

# Ryggen fri

## Risikovurderinger av selvmord kan overdrives



Jeg ser at psykologer blir så opptatt av å følge retningslinjer om å vurdere selvmordsrisiko at det kan stå i veien for god behandling.

### TEKST

**Kristin Østlie**

### ILLUSTRASJON

**Hilde Thomsen**

**PUBLISERT 2. januar 2020**

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern kom i 2008, og implementeringsstrategien av disse vektla at helsearbeidere måtte gjennomføre selvmordsrisikovurderinger, etter en standard som ble foreslått i vedleggene til retningslinjene. Undervisningsopplegg for opplæring ble utarbeidet av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, og helsepersonell ved helseforetakene i hele landet fikk i oppgave å lære opp ansatte. Deretter gjennomførte Helsetilsynet eksterne revisjoner ved helseforetakene: Hadde sykehusene prosedyrer som sikret det selvmordsforebyggende arbeidet, og ble selvmordsrisikovurderingene gjort etter den standarden retningslinjene anbefalte? Ved gjennomførte selvmord var man opptatt av om dokumentasjonen var i orden, særlig om man hadde gjennomført selvmordsrisikovurderinger i tråd med retningslinjene.

Som rådgiver i selvmordsforebyggende arbeide ved Lovisenberg sykehus / RVTS-øst merket jeg at mange klinikere ga uttrykk for en uro for å kunne bli beskyldt for å være uansvarlig – i ytterste konsekvens skyldig i en pasients selvmord, dersom retningslinjene ikke var etterlevd. Det var også en bekymring hos helsearbeidere om retningslinjene kunne påvirke det kliniske arbeidet negativt.

**«Hvis de spør henne om selvmordstanker bare fordi de følger prosedyren, og ikke fordi de bryr seg, så svarer hun ikke ærlig»**

Evidensen som lå til grunn for anbefalingene i nasjonale retningslinjer, var svak, de fleste anbefalingene var ikke begrunnet av forskningsresultater, de var isteden basert på avveining av nytte og ulempe. Kun tre av anbefalingene bygger på evidens, blant disse er ikke kravet om at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, skal vurderes med tanke på selvmordsrisiko. Det har vært nedlagt en stor forskningsinnsats for å finne risikofaktorer som kan være til hjelp for å finne ut hvem som er i selvmordsfare, men metastudier slår fast at vi ikke kan predikere selvmord, selv om vi bruker de nyeste og mest avanserte verktøyene vi har (Franklin et al., 2017; Chan et. al, 2016). Det er derfor et betimelig spørsmål, det mange klinikere med uro har stilt, om vektleggingen av standardiserte selvmordsrisikovurderinger som ett selvmordsforebyggende tiltak har vært altfor sterk, og om det har gjort mer skade enn gagn (Foss & Wifstad; 2011; Stangaland, 2012; Straume, 2014; Gjeldsvik 2014; Hjelmeland ...),

## **Terapeutangst**

I arbeidet med min doktoravhandling spurte jeg blant annet om måten man gjennomførte selvmordsrisikovurderinger på, kunne påvirke terapiprosessene. Pasientene ble rekruttert under et opphold ved en psykiatrisk akuttavdeling, der de var innlagt på grunn av selvmordsfare. Deres terapiprosess ble fulgt etter utskrivning fra avdeling; enten ved et DPS eller hos en privatpraktiserende psykolog/psykiater. Vi fikk gjennom intervjuene tilgang på «bakrommet» for terapiene; hvordan terapeuten og pasienten, på hver sin måte, beskrev terapiprosessen og den terapeutiske relasjonen, og hvordan selve selvmordstemaet ble håndtert i terapiprosessen.

Et av de første temaene som ble tydelig i intervjuene, var terapeutenes engstelse: for at pasienten skulle ta sitt liv, for å ikke strekke til faglig og for å bli «tatt» av helsemyndigheter og arbeidsgiver fordi de ikke har gjort selvmordsrisikovurderinger ofte nok og/eller på den måten nasjonale retningslinjer pålegger dem. Denne engstelsen kunne være til stede til tross for høy kompetanse og lang erfaring, og den ble forsterket når pasienten var i en fase der de tenkte alvorlig på å ta sitt liv eller faktisk gjorde forsøk på å gjennomføre et selvmord. En terapeut beskrev det på denne måten: «Hun er det

siste jeg tenker på når jeg sovner om kvelden, og det første jeg kommer på når jeg våkner.» En annen terapeut sa at «dette er en type oppgave jeg kjenner at jeg egentlig ikke vil ha». I disse fasene, som krever mye av terapeuten, er trygghet rundt terapien viktig. Helsemyndighetenes krav om standardiserte selvmordsrisikovurderinger og potensielle anklager fra både helsemyndigheter og media rettet mot helsepersonell, bidrar til å gjøre denne type oppgaver enda tyngre.

## **To grøfter**

Når det gjelder måten terapeutene forholder seg til selvmordsrisikovurderinger på, er det to grøfter de kan gå i; de kan bli for opptatt av å gjøre selvmordsrisikovurderinger korrekt, eller de kan unnlate/unngå å forholde seg til selvmordstemaet i terapien, selv om det preger pasienten. De fleste terapeutene i studien gikk ikke i noen av disse grøftene, de integrerte selvmordstemaet i de terapeutiske samtalene når det var aktuelt, på måter pasienten opplevde som relevant og nyttig. Men noen ble for instrumentelle, og «Bentes» terapeut er en av disse. «Bente» sa følgende: «Jeg tenker han er veldig, litt overalt, hopper veldig mye, fra det ene til det andre. Det ene blir større enn det andre. Overskygger det andre. Mye ideer om medisiner. Jeg blir veldig forvirret ... Jeg skulle ønske vi kom ordentlig i gang med jobbing, ... det har vært mer fokus på selvmordstanker og planer.» Terapeuten til «Bente» hadde på sin side opplevd å miste en annen pasient i selvmord. Han er opptatt av at det ikke må skje igjen, og han er opptatt av sykehusets prosedyrer, som han mener er til hjelp. Han sier: «Man må gjennomtenke hver time når man har en pasient som har selvmordstanker eller har gjort et tidligere selvmordsforsøk. Så det preger min tankegang. Jeg gjør nye vurderinger hver time.» Paradoksalt nok går hele selvmordstemaet under jorda i denne terapien. Pasienten slutter å fortelle terapeuten om sine selvmordstanker og mister tilliten til at terapeuten kan tåle å høre om det som er vanskelig i hennes liv. En annen pasient i studien forteller om sine innleggelser ved akuttavdelingen, hun har mange av dem. Hun har forstått at det finnes prosedyrer helsepersonell må følge ved en innleggelse, og sier at hvis de spør henne om selvmordstanker bare fordi de følger prosedyren, og ikke fordi de bryr seg, så svarer hun ikke ærlig.

Den andre grøften terapeutene kan gå i, er å forholde seg unnvikende til selvmordstemaet, selv om det er helt sentralt i pasientens liv. «Mona» er en pasient som sier følgende om temaet selvmord: «Det er et U-tema (noe ujevnelig), som jeg dras mot, det er essensen av alt. ... Det er flaut å ikke ha vært ærlig med terapeuten om selvmordsplanene.» Mona er opptatt av å være en flink pasient, en som gjør det terapeuten forventer, og hun gir inntrykk av at det går framover i terapien. Fastlegen var den som oppdaget selvmordsfaren hun var i, og fikk henne innlagt ved akuttavdelingen. Terapeuten på sin side forteller om en krevende arbeidssituasjon, at det var liten tid til å tenke på hver pasient når presset på inntak av nye pasienter er så stort. En pasient som «Mona», som ikke ropte høyt om sine vansker, som tilpasser seg behandlingsopplegget og ønsket å være en flink pasient, kunne så lett forsvinne i det store havet av krav.

I studien var det også to måter terapeutene håndterte selvmordstemaet på som var i et «mellomområde», altså ikke integrert i den terapeutiske samtalen, ikke for standardisert og heller ikke unnvikende. En terapeut fortalte at han fylte ut et standardisert skjema etter terapitimen for å ha orden i journalen i tilfelle det skulle skje noe; «to save my ass», som han formulerte det. Han gjorde det på en måte som ikke forstyrret den terapeutiske samtalen, og han gjorde det kun for å tilfredsstill helsemyndighetene, ikke fordi det var til hjelp i det terapeutiske arbeidet. Det var også terapeuter som bevisst valgte bort hele selvmordsrisikovurderingen av hensyn til terapien. Temaet selvmord så ut til å bevege terapien inn i et spor der det mobiliserte en maktkamp som handlet om hvem som skulle ta ansvaret for pasientens liv: Skulle pasienten legges inn? Hvor lenge skulle innleggelsen vare? Hvor mye skulle personalet passe på pasienten? Skulle behandlingen være på tvang eller ikke? Osv. Man kom ingen vei, behandlingen stagnerte. Men ved å la selvmordstemaet ligge og heller snakke om mulige livsprosjekter, ble det for eksempel for en pasient jeg har kalt «Astrid», mulig å komme videre i terapien. Hennes terapeut sa det slik: «Hun var den mest suicidal pasienten vi hadde i teamet da vi tok imot henne. Men jeg har ikke hatt, jeg tror ikke jeg har hatt en eneste suicidalvurdering. Og det har ikke vært noe slendrian, men det har ikke vært et tema.» Videre sier hun at «selvmordstemaet har ligget helt nede, det har ikke vært et tema, for tema har vært skolen, praksisen, medstudenter, å klare og bo for seg selv, hennes forhold til alkohol og det at hun lengter etter en kjæreste». Det var ved å legge selvmordstemaet bort det ble mulig å arbeide seg ut av «Astrids» langvarige suicidal prosess, den hadde vart siden begynnelsen av tenårene til hun nå var i midten av 20-årene.

### **Når ryggdekning blir viktigst**

Da jeg var fersk psykolog og begynte på et DPS på 90-tallet, var det å tenke at man skulle «dekke egen rygg» uhørt. Pasientens beste skulle alltid komme først. At man måtte tenke på å «dekke egen rygg», var tilstander man hadde hørt om fra USA, vi håpet at det aldri ville bli slik i Norge. Med nasjonale retningslinjer, kontroll av at helsepersonell følger retningslinjene (selv om de ikke er evidensbaserte), og media som en aktør som skriver om selvmord og helsepersonells «svik», har det å sørge for ikke å bli syndebukken dersom en pasient skulle ta sitt liv, blitt nødvendig. Når hensynet å gjøre alt «riktig» kommer i forgrunnen, kan pasientens beste komme i bakgrunnen. Nasjonale retningslinjer skal nå revideres, og jeg håper at dette blir forstått. I en terapisisituasjon er trygge rammer rundt det terapeutiske prosjektet avgjørende. God terapi handler om tilstedeværende, lyttende terapeuter, som har kapasitet og tid til å tenke rundt utfordringene den enkelte pasient står i, og slik skreddersy terapiprosessen slik at arbeidsmåten passer pasienten man møter. Dette trenger vi at revisjonen av nasjonale retningslinjer tar hensyn til.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 1, 2020, side 42-45*

**Kristin Østlie**, psykologspesialist og Ph.D

**ILLUSTRASJON**

**Hilde Thomsen**, Illustratør

+ Vis referanser

- Chan, K. Y., Bhati, H., Meader, N. Stockton. S., Evans, J., O'Conner, R. C., ..., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. 277-283. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.115.170050>
- Foss, T., & Wifstad, Å. (2011). Humanismens vilkår i prosedyrenes tid. 48, 545-9.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Bentley, K. H., Huang, X. Musacchio, K. M., Cheng, B. B., ..., & A. C. Nock, M. K. (2017). Risk Factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. 187 - 232. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gjelsvik, B. (2014). Advarsel om selvmordsrisiko. 242-251.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. 138-145.
- Straume, S. (2014). Selvmordsforebyggingens pris. 242 - 251.
- Østlie, K. (2018). Terapiens bakrom. 833 - 835.
- 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.). (s. 89 - 106). Oslo: Gyldendal.