
Suicidal atferd blant unge - er det mulig å forebygge?

REDAKSJONELT

MEHLUM L

I løpet av de siste 5-10 år har det gradvis gått opp for både politikere, publikum og fagfolk at så vel selvmord som selvselvdestruktiv atferd uten dødelig utgang er blitt et av de alvorligste folkehelseproblemene i Norge. Særlig dystert har utviklingen vært hos de unge der selvmordsraten ble tre- til firedoblet fra slutten av 1960-tallet frem til slutten av 1980-tallet (1). Mens selvmord var årsaken i 5-7% av dødsfallene blant ungdom tidlig på 1970-tallet, skyldes i våredager 25-30% av disse dødsfallene selvmord. Nyere undersøkelser, blant annet Ingeborg Rossow & Lars Wichstrøms arbeid i dette nummer av Tidsskriftet, har vist at også omfanget av selvmordsforsøk er stort blant unge, men at bare et fåtall av ungdommer i slik suicidal krise kommer i kontakt med hjelpeapparatet (2).

UTVIKLINGSTENDENS

Forsøk har vært gjort på å forklare disse utviklingstendensene ut fra endringer i samfunnsstruktur og i barns og unges oppvekstkår i dagens Norge (1, 3, 4). Det spørres blant annet om større grupper av unge i dag enn i tidligere generasjoner mangler bærekraft fra en trygg barndom til å kunne tre inn i en voksen verden preget av økt tempo, mindre oversikt og klarhet og stadig skiftende verdier og trender. For enkelte kan fremtiden og voksenlivet fortone seg som lite tiltrekkende. En slik opplevd mangel på attraktive fremtidsperspektiver kan være et mulig fellestrekk hos de unge og de gamle menn som i dagens Norge velger å avslutte livet.

I begge disse grupper er det faktisk 5-6 ganger så mange menn som kvinner som hvert år tar sitt eget liv (1). Ifråværet av sosial støtte og andre beskyttelsesfaktorer kan belastende livshendelser, vansker i skole eller arbeidsliv, konflikter med familie eller partner eller ulike former for tapsopplevelser bli drivkrefter i en suicidal prosess. Viregner med at selv ungdommer som til vanlig er velfungerende, kan komme i slike

situasjonsutløste kriser med fatalt utfall. Men i de fleste tilfeller dreier det seg likevel om mer dyptgående problemer i form av alvorlig depresjon eller personlighetspatologi (1).

Uansett krisens årsak er det alltid behov for rask og effektiv hjelp. Men så viser det seg altså at ungeselvmordsforsøkere i liten grad kommer til helsevesenet eller andre hjelpeinstanser dersom vi sammenlikner medhjelpersøker mønsteret hos suicidale i andre aldersgrupper. Dette kan henge sammen med manglende kunnskaper hos unge om hvor hjelp er å finne, men det kan også bunne i en manglende tro på at hjelp kan nytte eller at voksne hjelpere vil kunne forstå problemene de sliter med.

Den stadige omtale av krisen i helsevesenet, ikke minst i psykiatrien, kan ha gitt mange unge et altfor dystert bilde av hvilke muligheter de har til å få hjelp når de selv måtte trenge det. Her har helsevesenet generelt, og psykiatrien spesielt, et ansvar for at det ikke bare er elendighetsbudskapet som formidles til allmennheten, men at vi også peker på muligheter og håp. I den prosess som de fleste suicidale gjennomgår, står håpsdimensjonen sentralt. Mangemennesker kan holde ut selv store psykiske vansker når de har håp om at det kan bli bedre et-ter hvert og at andremennesker kan og vil hjelpe.

NYE INITIATIVER I FOREBYGGENDE ARBEID

Vi kommer ikke forbi at det behøves et krafttak for psykisk helsevern i Norge.

Men selvmordsproblemet handler ikke bare om psykiatri og kan ikke løses av psykiatrien, ei heller av helsevesenet, alene. Derfor har vi fra 1994, som ett av de aller første land i verden, fått en bredt anlagt nasjonal handlingsplan mot selvmord (5).

Handlingsplanen bygger videre på eksisterende positive tiltak og erfaringer og søker å samordne, systematisere og utbre disse til å omfatte større deler av landet. Samtidig bygges det opp nye kliniske og forebyggende tiltak og det igangsettes ny forskning.

Det er viktig at de unge selv og deres foresatte i hjemmet, på skolen eller andre arenaer i samfunnet blir bedre istand til å gjenkjenne faresignalene og risikotegn ved suicidalkriser.

Vi har fått gode prosjekter på dette feltet i flere sammenhenger i den senere tid (6-8). Det er viktig at slik informasjonsvirksomhet settes inn i en riktig sammenheng slik at den ikke gir opphav til økt i stedet for redusert selvmordsrisiko.

ÅPENHET

Den nye åpenheten i massemediene overfor temaet selvmord er ikke bare av det gode i så måte. Vi har sett en rekke eksempler på oppslag som kan virke skremmende, krenkende eller desinformerende på grunn av sin tendensiøse vinkling eller språkbruk.

Her må også vi som fagfolk være varsomme slik at våre uttalelser ikke blir misbrukt eller misforstått. Veldig generelt kan vi si at selvmord ikke egner seg som tema på avisenes førstesider, som personfokuserte nyhetsoppslag eller som høydramatisk film- eller programstoff på TV.

Forskning har vist at slike fremstillinger kan innby til imiterende selvmordshandlinger i gruppen av seere eller lesere (9).

OPPFØLGING

Dersom vi lykkes med utdannings- og informasjonstiltakene slik at flere risikoutsatte i suicidal krise blir henvist til hjelp og behandling, er vi da i stand til å gi et tilbud til alle? Kan vi i det minste gi de anslagsvis 1000 pasientene som årlig innlegges i norske somatiske sykehus etter selvpåførte skader, et forsvarlig oppfølgingstilbud(4)? Det er liten grunn til å tvile på at den medisinske behandling som iverksettes i sykehuset er tilfredsstillende, men oppfølgingen etterpå er mange steder mer uvis. Pasientene henvises nok som oftest til psykiatrisk poliklinikk eller til egen lege etter utskrivning, men hvor mange som faktisk fanges opp er usikkert. Etter et selvmordsforsøk er svært mange preget av lite tiltakskraft, lav selvfølelse og sterk selvforakt.

Utgangspunktet for å ta seg frem på egen hånd i et ofte uoversiktlig hjelpeapparat preget av knapphet er ikke det beste. Samtidig er faren for gjentakelse av suicidal atferd høy i denne fasen.

Mot denne bakgrunn er det i de senere år igangsatt prosjekter en rekke steder i landet for systematisk samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste om oppfølging av selvmordsforsøkere og andre i suicidal krise.

Etter fullført sykehusbehandling blir pasientene her fulgt opp av en lokal/kommunal ressursgruppe (som oftest bestående av sykepleiere, helsesøstre eller sosionomer) som i en tidsbegrenset periode gir støtte og hjelp ut fra den enkeltes behov. Medarbeiderne i slike ressursgrupper står ikke selv for all oppfølging, men bistår den enkelte gjennom hjelp til selvhjelp og fungerer ellers som ombud for pasientene i oppgaven med å finne frem i hjelpeapparatet.

Gruppen av selvmordsforsøkere er meget heterogen, men gjennom et oppfølgingstilbud som her beskrevet skapes en kontinuerlig behandlingsskjede som i stor grad er styrt av den enkeltes behov. De kliniske erfaringene så langt er positive, man har blant annet oppnådd redusert tendens til reinnleggelser pga. nye selvmordsforsøk (10). Om denne form for oppfølging også fører til at flere pasienter raskere gjenvinner sin psykiske helse og til at selvmordsforsøkraten i denne gruppen synker, er ennå for tidlig å si. Men de kliniske erfaringene fra flere lokale prosjekter er såvidt lovende at opplegget utvilsomt vil bli anvendt i stadig nye områder av landet.

Samarbeidsmodellen har vist seg relativt lite ressurskrevende og er anvendelig ikke bare overfor gruppen av sykehusinnlagte selvmordsforsøkere, men også overfor dem som primært fanges opp gjennom sitt sosiale nettverk eller gjennom andre deler av helsevesenet.

ØKENDE SATSING

Ut fra det sterke behovet for bedret omsorg og behandling for mennesker i selvmordskrise er det gledelig at vi nå får en økende satsning på nye tiltak. Men samtidig må vi stille klare krav til at tiltakene evalueres ut fra kostnad-nyttebetraktninger. I dette nummer av Tidsskriftet har Unni Solem Bilsbak og medarbeidere bidratt med en nyttig litteraturgjennomgang av en del studier av effekten av selvmordsforebyggende tiltak (11). De tar for seg så vidt forskjellige

arenaer for forebygging som grunnskolen og høyt spesialiserte behandlingsprogrammer innenfor psykiatrien. Dette reflekterer den store spennvidden i selvmordsproblematikken, og som forfatterne peker på, er det ikke tilstrekkelig at helsepersonell bidrar med forebyggende tiltak. Også andre faggrupper må gjøre en innsats. Men når viskal evaluere nytteeffekten av forebyggende tiltak, er det viktig å definere målgruppene eksakt, peke ut realistiskeresultatindikatorer og benytte stort nok datagrunnlag og lang nok observasjonstid. I forbindelse med den løpende evaluering av den igangsatte norske handlingsplan mot selvmord, er det blant annet lagt slike premisser til grunn. Også når det gjelder evaluering av arbeidet med oppfølging av selvmordsforsøkere som nevnt foran, er det satt i gang undersøkelser som med målbare resultatindikatorer og kontrollgruppedesign søker å klarlegge de potensielt gunstige virkninger av slike tiltak.

Det er på høy tid at vi skaper et forsvarlig og kontinuerlig behandlings- og oppfølgingsregime med dokumentert effekt for mennesker i selvmordskrise i alle deler av landet. Det er viktig for overlevelsesmulighetene for dem det gjelder. Det er viktig for å kunne bryte negative trender med stadige reinnleggelser hos enkelte pasienter. Men det er også viktig for oss som helsevesen at vi kan peke på for befolkningen, ikke minst for de unge, at det er hjelp å få selv når livet føles som en byrde.

Lars Mehlum

LITTERATUR

1. Hytten K, Mehlum L, Gjertsen F. Rom for unge liv. Selvmord hos barn og ungdom. Utviklingen i Norge de siste 20 år. Forklaringsforsøk. Oslo: Universitetet i Oslo, 1995.
2. Rossow I, Wichstrøm L. Når nøden er størst - er hjelpen nærmest? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1740-3.
3. Bjerke T. Selvmord og selvmordsforsøk blant unge. Trondheim: Tapir, 1991.
4. Retterstøl N. Selvmord. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
5. Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998. Statens helsetilsyns skriftserie 4-95. Oslo: Statens Helsetilsyn, 1995.
6. Hoel A. Kriser og mestring - et undervisningsopplegg om ungdom i utvikling. Oppdal: Fylkeslegen i Sør-Trøndelag, 1995.
7. Forebyggelse av selvmord i Forsvaret. Utredning fra ekspertgruppe for selvmordsforebyggende arbeide i Forsvaret. Oslo: Forsvarets Overkommando, 1993.
8. Johnsen T, Reinholdt NP. Selvmordsforebyggende arbeid i videregående opplæring. Lillehammer: Fylkesopplæringssjefen i Oppland og Gjøvik Fylkessykehus, 1996.
9. Schmidke A, Häfner H. Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fictive Modelle. Der Nervenarzt 1986; 57: 502-10.
10. Selvmordsforebyggende arbeid. Bærumsmodellen. Statens helsetilsyns skriftserie 1-96. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
11. Bilsbak US, Bolstad PJ, Fretland S, Hauso Ø, Leversund J. Har forebyggende tiltak mot selvmord effekt? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1746-50.

Publisert: 10. mai 1997. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.