
Kan vi forutsi selvmord?

KRONIKK

ØIVIND EKEBERG

Øivind Ekeberg (f. 1945) er spesialrådgiver og professor emeritus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han var medlem av arbeidsgruppen som bisto Sosial- og helsedirektoratet med å utvikle nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging.

ERLEND HEM

E-post: erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er dr.med., fagsjef ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, og redaktør for Tidsskriftets språkspalte.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Flere hevder at det ikke er mulig å forutsi selvmord og at selvmordsrisikovurderinger kan være skadelige. Vi er uenige i disse påstandene.

I 2008 kom *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (1). Det var en milepæl i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. Retningslinjene er imidlertid blitt kritisert bl.a. fordi noen mener at selvmordsrisikovurderinger ikke er nyttige og at de kan være til skade (2, 3). Det påstås også at det ikke er mulig å forutsi et selvmord, selv ikke blant mennesker med høy risiko (3), og at dette er vist i flere studier (4–7). Slike påstander kan skape usikkerhet om hva klinikere bør gjøre.

Helsedirektoratet hevdet nylig at «selvmord ikke kan predikeres på individnivå» (8). Et slikt synspunkt er for kategorisk og unyansert. Hovedproblemet er at det ikke skilles mellom vurdering av selvmordsfare på kort og lang sikt (9). Det er naturligvis riktig at man ikke kan forutse hvem som kommer til å ta livet sitt langt frem i tid. Men det er mulig dersom tidshorisonten er opptil noen dager, selv om også det kan være vanskelig. I en

fersk metaanalyse av 37 studier var gjennomsnittlig oppfølgingsperiode mer enn fem år (4). Det sier seg selv at man ikke kan forvente særlig presisjon over så lang tid, bl.a. fordi man ikke vet hvordan pasientens tilstand forandrer seg spontant, hvordan behandling har virket, og hvilke livshendelser som kan finne sted etter at man gjorde vurderingen av selvmordsfare (9).

Å vurdere selvmordsfare

Et tenkt eksempel: En mann kommer hjem og finner et avskjedsbrev fra kona. Hun er de siste ukene blitt behandlet for depresjon ved det distriktspsykiatriske senteret, og har tidligere snakket om å drukne seg i et tjern ved hytta. Mannen ringer straks til AMK-sentralen, som sender ambulanse til hytta. Både mannen og fagpersonene ved AMK-sentralen frykter et selvmord. Alternativ 1: Ambulansepersonellet kommer for sent og finner kvinnen død i vannet. Alternativ 2: Ambulansepersonellet ser at kvinnen svømmer utover i tjernet, men får reddet henne.

Selvmordsfaren var utvilsomt stor, og det blir for enkelt å si at det ikke var mulig å forutsi selvmordet, da det bare var tilfeldigheter og raskt iverksatte tiltak som hindret dette. På samme vis kan kirurgene også si at en skade er dødelig selv om de klarer å redde pasienten.

Daglig legges det inn pasienter i norske sykehus etter selvmordsforsøk. Noe av det første vi gjør etter den livreddende behandlingen, er å vurdere om det fortsatt foreligger selvmordsfare. Ofte finner vi at det gjør det, og vi iverksetter beskyttende tiltak. En del av pasientene har så høy selvmordsrisiko at de blir innlagt i psykiatrisk avdeling. Hvorfor skulle vi gjøre det hvis det ikke er mulig å forutsi selvmord? Det er imidlertid vanskelig å dokumentere at tiltaket har avverget selvmord, bl.a. fordi det er uetisk ikke å iverksette sikkerhetstiltak når man vurderer at det foreligger akutt selvmordsfare.

I psykisk helsevernloven er et av kriteriene for tvangsinnleggelse at det foreligger «en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». Her legger lovgiver til grunn at man både kan vurdere at det foreligger akutt selvmordsfare og at denne vurderingen gir grunnlag for en så alvorlig inngripen i den personlige friheten at det kan benyttes tvang.

Risikovurdering

Helsedirektoratet refererer i et informasjonsbrev i juni 2017 til påstander om at man ikke må legge «for mye vekt på selve risikovurderingen på bekostning av de andre temaområdene i retningslinjen» (8). Vi er uenige i dette og mener at man bør legge stor vekt på risikovurderingen, men at man begrenser denne til et kortsiktig perspektiv. Vi kan heller ikke se at det er en motsetning mellom å foreta en vurdering av selvmordsrisiko og å fokusere på andre temaer. Tvert imot er det sannsynlig at når pasienten forteller om sin smerte, følelse av

håpløshet og sine selvmordsimpulser – sentrale faktorer i vurderingen av selvmordsfare – vil det være lettere å finne temaer som kan hjelpe pasienten til å avverge selvmordet og å gjenvinne håp og livsløst.

Det er ikke noe mål i seg selv å predikere hvem som kommer til å ta livet sitt på lang sikt, like lite som hjerteleger forsøker å predikere hvem som vil dø av hjertesykdom noen år etter et hjerteinfarkt. Hovedhensikten med å vurdere selvmordsfaren er å få et grunnlag for å bestemme hvordan pasientens liv kan reddes og best mulig oppfølging iverksettes.

De nasjonale retningslinjene har bidratt til økt oppmerksomhet omkring det selvmordsforebyggende arbeidet. Samtidig er det blitt vanligere å melde selvmord og selvmordsforsøk til tilsynsmyndighetene. Vi har sett eksempler på at kritikken fra tilsynsmyndigheten i beste fall har hatt en tvilsom begrunnelse. Det er både lett å være etterpåklok og å ha forestillinger om at man kan forhindre alle selvmord blant pasienter som er i psykiatrisk behandling. Frykt for kritikk har trolig ført til flere gjentatte og skjematiske vurderinger av selvmordsfare. Kanskje kan hensikten mer være å beskytte behandleren mot kritikk enn pasienten mot selvdestruktiv atferd. Det gir en ganske annen opplevelse for pasienten å bli vurdert enn å få snakke med behandleren om sine problemer.

Det er mange statistiske risikofaktorer for selvmord, men disse er av begrenset verdi i den akutte selvmordskrisen (10). Da er det viktigere å undersøke om pasienten har selvmordstanker og selvmordsplaner, hvor konkrete eventuelle planer er, om de er til stede hele tiden eller av og til, om pasienten hører befallende stemmer, om pasienten er agitert, har tilgang på metoder som våpen eller medikamenter, og mangler fremtidsplaner (11).

Et aktuelt spørsmål er nytten av spørreskjemaer ved vurdering av selvmordsfare. Brukt alene gir ikke slike skjemaer tilfredsstillende presisjon pga. for lav sensitivitet og spesifisitet. The National Institute for Health and Care Excellence i Storbritannia har anbefalt at man ikke bruker spørreskjemaer til å predikere selvmord eller repetert selvskade, heller ikke til å bestemme hvem som skal tilbys behandling eller hvem som bør utskrives, men de kan være en hjelp i å strukturere en risikovurdering (12). Slike instrumenter kan nettopp være et nyttig supplement til den kliniske vurderingen, ikke minst hvis man diskuterer funnene med pasientene. En fullstendig selvmordsrisikovurdering må omfatte mange elementer der bruken av spørreskjemaer kan være ett av dem. På samme måte er det når hjertelegene vurderer risikoen for hjerteinfarkt. De nøyer seg selvsagt ikke bare med å måle én risikofaktor. EKG, blodtrykk, kolesterolnivå, mange andre variabler og ikke minst pasientens subjektive og objektive symptomer inngår i vurderingen.

Det er blitt gjort et poeng av at dersom man skiller mellom mennesker med høy og lav selvmordsfare, vil flertallet av selvmordene skje blant dem med lav risiko (3, 6). Det er ingenting overraskende ved dette. Det såkalte forebyggingsparadokset sier at når det er få personer i en høyrisikogruppe, vil de fleste som får et uheldig utfall, ikke komme fra denne gruppen. For eksempel vil de fleste alkoholrelaterte skader ramme mennesker med middels

til lavt alkoholforbruk, og ikke dem med høyest, selv om risikoen på individnivå er størst blant storforbrukerne. På samme måte vil de fleste som tar livet sitt ikke komme fra gruppen med høyest selvmordsrisiko.

Det er spesielt vanskelig å predikere sjeldne hendelser, slik som selvmord, men det betyr ikke at vi skal la være å forsøke. Et eksempel fra et annet samfunnsområde kan illustrere poenget. Det er langt færre som vil utføre terrorhandlinger enn ta livet sitt, og dermed mye vanskeligere å predikere (9). Likevel foretar sikkerhetstjenesten i de fleste land slike vurderinger, og alt tyder på at de har klart å forhindre en rekke terrorhandlinger.

Selvmordsforebygging nytter

Det har i mange år vært for lite oppmerksomhet omkring forebygging av selvmord og for lite systematikk i vurderingen av selvmordsfare. Det har også vært for lite systematisert oppfølging av mennesker som har forsøkt å ta sitt liv. Derfor var det et viktig skritt da Sosial- og helsedirektoratet i 2008 utga nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (1). Det er på tide å revidere disse.

Vi vil imidlertid advare mot å tro at vi ikke har muligheter for å vurdere om det foreligger akutt selvmordsfare. Etter vår mening kan det være et farlig signal å sende og bidra til å bygge opp under feilaktige oppfatninger om at vi ikke kan forutsi et selvmord på kort sikt. Selv om vi forhåpentlig klarer å iverksette tiltak som hindrer selvmordet, betyr ikke det at vurderingen var feil. Derfor er vurdering av om det foreligger akutt selvmordsfare ett av mange selvmordsforebyggende tiltak.

En av forfatterne er redaktør i Tidsskriftet. Manuskriptet er derfor behandlet eksternt av setteredaktør Pål Gulbrandsen.

LITTERATUR

1. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern> (2.7.2017).
2. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394. [PubMed][CrossRef]
3. Aarre TF, Hammer J, Stangeland T. Ingen kan føresjå sjølv mord. Aftenposten 23.5.2017. https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/Ingen-kan-foresja-sjolv-mord--Aarre_-Hammer-og-Stangeland-621645b.html (2.7.2017).
4. Large M, Kaneson M, Myles N et al. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity

in results and lack of improvement over time. PLoS One 2016; 11: e0156322.

[PubMed][CrossRef]

5. Chan MK, Bhatti H, Meader N et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. Br J Psychiatry 2016; 209: 277 - 83. [PubMed][CrossRef]

6. Nielssen O, Wallace D, Large M. Pokorny's complaint: the insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment. BJPsych Bull 2017; 41: 18 - 20. [PubMed][CrossRef]

7. Carter G, Milner A, McGill K et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. Br J Psychiatry 2017; 210: 387 - 95. [PubMed][CrossRef]

8. Selvmordsforebygging og selvmordsrisikovurderinger. Brev fra Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene, datert 22.6.2017, referanse 17/15164-1.

9. Ekeberg Ø, Hem E. Vurdering av selvmordsfare nytter. Aftenposten 30.5.2017. https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Kort-sagt_-tirsdag-30-mai-622108b.html (2.7.2017).

10. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull 2017; 143: 187 - 232. [PubMed][CrossRef]

11. Ekeberg Ø. Vurdering av selvmordsrisiko. I: Ekeberg Ø, Hem E, red. Praktisk selvmordsforebygging. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016: 117-34.

12. Self-harm in over 8s: long-term management. Clinical guideline CG133. National Institute for Health and Care Excellence, 2011: 20-1. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133> (2.7.2017).

Publisert: 13. november 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0573

Mottatt 2.7.2017, første revisjon innsendt 8.9.2017, godkjent 26.9.2017. Setteredaktør: Pål Gulbrandsen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.