

# «Selvmord er ikke akseptabelt og kan forebygges»: Holdninger til selvmord og selvmordsforebygging i Norge

Ansatte i psykisk helsevern, studenter og lekfolk, er i stor grad samstemte om at selvmord ikke er akseptabelt. Samtidig tror overraskende mange på myten om at man ved å snakke om selvmord risikerer å øke selvmordsfaren.

## TEKST

Heidi Hjelmeland  
Birthe Loa Knizek

PUBLISERT 5. oktober 2010

## ABSTRACT:

### **Suicide is not an alternative: Attitudes towards suicide and suicide prevention among mental health professionals, students and lay people in Norway**

A study of suicidality and attitudes towards suicide as well as suicide prevention was conducted among different groups, including mental health professionals (n = 310), students (n = 1140) and lay persons (n = 499). Results suggest that respondents believe suicide is not acceptable, even in the case of severe, incurable disease. However many respondents, especially psychiatrists/psychologists (26%), licensed practical nurses (20%), medical and psychology students (19%), agreed that persons should have the right to take their own lives. Attitudes seem to vary with regard to issues concerning the perception of role and responsibility in society: Whereas politicians dismissed suicide on principal grounds, psychologists/psychiatrists had a more understanding approach. A relatively large proportion of crisis hotline volunteers were of the opinion that suicide should not be spoken about. Many licensed practical nurses felt that it is dangerous to talk about suicide. The authors conclude that educational programmes in suicide prevention are needed.

Keywords: attitudes, self-reported suicidal behaviour, suicide, suicide prevention.

Vi takker Bente Espeland, Wenche Haukø, Inga Medne Karlsen, Inger Lise Nyberg, Arne Opdahl og Venke Aarethun for hjelp til å samle data, Henning Svendsen og Toke Knizek Vang for innlegging av data, Kyrre Svarva for hjelp til AMOS-analysene, og Dankert Vedeler for hjelp med oversettelsen av spørreskjemaet. Vi takker også Stiftelsen UNI for delfinansiering av studien. En stor takk til Ellinor Salander Renberg, som initierte den europeiske multisenterstudien denne undersøkelsen er en del av, og til alle som tok seg tid til å fylle ut spørreskjemaet.

Holdninger til selvmord og selvmordsforebygging kan påvirke folks vilje til å intervensere i selvmordskriser. Bevisste og ubevisste holdninger kan også påvirke

innholdet og virkningen av intervensjon og behandling (Anderson et al., 2000; Bagley & Ramsey, 1989; Neimeyer et al., 2001). Det er også kjent at negative holdninger som avvising kan trigge suicidal atferd. Derfor er det viktig at både helsepersonell og andre har kunnskap om betydningen av egne holdninger (Goldney & Bottrill, 1980; Lang et al., 1989). Det er ikke nødvendigvis galt å ha negative holdninger til selvmord som sådant, men det er behov for økt bevissthet om at de kan påvirke klinisk atferd og dermed også behandlingen av suicidale personer (Friedman et al., 2006; Herron et al., 2001; Wallin & Runeson, 2003).

**«Store andeler av psykiaterne/psykologene (26%), hjelpepleierne (20%) samt medisin- og psykologistudentene (19%) mente at folk har rett til å ta sitt eget liv. Politikerne var sterkest imot dette som en rettighet (78% imot og bare én politiker enig)»**

Norge har offisielt hatt selvmordsforebygging på dagsordenen siden 1993, da «Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge» (Helsedirektoratet, 1993) ble publisert. Med utgangspunkt i programmet ble «Handlingsplan mot selvmord 1994–1998» (Statens helsetilsyn, 1995) lansert. Noen omfattende undersøkelser av holdninger til selvmord og selvmordsforebygging er imidlertid ikke gjort her i landet. Hovedhensikten med vår studie var derfor å kartlegge holdningene blant ansatte i psykisk helsevern, krisetelefonarbeidere, politikere, forskjellige relevante studentgrupper, samt i befolkningen generelt. Dette ble gjort som en del av en europeisk multisenterstudie (Salander Renberg & Jacobsson, 2001). I tidligere publikasjoner fra denne studien har vi vist at vanlige myter om selvmord (Shneidman, 1985) fremdeles lever blant folk flest i Norge (Hjelmeland & Knizek, 2004). Dette gjaldt myter som at man ikke bør snakke om selvmord, at selvmord skjer uten forvarsel, og at de som truer med å ta sitt liv, ikke gjør det. Andelen av befolkningen som trodde på disse mytene, varierte fra 9% til 29%, mens 29%–53% ikke visste hva de skulle tro. I en sammenligningsstudie med land utenfor Europa fant vi at norske psykologistudenter hadde mye vanskeligere for å ta standpunkt i spørsmål om selvmord enn ghanesiske og ugandiske studenter (Hjelmeland, Akotia, Owens, Knizek, Nordvik, Schroeder & Kinyanda, 2008). Dette gjaldt både de vanlige mytene som er beskrevet over, og i spørsmål om hvorvidt folk har rett til å ta sitt eget liv, om selvmord kan rettfærdiggjøres, om selvmord noen gang kan være den eneste løsningen, samt i spørsmål omkring muligheten for å forebygge selvmord, for å nevne noen eksempler. Opp mot halvparten av de norske studentene hadde vanskeligheter med å ta stilling i slike spørsmål, mens andelen blant de ugandiske og ghanesiske studentene lå mye lavere (Hjelmeland et al.,

2008). Problemer med å ta standpunkt i spørsmål om selvmord fant også Salander Renberg og Jacobsson (2003) i to befolkningsstudier i Sverige.

I denne artikkelen presenterer vi egenrapportert suicidalitet og holdninger til selvmord og selvmordsforebygging blant psykologer, psykiatere, sykepleiere, hjelpepleiere og sosialarbeidere ansatt i psykisk helsevern i tillegg til krisetelefonarbeidere, politikere, medisin-, psykologi-, sykepleie-, sosialarbeider- og lærerstudenter, samt befolkningen generelt. Vi ser hovedsakelig på spørsmål om hvorvidt disse gruppene mener selvmord er en akseptabel handling, betydningen av åpenhet, hvorvidt selvmord kan forebygges, og om de selv er villige til å bidra til dette.

## «Alle grupper helsearbeidere i psykisk helsevern, studenter og lekfolk heller likevel mot den holdningen at selvmord ikke er akseptabelt, heller ikke i sammenheng med alvorlig, uhelbredelig sykdom»

Med bakgrunn i tidligere forskning forventet vi å finne at de fleste grupper ville ha vanskeligheter med å ta standpunkt i mange av spørsmålene omkring selvmord, kanskje med unntak av ansatte i psykisk helsevern. Dette var fordi de nasjonale handlingsplanene har vektlagt kunnskapsformidling i helsevesenet. Vi forventet derfor at de ansatte i psykisk helsevern ikke ville tro på de kjente mytene om selvmord. Vi forventet også at de fleste ønsket åpenhet om selvmord, at de aller fleste ville mene at selvmord kan forebygges, og at de fleste gruppene, og i hvert fall ansatte i psykisk helsevern, ville være villige til selv å bidra til selvmordsforebygging.

### Metode

*Utvalg og prosedyrer.* Utvalg av følgende grupper deltok i undersøkelsen: et tilfeldig utvalg av befolkningen mellom 18 og 65 år, ansatte i psykisk helsevern (psykologer, psykiatere, sykepleiere, hjelpepleiere og sosialarbeidere), politikere, krisetelefonarbeidere og studenter (psykologi, medisin, sykepleie, sosialt arbeid og lærer; se Tabell 1). Undersøkelsen ble gjennomført i Sør-Trøndelag, og til sammen 1949 personer deltok.

**TABELL 1. ANTALL DELTAKERE I HVER DELTAKERGRUPPE FORDELT PÅ KJØNN OG ALDER.**

Grupper	Kjønn			Alder	
	Kvinner	Menn	Totalt	M	S
Generell befolkning	242	194	436	38,8	13,2

**TABELL 1. ANTALL DELTAKERE I HVER DELTAKERGRUPPE FORDELT PÅ KJØNN OG ALDER.**

Fylkespolitikere	17	15	32	52,3	9,8
Ansatte i psykisk helsevern	12	17	32	36,5	9,4
Psykiatere/psykologer	130	43	174	35,9	9,2
Sykepleiere	41	14	55	45,1	6,7
Hjelpepleiere	37	12	49	41,3	9,2
Sosialarbeidere					
Krisetelefonarbeidere	24	9	33	49,4	16,3
Studentgrupper	158	116	274	23,1	2,7
Medisinstudenter	155	64	219	25,9	5,2
Psykologistudenter	131	12	143	28,0	8,0
Sosialarbeidsstudenter	306	20	327	25,4	6,4
Sykepleiestudenter	136	41	177	24,1	4,7
Lærerstudenter					
Total	1389	557	1949	31,0	11,6

Note. Summene stemmer ikke alltid, fordi informasjon om kjønn mangler for noen av informantene. M = gjennomsnitt; S = standardavvik

Data ble samlet inn på forskjellig måte i gruppene. Folkeregisteret trakk et tilfeldig utvalg på 1000 personer i alderen 18–65 år, som fikk spørreskjemaet i posten. 434 personer fylte ut skjemaet. Noen kom i retur, så netto svarprosent ble 44%. Kjønnfordelingen blant de som svarte (56% kvinner og 44% menn), var signifikant forskjellig fra totalutvalget (51% kvinner og 49% menn;  $\chi^2(1) = 5,8, p < 0,05$ ), men effektstørrelsen var svært lav (*Cramers V* = 0,06). Det var ingen aldersforskjell mellom totalutvalget ( $M = 39,9; S = 13,2$ ) og de som svarte ( $M = 38,9; st.a. = 13,2; t(1430) = 1,5, i.s.$ ).

I psykisk helsevern ble spørreskjemaet lagt i posthyllen til alle ansatte ved to psykiatriske sykehus. Totalt ble 644 spørreskjemaer delt ut, hvorav 387 ble returnert (svarprosent 60%). Noen grupper var representert ved et svært lite antall, for eksempel fysioterapeuter, kokker, aktivitører og administratorer. Disse gruppene ble ekskludert fra analysene som inngår her. Siden relativt få psykologer ( $n = 20$ ) og psykiatere ( $n = 12$ ) deltok, ble disse slått sammen til én gruppe i analysene. Testanalyser viste ingen forskjeller mellom disse to gruppene.

Spørreskjemaet ble sent i posten til alle fylkestingsrepresentanter i fylket. 32 av 56 (60%) politikere returnerte skjemaet. Skjemaet ble delt ut på et kurs i selvmordsforebygging til krisetelefonarbeiderne. 35 personer deltok på kurset, hvorav 33 leverte inn skjemaet. De to siste hadde allerede deltatt som studenter og fylte derfor ikke ut skjemaet på nytt. Netto svarprosent ble derfor 100%.

Spørreskjemaet ble delt ut til studentene i forbindelse med undervisning, og bare de som var til stede den aktuelle dagen, deltok i undersøkelsen. Timer med obligatorisk oppmøte eller høy oppmøteprosent ble valgt. Svarprosenten var høy, kun 0–2 studenter på hvert av studiene unnlot å svare. Studenter fra alle trinn i de aktuelle studiene deltok. Det er ingen grunn til å tro at det er noen systematiske forskjeller mellom de studentene som var til stede eller ikke, ettersom undersøkelsen ikke var annonsert på forhånd. Data ble samlet inn i perioden 2002–2004. Undersøkelsen ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge.

*Spørreskjema.* Norsk versjon av Attitudes Towards Suicide (ATTS; Salander Renberg og Jacobsson, 2003) ble brukt. ATTS består av 39 påstander om holdninger til selvmord og selvmordsforebygging. De aller fleste av disse skåres på en 5-punkts Likert-skala fra svært enig (5) til svært uenig (1). En skåre på 3 betyr «i tvil, det kommer an på». I tillegg inneholder skjemaet andre variabler, hvorav følgende er inkludert i denne studien: kjønn, selvrappporterte suicidale tanker og selvmordsforsøk siste år og tidligere i livet. Det var to spørsmål om suicidale tanker: «Har du noen gang tenkt på å ta ditt eget liv?» og «Har du noen gang kommet i den situasjonen at du alvorlig har overveid å ta ditt liv, kanskje t.o.m. planlagt hvordan du i så fall skulle gjøre det?». Spørsmålene ble besvart på en firepunktsskala fra aldri til ofte.

Salander Renberg og Jacobsson (2003) fant at skjemaet hadde høy begrepsvaliditet i Sverige. Den indre konsistensen for skjemaet som helhet og noen av holdningsfaktorene var imidlertid relativt lav. Det forklares med at instrumentet måler et svært bredt spekter av holdninger, og at holdninger til selvmord både er motstridende og ustabile, noe som gjør det vanskelig å oppnå høy indre konsistens for hele instrumentet. De innrømmer at dette kunne vært bedret ved å inkludere flere påstander, men å gjøre det måtte balanseres med anvendbarheten i storskalastudier som instrumentet ble konstruert for. Skjemaet ble oversatt til norsk av førsteforfatteren med utgangspunkt i den svenske versjonen av skjemaet. Oversettelsen ble gjennomgått av en tospråklig (norsk og svensk) førsteamanuensis i psykologi. Skjemaet ble så pilottestet på et lite utvalg.

*Dataanalyser.* I Sverige resulterte analysen i en 10-faktormodell som inkluderte 34 av 39 påstander (60% forklart varians; Salander Renberg & Jacobsson, 2003). I Norge ble det gjort en konfirmatorisk faktoranalyse (AMOS) for å se om denne faktorstrukturen ble støttet av norske data. Resultatene av analysen var tvetydige. Khikvadratanalysen indikerte at modellen passet dårlig ( $\chi^2(531) = 5223,5, p < 0,001$ ), men Bollen og Long (1993) påpeker at denne indikatoren har mange svakheter og derfor aldri bør være det eneste målet på om modellen passer. «Root mean square error of approximation» (RMSEA) er å foretrekke, og en RMSEA mellom 0,08 og 0,05 betraktes som akseptabel (Browne & Cudek, 1993). Vår RMSEA (0,066) var derfor godt innenfor det akseptable nivået. Videre var faktorladningene over 0,30 for alle påstandene unntatt to: faktor 3 ladet 0,12 på én av fem påstander, og faktor 5 ladet 0,29 på én av tre påstander (se Tabell 2; den første av disse ble utelatt fra videre analyser). Når vi la inn korrelasjoner mellom alle faktorene i modellen, sank RMSEA til 0,052 med bare minimale endringer i faktorladninger. Den

svenske modellen ble altså verifisert av norske data. Vi summerte deretter skårene på alle påstander som inngikk i hver faktor, og delte på antall påstander for å få lett tolkbare sumskårer for hver faktor (skåre fra 1 til 5). Gruppene ble så sammenlignet ved bruk av ANOVA. Noen sentrale faktorer ble også undersøkt videre på itemnivå i forhold til hvor store andeler i gruppene som var i tvil eller uenige med flertallet i gruppen. Dette er viktig informasjon for opplæring/utdanning i selvmordsforebygging, og vi valgte derfor en mer detaljert analyse enn bare å se på standardavvik. Vi gjorde også korrelasjonsanalyser mellom holdningsfaktorene og egen suicidalitet.

**TABELL 2. FAKTORER MED INKLUDERTE PÅSTANDER (FORKORTET), FAKTORLADNINGER OG INTERN KONSISTENS FOR HVER FAKTOR SAMT HELE INSTRUMENTET.**

<b>Faktorer</b>	<b>Faktor- ladning</b>	<b>Intern konsistens*</b>
<b>1 Selvmord er akseptabelt</b>		
Få hjelp til å ta mitt eget liv ved alvorlig, uhelbredelig sykdom	0,82	
Gi hjelp til selvmord ved alvorlig, uhelbredelig sykdom (folk)	0,73	
Selvmord forståelig ved alvorlig, uhelbredelig sykdom (folk)	0,65	
Vurdere selvmord ved alvorlig, uhelbredelig sykdom (meg selv)	0,74	0,84
Selvmord akseptabel måte å ende uhelbredelig lidelse på (folk)	0,66	
Rett til selvmord (folk)	0,57	
Selvmord bør ikke alltid forebygges	0,41	
<b>2 Selvmord er uforståelig</b>		
Selvmord blant unge spesielt ubegripelig	0,64	
Selvmord blant det verste man kan gjøre mot sine pårørende	0,48	
Ikke forståelig at folk kan ta sitt liv	0,69	0,67
Selvmord kan aldri rettferdiggjøres	0,51	
(Lav estimert sannsynlighet for eget selvmord)	0,34	
<b>3 Ikke-kommunikasjon</b>		
Kommunikasjon ikke alvorlig	0,76	
Folk som truer med selvmord, gjør det ikke	0,66	
Selvmord skjer uten forvarsel	0,40	0,64
Pårørende har ingen anelse om hva som foregår	0,37	
(De fleste unngår å snakke om selvmord)	(0,12)	
<b>4 Selvmord kan forebygges</b>		
Kan alltid hjelpe	0,62	
Selvmord kan forebygges	0,50	0,60
Beslutning om selvmord kan ikke gjøres om (reversert i sumvar.)	-0,62	

**TABELL 2. FAKTORER MED INKLUDERTE PÅSTANDER (FORKORTET), FAKTORLADNINGER OG INTERN KONSISTENS FOR HVER FAKTOR SAMT HELE INSTRUMENTET.**

<b>5 Tabuisering</b>		
Bør ikke snakke om selvmord	0,68	
Risiko for å vekke selvmordstanker hvis man spør	0,39	0,41
Selvmord folks egen sak	0,29	
<b>6 Normalt/vanlig</b>		
Kunne snakke om selvmord uten å mene det (meg selv)	0,37	
Alle har tenkt på selvmord	0,64	0,47
Alle kan ta sitt eget liv	0,46	
<b>7 Selvmordsprosess</b>		
Tenkt på selvmord lenge	0,64	0,48
Selvmordsforsøk er impulsive handlinger (reversert i sumvariabel)	-0,50	
<b>8 Relasjonsforårsaket</b>		
Selvmordsforsøk skyldes mellommenneskelige konflikter	0,49	0,37
Selvmordsforsøk som hevn eller straff	0,45	
<b>9 Beredt til å forebygge selvmord</b>		
Beredt til å hjelpe en suicidal person (meg selv)	0,38	0,30
Plikt til å hinder selvmord	0,48	
<b>10 Resignasjon</b>		
Selvmord som lettelse	0,61	0,47
Situasjoner der selvmord er den eneste løsningen	0,53	

Faktornavn og påstand-forkortelser etter Salander Renberg & Jacobsson (2003) unntatt navnet på den første faktoren. I multisenterstudien ble vi enige om å kalle denne faktoren «Selvmord er akseptabelt» i stedet for det opprinnelige navnet «Selvmord som rettighet».

\*Cronbachs alfa. For hele instrumentet var Cronbachs alfa 0,62. Påstander i parentes ikke inkludert i sumvariabel.

## Resultater

Gjennomsnittsskårer og standardavvik er presentert i Tabell 3. Det var signifikante gruppeforskjeller på alle ti faktorer (signifikanstestene er presentert for hver faktor under). De faktiske forskjellene var imidlertid relativt små, men sannsynligvis statistisk signifikante på grunn av utvalgsstørrelsen. Vi fant det derfor ikke særlig interessant å se på om en eller flere av gruppene skåret høyere enn andre statistisk sett, all den tid de faktiske forskjellene var små og de aller fleste skårene gikk i samme retning (på skalaen). Det var mer interessant å se *hvor* på skalaen de lå, og hvorvidt det var gruppeforskjeller i forhold til om de var enige eller uenige i påstandene.

Faktor 1 ble kalt «Selvmord er akseptabelt», og på denne var alle gruppene på den uenige siden av skalaen ( $F(11, 1941) = 6,6, p < 0,001$ ). Ingen av gruppene så altså på selvmord som akseptabelt; heller ikke i forbindelse med alvorlig, uhelbredelig sykdom som de fleste påstandene som er inkludert i denne faktoren, beskriver. På den andre faktoren: «Selvmord er uforståelig», skåret alle gruppene unntatt psykiatere/psykologer på den enige siden ( $F(11, 1941) = 22,0, p < 0,001$ ). På faktor 3; «Ikke-kommunikasjon», skåret gruppene i forskjellig retning. Denne faktoren innbefatter påstander om at de som snakker om å ta sitt eget liv, ikke kommer til å gjøre det, og at selvmord skjer uten forvarsel, noe som regnes som klassiske myter. Mens den generelle befolkningen, politikere, hjelpepleiere og sykepleie- og lærerstudenter i varierende grad synes å tro på disse mytene, gjør psykiatere/psykologer, sykepleiere, sosialarbeidere samt medisin-, psykologi- og sosialarbeidsstudenter ikke det ( $F(11, 1941) = 26,1, p < 0,001$ ).

Faktoren «Selvmord kan forebygges» inkluderer påstander om hvorvidt selvmord faktisk kan forebygges. Her var alle gruppene i varierende grad enige ( $F(11, 1941) = 17,8, p < 0,001$ ). «Tabuisering»-faktoren inkluderte påstander om at det er farlig å snakke om selvmord. Ingen av gruppene trodde på denne myten ( $F(11, 1941) = 13,3, p < 0,001$ ). På faktoren «Normalt/vanlig» var alle gruppene til en viss grad uenige om at selvmord er noe normalt eller noe alle kan tenke på av og til ( $F(11, 1941) = 3,0, p < 0,001$ ). På faktoren «Selvmordsprosess» var alle gruppene enige om at selvmord er noe som er planlagt og ikke en impulsiv handling ( $F(11, 1941) = 4,1, p < 0,001$ ). På faktoren «Forårsaket av relasjoner» var alle gruppene enige om at selvmordsforsøk ikke har med relasjonsproblemer å gjøre i særlig grad ( $F(11, 1941) = 3,3, p < 0,001$ ). Faktoren «Beredt til å forebygge» sier noe om hvorvidt informantene personlig er villige til å bidra til å forebygge selvmord, noe alle gruppene var ( $F(11, 1941) = 6,6, p < 0,001$ ). Alle gruppene skåret på den uenige siden på faktoren «Resignasjon» ( $F(11, 1941) = 3,1, p < 0,001$ ), noe som indikerte at de ikke så på selvmord som en lettelse eller den eneste løsningen på problemer.

## Prinsipielle holdninger

Relativt store andeler av alle gruppene hadde krysset av for «i tvil»-alternativet på de fleste påstandene. Fire av faktorene kan sies å representere mer grunnleggende/prinsipielle holdninger, nemlig holdninger som har å gjøre med hvorvidt selvmord er akseptabelt, tabuisering, forebygging (generelt) og villighet til å forebygge (ved å involveres personlig). Disse faktorene ble derfor studert nærmere. Det var store forskjeller innenfor gruppene på de forskjellige påstandene som var inkludert i hver av faktorene, men det kom ikke frem noe klart gjennomgående mønster slik at noen grupper utmerket seg med å ha spesielt vanskelig for å ta stilling. Om påstandene som var inkludert i faktoren «Selvmord er akseptabelt», var 13%–51% i tvil. Mellom 0 og 63% var i tvil når det gjaldt påstandene om tabuisering. Når det gjaldt påstandene som var inkludert i faktoren «Selvmord kan forebygges», var 0–42% i tvil. På faktoren «Beredt til å forebygge» varierte ubesluttomheten fra 0 til 24%.



Vi valgte ut noen få sentrale påstander til å representere faktorene over for å se hvor store andeler i hver gruppe som var uenig med flertallet. En fjerdedel (26%) av psykiaterne/psykologene var enige i påstanden «Folk har rett til å ta sitt eget liv». For de andre gruppene så det slik ut: hjelpepleiere (20%), psykologi- og medisinstudenter (19%), sykepleiestudenter (14%), befolkning (13%), sykepleiere og sosialarbeidsstudenter (11%), sosialarbeidere (10%), krisetelefonarbeidere (9%), lærerstudenter (8%) og politikere (3%;  $\chi^2(44) = 115,8, p < 0,001, Cramers V = 0,12$ ). Nesten en femdel (18%) av krisetelefonarbeiderne var enige i påstanden «Selvmord er et tema som man helst ikke bør snakke så mye om» (11% av befolkningen, 9% av hjelpepleierne, 7% av sykepleiestudentene, 5% av lærer- og sosialarbeidsstudentene, 4% av sosialarbeiderne, 3% av politikerne, psykiatere/psykologer, psykologi- og medisinstudentene, og 2% av sykepleierne var også enige i dette;  $\chi^2(44) = 161,9, p < 0,001, Cramers V = 0,14$ ). På en av de andre påstandene som var inkludert i «Tabuisering»-faktoren, nemlig «Det finnes en risiko for å vekke selvmordstanker til live hos en person hvis man spør om han/hun har tanker om selvmord», fremsto imidlertid følgende bilde: 11% av hjelpepleierne, 10% av befolkningsutvalget, 8% av sykepleiestudentene, 7% av politikere, 6% av sosialarbeids- og lærerstudenter, 5% av psykologistudenter, 4% av sykepleie- og sosialarbeidsstudenter, 3% av medisinstudenter og krisetelefonarbeidere, men ingen av psykiaterne/psykologene trodde på denne myten ( $\chi^2(44) = 157,6, p < 0,001, Cramers V = 0,14$ ).

**«Oppsiktsvekkende var det at en tredel av krisetelefonarbeiderne mente at man ikke bør, eller ikke visste om man bør, snakke om selvmord, og at 11% av hjelpepleierne i psykisk helsevern tror det er farlig å snakke om selvmord»**

Kun noen få i 9 av de 12 gruppene var uenige i påstanden «Selvmord kan forebygges»: ingen av politikerne, medisin- eller sosialarbeidsstudentene og bare mellom en og fem personer i de andre gruppene mente at selvmord ikke kan forebygges ( $\chi^2(44) = 120,7, p < 0,001, Cramers V = 0,13$ ). 13 sykepleiestudenter, ni fra befolkningen, åtte psykologistudenter, sju sosialarbeids- og lærerstudenter, fire medisinstudenter og to sykepleiere var uenige i påstanden «Jeg er beredt til å hjelpe et menneske i selvmordskrise ved å ta kontakt og snakke med ham/henne», mens ingen psykiatere/psykologer, sosialarbeidere, krisetelefonarbeidere, politikere eller hjelpepleiere var uenig i dette ( $\chi^2(44) = 142,8, p < 0,001, Cramers V = 0,14$ ).

## **Egen suicidalitet**

0,4% (n = 7) av informantene hadde forsøkt å ta sitt liv i løpet av siste år, mens 4% (n = 75) hadde forsøkt selvmord tidligere i livet. Henholdsvis 4% (n = 86) og 16% (n = 316) rapporterte alvorlige selvmordstanker/-planer siste år og tidligere i livet, mens tilsvarende andeler for mindre alvorlige selvmordstanker var 10% (n = 198) og 32% (n = 620).

Selvmordsforsøk tidligere i livet korrelerte positivt med faktorene «Selvmord er akseptabelt» ( $r = 0,09, p < 0,001$ ) og «Normalt/vanlig» ( $r = 0,16, p < 0,001$ ) og negativt med «Selvmord er uforståelig» ( $r = -0,10, p < 0,001$ ). Selvmordstanker (alvorlige og ikke-alvorlige) korrelerte positivt med «Selvmord er akseptabelt» (siste år:  $r = 0,13$ ; tidligere i livet:  $r = 0,18, p < 0,001$  for begge), «Normalt/vanlig» (siste år:  $r = 0,23$ , tidligere i livet:  $r = 0,34, p < 0,001$  for begge) og «Resignasjon» (siste år:  $r = 0,13$ ; tidligere i livet:  $r = 0,10, p < 0,001$  for begge), og negativt med «Selvmord er uforståelig» (siste år:  $r = -0,16$ , tidligere i livet:  $r = -0,28, p < 0,001$  for begge).

## Diskusjon

Alle grupper helsearbeidere i psykisk helsevern, studenter og lekfolk heller mot den holdningen at selvmord ikke er akseptabelt, heller ikke i sammenheng med alvorlig, uhelbredelig sykdom. Den jevne oppfatningen er at selvmord ikke kan sees på som en lettelse eller være den eneste løsningen i noen situasjoner. Alle grupper mener at en viss grad av planlegging er involvert når noen tar sitt eget liv, og at selvmord ikke er en normal eller vanlig handling som folk flest kan komme til å gjøre. Ingen av gruppene tror at selvmordsforsøk forårsakes av relasjonsproblemer i særlig grad. Alle gruppene mener at selvmord kan forebygges, de er villige til å bidra personlig, og de er imot tabuisering. Oppsiktsvekkende var det imidlertid at en tredel av krisetelefonarbeiderne mente at man ikke bør, eller ikke visste om man bør, snakke om selvmord, og at 11% av hjelpepleierne i psykisk helsevern tror det er farlig å snakke om selvmord. Kun på to av ti faktorer var det noe uenighet mellom gruppene: 1) psykiaterne/psykologene synes i noe større grad å forstå at noen tar sitt eget liv, og 2) bare én av de profesjonelle helsearbeidergruppene (hjelpepleierne) sammen med befolkningsgruppen, politikerne og to av studentgruppene (sykepleie- og lærerstudenter) synes å tro på myten om at selvmord skjer uten forvarsel, og at de som truer med å ta sitt liv, ikke gjør det. Én av seks hadde tenkt alvorlig på selvmord minst én gang i livet, mens nesten en tredel hadde tenkt på det av og til, men ikke alvorlig. De som var eller hadde vært suicidale selv, mente i større grad at selvmord er akseptabelt.

Svarprosenten i befolkningsutvalget er relativt lav. De som svarte, var imidlertid representative for hele utvalget i forhold til alder og avvek bare marginalt i forhold til kjønn. Dessuten skilte ikke resultatene i denne gruppen seg i vesentlig grad fra de gruppene som hadde høye svarprosent. Antallet psykiatere/psykologer, politikere og krisetelefonarbeidere som deltok i studien, var relativt lavt, mens svarprosenten i disse gruppene var høy (60–100%). I de resterende gruppene var svarprosenten svært høy, slik at resultatene skulle være generaliserbare. Undersøkelsen bør replikeres i gruppene med lavt deltakerantall/svarprosent.

En av seks hadde tenkt alvorlig på selvmord minst én gang i livet, mens nesten en tredel hadde tenkt på det av og til, men ikke alvorlig. De som var eller hadde vært suicidale selv, mente i større grad at selvmord er akseptabelt

Selv om alle gruppene helte mot den holdningen at selvmord ikke er akseptabelt, var det flere som var i tvil, og relativt store andeler av psykiaterne/psykologene (26%), hjelpepleierne (20%) samt medisin- og psykologistudentene (19%) mente at folk har rett til å ta sitt eget liv. Politikerne var sterkest imot dette som en rettighet (78% imot og bare én politiker enig). Et relevant spørsmål er derfor hvordan denne holdningen påvirker deres forhold til selvmordsforebygging. Den prinsipielle beslutningen kan bli påvirket av hvorvidt de oppfatter seg som ansvarlig i sitt møte med en suicidal person.

Politikerne arbeider på det lovgivende, normative nivået i samfunnet, mens de fleste i denne studien enten arbeider eller kommer til å arbeide i helsevesenet, der mange vil møte suicidale personer. Noen av dem kommer også til å ha et terapeutisk forhold til suicidale personer hvor det vil være av avgjørende betydning hvilken relasjon de greier å etablere til disse. For noen av dem vil det dreie seg om å kunne danne en terapeutisk allianse. En forutsetning for å etablere en slik allianse er en forståelsesfull atmosfære der det ikke er noen grenser for hva det kan snakkes om. Her vil terapeutens holdninger til selvmord og suicidale mennesker spille en avgjørende rolle. Man kan vanskelig snakke om «riktige» og «gale» holdninger generelt sett i slike sammenhenger; det som er avgjørende, er at terapeuten kjenner sine egne holdninger og vet at de kan ha konsekvenser for forholdet til klienten (Friedman et al., 2006; Herron et al., 2001; Wallin & Runeson, 2003). Politikerne var også enige med de andre gruppene i at selvmord må snakkes om, at selvmord kan forebygges, og at de selv er beredt til å bidra til selvmordsforebygging. På denne måten kan gruppenes respektive holdninger være fruktbare på de forskjellige nivåene de arbeider på; klinikerne må være forståelsesfulle for å kunne bygge en terapeutisk allianse, mens politikerne kan arbeide på et mer prinsipielt nivå for å forebygge en atferd de finner uakseptabel. Klinikerne må imidlertid passe på at deres forstående holdning ikke (mis)forstås som et klarsignal for suicidale personer til å ta sitt liv eller fører til at de i mindre grad vil gripe inn i en selvmordskrise (Anderson et al., 2000; Bagley & Ramsey, 1989; Neimeyer et al., 2001).

Et sentralt funn i denne studien var at en tredel av krisetelefonarbeiderne enten mente at man ikke bør snakke om selvmord (18%) eller ikke visste hvorvidt man burde gjøre det (15%). Kirkens SOS har rapportert i media at en stor andel av deres samtaler dreier seg om suicidalitet. Derfor kan et slikt funn gi grunn til bekymring. På den annen side er det få av krisetelefonarbeiderne som mener at det innebærer en risiko for å vekke til live suicidale tanker hos en person hvis man spør om dette; et resultat som synes å stå i motsetning til det over. Dette kan imidlertid reflektere forskjellige holdninger til selvmord som fenomen på den ene siden, og holdninger til suicidale personer på den andre (Maine et al., 2001) og viser at de sannsynligvis ikke er redde for å spørre sine innringere om suicidalitet, noe som er en potensielt livreddende handling. Kirkens SOS har arbeidet aktivt i de senere år for å skolere sine ansatte ved blant annet å tilby kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» (Vivat).

Selv om resultatene generelt peker mot en holdning om mer åpenhet omkring selvmord i samfunnet, er det bekymringsfullt at 6% av psykiaterne/psykologene, 10% av sykepleierne, 9% av hjelpepleierne og 4% av sosialarbeiderne som jobber i psykisk helsevern, mener at selvmord ikke bør snakkes om. Det samme gjelder relativt store andeler av helse- og sosialarbeidsstudentene. Det ser ut til å være behov for økt kunnskap om selvmord i helsevesenet. I 2008 utga Sosial- og helsedirektoratet «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» som et ledd i en slik kunnskapsoppbygging.

Hjelpepleierne er den gruppen som oftest var enige i at det er en risiko for å vekke selvmordstanker til live hvis man spør om selvmord; flere i hjelpepleiergruppen enn i befolkningsgruppen mente det. Dette er urovekkende. En mulig forklaring kan finnes i deres status eller rolleoppfatning: dette er gruppen med lavest utdanningsnivå og med minst ansvar i psykisk helsevern i denne studien. De kan derfor være engstelige for å vekke til live noe som ligger utenfor deres ansvarsområde, og derfor velge å overlate dette til andre profesjoner.

Ingen av gruppene tror suicidalitet har med relasjonsproblemer å gjøre i særlig grad. Dette *kan* ha sammenheng med at det i mange miljøer er et sterkt fokus på at selvmord henger sammen med psykisk lidelse. Det hevdes at mer enn 90% av de som tar sitt eget liv, hadde en alvorlig psykisk lidelse på dødstidspunktet (Retterstøl et al., 2002). Depresjon trekkes fram som den aller mest sentrale lidelsen; til og med gitt status som årsaksfaktor (Isacsson & Rich, 2003). Når vi samtidig vet at mer enn 95% av de med en depresjonslidelse *ikke* tar sitt eget liv (Blair-West et al., 1997), forteller dette at suicidalitet handler om noe langt mer, og annet, enn psykisk lidelse. Dette betyr ikke at suicidale handlinger dermed er forårsaket av relasjonsproblemer, men er et svar på for eksempel sosiale og/eller psykologiske endringer (Fleischer, 2000). Selvmordshandlinger kan for eksempel sees på som kommunikasjonshandlinger der de som tar sitt eget liv eller skader seg selv med vilje, kommuniserer noe med sine suicidale handlinger (f.eks. Fleischer, 2000; Hjelmeland et al., 2002; Knizek & Hjelmeland, 2007). Denne forklaringsmåten synes imidlertid å nå frem i langt mindre grad enn sykdomsforklaringen.

To av faktorene omhandlet holdninger til selvmordsforebygging: en generell og en som gikk på villighet til å engasjere seg personlig. Et overveldende flertall i alle grupper mente at selvmord kan forebygges på generelt nivå. Imidlertid mente tre psykologistudenter og fire ansatte i psykisk helsevern, herunder én psykiater/psykolog, at selvmord ikke kan forebygges. En slik holdning kan ha alvorlige konsekvenser i møte med suicidale personer; hvis de ikke tror på selvmordsforebygging, *kan* de kanskje komme til å sette mindre inn på å forebygge selvmord hos sine pasienter/klienter. Åtte av psykologistudentene var også tilbakeholdne med å bidra til selvmordsforebygging på et personlig plan. En slik holdning kombinert med det ansvaret de vil få, er bekymringsfull og peker mot et behov for ytterligere opplæring av denne gruppen. Opplæring i selvmordsforebygging har vist seg å være effektiv i forhold til å endre

holdninger blant helsepersonell (Berlim et al., 2007; Botega et al., 2007; McCann et al., 2006).

Mønsteret med å krysse av for «i tvil»-alternativet er gjennomgående for de fleste påstandene i spørreskjemaet, med opptil 63% for noen påstander. Salander Renberg og Jacobsson (2003) fant at i Sverige så økte andelen «tvilere» fra midten av 1980-tallet til midten av 1990-tallet. De forklarte dette med et høyere refleksjonsnivå som følge av at folk flest hadde blitt mer kjent med problemet i mellomtiden. Hvorvidt problemet med å ta et klart standpunkt i slike spørsmål reflekterer et spesielt høyt refleksjonsnivå i Norge, er vanskelig å si, men selvmordsforebygging har vært på dagsordenen på forskjellige måter siden midten av 90-tallet i forbindelse med gjennomføringen av den nasjonale handlingsplanen mot selvmord.

## Konklusjon

Denne studien viste at profesjonelle helsearbeidere, studenter og lekfolk i stor grad var samstemte om at selvmord ikke er akseptabelt. Deltakerne tror på åpenhet, at selvmord kan forebygges, og er villige til å bidra i selvmordsforebyggende arbeid. Noen viktige nyanser fremkom da data ble undersøkt mer detaljert. Våre resultater viser at holdninger kan variere i forhold til rolle- og ansvarsforståelse: politikere avviser selvmord på prinsipielt grunnlag, mens psykologer/psykiatere har en mer forstående holdning. Studien viser også at en relativt stor andel av krisetelefonarbeiderne mener at man ikke bør snakke om selvmord, og at mange hjelpepleiere i psykisk helsevern faktisk tror på myten om at det er farlig å snakke om selvmord. Det ser ut til å være behov for (mer) opplæring/utdanning i selvmordsforebygging.

Heidi Hjelmeland

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

NTNU, 7491 Trondheim

Tlf. 73 59 18 83

E-post [heidi.hjelmeland@svt.ntnu.no](mailto:heidi.hjelmeland@svt.ntnu.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 10, 2010, side 908–915*

## TEKST

**Heidi Hjelmeland**

**Birthe Loa Knizek**

+ **Vis referanser**

## Referanser

Anderson, M., Standen, P., Nazir, S. & Noon, J. P. (2000). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour in young people. , 1-11.

- Bagley, C. & Ramsey, R. (1989). Attitudes towards suicide, religious values and suicidal behaviour: Evidence from a community survey. I R.F.W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke & G. Sonnek (red.). (s.78-90). Leiden: Canberr, Brill.
- Berlim, M. T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M. P. & Joiner, T. (2007). Does training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behaviour? *Disorders*, 233-239.
- Blair-West, G. W., Mellsop, G. W. & Eyeson-Annan, M. L. (1997). Down-rating lifetime suicide risk in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 47, 259-263.
- Botega N. J., Silva, S. V., Reginato, D. G., Rapelli, C. B., Cais, C. F. S., Mauro, M. L. F., Stefanello, S. & Cecconi, J. P. (2007). Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 145-153.
- Bollen, K. A. & Long, J. S. (1993). Introduction. I K. A. Bollen & J. S. Long (red.). (s. 1-9). Newbury Park, CA: Sage.
- Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. I K.A. Bollen & J.S. Long (red.). (s. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Domino, G. & Leenaars, A.A. (1995). Attitudes toward suicide among English-speaking urban Canadians. *Journal of Affective Disorders*, 36, 489-500.
- Fleischer, E. (2000). *Attitudes towards suicide and suicidal behaviour*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M. & Mitchell, A J. (2006). Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 273-277.
- Goldney, R. D. & Bottrill, A. (1980). Attitudes to patients who attempt suicide. *Journal of Affective Disorders*, 1, 717-720.
- Helsedirektoratet. (1993). *Attitudes towards suicide and suicidal behaviour*. Oslo.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A. & Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 342-347.
- Hjelmeland, H. & Knizek B. L. (2004). The general public's views on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study of attitudes towards suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 345-359.
- Hjelmeland, H., Knizek, B. L., Kinyanda, E., Musisi, S., Nordvik, H. & Svarva, K. (2008). Suicidal behaviour as communication in a cultural context. A comparative study between Uganda and Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3), 137-144.
- Hjelmeland, H., Knizek, B. L. & Nordvik, H. (2002). The communicative aspect of nonfatal suicidal behaviour - are there gender differences? *Journal of Clinical Nursing*, 13, 144-155.
- Isacsson, G. & Rich, C.L. (2003). Getting closer to suicide prevention. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 455-459.
- Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2007). A theoretical model for interpreting suicidal behaviour as communication. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 697-720.
- Lang, W.A., Ramsey, R., Tanney, B. L. & Tierney, R. J. (1989). Caregiver attitudes in suicide prevention: help for the helpers. I R. F. W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke & G. Sonnek (red.). (s. 260-272). Leiden: Canberr, Brill.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Attitudes towards suicide and suicidal behaviour*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Leenaars, A. A. & Domino, G. (1993). A comparison of community attitudes towards suicide in Windsor and Los Angeles. *Journal of Community Psychology*, 21(3), 253-266.
- Maine, S., Shute, R. & Martin, G. (2001). Educating parents about youth suicide: knowledge, response to suicidal statements, attitudes, and intention to help. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 320-332.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), 4-10.
- Neimeyer, R. A., Fortner, B. & Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. *Journal of Counseling and Development*, 79(1), 71-82.
- Salander Renberg, E. & Jacobsson, L. (2001). A European collaboration project on prevention of suicide. I O. T. Grad (red.). *Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 268-272  
Ljubljana: Cancarjev Dom.
- Salander Renberg, E. & Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 52-64.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Sosial- og helsedirektoratet*. Oslo.
- Statens helsetilsyn. (1995). *Statens helsetilsyn*. Oslo.
- Shneidman E. (1985). *Self-harm*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Wallin, U. & Runeson, B. (2003). Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 329-333.