

Selvmondsforebygging

Myter og fakta om selvmondsforebygging



Fredrik A. Walby

forsker og psykologspesialist, Nasjonalt senter for selvmondsforskning og –forebygging

Martin A. Myhre

stipendiat og spesialvernepleier, Nasjonalt senter for selvmondsforskning og –forebygging

Anita Tørmoen

PhD / spesialist i pedagogisk psykologisk rådgiving, Nasjonalt senter for selvmondsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo

Anine T. Kildahl

master i sosialpsykologi, Nasjonalt senter for selvmondsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo

Lars Mehlum

professor dr. med, psykiater, Nasjonalt senter for selvmondsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo

Hilde Thomsen

Illustratør

Kritikere har tegnet et bilde av at selvmondsforebyggingen i Norge er i krise. Det er langt fra sannheten.

Behovet for intensivert forebygging i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus berører alle som jobber i disse tjenestene. Det er derfor bra at temaet i økende grad belyses på sentrale arenaer, slik vi har sett i Psykologtidsskriftet den siste tiden (Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2020; Herheim, 2020; Stangeland, 2020; Østlie, 2020). Det beste eksempelet er kanskje saken i februarutgaven med tittelen «Splittet i synet på selvmondsforebygging», der temaet er i hvor stor grad ulike fagmiljøer vektlegger psykiske lidelser i selvmondsforebygging. Vi ønsker her å belyse noen av de største kontroversene på feltet, drøfte hindre for en videre utvikling samt belyse noen av utfordringene fremover.

Økt oppmerksomhet

Det beste tiltaket mot frykt er kompetanse

Hvert år dør over 600 mennesker av selvmord i Norge. Mer enn 6000 gjør selvmordsforsøk, og svært mange har selvmordstanker. Gradvis har vi fått økt oppmerksomhet om det store og komplekse samfunnsproblemet selvmord er i Norge. Ikke minst gjelder dette selvmord blant pasienter i psykisk helsevern. Den økte oppmerksomheten har flere årsaker. Men det er liten tvil om at Helsedirektoratets retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, som ble publisert i 2008, medførte en nødvendig økt oppmerksomhet på selvmord i psykisk helsevern.

I en registerstudie (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018a) har vi vist at nesten halvparten av alle som dør i selvmord i Norge, er i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helsevern eller rus i

løpet av det siste året før sin død. Funnet bidro til en omfattende nasjonal interesse for og ønske om økte forebyggende innsatser. Et enstemmig Storting vedtok i april 2018 å be Regjeringen utarbeide en ny handlingsplan for selvmordsforebygging, særlig rettet mot pasienter under og etter behandling i spesialisthelsetjenestene innenfor psykisk helse og rus.



Biomedisinsk versus biopsykososialt

Flere har hevdet at norsk selvmordsforebygging hemmes av en biomedisinsk dominans på feltet, blant andre Heidi Hjelmeland i overnevnte sak i Psykologtidsskriftet. Hun hevder at andre står for en lineær årsak-virkning-tenkning. Men hvem står egentlig for et biomedisinsk syn på selvmord og selvmordsforebygging? Til sammen har forfatterne av dette innlegget over 70 års erfaring på feltet, og biomedisineren har vi ennå ikke møtt på, verken i Norge eller internasjonalt. Derimot synes et biopsykososialt utgangspunkt å være grunnleggende i suicidologien, slik det også er i de fleste deler av helsetjenestene og profesjonsutdanningene både i Norge og andre land. Sosiale og psykologiske faktorer spiller en åpenbar rolle. Så godt som alle kunnskapsbaserte intervensjoner mot suicidal atferd er psykologiske, sosiale eller systemorienterte. Biologiske behandlingsformer har sin plass, men da hovedsakelig ved psykotiske tilstander og de mest alvorlige stemningslidelsene. Stadige referanser til biomedisinske perspektiver på selvmord baserer seg derfor ikke på en holdbar beskrivelse av hva som er den faktiske faglige orientering hos de aller fleste norske eksperter på selvmord og selvmordsforebygging.

Psykiske lidelser versus levd liv

Sammenhengen mellom selvmord og psykisk smerte eller lidelse har vært kjent siden antikken. Selvmordsatferd er ofte sluttresultatet av en kjede av faktorer utløst av negative livshendelser med tap av verdier, mening og opplevelse av psykisk smerte. Noen ganger er det den psykiske lidelsen som i seg selv er den viktigste livsbelastningen, mens andre ganger utvikler psykisk lidelse seg som konsekvens av andre faktorer. Uansett er det godt dokumentert fra tallrike studier, metaanalyser og systematiske oversikter at det store flertallet av dem som dør i selvmord, hadde klare symptomer på en eller flere psykiske lidelser den siste tiden før dødsfallet (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Joiner, Buchman-Schmitt, & Chu, 2017), og den populasjonsattribuerbare risikoen er høy (Too et al., 2019).

Likevel kommer det stadig vekk påstander, på sviktende empirisk grunnlag, om at psykiske lidelser ikke spiller noen viktig rolle ved selvmord, og at helt andre risikofaktorer burde tillegges større vekt. Et eksempel er fagsjefen i Norsk psykologforening (Herheim, 2020), som bruker en kvalitativ studie basert på selvmord hos 10 menn til å slå fast at friske unge menn er en særdeles viktig risikogruppe, selv om denne studien *ikke* har undersøkt betydningen av psykiske lidelser. Hjelmeland har til og med hevdet at det å ha et sterkt fokus på psykiske lidelser er en medvirkende årsak til at selvmordsraten ikke har gått ned. At det å ha og benytte kunnskap om sentrale risikofaktorer skulle være en hemsko for forebyggingen, fremstår for oss som helt uforståelig.

Mange ser ut til å misforstå forskningslitteraturen ved å tro at alle som har en psykisk lidelse og dør i selvmord, også har vært i behandling. Det stemmer ikke. En metaanalyse viser at om lag 25 % av alle som dør i selvmord, var i kontakt med psykisk helsevern siste året før dødsfallet (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018b). I Norge er dette tallet 45 % (Walby et al., 2018a). En relatert misforståelse er at dette skulle bety at alle disse selvmordene kunne vært forebygget, og at de alle således skyldes mangler eller svikt i behandlingen. Det medfører naturligvis ikke riktighet.

En kanskje mindre kjent feiloppfatning er at det eksisterer et slags universelt «dose-respons»-forhold mellom alvorsgraden og varigheten av tilstanden og selvmordsfaren. Det medfører heller ikke riktighet. For mange tilstander er det en særlig økt risiko for selvmord tidlig i episodene, og ofte i perioder med betydelig funksjonsfall i for eksempel arbeids- eller familieliv. Psykisk lidelse som risikofaktor for selvmord er dynamisk og må forstås og behandles i en kontekst av mange øvrige forhold i personens liv. Systematisk bruk av kunnskapsbaserte intervensjoner for å behandle psykiske lidelser i sin kontekst er en av de aller viktigste selvmordsforebyggende strategiene vi kjenner.



Prediksjon versus klinisk vurdering

Suicidalitet er et begrep som omfatter alt fra selvpåført død via selvmordsforsøk til selvskading. Effektiv hjelp til mennesker med suicidal atferd krever at man gjør en vurdering av hva som er hva hos den enkelte pasient. Dette innebærer også å skaffe seg en forståelse av den enkeltes historie, aktuelle kontekst og psykiske tilstand her og nå. Vurdering av selvmordsfare må derfor alltid være en del av en samlet klinisk vurdering, aldri en isolert øvelse. Selvmord kan svært sjelden predikeres. Den viktigste grunnen til det er at selvmord tross alt, og heldigvis, er et lavfrekvent utfall – selv i høyrisikogrupper. At prediksjon av enkeltselvmord er umulig, har vært kjent i mange år (Belscher et al., 2019; Rosen, 1954) og fremheves også eksplisitt i gjeldende retningslinjer. Samtidig ville det være feil å derav slutte at vi ikke trenger å fokusere på selvmordsrisiko i behandling av personer med psykiske lidelser. Den viktigste grunnen er at en risikovurdering gir viktig informasjon som kan utnyttes i behandling, ved at man aktivt og direkte behandler selvmordsrisikoen. En sentral faktor i suicidalitet er håpløshet. I dag kjenner vi en rekke terapeutiske strategier som er nyttige og effektive for å redusere håpløshet. Men for å kunne behandle håpløshet trenger vi å identifisere den. Fokus på viktige aspekter ved suicidalitet gir mulighet for å bruke målrettede terapeutiske intervensjoner for sucidale pasienter. Det fremstår som et paradoks at samfunnet som helhet ønsker økt åpenhet om selvmordsproblematikk, samtidig som enkelte mener at man skal ha mindre fokus på dette i psykisk helsevern.

Utfordringer fremover

Selvmordsforebygging i spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus bør være basert på best tilgjengelig kunnskap – ikke myter, misforståelser eller frykt. Som Stangeland (2020) beskriver, er verken pasienter, pårørende, klinikere eller samfunnet som helhet tjent med at man lar frykten styre. Det beste tiltaket mot frykt er kompetanse. Vi trenger økt kunnskap om selvmord og selvmordsforebygging på alle nivåer, også blant psykologer, slik Stige og kolleger (2019) har vist.

Kritikere har tegnet et bilde av at selvmordsforebyggingen i Norge er i krise. Det er langt fra sannheten. Norge var tidlig ute med nasjonale strategier for selvmordsforebygging og ligger i dag rimelig langt framme på fagfeltet. Likevel er vi langt fra der at vi kan være tilfreds med innsats og måloppnåelse, blant annet fordi det satses altfor lite ressurser på forebygging og forskning på dette feltet. Heldigvis er to nye større satsinger nå underveis: De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er under revisjon. Her er det behov for å inkludere ny kunnskap som har kommet til siden første versjon kom i 2008, og ikke minst er det behov for en ny pedagogisk tilnærming rundt vurdering av selvmordsfare, som selv etter 12 år skaper så mye kontroverser (Walby, 2018). Helsedepartementet skal etter planen lansere den nye nasjonale handlingsplanen for selvmordsforebygging i 2020. Her må åpenbart flere aspekter enn psykisk helsevern inkluderes. Men det er vårt håp at planen også forholder seg til det opprinnelige enstemmige stortingsvedtaket som

pekte på de store utfordringene med å få ned selvmordsdødeligheten for pasienter i rusbehandling og psykisk helsevern.



Referanser

- Belsher, B.E., Smolenski, D.J., Pruitt, L.D., Bush, N.E., Beech, E.H., Workman, D.E., Skopp, N.A. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation Prediction for Suicide Attempts and Death. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0174>
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(03), 395–405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Hagen, J., Knizek, B.L., & Hjelmeland, H. (2020). Suicidalitet er relasjonell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57.
- Herheim, Å. (2020). Å forstå psykologien bak selvmord er ingen sjekklisteroppgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Rasmussen, M.L., & Dieserud, G. (2018). Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*(6). [dhttps://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571](https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571)
- Stangeland, T. (2020). Unnvikende selvmordsforebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57, 216–218.
- Stige, S.H., Dundas, I., Schancke, E., & Hjeltne, A. (2019). Kva mellommenneskelege situasjoner opplever norske psykologer oftest og som mest krevande?. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56.
- Walby, F.A. (2018). Hvorfor bør nasjonale retningslinjer revideres nå? *Suicidologi*, 23(3). <https://doi.org/10.5617/suicidologi.6767>. Hentet fra <https://journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/download/6767/5845>
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø., & Kildahl, A.T. (2018a). 1910 døde pasienter – Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie. Hentet fra www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø., & Kildahl, A.T. (2018b). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 69(7), 751–759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>
- Østlie, K. (2020). Ryggen fri – Risikovurderinger av selvmord kan overdrives. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(1), 42–45.