

---

# Kan vi ha en reell debatt om selvmordsforebygging i Norge?

---

## DEBATT

JULIA HAGEN

julia.hagen@ntnu.no

Julia Hagen er psykiatrisk sykepleier og ph.d. i helsevitenskap. Hun har forsket på suicidalitet og selvmordsforebygging, er rådgiver ved Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS Midt), St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved Institutt for psykisk helse, NTNU.

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

KRISTIN ESPELAND

Kristin Espeland er sykepleier og ph.d.-kandidat ved Institutt for psykisk helse, NTNU.

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

HEIDI HJELMELAND

Heidi Hjelmeland er professor ved Institutt for psykisk helse, NTNU og forsker på ulike aspekter ved selvmord og suicidalitet i ulike sosiokulturelle kontekster.

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

BIRTHE LOA KNIZEK

Birthe Loa Knizek er spesialist i klinisk psykologi for barn og unge og er professor ved Institutt for psykisk helse, NTNU.

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

---

**Selvmordsforebygging er et komplekst fagområde med få fasitsvar. Da er konstruktive debatter avgjørende for å utvikle fagfeltet og bedre forebyggingen.**

At det er uenigheter i fagmiljøet om hvordan vi skal forstå og forebygge selvmord, er ikke noe nytt [\(1\)](#). Fagpersoner som representerer Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), vektlegger en medisinsk/psykiatrisk

forståelse, som innebærer at suicidalitet (selvmordstanker/-handlinger og selvmord) er knyttet til psykiske lidelser som kan kategoriseres i henhold til psykiatriske diagnoser (2, 3). De argumenterer for at det viktigste tiltaket for å forebygge selvmord er å identifisere og behandle en antatt underliggende psykisk lidelse. Vi mener at denne forståelsen og tilnærmingen er for snever og reduksjonistisk, og argumenterer for en bredere forståelse av suicidalitet (4, 5).

La oss være tydelige på at vi anerkjenner personers psykiske vansker og emosjonelle smerte og at suicidalitet også for noen *kan* henge sammen med det som anses som psykisk lidelse (for eksempel depresjon). Men selv når suicidaliteten henger sammen med en antatt psykisk lidelse, er det viktig å ha et bredere perspektiv: Hva er i så fall bakgrunnen for depresjonen, og hvilke forhold i personens liv og kontekst kan tenkes å bidra til suicidaliteten? Det er nettopp et bredere perspektiv på selvmordsforebygging vi og andre forskere og fagfolk etterlyser (4–8).

*«Det er et bredere perspektiv på selvmordsforebygging vi og andre forskere og fagfolk etterlyser»*

Det synes imidlertid som om sentrale aktører i feltet, som Mehlum (leder for Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) og medarbeidere, ikke er åpne for et annet kunnskapssyn enn det de selv forfekter (2). I tillegg framstår de instruerende når de ber om at innlegg om selvmordsforebygging i Tidsskriftet ikke kan være «frakoblet kunnskapsgrunnlaget på feltet!» (2), det vil si det *de* anser som valid kunnskap. Uenighetene i fagmiljøet dreier seg altså både om hvor stor rolle psykiske lidelser/sykdomsmodellen har ved suicidalitet og hva som kan anses som gyldig forskningskunnskap og dermed et sentralt bidrag til kunnskapsgrunnlaget for selvmordsforebyggingen (7).

---

## Marginalisering av andre perspektiver

Selv om suicidalitet er komplekst og knyttet til ulike aspekter ved personers liv og livsvilkår, er det den medisinske/psykiatriske forståelsen som dominerer i den vestlige verden (9). Denne forståelsen er en etablert «sannhet» det er vanskelig å motsi eller kritisere. Dermed marginaliseres og diskvalifiseres andre perspektiver (9). Dette gjelder også i Norge.

I en intervjustudie med fagfolk involvert i arbeidet med implementering av nasjonale handlingsplaner og retningslinjer for selvmordsforebygging beskrev flere av deltakerne uenigheter i fagmiljøet (7). Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging ble som premissleverandør for det selvmordsforebyggende arbeidet opplevd som biomedisinsk orientert og ikke-inkluderende overfor andre måter å forstå og tilnærme seg tematikken på. Deltakere fortalte at senterets dominerende rolle og mangel på samarbeid gjør det vanskelig å diskutere og tenke fritt om selvmordsforebygging. Senteret ble beskrevet som autoritært og at det virket å posisjonere seg som ekspertinstans som «har en sannhet som er over alle andre sannheter» (7).

## «Senterets dominerende rolle og mangel på samarbeid gjør det vanskelig å diskutere og tenke fritt om selvmordsforebygging»

Konsekvensen av dette er at noen blir engstelige for å heve stemmen og gi uttrykk for andre meninger enn det senteret står for (7). Dette samsvarer med Velkens (10) inntrykk når han skriver: «Når man ser hvor tung skyts som avfyres mot Rasmussens lederkommentar om selvmordsforebygging, virker det jo tryggest å holde hodet lavt i terrenget». Slike forhold er ikke fagfeltet tjent med.

---

## Alle stemmer må bli hørt

Det oppleves å være autoritære føringer innen det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge (7). At sentrale aktører innen selvmordsforskning- og forebygging bidrar til å undertrykke og diskvalifisere andre stemmer og perspektiver i fagmiljøet, er alvorlig. Det er uetisk og uvitenskapelig og kan bidra til å begrense utviklingen i faget og selvmordsforebyggingen. Fagfolk i maktposisjoner bør i stedet være inkluderende og ønske dialog og debatt velkommen. Her har myndighetene og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging et stort ansvar.

---

### LITTERATUR

1. Halvorsen P. Splittet i synet på selvmordsforebygging. Tidsskr Nor Psykol foren 2020; 57: 90–5.
2. Mehlum L, Walby F, Johannessen JO et al. Sterke påstander – svakt grunnlag. Tidsskr Nor Legeforen 13.9.2020. <https://tidsskriftet.no/2020/09/kommentar/sterke-pastander-svakt-grunnlag> Lest 28.10.2020.
3. Walby F, Myhre M, Tørmoen A et al. Myter og fakta om selvmordsforebygging. Tidsskr Nor Psykol foren 2020; 57: 295–7.
4. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Selvmordsforebygging i psykisk helsevern- det er nødvendig med grunnleggende endringer. Psykisk helse 30.11.2018. [https://psykiskhelse.no/bladet/2018/debatt-selvordforebygging\\_0119](https://psykiskhelse.no/bladet/2018/debatt-selvordforebygging_0119) Lest 28.10.2020.
5. Hjelmeland H, Knizek BL, Rasmussen M. Misvisende om selvmordsforebygging. Tidsskr Nor Psykol foren 2020; 57: 377–80.
6. Rasmussen ML. Nye perspektiv på selvmordsforebygging. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0708. [PubMed][CrossRef]
7. Espeland K, Knizek BL, Hjelmeland H. "Time to try something new" – Professionals' experiences and reflections on suicide prevention in Norway. Crisis 2020; 1–7. [PubMed][CrossRef]
8. White J, Marsh I, Kral MJ et al. Critical suicidology: Transforming suicide research and prevention for the 21st century. Vancouver: UBC Press, 2016.

9. Marsh I. Suicide: Foucault, history and truth. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

10. Velken T. Ønske om nye perspektiv er hverken utdatert eller kunnskapsløst. Tidsskr Nor Legeforen 15.9.2020. <https://tidsskriftet.no/2020/09/kommentar/onske-om-nye-perspektiv-er-hverken-utdatert-eller-kunnskapslost> Lest 12.11.2020.

---

Publisert: 23. mars 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0945

Mottatt 20.11.2020, første revisjon innsendt 18.12.2020, godkjent 4.1.2021.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juli 2026.