
Et selvmord

PERSONLIGE OPPLEVELSER

KJELL STAHL

kstah@online.no

Oslo

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

Hvert år tar pasienter livet av seg mens de er i behandling i psykisk helsevern. Dette er noen av mine tanker som pårørende etter et selvmord.

I 2020 tok nærmere 700 mennesker sitt eget liv i Norge. Halvparten gjorde det mens de var under psykiatrisk behandling [\(1\)](#). En av dem var vår datter. Hun hadde overlevd flere selvmordsforsøk, hvorav ett mens hun var innlagt på sykehus. Dette benevnes ofte blant fagfolk som «kronisk suicidalitet».

Natt og tåke

En handlingsplan for å forebygge selvmord fra 2021 har tittelen *Ingen å miste* [\(2\)](#). Jeg tar som utgangspunkt at veien til «ingen» nødvendigvis går gjennom den ene. De som begår selvmord i psykiatrien, lever under det som skulle være spesielt betryggende vilkår. Mitt spørsmål er: Hvorfor redder vi dem ikke? Og når pasientene er døde – hvordan undersøker tilsynsmyndighetene dødsfallet? Hva sier disse undersøkelsene om det offentlige Norges syn på de døde og på de etterlatte?

Vår historie forteller om manglende grundighet, ansvarlighet, respekt og omtanke for den døde og for døden. Psykiatrien – og det offisielle Norge – forsøker slik jeg ser det, i stor hast å mørklegge selvmordet: fortie, forkludre og lyve, sette til side rimelige retningslinjer for ansvarlighet og omtanke. Vi ser det kanskje tydeligst i klagebehandlingen: Den individuelle vurderingen blir borte, sykehistorien forenkles, selvmordet blir utydelig og ubetydelig. De døde forsvinner i natt og tåke. Gjemt i ansiktsløs statistikk, glemt i arkiver i sykehus og hos tilsynsmyndigheter.

Å klage på behandlingen fører som oftest til at de etterlatte ikke bare skal leve med ett tap, men med to, når klagen summarisk blir avvist. Dette er min erfaring.

Prosedyrer

Hvordan må systemet være dersom vi skal sikre de selvmordsutsatte pasientene? Prosedyrer og retningslinjer for god behandling er ikke nok, skriver Berg og Walby i Tidsskrift for Norsk psykologforening (3). Men det er nettopp prosedyrer og retningslinjer som er normen for behandling av de selvmordsutsatte.

Den viktigste rettesnoren psykiatrien forholder seg til, er *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord* fra 2008 (4). Et hovedprinsipp er at innleggelser i døgnenheter bør unngås, og hvis en innleggelse er nødvendig i en akutsituasjon, bør varigheten begrenses til den akutte selvmordskrisen.

Dette prinsippet innebærer at pasienter i selvmordsfare ikke skal behandles i institusjoner der sikkerheten er relativt god, men i kommuner og bydeler med dårligere sikkerhet. Med dette utgangspunktet blir ikke konklusjonen at «vi har ingen å miste», men at vi har få å redde.

Berg og Walby understreker at «sikkerhet skapes mellom relasjonene og persontilpasningen for den enkelte pasient». Et system som «overser behovet for tilknytning», er ikke det vi trenger. Men det er nettopp det vi har.

I svingdøren

God behandling handler om å bygge tillit mellom behandler og pasient. Slik er ikke virkeligheten. De selvmordsutsatte er i tiden før de dør, det de selv og deres pårørende kaller «svingdørspasienter».

Etter selvmordsforsøk legges pasienten inn på en døgninstitusjon – et sykehus – og skrives ut dagen etter eller få dager etter. «Svingdøren» er ikke en konstruksjonsfeil, men et bevisst design. Det er den synlige konsekvensen av regelen om at innleggelse i døgninstitusjon bør unngås. Systemet er designet for å dyrke avstand og regler, ikke nærhet og relasjon. Alt er basert på at pasienten skal ut igjen.

Vi skal skrive ditt liv

Sykehistorien til selvmordsutsatte psykiatriske pasienter blir lett en livshistorie. Historien om sykdommen blir fortellingen om pasienten. Dette til tross for at helsevesenets dokumenter stort sett er sammensatt av etter hvert kontekstløse, øyeblikksobservasjoner med begrenset verdi. Observasjonene beskriver og

fortolker adferd med stor usikkerhet, liten presisjon og langtrevkende konsekvenser. Psykiatere og psykologer har antagelig kodenøkkelen som kan gi mening til stoffet. Men livshistoriene leses også av andre.

Vi finner epikrisens øyeblikksobersvasjoner igjen i helsemyndighetens rapporter, som en anelsesløs oppjustering av mening og relevans i myndighetenes vurdering av hva som er forsvarlig behandling.

På et tidspunkt i tilsynsmyndighetens undersøkelser av selvmord i psykiatrien vil behandlingen, slik den anbefales i regelverk og prosedyrer, møte fremstillingen av de faktiske hendelsene slik de er nedtegnet i journaler og epikriser. Er det mulig å få et riktig bilde av det som hendte når tilsynet skal bedømme risikoforståelse og behandling? Eller åpner helseopplysningene for en selektiv bruk som gjør undersøkelsen irrelevant og uansvarlig? Og kanskje verre: Epikrisene kan, slik de skrives, skape alvorlige helseproblemer hos pasientene som leser dem.

Når en viktig del av fremstillingen er gjengivelse av inntrykk av typen «pent kledd», «mangler mimikk» og «snakker i sammenhengende setninger», kan vi undre oss over hensikten, men vi kan også observere de negative konsekvensene. Vi spør: Har dokumentene bidratt til at pasienten ble bedre? Og: Er den sann, den historien som fortelles?

Jeg mener svaret på begge disse spørsmålene er nei.

Selvmondsutsatte pasienter har et skjørt selvbilde. Sykehusets fremstillinger fortolkes og forstås i dette perspektivet. De aller fleste som begår selvmord, ønsket ikke å dø. De ønsket å leve. De kjempet en kamp. Motstanderen var dem selv og stemmene som sa at de var stygge, verdiløse og burde dø. De dør alene, ensomme, fortvilte og redde. Og når de er borte, er det som de aldri har levd. Stemmene, sykdommen og ensomheten forenes med systemets fortelling til den unngåelige konklusjonen for dem – at selvmord er det eneste rette.

REFERENCES

1. Walby FA, Astrup H, Myhre MØ et al. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018.
https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystem-et/dokumenter/rapporter/aarsrapport2018_interaktiv_web.pdf Lest 13.11.2023.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Ingen å miste.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmond-2020-2025.pdf> Lest 13.11.2023.
3. Berg SH, Walby FA. Nullvisjon for selvmord. Tidsskrift for den norske psykologforening 25.11.2021.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2021/11/nullvisjon-selvmond> Lest 13.11.2023.

4. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf Lest 13.11.2023.

Publisert: 7. desember 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0546

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. mars 2026.