
Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge?

KRONIKK

ØIVIND EKEBERG

Øivind Ekeberg er spesialrådgiver ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, og professor emeritus ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Han har i 35 år arbeidet klinisk og forskningsmessig med selvmordsforebygging. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERLEND HEM

erlend.hem@medisin.uio.no

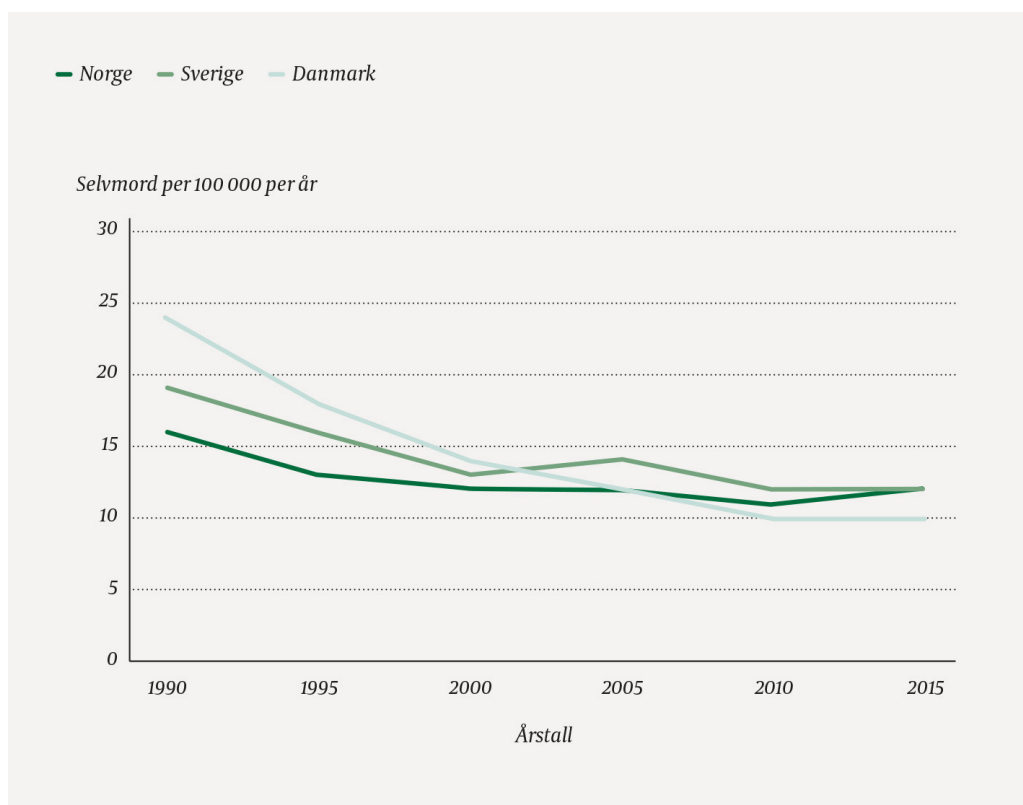
Erlend Hem er fagsjef ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, professor ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, og redaktør for Tidsskriftets språkspalte.

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

Selvmondsraten har ikke gått ned i Norge på 20 år til tross for flere handlingsplaner, økt kompetanse og bedre behandling. De fleste selvmord skjer blant mennesker som ikke er i psykiatrisk behandling, og samfunnsmessige forhold er en hovedårsak til at raten ikke blir lavere.

Da Norge fikk et nasjonalt program for å forebygge selvmord i 1993, var vi det andre landet i verden etter Finland. To år etter kom den første handlingsplanen mot selvmord. I 2008 kom retningslinjer for å forebygge selvmord i psykisk helsevern, og i 2014 den hittil siste handlingsplan mot selvmord og selvskading. Nylig vedtok Stortinget å utarbeide en ny handlingsplan.

Trass i disse tiltakene har selvmordsraten stort sett vært uendret i Norge fra 1995 til 2015 (figur 1) (1–6). I samme periode har det vært en betydelig nedgang i Danmark, mens utviklingen i Norge og Sverige har vært ganske lik. Vi har altså i 20 år hatt målrettede programmer for å redusere selvmordsratene – tilsynelatende til liten nytte.



Figur 1 Selvmordsrater i Skandinavia 1990–2015 (ujusterte tall, basert på nasjonal selvmordsstatistikk) (1–6).

Manglende evaluering

Øivind Ekeberg hadde hovedansvaret for å utarbeide det nasjonale programmet i 1993. Da handlingsplanen kom i 1995, ble flere foreslåtte tiltak redusert eller kuttet. Det ble for eksempel anbefalt å etablere regionale selvmordsforebyggende ressursentre i universitetsbyene med seks til ni ansatte, mens det bare ble opprettet halvannen stilling hvert sted.

Dersom handlingsplaner skal være nyttige, må det være strukturert oppfølging og evaluering av tiltakene, og internasjonale fagpersoner må delta. Da den nyeste handlingsplanen kom i 2014, tok den ikke utgangspunkt i tidligere planer med evaluering av hva man burde gjøre mer eller mindre av.

Kritikk

Flere har kritisert de selvmordsforebyggende tiltakene på grunn av at disse er basert på et ensidig biomedisinsk kunnskapssyn med særlig vekt på depresjon (7–9). Kritikerne mener at det er et svakt kunnskapsgrunnlag for at minst 90 % av dem som har tatt livet sitt har hatt en underliggende psykisk lidelse (7). Synspunktet er diskutabelt. Vi har møtt mange tusen pasienter som har gjort selvmordsforsøk. Alle disse hadde problemer som fylte kriteriene for en psykiatrisk diagnose og dermed oppfølging i første- eller andrelinjetjenesten. Vanlige lidelser ved selvmordsatferd er affektive lidelser, personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive

stoffer. Mange har også mer situasjonsbetingede tilstander, slik som akutt belastningslidelse, som varer noen dager, eller tilpasningsforstyrrelse, som vanligvis går over i løpet av seks måneder.

«Det var en mangedobling i forskrivningen av antidepressive legemidler i Norden i årene 1995–2005. Dette førte imidlertid ikke til noen nedgang i selvmordsraten»

Hagen og medarbeidere etterlyser mer oppmerksomhet mot kontekstuelle forhold (7). Det er lett å være enig i at konteksten som pasienten lever i er avgjørende, og denne utløser jo nettopp akutt belastningslidelse, tilpasningsforstyrrelse og andre reaktive tilstander. I studentundervisning og i videreutdanning legges det vekt på en biopsykososial forståelse av pasientenes tilstand (10). Vår erfaring er at de fleste som bruker diagnoser ikke tenker endimensjonalt, og i hvert fall ikke i behandlingen. De som følger opp pasienter etter selvmordsforsøk, har oppmerksomhet mot kognitive, psykodynamiske, familiære, relasjonelle og sosiale problemer, og i mindre grad mot biomedisinske og medikamentelle forhold, selv om slike også ofte er en integrert del av oppfølgingen.

Sosiale endringer

I Norge ble selvmordsraten doblet i løpet av en 20-årsperiode frem til 1988. Betydelige endringer har også skjedd i andre land. I for eksempel Sør-Korea økte raten fra 11 til 30 per 100 000 per år i perioden 1993–2009 (11), mens i Estland falt raten fra 30 til 18 i årene 2000–15 (12). Hvorfor slike store endringer oppstår, vet vi lite om. Ettersom det ikke er tilsvarende endringer i forekomsten av psykisk lidelse eller i behandlingstilbudet, må endrede sosiale forhold spille en avgjørende rolle.

I behandlingen har man særlig lagt vekt på å diagnostisere og behandle depresjon, og det var en mangedobling i forskrivningen av antidepressive legemidler i Norden i årene 1995–2005. Dette førte imidlertid ikke til noen nedgang i selvmordsraten (figur 1) (12). I Norge og Sverige var den mest markerte nedgangen i selvmordsraten i perioden 1990–95, altså før handlingsplanen ble iverksatt.

Prosedyrer versus empati

Det har vært økende oppmerksomhet på selvmordsatferd under psykiatrisk behandling. I en undersøkelse for perioden 2009–11 fant man at nærmere 60 % av alle selvmord i Norge skjedde blant pasienter som ikke hadde vært i kontakt med psykisk helsevern siste år (13). Blant dem som hadde det, var trolig mange bare i sporadisk kontakt mange måneder før selvmordet. Dette er i tråd med en metaanalyse som viste at 3,7 % av selvmordene ble gjort av pasienter under innleggelse i psykiatrisk avdeling, 18 % av pasienter som hadde vært i kontakt med døgnavdeling siste år før selvmordet, og 26 % av pasienter som hadde vært i kontakt med døgnavdeling eller poliklinisk behandling (14).

Man kan ha som mål at ingen selvmord skal skje mens en pasient er innlagt i psykiatrisk avdeling. Samtidig må man være realistisk og huske at alvorlig selvmordsfare er en hovedgrunn til innleggelse, og for å nå et slikt mål vil personalet måtte iverksette et så omfattende kontrollregime at det neppe er ønskelig.

Hagen og medarbeidere spør betimelig om arbeidet med å forebygge selvmord i psykisk helsevern i dag handler mer om å implementere prosedyrer enn om å legge til rette for best mulig omsorg for pasientene (7). Særlig bruken av selvmordsrisikovurderinger er omdiskutert (7, 15). Vi mener at slike kan være nyttige for å kunne forutsi selvmord på kort sikt (16, 17). Hvis man ikke mente det, burde man ikke ha en lov som godtar alvorlig selvmordsfare som et tilleggskriterium ved tvangsinnleggelse. Et metodologisk problem i denne sammenheng er at man tilsynelatende tar feil når man antar at en pasient vil ta livet sitt, men at en intervensjon forhindrer dette. Samtidig er det neppe nødvendig å kunne forutsi hvem som vil ta livet sitt for å forebygge selvmord. Vi har hatt en nedgang i antall trafikkdødsfall uten at det har vært gjort noe forsøk på å forutsi hvem som vil dø i trafikkulykker.

Hva skal vi gjøre?

Klinisk forskning om selvmordsatferd står ikke i noe rimelig forhold til problemets omfang. I tillegg dreier mesteparten av forskningen seg om risikofaktorer og epidemiologi, og lite om effekten av behandling. Spesielt trenger vi mer kunnskap om hvilke intervensjoner som virker.

Vi mangler også studier av hva som kjennetegner selvmordstruede mennesker som henvises til psykisk helsevern, hva som skjer under behandlingen, og hvilken oppfølging pasientene får når de er ferdig behandlet. Vi vet lite om hvorvidt pasientene har fått hjelp til å løse sine problemer under behandlingen, og hvilken ivaretagelse og omsorg de har blitt møtt med.

Hvis man regner med at det er 600 selvmord årlig i Norge og at 5 % av disse finner sted under innleggelse i psykiatrisk avdeling, blir det ca. 30 selvmord per år som gjøres av pasienter som er innlagt. I 2017 ble over 150 000 pasienter behandlet i psykisk helsevern, og over 25 000 hadde vært innlagt i døgnavdeling (18). Det gir en selvmordsrate på 120 per 100 000 innlagte per år, som er omtrent ti ganger høyere enn selvmordsraten i befolkningen. En vanlig årsak til innleggelse er akutt selvmordsfare, og hvis vi antar at det gjelder omtrent halvparten av de innlagte (19), vil det si at ca. 0,2 % av alle som ble innlagt grunnet akutt selvmordsfare tok livet sitt under oppholdet. Det er selvsagt beklagelig at 30 pasienter dør mens de er innlagt, men man må ikke glemme at omtrent 13 000 samtidig har fått hjelp til å komme gjennom sine selvmordskriser. Dette eksemplet viser at uansett vil bedre selvmordsforebygging mens pasientene er innlagt bare kunne påvirke selvmordsraten marginalt. Det vil nok gi større effekt å bedre oppfølgingen etter selvmordsforsøk og fange opp dem som nærmer seg en selvmordskrise. Det gir best muligheter for å hjelpe pasienten med problemene som har ført til krisen.

«Klinisk forskning om selvmordsatferd står ikke i noe rimelig forhold til problemets omfang»

Flere er kritiske til retningslinjenes krav om å vurdere selvmordsfare. De mener at mennesker som blir innlagt i psykiatrisk døgnavdeling som følge av selvmordsatferd må møte empatiske helsearbeidere som har evne til å skape god kontakt, som forsøker å forstå, som anerkjenner personens tanker og følelser, og som involverer pasienten i behandlingsforløpet (7). Andre kritiserer systematisk bruk av selvmordsrisikovurderinger fordi de mener at en slik tilnærming kan forskyve oppmerksomheten fra utforskning av pasientens opplevelse til utredning, der pasienten er leverandør av opplysninger for eksperten som vurderer risiko og tiltak (15). De mener også at en slik undersøkelse kan forsterke opplevelsen av kontrolltap ved at en ekspert tar over ansvaret for pasientens liv. Vi mener at det ikke er noen motsetning her (16, 17). Det er fullt mulig å både foreta en vurdering av selvmordsfare, iverksette beskyttende tiltak og være ivaretagende, empatisk og interessert i pasientens liv og historie. Men prosedyrene kan bli for omfattende i mange situasjoner, både i tilfeller hvor det raskt blir klart at pasienten ikke er akutt selvmordstruet, og når det er gjort gjentatte vurderinger uten at det har skjedd endringer i den kliniske tilstanden eller i pasientens livssituasjon. Hvis vi trekker en parallell til hjertemedisinen, er det ikke noen motsetning mellom å lytte til pasientens opplevelser og symptomer og å vurdere om det foreligger akutt hjerteinfarkt. Det er heller ikke nødvendig å gjøre koronar angiografi hver gang pasienten kommer til undersøkelse med mindre det har oppstått en ny klinisk situasjon.

Vi er enige i at det er behov for nytenkning (7–9). Men det betyr ikke at vi må starte helt på nytt eller kaste ut prosedyrer som er velbegrunnede.

De fleste selvmord skjer blant mennesker som ikke er i kontakt med helsevesenet. Et hovedmål for videre tiltak må derfor være å fange opp selvmordstruede personer som ikke har kommet til behandling.

Det andre hovedmålet dreier seg om tiltak innen helsetjenesten. Her er det minst å hente i forbindelse med innleggelse i psykiatrisk avdeling, hvor bare en liten del av selvmordene finner sted. Førstelinjetjenesten kan trolig bli enda bedre til å fange opp personer som er i faresonen, slik at de kan bli henvist videre. Også i spesialisthelsetjenesten er det forbedringsmuligheter. Målet for behandlingen bør ikke bare være å løse den akutte selvmordskrisen, men også å bedre den psykiske helsen.

Vi har trolig mye å lære fra forebygging av hjertesykdom. Selv om tiltakene overfor de sykeste har blitt stadig bedre, er det livsstilsendringer som har hatt størst betydning for nedgangen i hjertesykdom og -død. Antagelig vil vi også få større effekt av det selvmordsforebyggende arbeidet hvis vi klarer å oppnå bedre psykisk helse i befolkningen.

En av forfatterne er redaktør i Tidsskriftet. Manuskriptet er derfor behandlet eksternt av setteredaktør.

LITTERATUR

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank> Lest 24.5.2019.
2. Statistikkbanken på Folkehelseinstituttet. <http://statistikkbank.fhi.no> Lest 24.5.2019.

3. Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak> Lest 24.5.2019.
4. Socialstyrelsen. Tabell 9. Döda 1987–2017 genom självmord. Statistik om dödsorsaker 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-10-17> Lest 24.5.2019.
5. Center for Selvmordsforskning. Register for selvmord (1970–2017). <http://statistik.selvmordsforskning.dk> Lest 24.5.2019.
6. Danmarks statistik. Statistikbanken. Befolkning og valg. <https://www.statistikbanken.dk/10021> Lest 24.5.2019.
7. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394. [PubMed][CrossRef]
8. Hjelmeland H, Hagen J, Espeland K et al. Retningslinjer forebygger ikke selvmord. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0349. [PubMed][CrossRef]
9. Hagen J, Hjelmeland H, Espeland K et al. Bedre omsorg, færre selvmord? Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.1039. [PubMed][CrossRef]
10. Ekeberg Ø, Hem E. Praktisk selvmordsforebygging. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016.
11. Lee SU, Park JI, Lee S et al. Changing trends in suicide rates in South Korea from 1993 to 2016: a descriptive study. BMJ Open 2018; 8: e023144. [PubMed][CrossRef]
12. Zahl PH, De Leo D, Ekeberg Ø et al. The relationship between sales of SSRI, TCA and suicide rates in the Nordic countries. BMC Psychiatry 2010; 10: 62. [PubMed][CrossRef]
13. Bakken IJ, Ellingsen CL, Pedersen AG et al. Sammenlikning av data fra Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1949–53. [PubMed][CrossRef]
14. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact with mental health services prior to suicide: a systematic review and meta-analysis. Psychiatr Serv 2018; 69: 751–9. [PubMed][CrossRef]
15. Stangeland T, Hammer J, Aarre TF et al. Vi kan ikke forutse, men vi kan forebygge. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0005. [PubMed][CrossRef]
16. Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutsi selvmord? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0573. [PubMed][CrossRef]
17. Ekeberg Ø, Hem E. Vi kan forutsi noen selvmord. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0006. [PubMed][CrossRef]
18. Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013–2017. Samdata spesialisthelsetjenesten. Analysenotat 06/2018. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.

19. Johansen IH, Mellesdal L, Jørgensen HA et al. Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward: patient characteristics and referring agents. A prospective study. Nord J Psychiatry 2012; 66: 40–8. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 3. juli 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0943

Mottatt 6.12.2018, første revisjon innsendt 11.5.2019, godkjent 31.5.2019.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. juli 2026.