

Unnvikende selvmordsforebygging

Hva gjør vi når vi får en umulig oppgave? Vi bytter den ut med en oppgave som er mulig å få til.

TEKST

Tormod Stangeland

PUBLISERT 2. mars 2020

EMNER

selvmordsforebygging

Suicidalitet

Selv mord

Jobben min er å hjelpe ungdommer som tenker på å dø, med å få det bedre. De fortjener all den støtten jeg kan gi dem. Mange føler seg helt alene, skremt av tankene sine, fanget i tankebaner der selvmord trer frem som eneste løsning. Da er det bra å møte noen med et rolig hode og vennlig ansikt. En som kan se ting utenifra, og som kan hjelpe med å ta hull på verkebyller og dele hemmeligheter, hjelpe redde foreldre til å forstå og sinte venner med å ordne opp. En som har sett alvorlige situasjoner før, som ikke blir skremt. Jobben min er også å vurdere risikoen for at de skal ta sitt eget liv.

LES OGSÅ

Splittet i synet på selvmordsforebygging

Fagmiljøene er splittet i synet på i hvor stor grad psykiske lidelser skal vektlegges som risikofaktor ved forebygging av selvmord.

Feilen jeg gjør

Jeg vet ikke om risikovurderingene mine egentlig har hjulpet noen. På fjorten år i akuttpsykiatrien har jeg aldri klart å forutse et dødsfall. Forskningen støtter min opplevelse, og viser faktisk at vurderingene mine ikke er til praktisk nytte for å forutsi eller avverge selvmord.

«På fjorten år i akuttpsykiatrien har jeg aldri klart å forutse et dødsfall»

Det jeg derimot vet sikkert, er at når jeg vektlegger risikovurdering, blir det mindre tid og oppmerksomhet igjen til endringsarbeid. Dermed har jeg tatt muligheten fra mange

ungdommer til å snakke med en trygg voksen om hvordan de har det. Til å undersøke tvilen sin om de orker å leve. Til å øve på å fortelle om det de skammer seg over. I stedet har jeg brukt deres tid, tillit og krefter på å måle risiko. Jeg har blitt en ekspert som skal vurdere utsagn og atferd, og avgjøre om vi må gripe inn og ta over kontroll. Slik gjør jeg meg mindre relevant for ungdommene, som trenger å føle seg tatt på alvor og forstått.

Jeg er ikke alene om å gjøre denne feilen. De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern setter opp anbefalinger for hvordan selvmordsrisiko bør vurderes og håndteres. Jeg mener vi som fagfelt har misforstått retningslinjene. Vi bruker dem på en måte som er direkte skadelig for behandling av ungdommer i krise. Forfatterne av de norske retningslinjene er tydelige på at det ikke er meningen å bruke retningslinjene til å forutsi utfallet av konkrete risikosituasjoner. Fagfeltet prøver likevel.

LES OGSÅ

Å forstå psykologien bak selvmord er ingen sjekklisteroppgave

Kunnskapsgrunnlaget forteller oss at det er på tide å bevege seg fra en sykdomsmodell til en mer humanistisk måte å snakke om selvmord på.

Følgene av feilen

Et tenkt, men typisk eksempel: Jeg leder et akutteam for ungdom, som møter en familie der datteren har kommet med selvmordsutsagn. På skolen har hun fortalt at hun skal ta livet sitt, og det på en helt bestemt dato. Siden dagen er nær forestående, blir vi involvert for å lage en kriseplan for dagen og eventuelt å vurdere akuttinnleggelse for å hindre selvmordsforsøk. Jenta er ordknapp. Under risikovurderingen benekter hun selvmordsplaner og påstår at alt er bra i livet hennes, enda framtoningen hennes tyder på det motsatte. Etter en god stund får vi jenta i tale. I samtalen som oppstår, slår det oss hvor lite nyttig jenta synes arbeidet vårt er med å lage en kriseplan for «selvmordsdagen». Hun forteller at hun ikke liker oppmerksomhet, men at hun likevel synes at hennes behov kommer i bakgrunnen i familien. Vi får høre at hun har falt ut sosialt på skolen, at hun ikke har noen å være sammen med. Hjemme er hun mye i konflikt med foreldrene, føler at hun ødelegger familielivet og gjør alle nedfor. Fremtiden føles håpløs, og hun kjenner på fristelsen til å dø ifra det hele. Vårt prosjekt med kriseplan for den spesielle datoen føles med ett både meningsløst og naivt.

LES OGSÅ

Suicidalitet er relasjonell

Pasientperspektivet neglisjeres i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

Ofte synes jeg det er som i denne fortellingen: De gangene vi kommer et skritt lenger enn risikovurdering og når inn til meningen bak selvmordsatferden, når vi klarer å snakke om hva som driver fortvilelsen, da blekner vårt fokus på handling og ytre sikkerhetsrisiko. Mange føler seg undervurdert og dårlig forstått når vi fokuserer på risiko, de synes vi pirker i overflaten og gir lettvinde råd som de selv ikke har tro på. Hvis rådene går ut på å ta fra dem handlefrihet og selvstendighet, eller vi presser dem til å fortelle om ting de ikke er klare for, kan hjelpeforsøkene bli til problemer for dem, og gjøre at ungdommene føler seg enda mer ensomme. Velmente forsøk på å stanse farlig atferd blir lett oppfattet som tegn på at hjelperne handler ut ifra egne behov, at de nettopp *ikke* bryr seg om hva ungdommen selv ønsker seg.

Vi har byttet ut oppgaven vår

Så hvorfor gjør vi dette? Hvorfor fortsetter vi å vurdere selvmordsrisiko når vi vet at det ikke nytter å forutse utfallet for hver enkelt? Mitt akutteam bruker ofte like mye tid på å skrive rapporter fra risikovurdering som på å snakke med ungdommene og familiene deres. Hva skal vi med alle rapportene når de ikke forandrer noe for familiene vi skal hjelpe? Jeg tror alle som har hatt i oppgave å vurdere alvorlig risiko, har kjent på redselen for å gjøre noe galt. For at etterlatte eller mediene skal rette sitt sinne mot oss hvis utfallet blir fatalt. Sammen med redselen kommer også behovet for å dempe redselen. Behovet for å vise at vi har gjort oppgaven vår godt nok, at vi ikke kan kritiseres av helsemyndighetene.

Gjennom umerkelige små skritt i fagfeltets praksis forandrer vi oppgaven. Vi reduserer risiko – ikke for ungdommene, men for oss selv.

Men dette var ikke oppgaven som foreldrene, mediene eller helsemyndighetene ga oss. De ville vi skulle hjelpe ungdommer som tenker på å dø, med å få det bedre. Mange av dem krever at vi også skal forutse og avverge enkelttilfeller av selvmord. De stiller oss til ansvar hvis ungdommen dør, spør hvorfor vi ikke gjorde noe som kunne hindret dødsfallet. Jeg tror det var i møtet med dette kravet at vi fagfolk ble defensive. Da vi innså at oppgaven var umulig å løse, klarte vi ikke å forklare godt nok hvorfor den ikke lar seg gjøre. Den kan jo ikke være å forutse selvmord, for det er umulig. I stedet omdefinerte vi oppgaven til noe helt annet, til noe som faktisk går an å gjennomføre: å vise at vi har fulgt prosedyren for anerkjent praksis ved vurdering av selvmordsrisiko. Ikke nyttig for å forutse selvmord, tvilsomt nyttig for behandlingsrelasjonen. Svært nyttig for meg som skremt og overveldet hjelper. Den bytter ut min umulige oppgave med en mulig oppgave. Jeg kan ikke forutse eller avverge selvmord, men jeg kan vise at jeg har fulgt prosedyrene og dokumentert vurderingene til punkt og prikke. Gjør jeg det grundig nok, slipper jeg i hvert fall kritikk og medieoppslag. Men det krever noe jeg aldri kan gå med på: at jeg flytter oppmerksomheten vekk fra jobben min, å hjelpe ungdommer som tenker på å dø, med å få det bedre.

Ryggen fri

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

Hvorfor er det feil å bytte ut oppgaven?

Hva forteller forskningen oss om selvmordsrisikovurdering? Kort fortalt: Risikofaktorer gjør det mulig å vurdere om en konkret person tilhører en høyrisikogruppe, der mange flere enn vanlig kommer til å ta livet sitt i løpet av noen år. Men vi kan ikke si hvilke personer i denne risikogruppen som kommer til å dø, eller når. Dessuten finner vi at de fleste som dør i selvmord, var vurdert å ikke tilhøre høyrisikogruppen, eller de var ikke fanget opp og vurdert av helsevesenet og ble aldri noen del av risikostatistikken i det hele tatt.

Dette er nyttig kunnskap for å forstå selvmord bedre. Det er nyttig for å kjenne igjen og forstå Alvoret for dem som tilhører høyrisikogruppen. Det er også nyttig for å gi råd om forebygging av selvmord til personer i risikogruppen. Men kunnskapen er ikke nyttig for oss som skal treffe konkrete beslutninger om tiltak overfor enkeltindivider. Vi har ikke grunnlag for å vite hvordan akkurat dette tilfellet vil falle ut, eller påstå at visse tiltak vil endre utfallet. Beslutningsprosessen som leder til selvmord, er altfor kompleks og uforståelig til at noen av oss kan spå utfallet. I etterkant kan vi nok lage forklaringer som viser hvordan utfallet kunne bli som det ble. I forkant klarer vi derimot ikke å predikere at en person vil handle på selvmordstankene sine, mens en annen ikke gjør det. Vi aner ikke hvilke faktorer som blir avgjørende. Modeller for selvmordsrisikovurdering tar opp i seg et titalls faktorer, basert på statistikk. Men selv dette er en massiv undervurdering av kompleksiteten i folks liv, der tusenvis av variabler og tilfeldigheter avgjør om risikoatferd får dødelig utfall, og i hvert eneste tilfelle er variablene ulike. Vi er ikke blitt bedre til å forutse selvmord på de siste femti årene, og det er ingen grunn til å forvente at mer forskning og bedre data vil føre til noe gjennombrudd.

Tolv år etter at de nasjonale retningslinjene kom, har selvmordstallene ikke gått ned, til tross for massiv satsning på risikovurdering og dokumentasjon. Helsedirektoratet setter i disse dager i gang arbeid med å revidere retningslinjene. Det er betimelig. Vi trenger endringer i retningslinjene, som toner ned forventningene til selvmordsrisikovurdering. Kanskje trenger vi at retningslinjene sier i klartekst hva som er klinikernes oppgave, nemlig å gi god hjelp til dem som vurderes å være i høyrisikogruppen, ikke å forutse utfallet for enkeltpersoner i risiko.

Jeg har opplevd ungdom dø i selvmord og at vår journal ble gransket nøye i etterkant. Ikke fordi vi hadde jobbet dårlig med ungdommene, men for å se om vi hadde vært gode nok til å dokumentere selvmordsrisikovurderingene våre. Vurderinger som uansett ikke ville hjulpet oss til å forutsi eller avverge det tragiske utfallet. Det kan jo tenkes at fokus på dokumentasjon av risikovurdering er nyttig for familiene vi møter, ved å vise dem at de treffer dyktige fagfolk, som jobber forsvarlig og i tråd med

retningslinjene. Kanskje kan dokumentasjonen berolige dem og gi dem tillit til oss. Men virker det?

Samfunnsdebatten og helsemyndighetenes fokus er stadig på mangler i dokumentasjonen, på retningslinjer som ikke er fulgt, og ansvarsforhold som ikke er tydelig avklart. Hvis vi vil berolige publikum ved å vise fram god dokumentasjon, må vi også forvente at mangler i dokumentasjonen gjør publikum urolig. Dermed må vi legge enorm innsats i å sikre at dokumentasjonen er god nok. Jo større den innsatsen blir, jo lettere blir det å overse at jeg fokuserer på noe helt annet enn oppgaven jeg først fikk: Jeg skal hjelpe ungdommer som tenker på å dø, med å få det bedre.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 3, 2020, side 216-218

TEKST

Tormod Stangeland, psykologspesialist

KONTAKT: tmst@ahus.no