
Bedre omsorg, færre selvmord?

KRONIKK

JULIA HAGEN

julia.hagen@ntnu.no

Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging,
region Midt-Norge (RVTS Midt)

St. Olavs hospital

Julia Hagen (f. 1975) er rådgiver ved RVTS Midt og ph.d.-kandidat ved
Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet.

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

HEIDI HJELMELAND

Institutt for psykisk helse

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Heidi Hjelmeland (f. 1960) er professor.

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

KRISTIN ESPELAND

Institutt for psykisk helse

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Kristin Espeland (f. 1982) er ph.d.-kandidat.

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

BIRTHE LOA KNIZEK

Institutt for psykisk helse

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Birthe Loa Knizek (f. 1957) er spesialist i klinisk psykologi (barn og ungdom) og professor.

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

Arbeidet med å forebygge selvmord i psykisk helsevern i dag handler mer om å implementere formelle og instrumentelle prosedyrer enn å legge til rette for best mulig omsorg for pasientene. Mange tar sitt eget liv eller gjør selvmordsforsøk mens de er innlagt i psykiatriske døgnavdelinger. Legger vi for liten vekt på å gi god omsorg til selvmordsutsatte pasienter?

I november 2017 publiserte Helsedirektoratet et læringsnotat fra direktoratets meldeordning hvor det fremkom at de i 2015 og 2016 mottok 283 meldinger om selvmord fra spesialisthelsetjenesten. 58 av selvmordene skjedde under innleggelse i psykiatrisk døgnenhet [\(1\)](#).

Læringsnotatet peker på *svikt i beskyttelsestiltak* (f.eks. at pasienten hadde tilgang på legemidler og farlige gjenstander), mangler i forbindelse med *selvmordsrisikovurdering* (f.eks. manglende utført og dokumentert selvmordsrisikovurdering eller manglende oppfølging i etterkant av vurderingen) samt *ressursproblemer* (f.eks. mangel på lege/psykolog og personell med helsefaglig utdanning som kjenner pasienten) [\(1\)](#).

Vi savner mer oppmerksomhet omkring kvaliteten ved den omsorgen som ytes til selvmordstruede pasienter.

Selvmordsforebygging i psykisk helsevern

I psykisk helsevern synes det som om selvmordsforebygging i stor grad handler om å identifisere og behandle en antatt underliggende psykisk lidelse [\(2, 3\)](#). En veletablert «sannhet» er at minst 90 % av dem som tar sitt liv, har en eller flere psykiske lidelser [\(4\)](#). Selv om det er dokumentert at kunnskapsgrunnlaget for denne «sannheten» er svakt [\(5\)](#), henvises det stadig til den [\(6, 7\)](#). Dette bidrar til å opprettholde antagelsen om at selvmord først og fremst er knyttet til en underliggende psykisk lidelse. Selvmord er imidlertid et komplekst og relasjonelt fenomen og kan ikke forstås uavhengig av kontekstuelle forhold [\(8\)](#).

Vi sier ikke at flere av dem som tar livet sitt liv ikke kan ha en eller flere psykiske lidelser. Likevel handler selvmord antagelig alltid om noe mer eller om noe annet enn den psykiske lidelsen [\(9\)](#). Kun en svært liten andel av dem med alvorlige psykiske lidelser tar sitt liv [\(10\)](#). En ny studie viser at mange av dem som tar livet av seg har vært i kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av det siste året (46,2 %) eller i løpet av livet (66,6 %) [\(7\)](#). Dette gir imidlertid et begrenset bilde av hva selvmord handler om.

For hva ligger bak de psykiske vanskene og/eller rusproblemene? Hvilke problemer eller livsvilkår bidrar til den smerten, fortvilelsen, håpløsheten og desperasjonen som gjør at et menneske opplever at døden anses som den beste og kanskje eneste løsningen? I klinisk praksis og forskning er det dessuten lite oppmerksomhet rundt det at den behandlingen vedkommende fikk – eller ikke fikk – kan ha bidratt til selvmordet [\(11\)](#).

I tråd med *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* [\(12\)](#) legges det også stor vekt på selvmordsrisikovurderinger og ulike beskyttelsestiltak, som for eksempel intervallobservasjon eller kontinuerlig observasjon av pasienten.

Omsorg for selvmordstruede pasienter

Når en person blir innlagt i en psykiatrisk døgnavdeling som følge av selvmordsatferd, er det avgjørende at vedkommende møter empatiske helsearbeidere som har evne til å skape god kontakt med mennesker som opplever sterk psykisk smerte, helsearbeidere som kan etablere en tillitsfull relasjon og lytte til personens historie uten fordømmende holdninger, som forsøker å forstå, som anerkjenner personens tanker og følelser og som involverer pasienten i behandlingsforløpet [\(13–17\)](#).

En god relasjon er grunnleggende for at den selvmordstruede skal føle seg trygg og godt ivaretatt [\(18\)](#). God omsorg kan bidra til at pasienten tør å dele sin smerte og sine problemer [\(19\)](#) og slik få håp om at noen kan hjelpe [\(20\)](#). Mangel på omsorg kan bidra til at pasienten ikke tar kontakt med personalet når fortvilelsen øker [\(21\)](#). I verste fall kan manglende omsorg gi økt håpløshet og medføre økt selvmordsatferd [\(17, 18, 21\)](#).

Overvurderer vi verdien av risikovurderinger?

Selv om god omsorg og en god relasjon mellom helsearbeider og pasient er grunnleggende i psykisk helsearbeid, synes det som om dette ikke prioriteres tilstrekkelig i det selvmordsforebyggende arbeidet. Verken retningslinjene [\(12\)](#) eller læringsnotatet [\(1\)](#) reflekterer en slik prioritering.

I retningslinjene legges det først og fremst vekt på helsearbeiderne (spesielt psykiatere og psykologer) og deres kartlegging, vurdering og håndtering av selvmordsrisiko. Ordet «risiko» nevnes faktisk hele 147 ganger. Lite oppmerksomhet rettes mot den omsorgen helsearbeidere bør yte overfor selvmordstruede pasienter.

Det er fremdeles grunn til å spørre om fagfolk og andre har en overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger [\(22\)](#). Det inntrykket forsterkes av Ekeberg & Hem [\(23\)](#), som mener at klinikere må legge stor vekt på risikovurderinger, men da i et kortsiktig perspektiv. De antar at det er mulig å forutse hvem som kommer til å ta sitt eget liv dersom tidshorisonten er på opptil noen dager.

Andre forskere har vist at det ikke er mulig å forutsi selvmord – verken på kort eller lengre sikt – basert på risikovurderinger (24). Vektlegging av risikofaktorbaserte selvmordsrisikovurderinger med påfølgende kategorisering av pasientene til å ha lav, middels eller høy selvmordsrisiko blir frarådet (25). I stedet bør klinikere jobbe med å oppnå gode dialoger med pasientene og gi en best mulig behandling ut fra pasientens behov, inkludert forhold knyttet til selvmordsatferden (26).

Undervurdering av erfaringsbasert kunnskap

Vi er ikke imot at man skal vurdere selvmordsfaren hos pasienter – det er *måten* dette blir gjort på som er sentralt. I tillegg er det viktig å vektlegge den hjelp og omsorg helsearbeidere skal yte *etter* at selvmordsfaren er vurdert. Den rollen og kompetansen sykepleiere og andre i miljøpersonalet har, er av stor betydning.

Studier har vist at erfarne sykepleiere opplever å kunne fange opp (varsels)signaler på selvskade/suicidalitet kommunisert av pasienter, og at de på den måten har bidratt til å avverge alvorlig selvskade og kanskje selvmord (27, 28). Slik har de forutsett at pasienter kan ha vært i fare for å skade seg selv og har handlet ut fra det. En slik årvåkenhet og erfaringsbasert ferdighet blant sykepleiere og andre helsearbeidere synes undervurdert.

I læringsnotatet bemerkes det riktignok at pasientsikkerheten kan økes ved at pasienten følges opp av personell som har kompetanse og kjennskap til vedkommende, men budskapet er først og fremst at selvmord kan forebygges ved bedre implementering av retningslinjene og ved bedre gjennomføring og oppfølging av beskyttelsestiltak og selvmordsrisikovurdering (1). Enten undervurderes betydningen av god omsorg og gode relasjoner mellom helsearbeider og pasient, eller så tar man for gitt at ansatte i psykisk helsevern har tilstrekkelige kommunikasjons- og relasjonsferdigheter til å kunne yte den form for omsorg selvmordstruede personer har behov for.

Et sentralt spørsmål blir likevel om helsearbeidere *i praksis* prioriterer eller har muligheter for å prioritere en relasjonell omsorg dersom dette ikke vektlegges i nasjonale og politiske føringer i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern. Vi mener retningslinjene bør revideres, også tatt i betraktning den omfattende kritikk de har fått (22, 29, 30).

Nye prioriteringer

Det er forståelig at man vil forsøke å håndtere et så komplekst fenomen som suicidalitet (selvmordstanker, selvmordshandlinger og selvmord) gjennom å forholde seg til deler av fenomenet (f.eks. konsentrere seg om diagnostikk og behandling av psykiske lidelser, kartlegging av risikofaktorer, gjennomføring av selvmordsrisikovurdering og beskyttelsestiltak). Det er imidlertid på høy tid at

man vektlegger kompleksiteten ved den enkeltes suicidalitet og tenker mer på *hvordan* helsearbeidere kan skape gode møter med selvmordstruede pasienter og yte god omsorg.

En slik vektlegging bør nå prioriteres av politikere og helsemyndigheter samt ledere og helsearbeidere i psykisk helsevern. Da må vi også være villige til å bruke ressurser på å sikre at personellet får nødvendig utdanning, opplæring, veiledning og støtte slik at de kan yte den form for omsorg selvmordstruede pasienter trenger.

LITTERATUR

1. Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse. Læringsnotatet fra Meldeordningen. IS-2675. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/selv-mord-og-selv-mords-forsok-under-innleggelse> (14.12.2017).
2. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Connecting with suicidal patients in psychiatric wards: Therapist challenges. *Death Stud* 2017; 41: 360 - 7. [PubMed][CrossRef]
3. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Relational principles in the care of suicidal inpatients: Experiences of therapists and mental health nurses. *Issues Ment Health Nurs* 2017; 38: 99 - 106. [PubMed][CrossRef]
4. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395 - 405. [PubMed][CrossRef]
5. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K et al. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud* 2012; 36: 605 - 26. [PubMed][CrossRef]
6. Ekeberg Ø. Selvmord under pågående behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1390. [CrossRef]
7. Haaland VØ, Bjørkholt M, Freuchen A et al. 2017; 137: 1420 - 5. Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling i Agder 2004-13. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1420 - 5. doi: 10.4045/tidsskr.16.0503[CrossRef]
8. Hjelmeland H, Knizek BL. Qualitative evidence in suicide: findings from qualitative psychological autopsy studies. I: Olson K, Young RA, Schultz IZ, red. *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice*. New York: Springer Science + Business Media, 2016.
9. Hjelmeland H, Knizek BL. Hva er meningen? Selvmordsatferd som kommunikasjon. *Sosiologi i dag* 2013; 43: 7-30.
10. 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]

11. Large M, Ryan C, Walsh G et al. Nosocomial suicide. *Australas Psychiatry* 2014; 22: 118 - 21. [PubMed][CrossRef]
12. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf> (14.12.2017).
13. Cutcliffe JR, Stevenson C. The care of the suicidal person. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier, 2007.
14. Jobes DA. Managing suicidal risk. A collaborative approach. New York: The Guilford Press, 2006.
15. Michel K, Valach L. The narrative interview with the suicidal patient. I: Jobes, DA, Michel K, red. Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington D.C.: American Psychological Association, 2011.
16. Talseth AG, Jacobsson L, Norberg A. The meaning of suicidal psychiatric inpatients' experiences of being treated by physicians. *J Adv Nurs* 2001; 34: 96 - 106. [PubMed][CrossRef]
17. Talseth AG, Lindseth A, Jacobsson L et al. The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1034 - 41. [PubMed][CrossRef]
18. Berg SH, Rørtveit K, Aase K. Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 73. [PubMed][CrossRef]
19. Talseth AG, Gilje F, Norberg A. Struggling to become ready for consolation: experiences of suicidal patients. *Nurs Ethics* 2003; 10: 614 - 23. [PubMed][CrossRef]
20. Vatne M, Nåden D. Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nurs Ethics* 2016; 1 - 14. [PubMed]
21. Samuelsson M, Wiklander M, Åsberg M et al. Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *J Adv Nurs* 2000; 32: 635 - 43. [PubMed][CrossRef]
22. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 394. [PubMed][CrossRef]
23. Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutsi selvmord? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1680 - 1. [CrossRef]
24. Large MM, Ryan CJ, Nielssen O. Suicide risk assessment: Reply to Draper. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 387. [CrossRef]

25. 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]
 26. Large MM, Ryan CJ, Carter G et al. Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *BMJ* 2017; 359: j4627. [PubMed][CrossRef]
 27. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Arch Psychiatr Nurs* 2017; 31: 31 - 7. [PubMed][CrossRef]
 28. Tofthagen R, Talseth AG, Fagerström L. Mental health nurses' experiences of caring for patients suffering from self-harm. *Nurs Res Pract* 2014. E-publisert 13.11.2014.
 29. Aarre TF, Hammer J, Stangeland T. Ingen kan føresjå sjølv mord. *Aftenposten* 22.5.2017.
 30. Straume S. Selvmordforebyggingens pris. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2014; 51: 242 - 51.
-

Publisert: 5. februar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1039
Mottatt 26.11.2017, første revisjon innsendt 7.12.2017, godkjent 14.12.2017.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. februar 2026.