



Ø. Ekeberg og E. Hem svarer

KOMMENTAR

ØIVIND EKEBERG

E-post: uxoiek@ous-hf.no

Øivind Ekeberg er spesialrådgiver og professor emeritus ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo.

ERLEND HEM

Ingen av forfatterne har oppgitt interessekonflikter.

Walby, Myhre og Kildahl skriver at vi ser bort fra en av de viktigste risikogruppene for selvmord i psykisk helsevern, nemlig pasienter som er eller har vært i kontakt med psykisk helsevern. Vi vet ikke hvordan de har kommet til en slik konklusjon. I kronikken påpekte vi nettopp behovet for å bli bedre på å fange opp selvmordstruede personer som ikke har kommet til behandling, å vurdere selvmordsfare, iverksette beskyttende tiltak samt studere hva som skjer under behandlingen og hvilken oppfølging pasientene får når de er ferdig behandlet.

Mye oppmerksomhet har vært rettet mot pasienter som tar livet sitt mens de er innlagt i psykiatrisk avdeling. Vårt estimat på ca. 30 selvmord i snitt i Norge årlig gjaldt denne gruppa. Poenget vårt er derfor at å redusere selvmordsforekomsten under innleggelse ikke vil påvirke selvmordsraten nevneverdig.

Walby og medarbeidere er opptatt av de som tok livet sitt og som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern i siste leveår. De refererer til sin egen studie som viste at denne andelen de siste årene var nærmere 50 %. Dette bekrefter et av våre poenger, nemlig at de fleste som tar livet sitt ikke er i kontakt med psykisk helsevern. Man må også se nærmere på hva det innebærer at en person har vært i kontakt med psykisk helsevern det siste året før selvmordet. Det har en helt annen betydning hvis en pasient er skrevet ut fra behandling kort tid før et selvmord enn hvis pasienten har hatt en enkelt kontakt 11 måneder tidligere.

Walby og medarbeidere finner det også tvilsomt om befolkningsrettet forebygging kan benyttes for å forebygge selvmord, fordi vi i suicidologien mangler en empirisk dokumentert modifiserbar underliggende faktor. Befolkningsrettede tiltak er naturligvis ikke enkle, men vi må ikke resignere når vi vet at de fleste som tar livet sitt ikke er i kontakt med psykisk helsevern. Det kan bl.a. dreie seg om tiltak for å øke kunnskapen i befolkningen, slik at legfolk kan oppdage når familie, venner eller kolleger kan være i selvmordsfare og at de vet hvordan de bør forholde seg. Et annet primærforebyggende tiltak er å begrense tilgangen til midler som benyttes ved selvmordsforsøk. Eksempler på dette har vært avgiftning av husholdningsgass, strengere regler for å sikre skytevåpen og å begrense tilgangen til giftige stoffer, særlig medikamenter (1).

Et hovedpoeng er altså at tiltak i psykisk helsevern alene ikke er tilstrekkelig til å redusere selvmordsraten. Så når Walby og medarbeidere har som overskrift at vi trenger både høyrisiko- og befolkningsrettede strategier, er det helt i tråd med vår kronikk.

LITTERATUR:

1. Ekeberg Ø. Generell selvmordsforebygging. I: Ekeberg Ø, Hem E, red. Praktisk selvmordsforebygging. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016: 161-9.
-

Publisert: 9. september 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0520
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no