
Vi kan ikke forutse, men vi kan forebygge

KOMMENTAR

TORMOD STANGELAND

tmst@ahus.no

Tormod Stangeland er psykologspesialist ved Akershus universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

JAN HAMMER

Jan Hammer er prosjektkoordinator ved Psykiatrisk avdeling Blakstad, Vestre Viken.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

TROND FJETLAND AARRE

Trond Fjetland Aarre er avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

WENCHE RYBERG

Wenche Ryberg er psykologspesialist ved Vestre Viken.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ekeberg & Hem argumenterer annerledes enn vi gjør i vår kronikk «Ingen kan føresjå selvmord» (1, 2), men vi ser likt på begrensningene i skjemabasert selvmordsrisikovurdering. Vi er enige om uheldige konsekvenser av at klinikere er redde for å gjøre feil, i et system der sikringstiltak dekker klinikerens rygg. Fremfor alt ser vi likt på verdien av å snakke med selvmordsnære personer om opplevelsene deres. Når vi kritiserer systematisk bruk av selvmordsrisikovurderinger slik den gjøres mange steder i dag, kan det misforstås som at vi er uinteressert i å avverge selvmord og har gitt opp å hjelpe mennesker i fare. Vår hensikt er nettopp å gi bedre forutsetninger for å snakke om fortvilelse og selvmordstrang, for å finne måter å romme smerten på.

Vi har derfor et annet syn på formålet med samtalen enn Ekeberg & Hem. Hvis en pasient uttaler «kona mi har gått fra meg, så det er ingen vits i å leve lenger», vektlegger de å undersøke selvmordstanker, -planer og tilgang til selvmordsmetoder.

En slik tilnærming kan forskyve oppmerksomheten fra utforsking av pasientens opplevelse til en utredning, der pasienten er leverandør av opplysninger for eksperten som vurderer risiko og tiltak. Undersøkelsen kan forsterke opplevelsen av kontrolltap og at en ekspert skal ta over ansvaret for ens eget liv. Vi mener vi heller bør tone ned risikovurderingen og konsentrere oss om den første delen av setningen: Kona har gått fra ham, og det reagerer han følelsesmessig sterkt på. Her er det en mengde temaer som gir innpass til pasientens krise. Samtalen vil utvikle seg svært annerledes enn ved undersøkelse av selvmordsplaner, og kan romme pasientens desperasjon. Hvis smerten blir håndterlig, minsker smerteuttrykk som selvmordstanker og klinikerens behov for å gripe inn med sikringstiltak. Det kan gi en opplevelse av at det nytter å åpne seg, at følelser kan håndteres.

Vi er heller ikke så skråsikre på at vi kan forutsi selvmord på kort sikt. Ekeberg & Hem viser til et eksempel som mangler et alternativ 3: Kvinnen sitter ved tjernet og venter på hjelp. Risikovurderingen er en øyeblikksvurdering. Situasjonen kan endre seg om noen minutter, timer, dager. Det kan skje ting som mobiliserer troen på livet, eller gjør alt enda svartere. Vi makter ikke å få oversikt over alt som foregår i en persons liv. Selvmordsrisikovurderinger identifiserer mange falske positive. Det fører til svært inngripende tiltak overfor mange i håp om å redde noen få. Det er ukjent om kontrolltiltak reduserer forekomsten av selvmord og desto mer alvorlig dersom tiltaket kan ha skadelige virkninger.

Debatten ender ved at vi har for svake prediksjonsmodeller. De blir grove overslag med usikker klinisk nytteverdi. Vi prøver å forutse kompliserte mentale prosesser med alt for enkle modeller. Klinikere må vurdere tiltak, helst sammen med pasienten, men vi kan ikke forutsi selvmord.

LITTERATUR

1. Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutse selvmord? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1680 - 1.
2. Aarre TF, Hammer J, Stangeland T. Ingen kan føresjå sjølv mord. Aftenposten 23.5.2017 https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/nE29L/Ingen-kan-foresja-sjolv-mord--Aarre_-Hammer-og-Stangeland (12.12.2017).

Publisert: 22. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0005

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.