
Selvmondsforebygging – svakheter i ny retningslinje

DEBATT

ØIVIND EKEBERG

Øivind Ekeberg er professor emeritus, tidligere overlege i psykiatri og har arbeidet med selvmordsatferd klinisk og forskningsmessig i 35 år. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERLEND HEM

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og professor ved Universitetet i Oslo.

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

Helsedirektoratet har publisert en ny nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging. Den kunne vært enda bedre.

I april 2024 utga Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (1). Det er bra at det kommer oppdaterte anbefalinger, de forrige er fra 2008 (2).

Retningslinjen får fint fram en rekke kliniske forhold som må avklares, og det står også mye godt om ledelsens ansvar samt tiltak overfor pårørende, etterlatte, ansatte og medpasienter som blir berørt av selvmordshandlinger. På den positive siden er det i tillegg anbefalinger til virksomhetsledelsen om å ha årsplan for opplæring og vedlikehold av ansattes kompetanse innen selvmordsforebygging (1).

Andre gode anbefalinger er å tilby sikkerhetsplan og å vurdere bruk av kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon for innlagte pasienter med behov for ekstra beskyttelsestiltak mot selvmord. Det er også viktig at

planlegging av utskrivning og overganger mellom ulike behandlingssenheter bør starte tidlig i forløpet og at pasienter med selvmordstanker og -atferd følges opp med en samtale i løpet av de første 72 timene etter utskrivning (1).

Risikovurdering

Retningslinjen på 58 sider er tung lesing, spesielt fordi så mange poenger og referanser stadig gjentas. Oppsummert forskning viser at det ikke er funnet modeller som kan brukes til å predikere risiko for selvmord. Dette poenget gjentas minst seks ganger med samme referanser (3, 4). De fleste studiene har en oppfølgingstid på fra en måned til et par år. Dette er uansett en vanskelig problemstilling. Hvis man vurderer at en person er overhengende suicidal, at vedkommende blir innlagt i psykiatrisk institusjon og at man dermed klarer å forhindre selvmord, er det ikke naturlig å konkludere med at prediksjonen var feil. På lengre sikt blir prediksjon enda vanskeligere, blant annet grunnet livshendelser, behandling og spontan bedring. I andre fag forsøker man ikke å predikere på individnivå, for eksempel vil ikke kardiologene forsøke å predikere hvem som dør av hjertesykdom i en viss tid etter et hjerteinfarkt (5).

«I andre fag forsøker man ikke å predikere på individnivå, for eksempel vil ikke kardiologene forsøke å predikere hvem som dør av hjertesykdom i en viss tid etter et hjerteinfarkt»

Retningslinjen anbefaler at alle pasienter over ti år bør spørres om de har selvmordstanker og -planer. Men det er ingen grunn til å anta at alle pasienter i psykisk helsevern eller rusbehandling er suicidale, spesielt ikke barn i 10–12-årsalderen. Det er vel mer naturlig å gå mer gradvis fram, kanskje spørre om pasienten er deprimert, i så fall om vedkommende tenker på døden, har ønsker om å dø og i så fall har tenkt på å ta livet sitt. Det virker ikke rimelig at alle pasienter skal utredes for den alvorligste tilstanden. Man gjør ikke koronar angiografi på alle pasienter med brystmerter.

Det står at risikofaktorene for selvmord blant barn og unge i stor grad er de samme som for voksne. Dette er høyst tvilsomt. Når historiene og det levde liv er så forskjellig, er det ingen grunn til å tro at motivasjonen for å vurdere å ta livet sitt skulle være den samme. Det er forskjell på en ungdom som er fortvilet som følge av omsorgssvikt og seksuelle overgrep og en pensjonert bedriftsleder som ikke klarer å fylle dagene sine uten jobb og med helseproblemer som medfører avhengighet av andre.

Kronisk suicidalitet

«Kronisk suicidalitet» har også en overskrift. Retningslinjen har definert *suicidalitet* som en samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord. Av disse kan bare selvmordstanker være kroniske, og de behøver ikke å være alvorlige (6). Ingen går med kroniske planer om å ta livet sitt. Det er

ikke uvanlig at en akutt suicidal pasient blir nektet innleggelse i psykiatrisk avdeling med begrunnelsen at vedkommende er kronisk suicidal og at det derfor ikke hjelper med innleggelse (7). Det ville nok vært mer naturlig å begrense termen *suicidal* til situasjoner hvor det foreligger akutt selvmordsfare. Retningslinjen støtter seg på National Institute for Health and Care Excellence (NICE), som anbefaler at verktøy eller skalaer til vurdering av suicidalitet ikke skal benyttes til å gradere pasienter i kategoriene lav, moderat eller høy risiko for selvmord som begrunnelse for behov for behandling (8). I klinisk praksis må det gjøres slike vurderinger, blant annet for å ta stilling til om pasienten kan behandles poliklinisk eller må legges inn, eventuelt under tvang. Det blir neppe vanskeligere om man også benytter en skala for å støtte den kliniske beslutningen (9).

Veien videre

Det savnes en fyldigere oversikt over de viktigste risikofaktorene for selvmord, gjerne delt inn i psykologiske, psykososiale og biologiske. Det står for eksempel ikke noe om smertetilstander, degenerative nevrologiske lidelser, kreft eller andre somatiske tilstander som er forbundet med økt selvmordsfare.

«Det savnes en fyldigere oversikt over de viktigste risikofaktorene for selvmord, gjerne delt inn i psykologiske, psykososiale og biologiske»

45 % av alle i Norge som døde i selvmord i perioden 2010–20, hadde kontakt med tjenestene det siste året før selvmordet. 37 % hadde kontakt de siste 90 dagene. Denne opplysningen gjentas også flere ganger. Det kunne vært interessant med noen refleksjoner om hvorvidt pasientene skrives ut for tidlig, om oppfølgingen er for dårlig eller begge deler.

Retningslinjen er et skritt videre for selvmordsforebyggingen i Norge, ikke minst med henblikk på å ansvarliggjøre ledelsen, vektlegge opplæring og å støtte pårørende, etterlatte, medpasienter og ansatte. Svakheter kan rettes opp i revidert versjon. Det bør ikke gå 16 år til neste gang.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmordsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb> Lest 1.7.2024.
2. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.

3. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD et al. Prediction models for suicide attempts and deaths. A systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 642–51. [PubMed][CrossRef]
4. Large M, Myles N, Myles H et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med* 2018; 48: 1119–27. [PubMed][CrossRef]
5. Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutsi selvmord? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1680–1. [PubMed][CrossRef]
6. Ekeberg Ø, Hem E. Kronisk suicidal? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1682–3. [PubMed][CrossRef]
7. Ekeberg Ø, Urnes Ø, Kvarstein EH et al. Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139: 1442–4. [PubMed][CrossRef]
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225> Lest 1.7.2024.
9. Ekeberg Ø, Hem E. Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139: 1038–40. [CrossRef]

Publisert: 27. august 2024. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0385

Mottatt 4.7.2024, godkjent 15.7.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.