

Selvmordsforebyggingens pris

Jeg kunne ikke gjort mer for å hindre at han tok livet sitt. Ville han levd om jeg gjorde mindre?

TEKST

Sivert Straume

PUBLISERT 5. mars 2014

DEBATT: SELVMORD

Pasienten var alvorlig deprimert. Lyste ikke opp en eneste gang i samtalene våre. Han hadde sterke tanker om å ta sitt eget liv, for alt var tapt, og det var ingen framtid. Jeg undersøkte: «Har du tanker om en bestemt måte? Har du gjort noen forberedelser?

«Hva gjør alvorlige formaninger om fagansvar med behandleres evne til å se pasienten og møte ham eller henne på en fleksibel måte?»

Har du bestemt deg for det? Har du tidligere forsøkt? Har noen i familien din gjort det? Er det noe som holder deg tilbake?» Han ønsket ikke å snakke så mye om disse tingene. Særlig nedfor ble han av å diskutere innleggelse. Det ville være det største nederlaget, mente han. Men jeg var nødt til å fokusere på risiko og tiltak. Det hadde med forsvarlighet å gjøre. Jeg leste om suicidalitet og spurte kolleger til råds. Jeg ga ham tett poliklinisk oppfølging. Jeg fikk hans ord på at han ikke skulle ta livet sitt. Jeg forsikret meg om at han ikke var alene. Og i hver time undersøkte jeg om risikoen var økt. Det tok tid. Han hadde lang latenstid. Svarene var ikke krystallklare, så stadige oppklarings spørsmål måtte til. Vi rakk lite annet enn suicidalitetsmonitorering og forebygging i timene.

Faglig sosialangst

Jeg skammer meg over min første tanke da jeg fikk budskapet gjennom telefonen: Har jeg gjort alt rett? Et stykke på vei er reaksjonen rimelig. Tanken på å ha skyld i et menneskes død, om aldri så liten, er uhyggelig. Men var det skyldfølelse jeg fryktet, eller var det fagfeller og Fylkeslegens fordømmelse? Hoderisting, rynkede øyenbryn,

advarsel, pålagt veiledning? Den omhyggelige og plettfriske journalføringen min vitner om at det var den faglige sosialangsten som styrte.

Pasienten ønsket å få det bedre. For meg var det viktigst å sikre at han ikke tok livet sitt, eller om den bestrebelsen skulle mislykkes, å ha gjort alt for å hindre det. I dag tenker jeg at det snakket som trakk ham ned i timene, var det som gjorde at jeg kunne puste lettet ut i tiden etter hans død. For hvem sin skyld forebygget jeg suicid, egentlig?

– Det var ikke grunnlag for tvang, mente klinikksjefen da vi hadde gjennomgått journalen.

– Du kunne ikke gjort mer for å hindre det.

Men kunne jeg gjort mindre?

Ikke ifølge Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det autoritative dokumentet gir bud om at alle pasienter i psykisk helsevern skal spørres av kvalifisert helsepersonell om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner, og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Ved mistanke om selvmordsrisiko skal det følges opp med nærmere vurdering av selvmordsrisikoen – altså med enda flere spørsmål, kanskje fra en annen, høyere kvalifisert fagperson – og deretter iverksetting av adekvat behandling.

Tvil om forebygging

Det har blitt påpekt at selvmord er ekstremt sjelden og svært vanskelig å forutse, selv med de grundigste prosedyrer. Man kan nok identifisere pasienter med økt risiko, men også blant disse vil svært få begå suicid. Og når man har identifisert dem, gjenstår det å se hvor mange som kan reddes med suicidalitetsforebyggende behandling. Dette sår tvil om at selvmordsforebygging for de brede lag av pasienter er god ressursbruk, og om det er en god måte å møte pasienter på. Mot dette argumenterer tilhengere av utstrakt selvmordsforebygging at en storstilt satsing vil gi positive bivirkninger. Man vil riktig nok måtte gi kostbar selvmordsforebyggende behandling til et stort antall falske positiver. På den annen side det vil medføre at mange av de mest trengende får bedre oppfølging, argumenterer de.

Pasienter i spesialisthelsetjenesten har allerede behandling. Ved å få suicidrisikoen vurdert kan de oppnå mer suicidfokusert behandling. Men er det sikkert de blir friskere av det? Pasienter kan også oppnå mer intensiv behandling når det kommer fram at de har forhøyet selvmordsfare, men i så fall blir det ingen positive bivirkninger, tvert imot. Det blir færre av de trengende som får behandling, for det er ikke noen mekanisme for økte tilskudd til psykisk helsevern når det avdekkes suicidrisiko.

Skremmer fagfolk

Jeg mener ikke at vi skal avskaffe selvmordsforebygging. En samtale om selvmordstanker kan oppleves godt for noen pasienter. De opplever da at noen endelig tar problemet på alvor. Og det kan ganske sikkert redde liv. Derfor bør behandlere være åpne for en slik prat og gjerne initiere den også. Men skal vi gjøre det for enhver pris?

Skal vi gjøre det når pasienten ber om noe annet? Skal vi bruke ressurser på å kartlegge risiko hos alle som får behandling, når det er mange som ikke får noe tilbud? Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord ser ut til å mene det, og skremmer fagpersoner til disiplin. Mer enn hundre ganger nevner den forsvarlighet. Står det ikke i journalen at du har spurt om a, b, c og d, så risikerer du kritikk for å ha handlet uforsvarlig.

Jeg er ikke i tvil om at retningslinjene bygger på en god oppsummering av relevant forskning. Men jeg er usikker på om alt er tatt med i regnestykket som munner ut i strenge bud om ekstensiv og intensiv suicidalitetsforebygging. Hva ville den selvmordsforebyggende effekten av alternativ tidsbruk vært? Hva gjør alvorlige formaninger om fagansvar med behandleres evne til å se pasienten og møte ham eller henne på en fleksibel måte?

Hjelp på egne premisser

Hva om vi begynte i motsatt ende, senket skuldrene, rettet fokus mot å hjelpe pasientene med det de ønsket hjelp til, fikk frigjort tid til å hjelpe enda noen til og lot reduksjon i antall selvmord være bivirkningen – en følge av at flere pasienter fikk behandling og på sine egne premisser, med mindre depresjon som resultat? Ville vi totalt sett fått færre selvmord på den måten? Ville min pasient levd?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 3, 2014, side

TEKST

Sivert Straume, psykolog