
Selv mord under pågående behandling

LEDER

ØIVIND EKEBERG

uxoiek@ous-hf.no

Øivind Ekeberg (f. 1945) er spesialist i psykiatri, spesialrådgiver og professor emeritus ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, og Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo. Han har i 35 år arbeidet med pasienter med selvmordsatferd og psykiske reaksjoner på traumatiske opplevelser og har veiledet 25 doktorgradskandidater innen disse områdene. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Når en person får alvorlige selvmordsimpulser, forventes det at psykiatrien skal hjelpe.

I en undersøkelse fra Agder har Vegard Øksendal Haaland og medarbeidere redegjort for hvilken kontakt personer som tok sitt liv i årene 2004 – 13 hadde hatt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (1). 67 % hadde hatt slik kontakt i løpet av livet, 41 % hadde hatt kontakt siste uke og 29 % hadde det i tiden for selvmordet.

Man finner gjennomgående at ca. 90 % av dem som har begått selvmord, har hatt en psykisk lidelse (2). Det vanligste er affektive lidelser, men det kan også dreie seg om kortvarige kriser, for eksempel akutt belastningslidelse (F 43.0), som vanligvis avtar etter noen timer eller dager, eller tilpasningsforstyrrelse (F 43.2), som kan vare i inntil seks måneder. Ifølge studien fra Agder var det likevel en tredel av dem som tok sitt liv som *ikke* hadde vært i behandling i psykisk helsevern eller i spesialisert rusbehandling (1).

Tiltak ved selvmordsatferd må uansett være mer omfattende enn å stille en psykiatrisk diagnose og behandle denne, da det ikke minst dreier seg om mellommenneskelige, sosiale, yrkesmessige og eksistensielle problemer.

Mange med selvmordsatferd søker ikke psykiatrisk hjelp. Det kan være flere årsaker til dette. Selvmordsfare er ett av kriteriene for å få time ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Når en henvisning blir avvist, er henvisningsårsaken derfor sannsynligvis noe annet enn selvmordsfare. Den

kanskje mest sannsynlige forklaringen på at så mange ikke har søkt hjelp, er at de ikke har hatt tillit til – eller kunnskap om – at helsevesenet eller andre kan hjelpe dem, eller de kan ha blitt overveldet av selvmordsimpulser i en akutt krise og så handlet impulsivt.

I studien fra Agder var det 29 % som hadde kontakt med behandlere i tiden for selvmordet. Man kan spørre om dette tallet er høyt eller lavt. Selvmordsatferd er en dødelig tilstand, og man må regne med at noen dør under behandling, slik det er tilfellet ved andre dødelige tilstander. Før man kan trekke noen konklusjoner her, bør det gjøres grundige undersøkelser for å se om selvmordene var påregnelige eller om det var gjort faglige feil – og i alle tilfeller hva vi kan lære.

Det er også tankevekkende at 7 % (24/329) var innlagt eller hadde permisjon da de tok sitt liv. Burde man ha klart å forhindre disse selvmordene? Materialet er samlet inn i løpet av ti år, det vil si at det i gjennomsnitt var to pasienter hvert år som tok livet av seg mens de var innlagt. Ettersom innlagte pasienter trolig er vurdert til å ha størst selvmordsrisiko, er det kanskje grunn til å være tilfreds med at man har klart å forhindre selvmord hos alle unntatt to hvert år. Noen bagatelliserer eller benekter sine selvmordsplaner for å sikre at de ikke blir hindret. Andre kan tilkjenne alvorlige selvmordstanker over lengre tid uten at de oppfattes som akutt suicidale. Plutselig kan de velge å handle, uten at det har vært mulig for behandlerne å se at dagen dette hendte var annerledes enn de andre.

For 13 personer (4 %) ble behandlingen avsluttet ved utskrivning. Dette er ikke noe stort tall, men det er vanskelig å se at det ikke skulle være indisert med poliklinisk oppfølging etter en tilstand som har vært så alvorlig at det har vært nødvendig med innleggelse.

Det er mer belastende for behandlere når en pasient dør som følge av selvmord enn hvis pasienten dør av annen årsak. Etter et selvmord er det lett å tenke seg at man kunne ha gjort noe for å oppdage selvmordsfaren og forhindre det. Teoretisk er det nesten alltid mulig å tenke seg et hendelsesforløp som ikke hadde ført til døden. Dette kan bidra til følelser av skyld og utilstrekkelighet. Slike følelser kan bli forsterket hvis man får kritikk fra etterlatte, kolleger eller tilsynsmyndigheter, noe som kan skje enten det er saklig grunn til det eller ikke. Derfor er det viktig at den som mister en pasient i selvmord, får gå gjennom hendelsesforløpet for både å lære og få støtte.

Behandlere kan også føle maktesløshet og tilkortkommenhet når de arbeider med pasienter som sliter med selvmordstanker og håpløshet over tid, selv om de ikke nødvendigvis er akutt suicidale og heller ikke tar sitt liv (3). Kanskje er én viktig grunn til at pasienten holder ut nettopp at behandleren holder ut? Også her er det grunn til å støtte behandlere som kan føle seg alene og kanskje ha for store forventninger til både pasienten og seg selv. Fastlegene har også en viktig oppgave når det gjelder pasienter med selvmordsatferd, og samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten kan trolig bedres.

Vi klarer ikke å hindre alle selvmord. Noen selvmord er en følge av faglig svikt. Dette må imidlertid ikke overskygge betydningen av at så mange får hjelp og at så mange behandlere gjør en stor innsats. Men vi må heller ikke slå oss til ro

med at det er så mange som tar sitt liv, enten de er i psykiatrisk behandling eller ikke.

LITTERATUR

1. Haaland VØ, Bjørkholt M, Freuchen A et al. Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling i Agder 2004–13. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.16.0503. [CrossRef]
2. Hawton K, Saunders K, Topiwala A et al. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. J Affect Disord 2013; 151: 821 - 30. [PubMed][CrossRef]
3. Normann-Eide T. Helene vil dø. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2017; 54: 742 - 4.

Publisert: 2. oktober 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0724
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 30. mars 2026.