

# Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger?

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har som formål å øke kompetansen blant helsepersonell og bidra til at pasientene mottar et standardisert og forbedret behandlingstilbud for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk. Vi stiller oss imidlertid tvilende til om formålet kan oppnås i praksis.

Forskning har bidratt med viktig kunnskap om hva som kan øke selvmordsrisikoen, men vi vet fremdeles lite om hvordan risikofaktorene er forbundet med selvmordsatferd (1). En avdekking av ulike psykologiske, biologiske og sosiologiske korrelater til selvmordsatferd har derfor trolig ikke ført til en reduksjon av selvmordsraten (2). Selv om undersøkelser viser at det er økt selvmordsrisiko blant pasienter som legges inn i psykiatrisk avdeling (3) og etter utskrivning (4), er det godt kjent at det er vanskelig å forutsi selvmord hos den enkelte pasient (5, 6). Det er beregnet at omkring 3% av pasientene som blir klassifisert som høyrisikopasienter kommer til å ta livet sitt i løpet av det første året etter utskrivning og at ca. 60% av dem som tar sitt liv mest sannsynlig er kategorisert som lavrisikopasienter (7). Selv om man visste hvilke pasienter som ville ta livet sitt, ville det være umulig å vite akkurat når det ville skje. Informasjon om risikofaktorer for selvmord er mer nyttig om man skal identifisere grupper av risikoutsatte (8). Likevel er de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord utformet med et fokus på risikofaktorer og -vurderinger til bruk i klinisk praksis (9).

Det er flere myter knyttet til selvmordsrisikovurderinger (10, 11):

- visse risikofaktorer kan predikere sannsynligheten for selvmord hos enkelt-pasienter
- personer i høyrisikogrupper vil sannsynligvis ta sitt liv
- å fokusere på høyrisikogrupper vil redusere antall selvmord
- å rette oppmerksomhet mot risikofaktorer vil føre til lavere selvmordsrate

Mytene har gitt forventninger om at klinikere rutinemessig skal utføre selvmordsrisikovurderinger, og det har gitt pasienter, pårørende og rettssystemet en tro på at selvmord ofte er et resultat av utilstrekkelige risikovurderinger (10). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern bidrar med tilsvarende forventninger. Der henvises det også til Statens helsetilsyns tilsynsmelding fra 2006: «Helsepersonell har for dårlig kompetanse til utføring av en korrekt selvmordsrisikovurdering, og virksomhetene mangler rutiner på opplæring i selvmordsrisikovurdering...» (9). I dette ligger en forventning om at selvmord kan forebygges bare helsepersonell har god nok kompetanse i selvmordsrisikovurderinger, hvilket kan synes urimelig med tanke på risikovurderingers lave prediktive verdi.

Risikohåndtering er blitt mer utbredt i ulike organisatoriske kontekster siden mid-

ten av 1990-årene og det advares mot konsekvensene av *sekundærrisiko* (12). Det innebærer at fagfolk blir mer opptatt av å beskytte seg selv og organisasjonen mot negative konsekvenser enn å imøtekomme tjenestemottakernes behov. Fokuset på risikovurderinger i psykiatrien har gitt økt engstelse blant klinikere og skapt en kultur der man er opptatt av å stille noen til ansvar når pasienter tar livet sitt. Håndtering av sekundærrisiko kan medføre antiterapeutiske tiltak, som for eksempel at en pasient blir holdt tilbake i avdelingen, ikke av behandlingsmessige hensyn, men fordi konsekvensen av ikke å ha pasienten i avdelingen fører til uutholdelig engstelse for personalet som er involvert i risikovurderingen (10). Dette er også noe vi har kjennskap til fra klinisk ståsted. Det er likevel viktig å tilstrebe en praksis der det er fagligheten, og ikke frykten, som styrer beslutningene.

To av retningslinjenes bidragsytere bemerket at det trolig er viktig at man ikke går for langt i å etablere en risikovurderingskultur (13). Retningslinjenes fokus på kartlegging, vurdering, håndtering og dokumentasjon av selvmordsrisiko kan imidlertid bidra til nettopp dette. Etter vårt syn kan en slik tilnærming gå på bekostning av en mer individuell og helhetlig behandlingstilnærming. Standardiseringen og prosedyrene kan bidra til at blikket for det individuelle svekkes og «i stedet minner psykisk helsevern om sikkerhetskontrollen ved flyplasser» (14). Dette er ikke en ønsket utvikling.

Retningslinjene anses som et hjelpemiddel for å oppnå en god og forsvarlig praksis. De er ikke bindende, men fagfolk oppfordres til å følge dem for å oppfylle kravet om forsvarlighet i lovverket i henhold til helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (9). Etter vårt syn kan retningslinjene være uheldige for praksisfeltet, da de bidrar til å gi fagfolk og andre en overdreven tro på nytten av risikovurderinger. Det kan føre til uhensiktsmessige tiltak i praksis og at oppmerksomheten tas bort fra andre viktige aspekter ved selvmordsforebyggende arbeid.

**Julia Hagen**  
julia.hagen@hist.no  
**Heidi Hjelmeland**  
**Birthe Loa Knizek**

Julia Hagen (f. 1975) er stipendiat ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag, og ph.d.-kandidat i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Heidi Hjelmeland (f. 1960) er professor i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og rådgiver ved Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Midt.

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

Birthe Loa Knizek (f. 1957) er professor ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag, og klinisk psykolog.

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

## Litteratur

1. Hjelmeland H, Knizek BL. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40: 74–80.
2. Rogers JR. Theoretical Grounding: The 'Missing Link' in Suicide Research. *J Couns Dev* 2001; 79: 16–25.
3. Hunt IM, Bickley H, Windfuhr K et al. Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: a case-control study. *J Affect Disord* 2013; 144: 123–8.
4. Cutcliffe JR, Links PS, Harder HG et al. Understanding the risks of recent discharge: the phenomenological lived experiences—«existential angst at the prospect of discharge». *Crisis* 2012; 33: 21–9.
5. Cassells C, Paterson B, Dowding D et al. Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature. *Crisis* 2005; 26: 53–63.
6. Hytten K. Suicid – prediksjon og risikovurdering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 5: 569–73.
7. Large M, Sharma S, Cannon E et al. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45: 619–28.
8. Mehlum L. Vurdering av selvmordsfare. I: Lars M, red. *Tilbake til livet – selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høgskoleforlaget, 1999.
9. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf> [22.3.2013].
10. Mulder R. Problems with suicide risk assessment. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45: 605–7.
11. Undrill G. The risks of risk assessment. *Adv Psychiatr Treat* 2007; 13: 291–7.
12. Power M. The nature of risk: The risk management of everything. *Balance Sheet* 2004; 12: 19–28.
13. Walby FA, Ness E. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern – erfaringer og utfordringer videre. *Suicidologi* 2012; 17: 19–21.
14. Foss T, Wifstad Å. Humanismens vilkår i prosedyrenes tid. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2011; 48: 545–9.

Mottatt 6.11. 2013, første revisjon innsendt 28.1. 2014, godkjent 4.2. 2014. Redaktør: Kari Tveit.

Publisert først på nett.