



# Retningslinjer forebygger ikke selvmord

---

## DEBATT

### HEIDI HJELMELAND

E-post: heidi.hjelmeland@ntnu.no

Heidi Hjelmeland (f. 1960) er professor ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

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

### JULIA HAGEN

Julia Hagen (f. 1975) er postdoktor ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

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

### KRISTIN ESPELAND

Kristin Espeland (f. 1982) er ph.d.-kandidat ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

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

### TOVE UELAND NYGAARD

Tove Ueland Nygaard (f. 1971) er master i psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleier ved Tiller DPS, St. Olavs hospital.

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

### BIRTHE LOA KNIZEK

Birthe Loa Knizek (f. 1957) er spesialist i klinisk psykologi (barn og unge) og professor ved Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

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

---

Vi må tenke nytt om forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

Ti år etter lanseringen av *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (1) kommer det frem at ca. 250 personer hvert år har tatt sitt liv i spesialisthelsetjenesten (2). Dette utgjør 43 % av det totale antallet selvmord i Norge. Det høye antallet gir grunn til å spørre om effekten av retningslinjene.

Retningslinjene, særlig anbefalingen om hyppige selvmordsrisikovurderinger, har fått omfattende kritikk (3, 4). Allikevel publiserte Helsedirektoratet nylig et læringsnotat, der det understrekes at «pasientsikkerheten kan økes ved bedre gjennomføring og oppfølging av beskyttelsestiltak og selvmordsrisikovurdering» og at «å implementere nasjonale retningslinjer i lokale rutiner er en del av virksomhetens plikt til internkontroll» (5).

# Manglende kunnskapsgrunnlag og snevert kunnskapssyn

Retningslinjene sies å bygge på to kunnskapsoppssummeringer (1). Disse ga imidlertid svært lite relevant kunnskap. Dette går da også eksplisitt frem i retningslinjene, der tiltakene er gradert i henhold til det underliggende kunnskapsgrunnlaget. Graderingen viser at 31 av 34 anbefalinger (91 %) er basert på «manglende dokumentasjon». Dermed er ikke retningslinjene kunnskapsbaserte (ut ifra den definisjonen som legges til grunn).

Retningslinjene bygger dessuten på et ensidig biomedisinsk kunnskapssyn (6), der selvmordsatferd ut ifra en lineær årsak-virkning-tenkning forklares som en konsekvens av risikofaktorer (7). Psykiske lidelser, særlig depresjon løftes frem som en av de aller viktigste risiko-/årsaksfaktorene for selvmord (7). Diagnostisering og behandling av psykiske lidelser inngår da også som et sentralt tiltak. Det er imidlertid langt fra sikkert at *suicidaliteten* handler om psykiske lidelser i alle tilfeller (7). I en metaanalyse av 50 års forskning på risikofaktorer for selvmord slås det dessuten ettertrykkelig fast at: «...there is no evidence that any known risk factors – broad or specific – approach what many might define as clinical significance» (8, s. 215).

Retningslinjene skal «bidra til at det gis et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud» (1, s. 8). Suicidalitet er imidlertid et komplekst fenomen som ikke kan forstås uavhengig av det livsløp og den kontekst den utvikles og vedlikeholdes i (7). En «one-size fits all»-tilnærming med sterkt fokus på psykiske lidelser og selvmordsrisikovurderinger, kan oppleves dehumaniserende og bidra til å distansere og marginalisere pasienter (9). Dette kan bidra til å øke heller enn å redusere selvmordsfaren.

## Akutt behov for nytenking

Det er på høy tid å løfte blikket opp fra en ensidig biomedisinsk forståelse av suicidalitet. Både Helseledelse (5) og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) ser imidlertid ut til bare å ville ha mer av det samme. Senterets talsperson, Fredrik Walby, sa i Dagsnytt 18 (18.4.2018) at det må fokuseres på diagnostisering og behandling av psykiske lidelser og at det må bygges ut sikkerhetstiltak på gruppenivå, etter samme prinsipper som i trafikkikkerhetsarbeid.

Kanskje bør vi heller lytte til fagfolk som på bakgrunn av omfattende forskning sier at klinikere bør slutte å kategorisere pasienter i henhold til selvmordsrisikonivå og at helsemyndigheter bør trekke tilbake retningslinjer som krever slike (10). Vi oppfordrer Helseledelse til å invitere til en åpen diskusjon med fagmiljøene, på bakgrunn av erfaringene man nå har.

Folk ønsker å bli sett, hørt og forstått, ikke nødvendigvis vurdert og sikret ut ifra standardiserte prosedyrer. Fagfolk må få rom, tid og tillit til å utøve sin faglighet overfor den enkelte pasient (4). Samtidig bør de tilføres suicidologifaglig kompetanse som går langt ut over en biomedisinsk forståelse av suicidalitet.

---

### LITTERATUR:

1. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. 2008.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf> (2.5.2018).
2. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.  
[www.uio.no/kartleggingssystemet](http://www.uio.no/kartleggingssystemet) (2.5.2018).
3. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394. [PubMed][CrossRef]
4. Straume S. Selvmordsforebyggingens pris. Tidsskr Nor Psykol Foren 2014; 51: 242 - 51.

5. Helsedirektoratet. Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse. Læringsnotatet fra Meldeordningen. 2017.  
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/selv-mord-og-selv-mordsforsok-under-innleggelse> (2.5.2018).
6. Nygaard TU. Selvmordsforebygging i psykisk helsevern: Er vi på riktig spor? Masteroppgave i psykisk helsevern. sTrondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2017.
7. Hjelmeland H, Knizek BL. Time to change direction in suicide research. I: O'Connor R, Pirkis J, red. The international handbook of suicide prevention. 2. utg. Chichester: Wiley Blackwell, 2016: 696-709.
8. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017; 143: 187 - 232. [PubMed][CrossRef]
9. Rogers JR, Soyka KM. "One size fits all": An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *J Contemp Psychother* 2004; 34: 7 - 22. [CrossRef]
10. Large MM, Ryan CJ. Suicide risk categorisation of psychiatric inpatients: what it might mean and why it is of no use. *Australas Psychiatry* 2014; 22: 390 - 2. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 12. juni 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0349

Mottatt 23.4.2018, første revisjon innsendt 1.5.2018, godkjent 2.5.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no