Orker ikke mer

- *Selv mord etter avsluttet døgnbehandling i
psykisk helsevern*

Oddrun Burheim

Masteroppgave i psykososialt arbeid

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2011

Sammendrag:

I et av helseforetakene i Helse Sør - Øst pågår en retrospektiv studie om hospitalsuicid. I artikkelen redegjøres for en kvalitativ dokumentanalyse av journaler til pasienter som tok sine egne liv kort tid etter avsluttet døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. Det ble undersøkt hvordan behandlere beskrev pasientenes opplevelse og oppfatning av seg selv og sin situasjon. Den overgripende beskrivelsen var "Orket ikke mer". Beskrivelsen hadde i seg elementer av å kjenne seg utslitt, håpløshet, selvbekreftelse, opplevd ensomhet og manglende samsvar mellom pasienters og sykehusets oppfatning av situasjonen. Resultatene har likhetstrekk med teorier og tidligere forskning, særlig med modellen Cry of Pain. Studien viser at dette var mennesker som hadde hatt alvorlige plager i lang tid. Forfatteren løfter fram langvarig depresjon i kombinasjon med selvmordstanker og andre plager som en alvorlig tilstand. Uenighet mellom pasientens og sykehusets oppfatning av situasjonen belyser problemer i møte mellom pasientens og fagmiljøets kunnskapsformer og grunnleggende utfordringer i å gi hjelp til selvmordstruede mennesker.

Abstract:

Can't take it anymore -

Suicide after discharge from inpatient treatment in psychiatric hospital.

There is an ongoing retrospective study of hospital suicide in one of the hospital trusts in Norway. This article accounts for a qualitative document analysis of the journals of patients who committed suicide shortly after discharge from inpatient treatment in psychiatric hospital. The study examined how therapists described the patients experience and view of themselves and their situation. The characteristic description was that they '*couldn't take it anymore*'. This description had elements of feeling exhausted, hopelessness, self-reproach, loneliness and a lack of correlation between the patient's and the hospital's interpretation of the situation. The results have similarities to theories and previous research, and especially with the Cry of Pain model. The study shows that these were people who had experienced torment over a long period of time. The author emphasises prolonged depression in combination with suicidal ideation and other afflictions as a serious condition. A difference in the patient's and the hospital's interpretation of the situation illustrates the problem that exists between the patient's personal knowledge and the professional knowledge of a specialist environment. The study also sheds light on fundamental challenges in helping people at suicide risk.

INTRODUKSJON

For mennesker behandlet i psykisk helsevern har det vist seg at perioden med høyest selvmordsrisiko er den første tiden etter avsluttet døgntilrettelagt behandling (Qin et al, 2000). Det er estimert at selvmordsrisikoen den første måneden etter avsluttet døgntilrettelagt opphold er hundre ganger høyere enn for gjennomsnittlig befolkning (Appelby, 2000). Psykisk lidelse er den hyppigst forekommende risikofaktoren for selvmord (Cavanach et al, 2003; Lönnqvist, 2000). Komorbiditet er vist å øke selvmordsrisikoen ytterligere (Henriksson et al, 1993; Murphy, 2000)

I et av helseforetakene i Helse Sør - Øst pågår den retrospektive studien Selvmord i Psykisk Helsevern 2004 - 2009. Et av delprosjektene er gjennomgang av journaler til pasienter som gjorde hospitalsuicid i løpet av perioden. Utvalget i denne delstudien var journaler til pasienter som tok sitt eget liv innen to uker etter avsluttet døgntilrettelagt behandling.

Hjelmeland og Knizek (2010) påpeker at under 3 % av studiene som ble publisert i sentrale internasjonale tidsskrifter for suicidologi i perioden 2005 - 2007 var kvalitative. Forfatterne hevder at studier som kan bidra til økt forståelse er vesentlig for å bringe fagfeltet suicidologi videre. Hensikten med denne delstudien var å undersøke og beskrive hva som fremkom i journalene om pasienters egne opplevelser og oppfatninger av sin situasjon, slik det var beskrevet av behandlerne. Målsetningen var å bidra til kunnskap av betydning for å forebygge denne typen selvmord.

Forskningsspørsmål:

Hvordan beskriver behandlere pasientenes opplevelse og oppfatning av seg selv og sin situasjon i tiden rett før et hospitalsuicid?

METODE

Data

I prosjektet Selvmord i Psykisk Helsevern 2004 – 2009 brukes Rønneberg og Walby's (2008) definisjon av hospitalsuicid: *"selvmord utført i løpet av institusjonsbehandling, under behandling poliklinisk / ved distriktspsykiatrisk senter, inntil to uker etter utskivning fra døgnopphold eller poliklinisk behandling, samt pasienter på venteliste til behandling."*

Det ble sendt brev med informasjon og forespørsel om samtykke til nærmeste pårørende til 45 pasienter. Det ble gitt samtykke for 32 pasienter. Av disse hadde ni tatt sitt eget liv innen to uker etter avsluttet døgnopphold.

Utvalg

Utvalget i denne studien var journalene til de ni pasientene som tok sine egne liv innen to uker etter avsluttet døgnopphold. Journaldokumentene som ble brukt er skrevet av personell med behandleransvar, fra siste dokument før den aktuelle innleggelsen.

Pasientene var i alder 29 – 69 år. Det var fire kvinner og fem menn. Alle var av norsk opprinnelse og hadde bodd mange år i det geografiske området de bodde da de døde. Seks av pasientene var enslige, tre var gift / samboer. Fire hadde blitt enslige i løpet av det siste året. Flertallet hadde ikke vært i arbeid det siste året. Selvmordsrisiko var årsak til innleggelsen for alle. Alle hadde hatt kontakt psykisk helsevern tidligere. Flertallet hadde vært innlagt tidligere. I følge epikrisene hadde sju pasienter depressiv episode; moderat til alvorlig med psykotiske symptomer. Fire hadde en diagnose som kunne innebære forvirring eller psykotiske symptomer. For flertallet var det enten fastslått eller mistanke om høyt forbruk av rusmidler. Flertallet hadde i epikrisen mer enn en diagnose fra F-kapittelet i ICD-10 (WHO, 2000).

Varighet på innleggelsen varierte fra en dag til seks uker. Medianen var 11 dager og gjennomsnittet var 15 dager. Tidspunktet for selvmordet varierte fra en til 14 dager etter utskrivelse. Median var fire dager og gjennomsnitt var seks dager etter utskrivelse. For sju av pasientene var det en eller annen form for kontakt mellom sykehus og pasient eller pårørende etter utskrivelse og før selvmordet. For de øvrige var det planlagt kontakt.

Analyse

I tråd med forskningsspørsmålet ble Malterud's systematiske tekstkondensering (2006) brukt som analysemetode. I det første trinnet ble journalene lest i sin helhet for å få et helhetsinntrykk. I det andre trinnet ble alle avsnitt som omhandlet pasientens opplevelse og oppfatning av seg selv og sin situasjon lest særlig grundig som meningsbærende enheter. Dette resulterte i 21 relevante subgrupper. I trinn tre ble disse vurdert i forhold til innhold, og først fortettet til ni ulike kodegrupper og deretter abstrahert i fem koder. I trinn fire ble det felles innholdet i disse fem kodene formulert i en overgripende beskrivelse.

Etiske overveielser

Det ble innhentet godkjenning fra Regional Etisk Komité og Personvernombud. På grunn av innhenting av samtykke fra pårørende måtte det finnes sikker informasjon om hvem nærmeste pårørende var og at de allerede visste at det var selvmord (Helsedirektoratet, 2008). Utvalget var lite og gjenkjenneligheten kan være stor. I resultatpresentasjonen blir det i liten grad brukt eksakte tall. Av konfidensialitetshensyn omtales pasientene i hankjønn og sitater er omskrevet, men uten å endre innhold.

RESULTATER

Det umiddelbare helhetsinntrykket etter de første gjennomlesningene var at dette var mennesker som hadde hatt betydelige plager i lang tid. Totalt ga resultatene et bilde av mennesker som kom til et punkt hvor de ikke orket dette mer og tok sine egne liv. Gjennom analysen ble det funnet fem koder for beskrivelser av pasientens opplevelse og oppfatning av seg selv og sin situasjon. Kodene presenteres her som resultater. Avslutningsvis formuleres det felles innholdet i disse kodene i en overgripende beskrivelse.

Kjente seg utslitt

I et stort flertall av journalene var det beskrivelser av at pasienten kjente seg utslitt. De hadde hatt det slik i lengre tid og opplevde at de ikke hadde mer krefter igjen: *Han sier han ligger til sengs hele dagen, har gjort det flere måneder nå. Synes alt er tungt. Har gått slik over så lang tid nå at han ikke orker mer.* Det var beskrivelser av stor mangel på krefter til daglige gjøremål og at livet i seg selv var slitsomt: *Pasienten har tanker om at han ikke orker mer. Skjelver mye. Spiser ikke noe, vil ikke noe, slipper ikke noen inn.* For et par av pasientene var det ikke beskrevet økende slitenhet over tid, men at de var slitne i avdelingen. Beskrivelser som gikk igjen var: klarer ikke lenger, kjenne seg utslitt og å ikke orke mer. Ved siden av å ha selvmordstanker, var det denne typen beskrivelser som gikk igjen i flest journaler og som var mest uttalt.

For alle pasientene var selvmordsrisiko helt eller delvis bakgrunn for innleggelsen. De fleste hadde hatt selvmordstanker over tid og hadde fortalt at det i seg selv var slitsomt og at det var slitsomt å stå imot tankene: *Følt seg sliten og trøtt. Ønske om å sove, han finner det slitsomt å leve. Angir å være trist, men klarer ikke gråte. Han angir at han ikke lenger er sikker på at han ønsker å leve. Han skal ha hatt påtrengende tanker om å hoppe. Han har selv sett seg ut to steder.* Flere av pasientene hadde fortalt at de var redd for at de skulle miste kontrollen og ta sitt eget liv. For de fleste var det beskrevet at selvmordstankene hadde økt de siste ukene eller månedene. Det var også beskrevet at noen pasienter hadde bestemt seg for å ta sitt eget liv. En pasient hadde fortalt at det var lenge siden han hadde bestemt dette og hadde gitt seg selv en tidsfrist men ikke bestemt tidspunkt. En annen igjen sa at det skulle skje rett etter utskrivelse: *Da har han planer om å dra hjem og ta sitt liv med utstyr han har liggende. Orker ikke lenger leve på grunn av sin skyld.* Ingen av pasientene gjorde selvmordsforsøk mens de var innlagt.

Håpløshet

Beskrivelser av håpløshet handlet særlig om manglende tro på å kunne bli bra igjen. For noen var dette uttalt, men var sjelden beskrevet utførlig. Mot slutten av oppholdet var det beskrevet at noen mente de ikke var blitt bedre og heller ikke var i stand til å bli bedre: *Han har vært verbalt vedholdende på å mene at han ikke var i stand til å bli bedre, at han aldri kunne komme tilbake til vanlig daglig fungering slik det var forut for den depressive episoden begynte.* Også behandler kunne gi uttrykk for enighet med pasientens pessimistiske

oppfatning: *Den resterende depresjon og kroniske suicidalitet er antagelig vanskelig å gjøre noe mer med i denne omgang så lenge pasienten vet med seg selv at han til sist likevel skal hjem til begreidelighet.* I journalene var håpløshet, meningsløshet og likegyldighet ofte beskrevet samtidig: *Han har egentlig ikke noe ønske om å leve. Alt er håpløst og ingenting noen vits i. Han spiser den maten han har lyst på uten å ta hensyn til om dette er bra for ham eller ikke og han autoseponerer viktige medisiner. Han isolerer seg hjemme og avviser kontakt med familie og venner.* I følge beskrivelsene har opplevelse av håpløshet, meningsløshet og likegyldighet gått utover alle områder i livet, både egenomsorg og kontakt med andre mennesker.

Selvbebreidelse

Selvbebreidelse så ut til å ha vært sentralt for noen. Noen hadde fortalt at de var plaget av anger over ting som de mente hadde ført til plager for dem selv: *Hadde jeg ikke gjort det skulle jeg ha vært frisk.* En pasient oppfattet seg selv som utilstrekkelig: *Han er glad i familien på sett og vis, men føler seg ikke kompetent som omsorgsperson. Når han hjalp familien følte han seg veldig utrygg og dette resulterte i sinne.* I journalene var det også beskrevet skyldfølelse over det gale pasienten mente å ha gjort mot andre: *Sliter med selvbebreidelse i forhold til hva han har sagt til familien. Lurer på hvordan det skal være mulig å få rettet det opp igjen.* For et par pasienter var selvbebreidelsene beskrevet som å være på grensen til eller klart over i det urealistiske. Grunnopplevelsen som var beskrevet i disse journalene var selvbebreidelse, egen skyld og å ikke være bra nok i egne øyne.

Klarte det ikke alene lenger

Beskrivelser av opplevelse av ensomhet og å ikke klare dette alene lenger gikk igjen i de fleste journalene. Det som gikk igjen oftest var savnet etter en kjæreste: *Han føler seg helt isolert og dette knuger ham ned. Han bor langt unna folk og kjører ikke bil. Nå er savnet etter samboeren igjen overveldende i hans liv.* De fleste pasientene hadde i følge journalene andre nære som hadde vært viktige støttepersoner. Noen kjente seg ensomme selv om de hadde samboer. Beskrivelsene av opplevd ensomhet var ikke alltid sammenfallende med manglende nettverk.

Flere av pasientene hadde fortalt at det gikk bedre når de ikke var alene. Noen hadde det bedre når noen var hjemme hos dem. Andre hadde fortalt at det hjalp å reise bort til noen: *Pasienten forteller også om stemmer som forteller at han skal skynde seg å dø. Disse stemmene hører han når han er alene og han blir kvitt stemmene hvis han reiser bort til familien.* Noen pasienter hadde fortalt at de ikke hadde orket å oppsøke noen eller ikke sluppet folk inn den senere tiden, på tross av opplevelse av ensomhet og at de syntes å ha det bedre når de var sammen med noen.

Flertallet av innleggelsene var etter pasientenes egne ønsker. De hadde brukt uttrykk som at de ikke trodde de klarte å ta ansvar for seg selv lenger. Noen av pasientene hadde kontakt med annet hjelpeapparat før innleggelsen, men opplevde at det ikke var tilstrekkelig. I et par av journalene sto det at pasienten ønsket innleggelse for å komme gjennom en vanskelig periode: *Har destruktive tanker og dødsønske nærmest kronisk. Uttaler at han ikke vet hva han ønsker hjelp til ved innleggelse, men at han ønsker å bli innlagt fordi han hadde godt utbytte av opphold tidligere. Han sier han må ha hjelp til å komme seg over kneika han er i nå.* Det var få beskrivelser av at pasientene hadde sagt konkret hva de ønsket hjelp til utover at de ikke klarte dette alene lenger. Dette så ut til å være en sentral motivasjon for innleggelse.

Det var flere beskrivelser av at pasientene opplevde trygghet i avdelingen: *Fantaserer om å henge seg. Beskriver at han føler seg svært trygg når han er innlagt. Har tenkt mye på suicid i det siste, men sier han ikke har planer, stritter i mot og vil egentlig leve. Han føler seg trygg her.* Noen av pasientene hadde gitt uttrykk for at det var godt å bli tatt vare på. Bekymring for utskrivelsen kunne være begrunnet med redsel for å ta sitt eget liv: *Han er redd for å bli utskrevet så lenge han har suicidtanker og håper å kunne være på avdelingen lenge.* Beskrivelsene forteller at disse pasientene ikke opplevde å ha full kontroll over seg selv med hensyn til selvmord og opplevde trygghet ved å være innlagt.

Manglende samsvar mellom pasientens og behandlerens oppfatning

I et klart flertall av journalene var det beskrevet manglende samsvar mellom pasientens og behandlerens oppfatning. Uenighetene handlet dels om selve innleggelsen / utskrivelsen / eventuelt reinnleggelse, dels om hvorvidt pasienten var blitt bedre. Det var også beskrevet enighet om disse spørsmålene, men påfallende ofte var det uenighet.

To av pasientene ble lagt inn på tvungent psykisk helsevern: *Han er fortsatt fast bestemt på å begå suicid. Han svarer bestemt at han ikke vil ha hjelp da han jo skal dø.* En pasient gikk med på frivillig innleggelse, men mente at innleggelse gjorde det verre. Tre av pasientene ønsket ikke å skrives ut av avdelingen på utskrivningstidspunktet: *.....åpent sinne over å bli utskrevet mot sin vilje.* Fire av pasientene ønsket å skrive seg ut, mens behandler mente de burde være lenger: *Pasienten ønsker å skrive seg ut. Sier at han ikke får sove her. Ønsker å komme hjem for å sove i egne seng. Har tenkt mye på familien, angrer det han gjorde.....* *Skriver seg ut mot råd i dag.* Alle fire ble i følge journalene anbefalt å bli lenger: *Han sier i samtale i dag at han ønsker å reise hjem. Han er etter vår vurdering ikke i stand til å ta vare på seg selv. Vi mener han bør vurderes av fastlege med tanke på videre observasjon. Det er ikke grunnlag for å holde ham på nødrett på avdelingen.* To av pasientene skrev under på at de skrev seg ut på eget ansvar mot anbefaling. En av pasientene ba om akutt hjelp etter utskrivelse, men tok sitt eget liv før hjelpen skulle iverksettes neste dag.

I noen av journalene sto det at behandler mente pasienten var bedre, men at pasienten ikke opplevde det slik: *Han er klar over at dette er en utskrivningssamtale og at han nå mener han er bedre. Han vil ikke vedstå at han selv ser på sin situasjon som det, men sier at han fremdeles har plager.* Uenigheten kunne oppleves belastende for pasienten: *Han synes det er vanskelig at andre synes det går bedre mens han selv ikke føler det. Opplever at han er helt på siden av seg selv og tviler på at han noen gang blir bra igjen.* I en journal sto det ved utskrivning at sykehuset og pårørende oppfattet pasienten som bedre, men at han fremdeles hadde den samme plagen som ved innleggelsen. Hvorvidt pasienten selv opplevde å være bedre var ikke beskrevet.

Overgripende beskrivelse: "orke ikke mer"

Det felles innholdet i journalnotatene om pasientenes opplevelse av seg selv og sin situasjon kan beskrives som at de ikke orket mer av seg selv og sin situasjon. Selvmordet kan derfor forstås som resultat av en eksistensiell utslitthet. Den overgripende beskrivelsen "orke ikke mer" er dekkende for innholdet i kodene og kodenenes sammenheng med hverandre.

DISKUSJON

Dataene er ikke pasientens egne utsagn, men pasientens uttrykk beskrevet av behandlere. I psykisk helsevern er det som angår psykisk helse naturlig mer vektlagt. Sannsynligvis var det ting pasientene ikke fortalte eller behandlerne ikke skrev ned. Dataene var likevel noe av det nærmeste man kunne komme beskrivelser av hvordan pasientene opplevde seg selv og sin situasjon akkurat da. Prosjektet handler om selvmord i psykisk helsevern. Det er i det perspektivet dataene er analysert.

Journalnotatene var ikke skrevet med tanke på en senere analyse. Det kunne være fare for at egne fanesaker skulle prege tolkningen. Alle sitater om pasientens egne opplevelser og oppfatninger ble derfor tatt med som meningsbærende enheter. Av samme grunn hadde subgrupper, kodegrupper og koder i stor grad med seg begreper fra den opprinnelige teksten. Først i den siste delen av analysen er det tatt inn nye begreper som kunne være samlende for det helhetlige innholdet.

Utvalget er lite og overføringsverdien er begrenset. Gyldigheten er trolig størst for pasienter som er eller nylig har vært innlagt i døgnenheter på grunn av selvmordsfare. Målet med studien var å generere kunnskap om akkurat denne typen hospitalsuicid.

De ulike plagene som er beskrevet har sannsynligvis hatt innvirkning på hverandre og kan vanskelig ses separat fra hverandre. Utslitthet og opplevelse av håpløshet og meningsløshet førte til at flere isolerte seg mer. Flere hadde fått det enda tyngre da de ble enslige.

Problemene begynte dog ofte mye tidligere. Det er nærliggende å forestille seg at opplevelsen av å ikke strekke til og å skape vansker for andre kunne forsterkes. Uenigheten med sykehusets oppfatning kan ha økt opplevelsen av ensomhet og håpløshet ytterligere. Det er vanskelig å peke på enkeltstående forhold som alene årsak til pasientens problemer og til selvmordet. Plagene hadde over tid innvirkning på hverandre og forsterket hverandre. Det ser ut til at alt dette til sist ble så slitsomt og vondt at de ikke orket mer og tok sine egne liv. Beskrivelsen "Orker ikke mer" har mange likhetstrekk med modellen Cry of Pain. (Williams & Pollock, 2000). I modellen forstås selvmordsatferd som reaktiv handling mer enn kommunikativ handling. Cry of Pain ser selvmordsatferd som resultat av opplevelsen og smerten ved være fanget i en situasjon uten noen utvei. Resultatene i denne delstudien

forteller særlig om å være sliten av å ha det sånn. "Orker ikke mer" kan uttrykke både utslittethet og smerte. Det er en kombinasjon av å kjenne seg utslitt, slitsomme selvmordstanker, ha hatt det slik lenge, manglende tro på at noe kunne hjelpe og å ikke holde ut å ha det slik lenger.

Resultatene har mange fellestrekk med symptomer på depresjon og det store flertallet hadde en depresjons-diagnose. I følge ICD 10 (WHO, 2000) er kjernesymptomene på depresjon energitap, interesse- og gledesløshet og depressivt stemningsleie. I beskrivelsene bekreftes også andre vanlige symptomer på depresjon. Blant psykiske lidelser som risikofaktor for selvmord er depresjon den hyppigst forekommende (Lönqvist, 2000). Resultatene understreker viktigheten av å se på langvarig depresjon kombinert med vedvarende selvmordstanker og andre problemer som en alvorlig tilstand som ikke krever bare behandling i psykisk helsevern men også omfattende støtte på kommunalt nivå.

Det er funnet at håpløshet er av særlig betydning for selvmordsrisiko hos psykiatriske pasienter (Beck et al, 1989; Beck et al, 1990). Spørsmål om håpløshet skal inngå i vurdering av selvmordsrisiko (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). Herrestad og Biong (2010) fant i sin studie at håp var relasjonelt. I beskrivelsene i journalene var håpløshet noen ganger knyttet til isolasjon og opplevd ensomhet, og handlet særlig om manglende tro på at det gikk an å bli bra igjen. I journalene var håpløshet, meningsløshet og likegyldighet ofte beskrevet samtidig. Ordene i journalene kan ha vært brukt både som allmenne og faglige begrep. I en ikke faglig kontekst kan nok uttrykkene håpløst og meningsløst brukes litt om hverandre om vanskelige forhold.

Studier har vist at enslige er overrepresentert ved selvmordsatferd (Schmidtke et al, 1996). Flertallet av utvalget var enslige og flere ble enslige i løpet av det siste året. Samtidig var det beskrevet opplevd ensomhet hos pasienter som hadde partner eller et støttende nettverk. Det ser ut til at dette var opplevelse av en eksistenisell isolasjon, slik Yalom forklarer det (1998). I denne ensomheten har pasientene gitt uttrykk for at de ikke klarer dette alene lenger. Beskrivelser av det var trygt i avdelingen og at det var godt å bli tatt vare på tilsvarende funnene i studien til Samuelsson og kollegaer (2000). Omsorg, trygghet og å bli tatt vare på er en viktig del av døgnbehandling, men er også en sentral oppgave for psykisk helsearbeid i kommunen.

I noen av journalene var det beskrevet uenighet mellom pasient og behandler om pasientens tilstand. Schibbye (2004) hevder at anerkjennelse er sentralt i psykoterapi, med forståelse og bekreftelse som viktige ingredienser. Samuelsson og kollegaer (2000) fant at det å bli møtt med forståelse og bekreftelse var viktig, også for forebygging av nye selvmordsforsøk. Det er mulig at manglende samsvar, slik det var beskrevet i journalene, ble oppfattet som manglende forståelse og bekreftelse. Dette kan ha bidratt til økt opplevelse av håpløshet. Hvis ikke spesialistene forsto og kunne bidra til vedvarende bedring, hvem kunne da hjelpe? Kierkegaard hevdet i sin tid at å forstå var en forutsetning for alt hjelpearbeid (Schibbye, 2004, s. 263) Å anerkjenne pasientens opplevelse er en stor utfordring i møte med selvmordstruede mennesker.

Noe av det mest iøynefallende med resultatene var manglende samsvar mellom pasientens og sykehuset oppfating. Dels gjaldt dette uenighet om selve innleggelsen / utskrivelsen. Resultatene belyser grunnleggende faglige, etiske og juridiske utfordringer i hjelpen til selvmordstruede pasienter. Å involvere og å gi brukere innflytelse er et av målene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I Helse- og omsorgsdepartementets NOU Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet (2011) anbefales at det ikke skal kunne brukes tvungent psykisk helsevern overfor mennesker som har beslutningskompetanse, men at dette ikke bør være en betingelse ved selvmordsfare. Samtidig legges til grunn at alle frivillige tiltak som ikke er uforsvarlige eller ugjennomførbare må vurderes som alternativer til et tvangstiltak. Noen av pasientene i delstudien ønsket å være lenger innlagt. Kan ressursmessige forhold ha hatt innvirkning på avgjørelsen om utskrivelse? Burde noen av pasientene ha vært holdt tilbake på tvang eller nødrett? De senere årene har det blitt etablert akutt-ambulante team i psykisk helsevern. Kanskje kunne det ha vært et alternativ for noen. Resultatene i studien peker ikke ut en type hjelp som den beste for alle pasienter i selvmordsfare i psykisk helsevern, men understreker behovet for et variert og fleksibelt hjelpetilbud, der pasientens egen oppfatning tillegges stor vekt.

KONKLUSJON

Behandlerne beskriver pasientens opplevelser og oppfatninger av seg selv og sin situasjon som "orke ikke mer". Innholdet i "orke ikke mer" henger sammen med å kjenne seg utslitt, manglende tro på å kunne bli bra, selvbebreidelse, opplevd ensomhet og manglende samsvar mellom pasientens og behandlerens oppfatning.

Resultatene understreker utfordringer med, men også viktigheten av omsorgstjenester og behandling over tid til mennesker med langvarig depresjon i kombinasjon med vedvarende selvmordstanker og andre plager. Særlig utfordrende synes møtet mellom pasientens erfaringskunnskap og behandlerens profesjonelle kunnskap.

Det er behov for studier av også andre typer hospitalsuicid for å øke kunnskapen om fenomenet. Sammenligninger med etterlattes erfaringer kan gi enda dypere forståelse. Det kunne også være nyttig å undersøke hjelpesøkeratferd før hospitalsuicid.

Referanser:

Appleby, L. (2000). Prevention of Suicide in Psychiatric Patients. I K. Hawton & K. van Heeringen (red), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (s 617 - 630). Chichester. John Wiley & Sons Ltd.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Steward, B. L. & Steer, R. A. (1990). Relationship between Hopelessness and Ultimate Suicide: A replication with Psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.

Beck, A. T., Brown, G. & Steer, R. A. (1989). Prediction of Eventual Suicide in Psychiatric Inpatients by Clinical Ratings of Hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 57, No.2, 309 – 310.

Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. NOU 2011:9. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet. (2008). *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Veileder IS – 1512. Oslo. Helsedirektoratet. Avdeling psykisk helse.

Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I. & Lönnqvist, J. K. (1993). Mental Disorders and Comorbidity in Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150:6, June 1993, 935- 940

Herrestad, H. & Biong S. (2010). Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 5: 4651 – DOI: 10.3402/qhw.v5i1.4651.

Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 40 (1), February 2010, 74 – 79.

Lönnqvist, J. K. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. I K. Hawton & K. van Heeringen (red), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (s 107 – 120). Chichester. John Wiley & Sons Ltd.

Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo. Universitetsforlaget AS.

Mehlum, L. & Hytten, K. (1999) Hva vet vi om årsakene til selvmord. I L. Mehlum (red), *Tilbake til livet* (s 58 – 84). Kristiansand. Høyskoleforlaget AS.

Murphy, G. E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse. I K. Hawton & K. van Heeringen (red), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (s 135 – 146). Chichester. John Wiley & Sons Ltd.

Qin, P., Mortensen, P. B. & Agerbo, E. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*. Vol 177, December 2000, s 546 – 550.

Rønneberg, U. & Walby, F. A. (2008). Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr 2, 128, 180 – 183.

Samuelsson, M., Wiklander, M., Asberg, M. & Saveman, B. I. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 635 – 643.

Schibbye, A. L. L. (2004). Anerkjennelse. I A. L. L. Schibbye, En dialektisk relasjonsforståelse (s 233 – 264). Oslo. Universitetsforlaget.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lønnqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B. & Sampaio-Faria, J. G. (1996). Attempted suicide and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 93, 327-338.

Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Rundskriv 1 – 10 / 2001. Oslo. Celsius / Nordby Grafiske.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Nasjonale faglige retningslinjer IS 1511 / 2008. Oslo. Oslo Forlagstrykkeri.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015)*. Veileder IS – 1162. Oslo. Sosial- og Helsedirektoratet.

Williams, J. M. G. & Pollock, L. R. (2000). The Psychology of Suicidal Behaviour. I K. Hawton & K. van Heeringen (red), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (s 80 – 93). Chichester. John Wiley & Sons Ltd.

World Health Organisation. (2000). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Yalom, I. D. (1998). Isolationen. I I. D. Yalom, *Eksistentiel psykoterapi* (s 371 – 440). København. Hans Reitzels forlag A/S.