

Re: Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger?

I et debattinnlegg i Tidsskriftet skriver J. Hagen og medarbeidere om selvmordsrisikovurderinger (1). Suicidal atferd har mange årsaker, men psykisk lidelse spiller svært ofte en sentral rolle. Derfor blir psykisk helsevern vårt viktigste redskap for å forebygge selvmord. En viktig forutsetning er imidlertid at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse, blant annet til å vurdere selvmordsrisiko og iverksette adekvate intervensjoner. Dette var et av målene i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern da de ble utgitt av Helsedirektoratet i 2008 (2). I sitt debattinnlegg i Tidsskriftet reiser imidlertid Hagen og medforfattere tvil om verdien av denne typen tiltak (1), og mener endog at retningslinjene kan «være uheldige for praksisfeltet, da de bidrar til å gi fagfolk og andre en overdreven tro på nytten av risikovurderinger». Dette mener vi er en sterk påstand uten empirisk grunnlag fra forskere som ellers bygger sin argumentasjon på å påpeke svakheter i det empiriske fundamentet for gjeldende retningslinjer og praksis.

Det er helt korrekt, som Hagen og medarbeidere påpeker, at det er vanskelig å forutsi selvmordsrisiko hos den enkelte pasient og at man bør være tilbakeholden med å stole for mye på slike vurderinger alene. Rasjonalet for å styrke kvaliteten på selvmordsrisikovurderinger – og alle andre aspekter ved pasientsikkerheten i psykisk helsevern – er heller ikke først og fremst å eliminere all risiko for den enkelte. Det ville være umulig og trolig også uetisk. Hensikten er å øke sikkerheten og kvaliteten for alle pasientene gjennom spesifikke og målrettede tiltak. Fra andre sektorer i samfunnet, for eksempel i veitrafikken, vet vi at det å skape sikrere miljø redder liv, selv om det er vanskelig å forutsi hvilke liv vi faktisk redder. Selvmord har i likhet med trafikkdødsfall mange årsaker som er virksomme både i enkeltpersonen og i miljøet.

Hagen og medarbeidere refererer også til et sett med såkalte myter om selvmordsrisikovurdering, og blant disse har de nevnt følgende: «Å rette oppmerksomhet mot risikofaktorer vil føre til lavere selvmordsrate». Dette er ingen myte, men en antakelse som av etiske, metodiske og økonomiske årsaker er vanskelig både å få bekreftet og avkreftet. Om forskningen på risikofaktorer for suicidal atferd vil bringe oss nærmere målet om å forebygge selvmord, vet vi ikke. Som klinikere med daglig kontakt med suicidale pasienter er imidlertid vår klare erfaring at kvalifisert årvåkenhet overfor risikofaktorer og evne til å bruke den i planlegging av behandling og i samspill med pasienten er av uvurderlig betydning.

Bekjempelse av myter om selvmord er viktig og har en historie i Norge fra Nils Retterstøls pionerinnsats i 1970-årene. Vi frykter at Hagen og medarbeideres innlegg dessverre ikke vil bidra til å redusere faktiske myter.

Lars Mehlum

lars.mehlum@medisin.uio.no

Ewa Ness

Fredrik A. Walby

Lars Mehlum (f. 1956) er spesialist i psykiatri og professor ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ewa Ness (f. 1958) er spesialist i psykiatri og fagsjef ved Klinikken psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Fredrik A. Walby (f. 1970) er sjefpsykolog ved Diakonhjemmet sykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394.
- Nasjonalt faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Sider/default.aspx> [14.2.2014].

Re: Overdreven tro på selvmordsrisikovurdering?



God kartlegging av risiko for suicid, og tiltak der risikoen anses å være stor, er selvsagt verdifullt og viktig. Som vi vet kan ambivalensen rundt å velge livet være der, også hos dem vi vurderer å ha lav risiko. Vi kan hjelpe og gi råd. Likevel vil våre pasienter kunne velge selvmord som løsning på sitt indre strev.

I sin kommentar til artikkelen *Overdreven tro på selvmordsrisikovurdering?* skriver Lars Mehlum: «Fra andre sektorer i samfunnet, for eksempel i veitrafikken,

vet vi at det å skape sikrere miljø redder liv, selv om det er vanskelig å forutsi hvilke liv vi faktisk redder. Selvmord har i likhet med trafikkdødsfall mange årsaker som er virksomme både i enkeltpersonen og i miljøet.» (1)

Jeg synes dette er en viktig og riktig vinkling for å bli bedre i stand til å hjelpe unge og voksne vekk fra selvmord. Trafikkens veimiddeler, flere filer i fartsretninger, gode på- og avkjøringsfelter, rundkjøringer, fartsreducerende tiltak, god belysning og trafikkopplæring i skolen er noe av det som virker (2). Snublende nær metaforer for forebyggende psykisk helsearbeid?

Som barne- og ungdomspsykiater ser jeg nytten av gode helsestøstre, lyttende fastleger som ser hele mennesket, kompetente rådgivere, sosiallærere og pedagoger i skolen, lavterskeltilbud for foreldre som ser at deres barn og ungdommer strever og ønsker å bli mer kompetente voksne, tidlig samarbeid mellom barnevern, politi og helsevesen når unge ruser seg m.m.

Jeg skal fortsette å kartlegge og vurdere risiko – det er en del av mitt ansvar som lege i BUP. Kanskje jeg også kan være til hjelp og støtte for noen av dem jeg møter i mitt arbeid. Samtidig ønsker jeg mer søkelys på det som gir mennesker i alle aldre mot og lyst til å velge livet. Da snakker jeg om opplevelsen av å ha verdi og å høre til – der ute. Det er et samfunnsansvar, ikke noe vi styrer fra en sykehusavdeling eller poliklinikk.

Jeg tror helhetlig tenkning og samarbeid mellom helse og skole/arbeidsliv kan gi stor gevinst. Veien fra dårlig psykisk helse til suicid er oftest lang, og lidelse hos den enkelte har ofte store menneskelige og økonomiske konsekvenser underveis.

Regnestykket synes enkelt, men politikere velger visst å se en annen vei? Det vil alltid være noen som velger å avslutte livet sitt, uansett hva vi gjør, som med trafikkuulykker. Men alternativene må være mer synlige og «godt markert».

Eli Regine Emblemsvåg

eliregine.emblemsvag@vestreviken.no

Eli Regine Emblemsvåg (f. 1958) er overlege og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri BUPA, Asker BUP. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394.
- http://vegvesen.no/_attachment/130037/binary/302637?fast_title=Nasjonaltiltaksplan+for+trafikksikkerhet+2010-2013.pdf

J. Hagen og medarbeidere svarer:

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (1) har gode intensjoner og har sannsynligvis bidratt til økt kunnskap og bevissthet om selvmordsproblematikk.

Vårt hovedbudskap er imidlertid at retningslinjenes søkelys på risikofaktorer og standardiserte risikovurderinger kan ha hatt uheldige og utilsiktede konsekvenser for praksisfeltet. Grunnlaget for vårt synspunkt er klinisk erfaring og innspill fra helsepersonell

>>>

i psykisk helsevern. En del kartlegginger, vurderinger og dokumentasjon av selvmordsrisiko ser ut til å gjennomføres først og fremst av juridiske og ikke behandlingsmessige hensyn. Man ønsker å ha ryggen fri. Klinikere bruker med andre ord mye tid på å demonstrere overfor ledelse og tilsynsmyndigheter at de forsøker å oppnå kontroll over noe som vanskelig lar seg kontrollere.

Vi er bekymret for at praksis ledes i en uønsket retning, hvor standardisering og risikofaktorfokus medfører mindre oppmerksomhet om individet og bidrar til å fortrenge andre faglige perspektiver. Det er åpenbart et behov for å evaluere retningslinjene og se på hvilke konsekvenser disse har hatt for klinisk praksis.

Julia Hagen
julia.hagen@hist.no
Heidi Hjelmeland
Birthe Loa Knizek

Julia Hagen (f. 1975) er stipendiat ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag, og ph.d.-kandidat i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Heidi Hjelmeland (f. 1960) er professor i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og rådgiver ved Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Midt.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Birthe Loa Knizek (f. 1957) er professor ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag, og klinisk psykolog.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf) (23.2.14).

Re: Leprakolonien på Spinalonga

I denne artikkelen står det at Spinalonga (lepraøya) er en liten øy øst for Kreta (1). Det blir da feil. Den ligger 250 meter øst for Plaka, men det er fortsatt 52,71 km til man er på det østligste punktet på Kreta. Man kan jo si at den ligger øst på Kreta, men ikke øst for Kreta.

Bjørn-Ivar Lystad
pajero30390@gmail.com

Bjørn-Ivar Lystad (f. 1947) er pensjonist og Kreta-elsker.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Norheim AJ, Norheim TK. Leprakolonien på Spinalonga. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2646–9.

Re: Ingen medalje uten bakside

Jeg var nylig pasient og ble brukt til undervisning av studenter. De var åtte jenter – alle pene og ordentlige. Men ingen turte å forsøke å svare på selv enkle spørsmål fra legen som underviste dem. Jeg ble nesten litt irritert. – Kom igjen da, hopp i det! tenkte jeg.

«Timide, ansvarsbevisste, perfeksjonistiske» kaller Cato Guldberg dem (1). «Flinkest i klassen» kaller Erlend Hem det i lederen (2) som Guldberg kommenterer.

Dagens opptakskriterier er designet for den lydige, pliktoppfylgende og tidlig modne piken, som har ressurssterke foreldre, og som bruker det meste av ungdomstiden på lekser, ev. ispedd toppidrett. Etter påfølgende seks år med stor innsats på medisinstudiet, er de på vakt i akuttmottaket. Med 14-åringen som er bevisstløs etter «shots-vorspiel» krydret med dop. Og med moren som heller ikke er edru. De skal lede stansteam med myndighet og ta mange raske avgjørelser der det er umulig å ha 100 % rett hele vakten. I distrikt skal de veilede pasienter med psykiske lidelser, utslitte arbeidstakere og bekymrede foreldre. De skal ut og syne ved dødsfall og snakke med pårørende. Legeyrket er krevende som menneske og krever så mye mer enn evnen til å huske detaljer til eksamen.

Rekrutterer vi nok av de selvhøytidelige som tør å drite seg ut på morgenmøtene? Får vi nok leger som klarer å finne kreative løsninger på vriene samarbeidskonflikter på sykehusene? Får vi nok av de med brokete egne liv å dra erfaringer fra inn i yrket?

Da jeg kom inn på medisinstudiet på Universitetet i 1996, hadde vi tre like store opptaksgrupper: 1 A – de med opprinnelig vitnemål. 1B – de med opprinnelig vitnemål og tilleggspoeng og 1 C – de med forbedret vitnemål og tilleggspoeng. Gruppe 1B ble dessverre fjernet sent i 1990-årene. Jeg og $\frac{2}{3}$ av kullet (gruppe 1 B og 1C) var blitt litt eldre og hadde med poeng fra yrkesaktivitet eller andre studier. Mange hadde fylt på med helt andre fag, alt fra musikk grunnfag til journalistutdanning. Noen hadde barn, noen hadde gjennomlevd samlivsbrudd og andre kriser. Noen røykte, noen hadde allerede sluttet å røyke. Og noen hadde selv vært på shots-vorspiel krydret med dop. Vi var en broket forsamling. Vi tok med oss alt dette inn på et studium der *livet* dessverre er en forsvinnende liten del av pensum.

Vi må ha en opptaksordning som gjør at legene gjenspeiler en større variasjon av befolkningen vi skal tjene. Det hadde pasientene og avdelingene vært godt tjent med. Da må vi lage grupper med plass til den filosofiske undrende legen, den kreative fargeklatten og den dynamiske uokråka.

Elisabeth Holmboe Eggen
elisabeteggen@gmail.com

Elisabeth Holmboe Eggen (f. 1974) er lege i spesialisering ved Anestesiavdelingen, Akershus universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Guldberg C. Ingen medalje uten bakside. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 264.
- Hem E. Legepersonlighet – finnes det? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2223.

Re: Afasi – når systemet svikter minst like mye som språket

I kommentarartikkelen *Afasi – når systemet svikter minst like mye som språket* (1) belyser forfatteren hvordan systemet hindrer afatikere å få den hjelpen de trenger og som nasjonale retningslinjer anbefaler at de skal ha. Dette må tas tak i av ansvarlige myndigheter.

Trine Bathen
trine.bathen@sunnaas.no

Trine Bathen (f. 1962) er spesialergoterapeut ved Sunnaas sykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Becker F. Afasi – når systemet svikter minst like mye som språket. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 390–1.