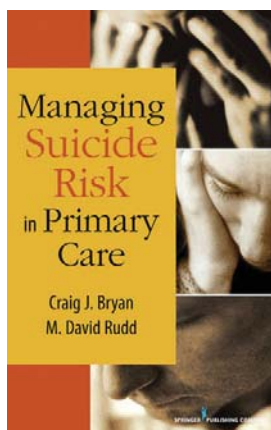


# Bokanmeldelse

Ved Kim Larsen

**Craig J. Bryan & M. David Rudd:**  
**Managing suicide risk in primary care.**

New York: Springer, 2011. 282 sider.  
ISBN: 978-0-8261-1072-5.



Betydningen av selvmordsrisikovurdering i primærhelsetjenesten er innlysende. For det første er allmennlegen en "gatekeeper" for henvisning videre til resten av helsevesenet. For det andre er også allmennlegen den siste i helsevesenet de fleste personer som dør ved selvmord, har kontakt med før de utfører selvmordet. Forfatterne refererer innledningsvis statistikk som viser at nesten halvparten av de personer som utfører selvmord har hatt kontakt med sin fastlege ("primary care physician") i måneden før selvmordet, og at hele 20 % har hatt kontakt samme dag. For eldre pasienter er tallene enda høyere; i en undersøkelse hadde 73 % av de eldre kontakt med fastlegen i måneden før selvmordet og 45 % i uken før selvmordet. Til sammenligning hadde kun 15 % av personer som var døde ved selvmord, kontakt med psykisk helsevern ("a mental health professional") i måneden før selvmordet. Det må imidlertid presiseres her at denne statistikken ikke sier noe om hvorvidt selvmord var et eksplisitt tema under konsultasjonen; dette ble i en undersøkelse funnet å være tilfellet i ca. 20 % av konsultasjonene. I langt de fleste tilfellene kom pasienten for noe annet, for eksempel diffuse smerter knyttet til depresjon, nevnte selv ikke suicid, og ble heller ikke spurt om det av legen. Dette pasienttilfanget setter fastlegen og primærhelsetjenesten i en unik posisjon i forhold til selvmordsforebyggende arbeid. Det synes evident at det å lære opp fastleger i suicidrisikovurdering og depresjonsbehandling vil kunne gi betydelige resultater. Det var nettopp dette som ble gjort i det såkalte Gotlands-

prosjektet (Rutz et. al., 1992). Et annet forhold som taler for betydningen av primærhelsetjenesten er at innleggelse i psykiatrisk institusjon i mange tilfeller heller ikke kan forhindre selvmord. Innleggelse kan i noen tilfeller også være et "unødvendig" tiltak iverksatt mest av hensyn til det ubehaget henviseren føler i møtet med suicidalitet og av hensynet til å dekke seg selv i et i økende grad juridisk fokusert helsevesen ("jeg gjorde i hvert fall det jeg kunne, det er i hvert fall ikke min skyld", etc). For pasienter med dype depressive episoder er innleggelse selvsagt førstevalget og vil kunne være livreddende. Men for de fleste suicidale pasienter med et lavere risikobilde som en oftest ser i allmennpraksis, er det ikke det. Her kan derimot innleggelse også tenkes å ha iatrogene effekter som regresjon og ansvarsfraskrivelse hos pasienten, ha uheldige effekter for selvbylde og identitet, virke ødeleggende for den terapeutiske alliansen med den henvisende fastlege, og heller ikke løse de underliggende problemene – kun innebære en temporær pause. Pausen kan være viktig i noen tilfeller, men statistikken viser også at tiden etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus utgjør en betydelig risikofase. Forfatterne konkluderer med at: "In most cases, the suicidal patient will be best served on an outpatient basis from a mental health specialist" (s. 204). De forhold vi nå har nevnt indikerer betydningen av at fastlegen setter selvmordsrisikovurdering høyt på dagsorden. Men – er ikke rammebetingelsene nærmest håpløse? Tatt i betraktning hvor lang tid det tar å utføre en god selvmordsrisikovurdering, dokumentere denne og sette i verk egnede tiltak, er ikke de 10–15 tilmålte minuttene en fastlege har til disposisjon et umulig utgangspunkt? Forfatternes hensikt med boken er å forklare hvorfor svaret på dette spørsmålet er nei, samt å gi kunnskaper om hvordan fastleger og andre helsefagarbeidere i førstelinjen kan optimalisere sitt selvmordsforebyggende arbeid. Boken evner å oppfylle denne målsetting. Forfatterens anbefalinger illustreres av et enkelt kasus som vi følger gjennom hele boken. Vi får en detaljert gjennomgang av samtaleteknikker og kommunikative strategier som er hensiktsmessige. Det understrekes for eksempel at det ikke lønner seg å forsøke å overtale og "prakke på" pasienten tiltak (noe som gjerne skjer på grunn av de emosjonelle reaksjoner suicidaliteten skaper hos behandleren), samt at en vedvarende bør understreke pasientens eget ansvar i behandlingen. Boken inneholder en fruktbar balanse mellom forskning og praksis; tiltakene beskrives utførlig og

forankres i forskningsresultater. Boken skjemmes imidlertid noen ganger av verbiose og pseudoakademiske beskrivelser som kaller på smilebåndet, og hadde nok derfor profitert på en mer hardhendt redaktør. Noen av tiltakene avledet fra kognitiv terapi kan virke veldig selvsagte og banale; varianter av "tenk positivt" og "det går bedre og bedre dag for dag". Ett eksempel som forener begge disse elementer er når bokens gjennomgangskasus "Mary" blir gjenstand for tiltaket om å gå tur med hunden Barney mot selvmordstanker. Dette tiltaket blir oppsummert slik: "... this activity could impact four separate systems of the suicidal mode: behavioral (by increasing meaningful activities), cognitive (by countering beliefs of worthlessness and failure), emotional (by eliciting feelings of joy and satisfaction), and physical (by increasing energy)" (s. 149). En føler seg nesten fristet til å tillegge at et toalettbesøk etter hundeturen ville aktivisert to systemer til; det gastrointestinale og det olfaktoriske! Noen av de andre tiltakene virker også på samme måte som selvsagte og hevdvunne forslag fra folkevisdommen ikledd en forvanskende språkdrakt fra kognitiv terapi som kan virke noe latterlig, og som minner ubehagelig mye om H. C. Andersens eventyr Keiserens nye klær. Som min aldrende mor bruker å si til meg: "Syv år på universitetet, og dette er det du lærte!" Til tross for dette skjemmende elementet er boken som helhet verdifull, og inneholder mange nyttige praktiske tips. Forfatterne understreker at rammebetingelsene i førstelinjepraksis kan medføre at mange behandlere er unnvikende og: "...adopt the "hands-off" perspective that suicide risk is outside the scope of primary care and therefore should not be routinely screened for or assessed. This perspective leads to the faulty and troubling assumption that nothing reasonable can be done to intervene with suicidal patients in primary care." (s. 18). Som vi har sett av statistikken referert her, vil dette være en bokstavig talt livsfarlig holdning. Det vil også være å avskrive selvmordsforebyggende tiltak i den delen av hjelpeapparatet som har kontakt med flest suicidale pasienter.

**Kim Larsen** er psykologspesialist ved Sykehuset Østfold og RVTS/ØST. Han er spesialist i klinisk samfunnspsykologi og arbeids- og organisasjonspsykologi. Larsen er medlem av redaksjonskomiteen til *Suicidologi*.

## Referanse:

Rutz, W. et. al. (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 83–88.