



## Ø. Ekeberg & E. Hem svarer

---

### KOMMENTAR

#### ØIVIND EKEBERG

uxoiek@ous-hf.no

Øivind Ekeberg er spesialrådgiver og professor emeritus.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### ERLEND HEM

Erlend Hem er fagsjef ved Oslo universitetssykehus.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

I kronikken i Tidsskriftet argumenterer vi for at det er mulig å forutsi selvmord på kort sikt. Ved å gi de beste forutsetninger for å snakke om fortvilelse og selvmordstanker, kan og bør man også gjøre en vurdering av selvmordsfare.

Stangeland og medarbeidere bruker som eksempel en pasient som uttaler at «kona mi har gått fra meg, så det er ingen vits i å leve lenger». Vi mener det ville være feil å avslutte samtalen uten å ha vurdert om pasienten er i akutt selvmordsfare. Man bør ikke starte med dette, men gi rom for å høre om pasientens tanker og smerte. I løpet av samtalen bør man spørre hva pasienten mente med at det ikke er noen vits i å leve lenger. Man kan eventuelt gå videre og spørre om pasienten tenker på døden. I så fall, ville pasienten ønske å dø? Og hvis ja, har vedkommende tanker om å ta livet sitt? Hvis pasienten bekrefter dette, bør man kartlegge mulige planer, tilgjengelige midler, og også beskyttende faktorer. Hvis man tidlig i denne prosessen blir trygg på at pasienten ikke er alvorlig selvmordstruet, kan man stoppe med det. Men hvis det kommer frem at pasienten for eksempel har en depressiv psykose med overhengende selvmordsfare, må man iverksette beskyttende tiltak, kanskje med tvang.

Vi kan ikke se at en slik tilnærming skulle forsterke en opplevelse av kontrolltap. Spørsmålet om helsepersonell skal ta over ansvaret for pasientens liv, avhenger av situasjonen. I noen tilfeller må vi intervensere overfor pasienter som befinner seg i en livstruende tilstand, enten det er alvorlig selvmordsfare eller hjertestans.

Noen ganger er risikoen så høy at det bare er tilfeldigheter eller intervensjon som hindrer at pasienten dør. Forfatterne har misforstått vårt eksempel når de skriver at vi mangler et alternativ 3, hvor kvinnen venter på hjelp. Kvinnen var i ferd med å ta livet sitt. Helsepersonellet som vurderte at tilstanden var dødelig, hadde rett, men utfallet ble annerledes som følge av intervensjonen.

Det er riktig at selvmordsrisikovurderinger identifiserer mange falskt positive. Ved dødelige tilstander må vi tolerere dette. Hvis man møter pasienten med ivaretagelse, forståelse og forklaring, mener vi at en potensiell skade er begrenset, og at dette er bedre enn å la pasienter ta livet sitt med begrunnelsen at vi ikke kan foreta noen kvalifisert vurdering av selvmordsfare.

Stangeland og medarbeidere skriver at det er ukjent om kontrolltiltak reduserer forekomsten av selvmord. Vi har flere ganger lagt inn og fulgt opp pasienter som har vært vurdert som akutt suicidale, og som senere har sagt at tiltakene reddet livet deres. Vi har også lagt inn pasienter med samme problemstilling, men som raskt ble skrevet ut, og som tok livet sitt etter kort tid. Både i psykisk helsevern og i somatisk medisin kan vi identifisere dødelige tilstander og forutsi pasienters død. Noen ganger tar vi feil, kanskje fordi vi har overvurdert faren eller som følge av intervensjon eller spontan bedring. Men derfra til å konkludere med at vi ikke kan si noe om det, er å gå til motsatt ytterlighet.

---

Publisert: 22. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0006

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 1. juni 2023.