforetak lagde derfor sjekklister som psykologene ble bedt om å følge for å kartlegge selvmordsrisiko, og gradere disse.

– Jeg tror ikke noen kunne forutsi hvordan dette ville bli oppfattet, eller hva det ville føre til, sier Fredrik Walby, psykologspesialist og leder av nasjonalt kartleggingssystem for selvmord.



PSYKOLOGSPESIALIST Kristin Østlie mener den tidligere retningslinjen ble implementert på en uheldig måte. Foto: Nora Skjervingstad

Flere behandlere opplevde at kartlegging av selvmordsrisiko ble til en sjekklstekultur og et skjemavelde, hvor søkelyset på selvmordsrisikovurdering gikk på bekostning av god behandling. En av dem var psykiater Trond Aarre.

Selvordsrisikovurderingen bidro mest til at tilsynsmyndighetene kunne kritisere helsepersonell.

– Selvordsrisikovurderingen bidro mest til at tilsynsmyndighetene kunne kritisere helsepersonell, samtidig som det ga helt umulige forventninger til hva helsepersonell kan gjøre. Det er ganske ille når myndighetene gjør sånt, og det på et dårlig faglig grunnlag attpåtil, sier han.

Behandlere ble mer opptatt av å ikke bli tatt for å gjøre feil enn å faktisk hjelpe pasienten, ifølge ham.

– Det har vært en dreining fra å hjelpe folk til å beskytte helsepersonell, sier Aarre.

Psykiateren anerkjenner at Helsedirektoratet etter hvert advarte mot disse sjekklistene, men uten at kravet om selvordsrisikovurderinger ble problematisert. Han stiller seg kritisk til at det har gått 16 år før det endelig endres.

– Helsedirektoratet har fortsatt med å forvente treffsikre selvordsrisikovurderinger, selv om de har kjent til at dette ikke lar seg gjøre, sier Aarre.

Hvorfor gikk det galt?

Kristin Østlie har forsket på terapi med suicidale pasienter i flere år. Hun er klar på hvor det hele gikk galt.

– Det var måten den tidligere retningslinjen ble implementert på, som ble uheldig, sier Østlie.

Hun forteller at utpekte fagpersoner fikk opplæring i et standardisert undervisningsprogram, som skulle gjennomføres regelmessig ved alle helseforetak.

– Jeg tror dette førte til mer engstelige behandlere, sier Østlie.

Media og pårørendes forventninger til god behandling ble forskrudd av retningslinjene, noe som ble en påkjenning for behandlerne som hadde ansvar når pasienten tok sitt eget liv, ifølge Østlie.

– Når media gransket selvmordssaker, fant de ofte at retningslinjene var brutt.

Helsemyndighetene beskrev det som lovbrudd. Det handlet nok om utilstrekkelige selvordsrisikovurderinger. Mange behandlere opplevde nok det som frustrerende, tidkrevende og at det ikke var noe de gjorde for pasienten, men for å «holde ryggen fri».

Var ikke meningen



DEN KREVENDE PROSESSEN ble styrt av Karin Irene Gravbrøt fra Helsedirektoratet. Nå, etter 16 år, er den nye retningslinjen for selvmordsforebygging endelig klar. Foto: Thomas Brun NTB

Det var ikke retningslinjene i seg selv, men måten de ble oppfattet og praktisert på, som førte til en sjekklstekultur blant behandlere, ifølge Helsedirektoratets seniorrådgiver Karin Irene Gravbrøt, som har ledet prosessen med den nye retningslinjen for selvmordsforebygging.

– Vi så på sjekklstekulturen som en uheldig praksis, sier hun.

På spørsmål om ikke Helsedirektoratet bærer et ansvar for dette, svarer Gravbrøt:

– Forsvarlighetskravet gjelder jo helsetjenestene, og disse retningslinjene er ikke juridisk bindende. De gamle retningslinjene ble forstått på en måte som gjorde at man lagde sjekklister på bakgrunn av statistiske risikofaktorer, sier Gravbrøt.

På spørsmål om hvorfor det gikk så mange år før dette ble korrigert, til tross for at flere behandlere ytret kritikk, svarer Gravbrøt at Helsedirektoratet sendte ut brev i 2017 til de regionale helseforetakene hvor de tydeliggjorde at det ikke finnes sjekklister som kan predikere selvmordsrisiko.

Har forsøkt å korrigere feiloppfatninger

Gravbrøt får støtte fra Fredrik Walby, leder av kartleggingssystemet for selvmord i Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). De har begge vært med å lage de nye retningslinjene, og Walby og NSSF var sterkt involvert i de gamle retningslinjene som nå blir erstattet.

– NSSF er en viktig premissleverandør.

– Det må man kunne si, sier Walby.

– Så hvilket ansvar bærer NSSF for at det endte opp slik det gjorde?

– Ansvar eller ikke, vi har forsøkt å korrigere oppfatningen om at man kan predikere selvmord på individnivå, i mange år. Når de forrige retningslinjene ble publisert i 2008, kunne ingen forutsi hvordan dette ville påvirke praksis. Jeg var allerede ute i 2009 og advarte mot predikjonskulturen. Vi har forsøkt å dempe det. Og derfor er jeg veldig fornøyd med at vi kommer med nye retningslinjer, sier Walby.



FREDRIK WALBY har lenge forsøkt å korrigere antakelsen om at selvmord kan predikeres på individnivå. Foto: Thomas Brun / NTB

Han påpeker at kunnskapen om at det ikke går an å predikere selvmord, er velkjent, og sto allerede i den gamle retningslinjen fra 2008. Walby har forsket på datamateriale som er samlet inn etter at de første nasjonale retningslinjene ble innført. Funnene peker klart i retning av at det ikke er mulig å predikere selvmord. Mange av dem som dør i selvmord, er blitt vurdert med lav selvmordsfare.

Dette er fordi det er den vanligste gruppen, og fordi det er vanskelig å predikere, rett og slett fordi selvmord er en sjelden hendelse, selv i høyrisikogrupper. Derfor legger den nye retningslinjen mindre vekt på å predikere, sier han.

Samtidig kuttet ikke selvmordsrisikovurderingene helt. Det dreier seg om at pasientene i spesialisthelsetjenesten ofte kan være høyrisikogrupper for selvmord, ifølge Walby.

– De har rater som er 50 ganger mer enn resten av befolkningen. Svært mange pasienter har selvmordstanker. Så det å ikke ha dette som tema i behandling eller inntakssamtale hadde vært helt merkelig. Samtidig må man passe på at man ikke forsøker å predikere noe man ikke kan predikere. Det viktigste er å sikre hjelp så pasientene kan komme seg ut av de suicidale krisene, sier han.

Walby minner om at kunnskapen om selvmord, særlig på hvilke tiltak som fungerer og ikke, er mangelfull.

– Det er et vanskelig fagfelt. Jeg tror hele feltet, og da inkluderer jeg oss, myndighetsorganer, klinikere og utdanningsinstitusjoner, har vært for lite flinke til å snakke om hvor vanskelig dette er. Hvor vanskelig det er å finne tiltak for selvmordsforebygging. Det er viktig å tematisere fremover. Også fordi kunnskapsgrunnlaget vårt er veldig dårlig, sier han.

Engstelige og uerfarne

I et hørings svar til Helsedirektoratet bekreftet Statens helsetilsyn at praksisen hadde vært til hinder:

«Vi merker oss at fokuset på selvmordsrisikovurderinger er fjernet, og synes det er klokt. Vår erfaring var at det ble fokusert for mye på individuelle risikovurderinger i de varslene vi mottok, på bekostning av den kliniske vurdering av pasientens tilstand og behandling av denne», skriver Statens helsetilsyn.

Det stiller Ewa Ness seg bak. Hun er spesialist i psykiatri, og seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.

– For å gjøre noe med pasientens selvmordsfare må vi behandle den psykiske lidelsen. Vi må ha mer fokus på hva som feiler pasienten, og mindre av det rigide fokuset på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer på individnivå. Det får vi nå, med en mer holistisk, dempet og mykere tilnærming, sier Ness.

Hun ledet også arbeidet med de forrige retningslinjene fra 2008, og jobbet da i Helsedirektoratet.

– Det sto aldri at man skulle gradere selvmordsfare fra lav til høy, og jeg vet ikke hvordan praksisen oppsto, men det gjorde det. På de fleste varslene vi fikk om dette i Statens helsetilsyn, sto det at selvmordsfaren var lav, punktum. Det er for vagt, sier Ness.

Helsepersonell frykter å bli tatt av Statsforvalteren eller Statens helsetilsyn, ifølge Ness.

– Det gjelder ofte mellomledere. Ikke minst er det en frykt blant nyutdannede, fordi de ikke har fått opplæring. Dessuten vet de ofte ikke hvordan man skal skrive journaler om selvmordsrisiko. Det er uheldig både for helsepersonellet og pasienten, sier hun.

Ness påpeker at selvmord er alvorlige hendelser man er nødt til å lære av. Hendelser hvor man ikke bare kan peke på den som sitter med pasienten. Det hele er et kulturproblem, ifølge henne.

– Helsepersonell er redde for å gjøre feil, og ønsker ikke å gjøre feil. De blir redde for å spørre om selvmordsproblematikk, fordi de er redde for å sitte med ansvaret. Samtidig kan dette ofte være krevende pasienter å håndtere. Derfor må vi lage en kultur for å lære av sine feil, sier Ness.

På spørsmål om hvorfor ikke selvmordstallene har dalt siden 2008, svarer Ness at mye mer må til for å forebygge selvmord, som jo er en sjelden hendelse. Hun peker på sikring av broer, veier, og minske muligheten for å blant annet kjøpe Paracet.

Ness påpeker at halvparten av de som tar selvmord, har vært i kontakt med psykisk helsevern, men at to av tre har vært i kontakt med fastlegen, og at en tredel ikke har vært i kontakt med noen. Altså må sterkere lut til.

– Vi kan gjøre mye for å redusere det, men det er ikke så lett som å redusere trafikkdødsfall. Folk kan ha alle risikofaktorer og ikke ta livet av seg, og ha ingen og ta livet av seg, sier hun.

Mangfold gjør sterkere

Østlie synes det er fint at den nye retningslinjen toner ned selvmordsrisikovurderingene, til fordel for et mer helhetlig syn på behandling.

– De nedtoner selvmordsrisikovurderingene og løfter det som har med samhandling og lokal tilpasning å gjøre. Det synes jeg er fint. Ambisjonen i den nye retningslinjen er heller ikke å beskrive behandling av suicidalitet, fordi det er så mangfoldig, sier Østlie, og legger til:

– Likevel blir det spennende å se hvordan dette implementeres og praktiseres, fordi retningslinjene også er klare på at det skal gjøres en avklaring av selvmordsproblematikken i første møte, for alle pasienter i alle kontekster, sier hun.

Aarre er også lettet over at den nye retningslinjen nå toner ned selvmordsrisikovurderingene og gradering av selvmordsfare fra lav til høy.

Behandlere ble mer opptatt av å ikke bli tatt for å gjøre feil enn å faktisk hjelpe

– Det er gledelig å se at de endelig innser dette. Den forrige veilederen var ikke bygget på troverdig kunnskap. Man har visst siden 1980-tallet at det er umulig å gjøre slike vurderinger som vi ble pålagt. Det er vi glade for at direktoratet nå tar innover seg, sier Aarre.

Han påpeker at det fortsatt vil være en viktig del av behandlingen å ta stilling til selvmordsfare, men at det helhetlige og dynamiske ved slike vurderinger nå får mer plass.

– Det er klart at vi er nødt til å forholde oss til selvmordsfare. Det gjør vi hele tiden, men det er fint at man senker forventninger for hva helsepersonellet skal klare, når det er og blir umulig å forutsi selvmord.

Walby hevder at det store engasjementet rundt selvmordsrisikovurderingene har gjort den nye retningslinjen bedre.

– Det er et gigantisk arbeid som har strukket seg over flere år. Og bare det å innarbeide over 50 gode og grundige høringssvar har gjort at den publiserte retningslinjen ser helt annerledes ut nå enn da. Engasjementet har gjort retningslinjen bedre, sier Walby.

Oppdatert 07.05.24: Sitatet fra Kristin Østlie i avsnittet «Mangfold gjør sterkere» ble endret etter ønske om presisering fra vedkommende selv. I den opprinnelige saken sto det «... fordi det virker som retningslinjene også er klare på at det skal gjøres selvmordsrisikovurderinger tidlig i utredningen», dette ble korrigert til «... fordi retningslinjene også er klare på at det skal gjøres en avklaring av selvmordsproblematikken i første møte, for alle pasienter i alle kontekster».