
Hvorfor går ikke selvmordsraten i psykisk helsevern ned?

DEBATT

GERD STAHL

gerd@gerdstahl.no

Gerd Stahl er pårørende.

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

Gir det mening med nasjonale handlingsplaner og retningslinjer når antallet selvmord ser ut til å øke?

Hvert år dør rundt 650–700 personer i selvmord. I 2024 var det totale antallet selvmord 727 [\(1\)](#). Rundt halvparten – det vil si omtrent 350 personer - var pasienter i psykisk helsevern.

Pålitelige tall for selvmord i psykiatrien ble første gang presentert i 2018 [\(2\)](#). Inntil da var kunnskap om omfanget basert på metaanalyser og antagelser. Psykiatere som stilte spørsmål om hvorfor selvmordsraten ikke gikk ned, mente at antallet døde dreide seg om rundt 30 pasienter årlig [\(3\)](#). I virkeligheten dreier det seg altså om minst *ti ganger* så mange.

Ingen å miste

I 2020 presenterte regjeringen en omfattende femårsplan med en nullvisjon for selvmord [\(4\)](#). Handlingsplanen, med tittelen *Ingen å miste*, gir en forventning om at selvmordsraten vil gå ned dersom tiltakene blir fulgt.

Ett av tiltakene er en ny nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord [\(5\)](#). Den ble publisert i 2024 og etterfulgte retningslinjen fra 2008 [\(6\)](#).

Ny forskning viser at risikoen for selvmord ikke kan måles [\(5\)](#). Modeller som ble brukt til å fastsette grader av risiko som grunnlag for behandling, ble dermed lagt bort i den nye retningslinjen. Hovedbudskapet i denne er at «utforskning av suicidalitet inngår som en terapeutisk intervensjon i en

helhetlig og individuell tilpasset utredning, behandling og oppfølging. Pasientens perspektiv vektlegges, og behandling og oppfølging har som målsetting å fremme håp og mestring.»

«Den nye retningslinjen fra 2024 er like lite egnet til å forebygge selvmord som den gamle»

Dette innebar en helt ny vending. Derfor er det uforståelig at store deler av den gamle retningslinjen fra 2008 er inkludert i den nye, med avsnitt som er direkte kontrære til hovedbudskapet: Suicidale pasienter blir likevel definert gruppevis, én gruppe med *kronisk selvmordsatferd*; en annen med *tidsavgrenset selvmordsatferd*, og «risiko» blir igjen gradert. Suicidale pasienter må «leve med risiko for selvmordsatferd», selv om problematikken er at suicidale pasienter ikke ønsker å leve. Og halvparten av begge retningslinjene, både den gamle og den nye, handler om hvordan helsepersonell skal ivaretas etter et selvmord (5, 6). Dette har ingenting med forebygging å gjøre.

Har du behov for å snakke med noen etter å ha lest denne saken?

Dersom det er akutt selvmordsfare, ring 113. Ring legevakst på tlf. 116117 for øyeblikkelig hjelp. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging har en nettside der du finner en oversikt, tilpasset dine behov, over hvor du kan ringe hvis situasjonen er mindre akutt: [Nssfinfo.no](https://nssfinfo.no). På din kommunes nettsider kan du se hvilke andre lavterskeltilbud som er tilgjengelige der du bor.

Konklusjonen må derfor bli at den nye retningslinjen fra 2024 er like lite egnet til å forebygge selvmord som den gamle. Den nye er imidlertid så fersk at den i utgangspunktet ikke kan forventes å slå ut på selvmordsraten før om et år eller to. Men vi kan altså ikke forvente at selvmordstallene vil gå ned når den tid kommer. Foreløpig må vi vurdere selvmordstallene mot den gamle. Og – som vi vet – selvmordstallene er skyhøye.

«Tidspress tar ikke hensyn til at den psykisk syke har individuelle, sammensatte problemer, at det ikke finnes biologiske markører for en psykisk diagnose, og at relevant behandling i psykisk helsevern tar tid»

Det andre tiltaket som ble presentert i den nye handlingsplanen, viser til «gode behandlingsforløp» eller såkalte pakkeforløp, som ble innført i psykisk helsevern i 2019 (7). Pakkeforløpet omfatter både prosess og samvirke mellom diagnoser, henvisninger og nivåer. Hele forløpet fastsetter kronologisk håndtering med konkrete forløpstider. Det siste – spesielt «konkrete forløpstider» – viser seg å ha negativ innvirkning på en behandlingsprosess.

Tidspress tar ikke hensyn til at den psykisk syke har individuelle, sammensatte problemer, at det ikke finnes biologiske markører for en psykisk diagnose, og at relevant behandling i psykisk helsevern tar tid (8–10). Det er fare for at pakkeforløpet har medvirket til «svingdørseffekten» i norsk psykiatri, fremfor til forebygging av selvmord.

Retningslinjer og statistikk

Det er mange forhold som kan innvirke på antallet selvmord i psykisk helsevern, og det kan ikke påvises noen direkte sammenheng mellom statistikk og forståelsen av selvmord, slik den kommer til uttrykk i retningslinjene. Men retningslinjene må likevel betraktes som «verktøy» i psykiatrien. De har en nødvendig funksjon.

Derfor er det viktig å peke på at det finnes et lite håp om positiv forandring: Vi har nå pålitelige tall for selvmord i psykisk helse, og selve hovedbudskapet i den nye retningslinjen innebærer en vending. Dersom rekkevidden i budskapet blir sett og tatt til følge, og dersom kunnskap om det faktiske omfanget av selvmord i psykisk helse fører til ny forskning og praksis, kan det etter hvert muligens bety forandring for de alvorlig syke med selvmordsrisiko i psykisk helsevern.

I så fall vil selvmordsraten gå ned.

REFERENCES

1. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/> Lest 6.5.2025.
2. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, årsrapport 2018. <https://kudos.dfo.no/documents/70557/files/35677.pdf> Lest 6.5.2025.
3. Ekeberg Ø, Hem E. Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0943. [PubMed][CrossRef]
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/> Lest 6.5.2025.
5. Helsedirektoratet. Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selv-mordsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb> Lest 6.5.2025.
6. Larsen B-I. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
7. Helsedirektoratet. Pakkeforløp i psykisk helse, 1. tertial 2020. Rapport IS-2917. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pakkeforlop-psykisk->

helse-og-rus-1.tertial-

2020/Pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertial%202020.pdf/_/attachment/inline/76117cd4-599b-486e-afa2-1fofb44903cd:dc205b4ca1d68784f27918215da5b206758d42a2/Pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertial%202020.pdf
Lest 6.5.2025.

8. WHO. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.

9. Falkum E. Hva er psykiatri? Om fagets grunnlagsspørsmål. Bergen: Fagbokforlaget, 2023.

10. Haugsgjerd S. Galskapens gåter - psykotiske tilstander. En idéhistorisk og psykoanalytisk tilnærming. Stavanger: Hertervig forlag, 2023.

Publisert: 23. mai 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0241

Mottatt 3.4.2025, første revisjon innsendt 16.4.2025, godkjent 6.5.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. februar 2026.