

En nyansering



DEBATT Kristin Østlies doktorgradsavhandling tar for seg psykoterapi med pasienter i selvmordsfare. I mainnummeret svarte hun på innlegget til Øyvind Ekeberg og Erlend Hem om hvordan terapeuter bør møte pasienter i selvmordsrisiko - Ekeberg og Hem svarer henne i dette debattinnlegget. Foto: Nora Skjerdingstad

Det er fullt mulig å både vurdere selvmordsfare og være empatisk interessert i pasientens historie.

TEKST

Øivind Ekeberg
Erlend Hem

PUBLISERT 2. juni 2020

EMNER selvmordsforebygging

I *Tidsskrift for Norsk psykologforening* i april (Ekeberg & Hem, 2020) kommenterte vi et intervju med Kristin Østlie om selvmordsrisikovurderinger (Halvorsen 2019). Østlie har en del kommentarer til dette i maiutgaven (Østlie, 2020), som vi gjerne vil svare på.

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.

Vi har gitt Østlie anerkjennelse for at hun har studert terapeutiske prosesser hos pasienter med selvmordsatferd, og synes det er bra at hun diskuterer et vanskelig tema.

«Vi er bekymret for at Helsedirektoratet synes å utarbeide de nye retningslinjene uten tilstrekkelig deltagelse av eksterne klinikere og forskere»

Østlie skriver at vi holder fast på å bruke standardiserte spørsmål i en evaluering av selvmordsrisiko. Dette er en forenkling. Vi mener at det viktigste er å avdekke om det foreligger akutt selvmordsfare, og å iverksette beskyttende tiltak. Om man benytter skjema eller andre metoder, er ikke det sentrale. Uerfarne behandlere kan ha god nytte av et strukturert skjema, fordi det kan bidra til å huske viktige spørsmål og gi mer struktur. Men det kan også forskyve oppmerksomheten fra utforskning av pasientens opplevelser til å fokusere på behandlerens vurdering av risiko og tiltak. Det er pasientenes indre opplevelser som avgjør om de vil ta livet sitt eller ikke. Det gir en annen opplevelse å bli lyttet til enn å bli vurdert, og en pasient som ikke opplever å bli vist interesse og hørt, kan holde tilbake viktig informasjon. Men det trenger ikke være noen motsetning her. Det er fullt mulig å både foreta en vurdering av selvmordsfare, iverksette beskyttende tiltak og være ivaretagende, empatisk og interessert i pasientens liv og historie (Ekeberg & Hem, 2019). Hvis man ved hjelp av oppmerksom lytting, bruk av standardisert skjema eller begge deler kommer fram til at det foreligger akutt selvmordsfare, er det imidlertid nødvendig med kontroll og styring, noe Østlie mener det er for mye av.

LES OGSÅ

Myter og fakta om selvmordsforebygging

Kritikere har tegnet et bilde av at selvmordsforebyggingen i Norge er i krise. Det er langt fra sannheten.

Østlie skriver også at vi argumenterer fra en helt annen kontekst enn den hun hentet data fra, med påstand om at vår kontekst er et liaison-team ved en medisinsk avdeling. Her er presisjonsnivået lavt. Ekeberg var overlege i psykiatri ved Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål i 35 år. Som en integrert del av den medisinske staben får man en annen rolle enn i et liaison-team. Han møtte da noen tusen pasienter etter alvorlige selvmordsforsøk og fulgte opp mange av dem i

psykoterapi etter utskrivning, noen ganger i flere år. Han har aldri opplevd at nasjonale standarder har stått i veien for god behandling, noe Østlie hevder er tilfelle. Hem har aldri arbeidet i et liaison-team.

Videre hevder Østlie at vi bare refererer til én fallgruve. Vi har ikke skrevet om noen fallgruver, men vi påpekte i innlegget at praksis kan ha blitt for rigid, og at tilsynsmyndighetene kan vektlegge slik dokumentasjon for tungt. Vi er selvsagt også klar over at noen behandlere er engstelige for å ta opp spørsmålet om selvmordstanker, kanskje fordi de er redd for å fremme selvmordstanker, eller fordi de ikke vet hva de skal gjøre hvis pasienten tilkjenner slike (Ekeberg, 2016).

LES OGSÅ

En korreksjon

De aller fleste fagmiljøer og forskergrupper på det suicidologiske feltet er enige om at psykisk uhelse har stor betydning for risiko for selvmord.

Vi skrev ikke at Østlie bruker uttrykket «kronisk suicidal» i sin avhandling. Hun skrev at pasientene var «suicidale», og vi stilte spørsmål ved å utskrive slike pasienter og behandle dem poliklinisk.

Vi er enige i at det bør velges nye implementeringsstrategier når de reviderte retningslinjene kommer. Samtidig er vi bekymret for at Helsedirektoratet synes å utarbeide de nye retningslinjene uten tilstrekkelig deltagelse av eksterne klinikere og forskere.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 6, 2020, side

TEKST

Øivind Ekeberg, spesialrådgiver og professor emeritus, Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo

Erlend Hem, fagsjef og professor, Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo

+ Vis referanser

Ekeberg, Ø. (2016). Vurdering av selvmordsrisiko. I Ø. Ekeberg & E. Hem (red.), , s. 117-34. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2019). Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? . <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0943>

Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2020). Selvmordsvurdering er helt nødvendig. (4), 298-299.

Halvorsen P. (2019). Hevder nasjonale standarder strider mot god behandling. . Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/2019/09/hevder-nasjonale-standarder-strider-mot-god-behandling>

Østlie, K. (2020). For mye kontroll og styring.
382.

(5), 381-