

Splittet i synet på selvmordsforebygging

Per Halvorsen
journalist

Fagmiljøene er splittet i synet på i hvor stor grad psykiske lidelser skal vektlegges som risikofaktor ved forebygging av selvmord.

– Selvmord har ikke nødvendigvis med psykiske lidelser å gjøre, sier Heidi Hjelmeland, professor i psykologi ved Institutt for psykisk helse ved NTNU.

Hun er tidligere leder av det regionale ressursenteret for selvmordsforskning og -forebygging i Helse Midt og mener det sterke fokuset på psykiske lidelser og psykiske symptomer kan være en medvirkende årsak til at selvmordstallene ikke går ned. Hun mener en av grunnene kan være at mange opplever for stort fokus på diagnostisering og behandling av psykiske lidelser som krenkende, ettersom det begrenser deres muligheter til å snakke om hva suicidaliteten handler om for dem.

Redde for å søke hjelp



Psykologiprofessor Heidi Hjelmeland mener at psykiatrisporet har fått for stor plass i det selvmordsforebyggende arbeidet, og at tiden er inne for å tenke nytt. Foto: Privat

– Noen er redde for å søke hjelp for problemene sine fordi de er redde for å bli stemplet som «gale». Den stadige gjentakelsen av at selvmord handler om psykiske lidelser, kan også skape et inntrykk av at man må være psykiater eller psykolog for å kunne forebygge selvmord, og det er i hvert fall ikke tilfelle. Alle kan bidra til å forebygge selvmord, men da må vi spre kunnskap om hva suicidalitet kan handle om, til både befolkning og fagfolk. Det vil si kunnskap om under hvilke kontekstuelle forhold suicidalitet kan utvikles og opprettholdes, skriver Hjelmeland i en e-post til Psykologtidsskriftet.

– Det er mennesker, med sine livserfaringer og problemer både i og utenfor helsetjenesten, som tar livet sitt, ikke en «sykdom» som dreper dem

Psykologiprofessoren var en av innlederne da Helsedirektoratet 17. desember i fjor arrangerte høringsmøte med fag- og brukermiljøene som et ledd i arbeidet med å revidere de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Retningslinjene var de første i sitt slag da de ble lansert i 2008, og har vært kritisert for å være lite kunnskapsbaserte. Ikke minst har de møtt motstand for kravet om at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, skal vurderes for selvmordsrisiko. Det har lenge vært stor faglig enighet om at det er nærmest umulig å forutsi selvmord.

Biomedisinsk tenkning

Hjelmeland er ikke uenig i at det trengs retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Hun mener imidlertid at psykiatrisporet har fått for stor plass i det forebyggende arbeidet, og at tiden er inne for å tenke nytt.

– Psykiske lidelser kan selvsagt være en del av bildet for noen, men får diagnostisering og behandling av psykiske lidelser for stor plass, blir fokuset på problemer i individet. Da er det fare for at vi overser den konteksten suicidaliteten har utviklet seg i, sier Hjelmeland til Psykologtidsskriftet.

Hun sier at suicidalitet bare kan forstås i lys av livshistorien til den det gjelder, og ikke nødvendigvis har med en psykisk lidelse å gjøre. Hjelmeland mener at helsemyndighetenes standarder og anbefalinger hviler for mye på et ensidig biomedisinsk kunnskapssyn, der selvmordhandlinger forklares i den psykiske lidelsen ut fra en lineær årsak–virkning–tenkning. Til Psykologtidsskriftet sier hun at Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging (NSSF), som er tilknyttet Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, har fått en for dominerende posisjon.

– Fra dette miljøet gjentas det til stadighet at det må fokuseres på psykiske lidelser, at det er «sykdommene som dreper». Psykiske lidelser er viktige, men det er høyst problematisk om de får all oppmerksomhet. Det er mennesker, med sine livserfaringer og problemer både i og utenfor helsetjenesten, som tar livet sitt, ikke en «sykdom» som dreper dem, sier hun.

«1910 døde pasienter»

På Gaustad sykehus treffer Psykologtidsskriftet Fredrik A. Walby, psykologspesialist og forsker ved NSSF, som Hjelmelands skyts retter seg mot. Walby har over 20 års erfaring fra klinisk virksomhet. Han var sentral i utarbeidelsen av de nasjonale retningslinjene fra 2008 og går i bresjen for det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord blant pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I 2018 publiserte hans gruppe rapporten «1910 døde pasienter», som var den første av sitt slag i Norge. Rapporten gir oversikt over selvmord i perioden 2008–2015. Den viser at halvparten av de som døde i selvmord, hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse eller rus. Affektive lidelser, fortrinnsvis depresjon, var den vanligste diagnosegruppen.



– Hvordan vi skulle få mer effektiv forebygging ved å se bort ifra de sterkeste og best dokumenterte risikofaktorene for selvmord i befolkningen, fremstår for meg som en gåte, sier psykologspesialist og prosjektleder ved NSSF, Fredrik Walby.
Foto: Ragnhild Krogvig Karlsen, NAPHA

Walby mener tallene i rapporten viser med tydelighet at psykiske lidelser er en sentral risikofaktor ved selvmord.

– Å antyde noe annet er meningsløst, sier han.

Han underslår ikke at det er mange faktorer som påvirker selvmord, men mener det er liten tvil om at psykiske lidelser er den aller viktigste.

– I forskningsverdenen er det ingen diskusjon om dette bortsett fra i noen små miljøer. På verdensbasis viser tallrike studier på tallrike ulike populasjoner at over 90 prosent av de som dør, har et eller annet problem som faller innenfor en diagnosemanual, selv om det ikke nødvendigvis innebærer at de var diagnostisert eller fikk behandling, sier han.

Håpløshet

Walby sier at en av de viktigste drivkreftene for å begå selvmord ofte vil være en sterk følelse av håpløshet som gjør at man ikke holder ut.

– Og er det noe som kjennetegner mange psykiske lidelser, er det jo nettopp opplevelsen av krise; at livet er vondt og vanskelig og ikke verdt å leve, sier han.

– *Hva er det viktigste vi kan gjøre for å forebygge selvmord hos mennesker med psykisk helseproblemer?*

– Den aller mest sårbare fasen er de første tre månedene etter utskrivning fra døgnavdeling. Det er da de fleste selvmordene skjer. Det viser at mye av det forebyggende arbeidet handler om å legge til rette for god behandling og videre oppfølging etter utskrivning fra døgnavdeling. Her må vi være tydeligere i arbeidet med nye retningslinjer. Det viktigste selvmordsforebyggende arbeidet i denne gruppa foregår i førstelinjen og på poliklinikkene der pasientene følges opp.

Den aller mest sårbare fasen er de første tre månedene etter utskrivning fra døgnavdeling. Det er da de fleste selvmordene skjer.

– *Hva vil være konsekvensen av å nedtone psykiske lidelser som hovedårsak til selvmord?*

– Psykisk helsevern behandler fem prosent av befolkningen og er i kontakt med halvparten av dem som dør i selvmord. Det sier noe om viktigheten av å utvikle forebyggingstiltak på dette området. Det er for øvrig ingen uenighet om at vi også trenger tiltak på andre områder i samfunnet enn i spesialisthelsetjenesten, sier Walby.

– *Kan det sterke fokuset på psykiske lidelser og psykiske symptomer være en medvirkende årsak til at selvmordstallene ikke går ned?*

– Dette er jo en alvorlig og temmelig underlig påstand som burde begrunnes empirisk. Utredning og behandling av psykiske lidelser er jo kjerneoppgaven for psykisk helsevern på alle nivåer. Som alle klinikere vet, er det mulig å behandle de aller fleste slike tilstander. Like selvsagt er det at behandling for psykiske lidelser innebærer mer enn bare å kartlegge symptomer. Hvordan vi skulle få mer effektiv forebygging ved å se bort ifra de sterkeste og best dokumenterte risikofaktorene for selvmord i befolkningen, fremstår for meg som en gåte.

Heroisk iscensettelse

Antagelsen om at selvmord skyldes psykisk sykdom, kan oppleves som et hinder for å identifisere selvmordsrisiko. Det fremgår av en studie av Mette Lyberg Rasmussen og Gudrun Diserud, som undersøkte etterlattes erfaringer med selvmord hos unge menn som ikke tidligere hadde vært i kontakt med psykisk helsevern og heller ikke gjort selvmordsforsøk.



Psykologspesialist og forsker Mette Lyberg Rasmussen fant at antagelsen om at selvmord skyldes psykisk sykdom, kan oppleves som et hinder for å identifisere selvmordsrisiko. Foto: Erik Burås

Ifølge undersøkelsen hadde få av de etterlatte sett tegn på alvorlig psykisk lidelse før de unge mennene begikk selvmord. Lyberg Rasmussen, som jobber ved AHUS DPS i Groruddalen, skriver i en e-post til

Psykologtidsskriftet at funnene indikerer at kunnskapsformidlingen om årsaker til selvmord har vært for snevert konsentrert om psykisk sykdom.

– Mange etterlatte mente at den allmenne oppfatningen om psykisk lidelse som årsak til selvmord, kombinert med en mestrende fasade, hadde bidratt til at både de selv og helsepersonell hadde oversett tegn på selvmordsfare.

– Basert på funnene fra vår studie handlet selvmordet om uutholdelig psykisk smerte fordi man føler seg mislykket, skamfull og avvist i nær relasjon

– *Hvordan bør denne kunnskapen slå inn i arbeidet med å forebygge selvmord og de nye nasjonale retningslinjene som Helsedirektoratet har ansvaret for?*

– Tar vi de etterlatte på alvor, er det behov for generell informasjon både til befolkningen og helsepersonell om kompleksiteten ved selvmord. Basert på funnene fra vår studie handlet selvmordet om uutholdelig psykisk smerte fordi man føler seg mislykket, skamfull og avvist i nær relasjon, følelser som avdøde ikke klarte å kommunisere. Dette er viktig informasjon i møte med mestringsorienterte mennesker som søker hjelp for en livskrise. Dette er mennesker som vi ikke kan ta for gitt at formidler selvmordstanker – selv om de skulle bli spurt om det, kommenterer Lyberg Rasmussen.

Syke eller ikke syke?

– *De unge mennene i undersøkelsen kan vel ha vært psykisk syke selv om de pårørende hevder at de ikke var det?*

– Det kan selvfølgelig ikke utelukkes. De fleste unge mennene hadde vært på jobb eller skole samme dag som de tok livet sitt. De som var nær dem i dagene og ukene før selvmordet, forteller at de ikke hadde sett tegn på psykisk lidelse. Dermed er det lite som tyder på at de kan ha hatt en alvorlig psykisk lidelse, skriver Lyberg Rasmussen.

Hun sier at selvmordshandlingen i disse tilfellene knyttet til en helt annen dynamikk enn ved en eventuell depresjon. Selvmordene var heller ikke resultat av en impulsiv handling. De var planlagt og gjennomført med stor beslutsomhet.

– For disse unge mennene kan det synes som at selvmord ble en måte å kunne iscenesette seg selv på som heroisk, helt frem til de ikke lenger var i live, skriver hun.

Walby mener holdningen om at man skal kunne se på mennesker at de har psykiske problemer, at de sliter, har stirrende blikk eller fremstås åpenbart «gale», bunner i en stigmatiserende oppfatning av hvem som har psykiske problemer.

– Det er vel kjent at selvmordsrisikoen kan være spesielt forhøyet midt i en krise med funksjonsfall og raske endringer hos en person med tidligere intakt fungering, sier han.

Individuell tilpasning

– *Hva er den viktigste utfordringen i arbeidet med de nye retningslinjene som nå er på trappene?*

– Vi må gi det en annen pedagogikk slik at vi unngår at klinikerne bruker timevis på en isolert selvmordsrisikovurdering. Prediksjonsteorien er hjelpeløs, for du får så mange falske positive, det visste vi allerede i 2008, eller i 1950 for den saks skyld, sier Walby.

– *Hvorfor endte vi opp med en situasjon der risikovurderinger ble hovedaksen i det selvmordsforebyggende arbeidet?*

– Retningslinjene fra 2008 inneholder en serie med tiltak, men risikovurderingene har fått nesten all oppmerksomhet. Det var aldri meningen og umulig å forutsi. Før var det en rekke lokale prosedyrer, og det

var sterkt behov for å heve kvaliteten. I akuttpsykiatrien har 70 prosent av de som blir innlagt, selvmordsproblematikk. Temaet er der. Vi må snakke om det, spørre om det. Men alle pasienter er forskjellige. Derfor må arbeidet tilpasses hver enkelt, sier Walby.

Walby sier at han selv har vært ute og advart klinikere mot å rette oppmerksomheten for mye på selvmordsrisikovurderinger.

– Selv i høyrisikogrupper er det ikke mulig å forutsi selvmord. I stedet for slike vurderinger mener jeg behandling av pasientens grunnlidelse, eller andre av pasientens aktuelle problemer, bør komme mer i fokus, sier Walby.

Livets påler

Terese Grøm i LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord representerer 1500 medlemmer, fortrinnsvis etterlatte og berørte til mennesker som har tatt sitt eget liv. Hun mener de nasjonale retningslinjene har vært med på å bevisstgjøre helsepersonell og samfunnet om at det er viktig med felles innsats for å forebygge selvmord. LEVE er imidlertid opptatt av at forebyggingsinnsatsen ikke bør innsnevres av vår jakt på psykisk sykdom:



Generalsekretær Terese Grøm i LEVE: De nye retningslinjene må inneholde et pålegg om å utforske livshistoriene fremfor sykdomshistoriene til pasientene. Foto: Per Halvorsen

– Vi må komme i posisjon til å spørre hva det er som står på spill i et menneskes liv. Er det noen av livets påler som står i fare for å knekke; familieforhold, jobb, økonomi, sosiale forhold, håp og betydningsfølelse?

– Trygge helsearbeidere er god selvmordsforebygging

Dette er spørsmål som påvirker opplevelsen av egenverd, mening og tilhørighet, og som ikke kan reduseres til kun et spørsmål om psykisk sykdom, sier Grøm til Psykologtidsskriftet.

– *Hva vil være ditt viktigste innspill til innholdet i de nye nasjonale retningslinjene?*

– At vi må unngå at risikovurdering blir et skjemavelde; at det å huke av på et standardisert skjema er ensbetydende med å ha gjort en tilstrekkelig risikovurdering. Det må ligge et imperativ i de nye retningslinjene når de er ferdige; et pålegg om å utforske livshistoriene fremfor sykdomshistoriene til

pasientene, basert på mer og ny kunnskap om hvor komplekst det er å vurdere selvmordsrisiko. I det ligger også god ivaretagelse av helsepersonell og en anerkjennelse av den utfordrende oppgaven de har.

– Trygge helsearbeidere er god selvmordsforebygging, sier Grøm.

– Uheldig praksis i helseforetakene

Helsedirektoratet mener det har utviklet seg en uheldig praksis i enkelte helseforetak, der det er innført obligatoriske sjekklister for selvmordsrisikovurdering.

Seniorrådgiver og prosjektleder for arbeidet med nye nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord – Karin Irene Gravbrøt – sier at Helsedirektoratet er kjent med at det utviklet seg en praksis i enkelte helseforetak, der det ble innført obligatoriske sjekklister for selvmordsrisikovurdering. Dette har Helsedirektoratet og kompetansemiljøet ved Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og forskning (NSSF) tidligere gitt beskjed om kan være uheldig. I et brev datert 22. juni 2017 heter det blant annet at det alltid må gjøres «Individuelle vurderinger (...) i forbindelse med hvert handlingsvalg.»

– Det var aldri intensjonen at retningslinjene skulle virke begrensende på fagutøvelsen, men bidra til at den blir mer kunnskapsbasert, sier Gravbrøt.

– *Hvorfor ble det sånn?*

– Noe av årsaken kan være at Helsetilsynet bruker retningslinjene i forbindelse med tilsyn, og at tjenestene vil sikre dokumentasjon på at anbefalingene er fulgt. Det kan også være fordi retningslinjene ikke er tydelig nok på hensikt og begrensninger ved selvmordsrisikovurderinger, sier hun.

– *Kan det sterke fokuset på psykiske lidelser og psykiske symptomer i det selvmordsforebyggende arbeidet være en medvirkende årsak til at selvmordstallene ikke går ned?*

– Helsedirektoratet har ingen dokumentert kunnskap som tilsier at vi kan kommentere dette. Gravbrøt håper at nye nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord vil være på plass i løpet av året. Det forutsetter at direktoratet får oversikt over det nødvendige kunnskapsgrunnlaget, noe Folkehelseinstituttet har ansvar for.

– Trenger mer enn retningslinjer

– **Retningslinjer er viktige, men ikke tilstrekkelig, mener Signe Hjelen Stige, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen.**



Signe Hjelen Stige. Foto: UiB

I sin forskning viser hun at selvmordsfare er blant de største og vanligste utfordringene for psykologer på jobb. Hjelen Stige sier retningslinjer kan være gode å ha i ryggen, men mener det er en utfordring at kunnskapsgrunnlaget er på gruppenivå og derfor vanskelig å anvende direkte på enkelttilfeller. Klinisk skjønn vil derfor alltid være viktig. Derfor mener hun psykologene må få anledning til å øve opp de mellommenneskelige ferdighetene som trengs når de møter suicidale pasienter, og erfare hva disse møtene gjør med dem som terapeuter, og hvordan de kan håndtere det. Og da er klinisk opplæring ikke til å komme utenom, ifølge Stige. Hun mener opplæringen bør foregå både under studiet og på arbeidsplassene.

– De mellommenneskelige ferdighetene er fundamentet i psykologfaglig arbeid. Uten disse ferdighetene står de psykologiske metodene i løse luften, og det vil retningslinjer ikke kunne kompensere for, sier hun.