



Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn

ORIGINALARTIKKEL

METTE LYBERG RASMUSSEN

E-post: mette.lyberg.rasmussen@fhi.no
Avdeling for psykisk helse og selvmord
Folkehelseinstituttet

Hun har bidratt i utformingen av problemstilling, datainnsamling, analyse av data, tolkning av data og i utarbeiding av selve manuset.

Mette Lyberg Rasmussen (f. 1966) er psykolog, ph.d. og forsker/postdoktor. Hun er også klinisk psykolog ved Akershus universitetssykehus, DPS Groruddalen.

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

GUDRUN DIESERUD

Avdeling for psykisk helse og selvmord
Folkehelseinstituttet
og

Bærum kommune

Hun har bidratt i utformingen av problemstilling, datainnsamling, analyse av data, tolkning av data og i utarbeiding av selve manuset.

Gudrun Dieserud (f. 1944) er psykolog, dr.psychol., pensjonert seniorforsker og psykologspesialist.

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

BAKGRUNN

Hvert år tar i gjennomsnitt 110 menn under 35 år livet sitt i Norge. Få mottar helsehjelp i perioden før selvmordet. Det eksisterer lite forskning på kontakt med hjelpeinstanser for dem som tar livet av seg, utover studier av antall legebesøk før døden. Formålet med denne studien var å fremskaffe kunnskap om pårørendes behov for hjelp fra helsetjenesten, både i å avdekke selvmordsfare og motivere til å søke hjelp i livskriser.

MATERIALE OG METODE

61 dybdeintervjuer med nære etterlatte etter selvmord hos unge menn (18–30 år) ble analysert med fortolkende fenomenologisk analyse.

RESULTATER

De etterlatte opplevde den allment aksepterte antagelsen om at selvmord skyldes psykisk sykdom som et hinder for å identifisere selvmordsrisiko. De fleste etterlatte hadde ikke sett tegn på psykisk sykdom før selvmordet. Selvmordskrisen var knyttet til relasjonelle forhold. Etterlatte som hadde tanker om at det forelå selvmordsfare, opplevde at deres oppfordringer om å søke helsehjelp ikke var nok. Økt kunnskap om selvmord og oppsøkende helsehjelp var tiltak som ble foreslått.

Funnene utfordrer dagens forebyggingsmodell. Både helsepersonell og befolkningen bør informeres bedre om at psykisk sykdom verken er en tilstrekkelig eller en nødvendig faktor for å forklare selvmord, selv om det er knyttet forhøyet selvmordsfare til enkelte psykiske lidelser.

Myndighetene har de siste tiårene lagt ned et betydelig arbeid i å forebygge selvmord (1). Spesielt har tiltak i spesialisthelsetjenesten vært et viktig satsingsområde (2). Til tross for dette arbeidet viser tall fra Dødsårsaksregisteret at de nasjonale selvmordsratene ikke har sunket de siste 15 år (3). I 2015 tok 590 mennesker livet sitt i Norge, 109 var menn under 35 år.

Det er et stort problem at vi i liten grad når unge menn i psykisk krise med eksisterende hjelpetiltak. Kun 13 % er i kontakt med spesialisthelsetjenesten, og kun 23 % hadde søkt hjelp fra primærhelsetjenesten siste måned før selvmordet (4). I tillegg viser enkelte studier at få av dem som søker helsehjelp før de tar sitt liv, tar opp selvmordstanker under konsultasjonen (5).

I *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017* presiseres det at ansvaret for selvmordsforebyggende tiltak hviler på både primær- og spesialisthelsetjenesten, og at utvikling og iverksetting av tiltak som bidrar til at flere selvmordsutsatte menn søker helsehjelp, er et særlig viktig satsingsfelt (1). Likevel har vi lite forskningsbasert kunnskap å bygge tiltak på.

I tidligere forskning har man hovedsakelig rettet oppmerksomheten mot antall legebesøk i ulike tidsrom før døden (4). Erfaringene til familiemedlemmer, venner, kjærester/samboere og andre nærstående til unge menn som ikke søker hjelp fra helsetjenesten i perioden før de tar sitt liv, er lite belyst. Som vår studie viser kan kunnskap om vanskene disse har med å forstå selvmordsfare, være av stor betydning for både helsetjenesten og folk flest når det gjelder å avdekke selvmordsfare og motivere til hjelpsøking.

Vi har derfor gjennomført et forskningsprosjekt hvor problemstillingene var: Hvilke erfaringer har etterlatte med å avdekke selvmordsfare og å motivere unge menn i psykisk krise til å søke helsehjelp?

Materiale og metode

Data ble samlet inn i perioden 2007–09 gjennom dybdeintervjuer med til sammen 61 nære selvmordsetterlatte til ti unge menn i alderen 18–30 år. Datamaterialet er omfattende og ble samlet inn med det formål at det skulle brukes til flere forskningsprosjekter. Hvert intervju er på 30–50 A4-sider og belyser mange ulike temaer knyttet til avdøde, årsaksforhold til selvmordet og de etterlattes relasjon til avdøde.

De unge mennene hadde ikke tidligere vært i kontakt med psykisk helsevern og hadde heller ikke søkt hjelp fra primærhelsetjenesten i forkant av selvmordet. Seks av de ti etterlot seg avskjedsbrev. Ti av de etterlatte var mødre, 11 var fedre/stefedre, ti var søsken, 24 var venner og seks var kjærester/samboere. Alle de etterlatte var over 18 år. Intervjuene fant sted 6–18 måneder etter selvmordet.

Vi kontaktet kommuneoverleger i Sør-Norge med skriftlig informasjon om studien. De identifiserte aktuelle selvmord gjennom dødsmelding og obduksjonsrapport og tok kontakt med nærmeste pårørende per telefon og informerte om studien. Dersom pårørende samtykket til deltagelse i studien, mottok de utfyllende skriftlig informasjon og samtykkeerklæring. Først da prosjektleder mottok samtykkeerklæringen, fikk intervjuerne informasjon om den etterlatte. Den etterlatte ble kontaktet per telefon, og tid og sted for intervju ble avtalt.

Etter det første intervjuet ble de etterlatte bedt om å oppgi andre personer som sto avdøde

nær. Disse fikk tilsendt informasjon om studien, og prosedyren med å etablere kontakt etter at samtykkeerklæringen var mottatt hos prosjektleder fortsatte. Intervjuerne var første- og annenforfatter i tillegg til en annen erfaren forsker, alle med høy ekspertise i selvmordsfeltet.

Vårt faglige ståsted er forankret i psykologisk suicidologisk teori, der selvmordsatferd forstås som en reaksjon på stort indre og ytre press slik at selvmord av den suicidale oppfattes som den eneste veien ut av en uløselig krisesituasjon (6). Denne forståelsen gjelder enten avdøde hadde en psykisk lidelse eller ikke.

I tråd med vår faglige forankring startet intervjuene med et åpent spørsmål: «Hva er dine tanker om de forhold som førte til at avdøde tok livet sitt?» I denne delen holdt vi oss mest mulig tilbake og lot informantene fritt fortelle sine historier.

Vi fulgte deretter opp med en problemorientert del, basert på Shneidmans oppsett for å gjennomføre dybdeintervjuer med etterlatte ved selvmord, såkalt psykologisk autopsi-intervju (6). I denne delen ble blant annet temaer knyttet til avdødes psykiske tilstand før selvmordet, negative livshendelser i perioden før selvmordet, generelle personlighetstrekk, kvalitet i interpersonlige relasjoner, rusmiddelbruk og livshistorie belyst.

Avslutningsvis ble de etterlatte spurt om de hadde noen tanker om hva som eventuelt kunne ha forhindret selvmordet. Intervjuene (1,5–3 timer) ble tatt opp på lydbånd, transkribert og aidentifisert i henhold til godkjennelsen fra etisk komité.

Intervjuene ble analysert med fleksibel fortolkende fenomenologisk metode (7). I tidligere analyser av materialet rapporterte vi hvordan de etterlatte forstår avdøde og selvmordshendelsen (8–10). Vi så da at de fleste etterlatte søkte gjennom de siste samtalen de hadde hatt med avdøde etter svar på spørsmålene «Hvorfor så jeg ikke selvmordet komme?» og «Kunne jeg ha gjort mer for å skaffe helsehjelp?».

For å undersøke disse spørsmålene ble hele materialet gjennomgått på nytt og analysert med dette som overordnet tema. Dette innebar at begge forfatterne hver for seg gjennomgikk alle intervjuene i hver av de ti selvmordssakene, først for å få et grep om helheten, deretter for å identifisere problemer og behov knyttet til å forstå selvmordsfaren og å motivere til å søke hjelp. Gjennom lesingen av det transkriberte datamaterialet kom vi frem til mange ulike temaer, som så ble diskutert og utfordret i mange møter mellom forfatterne. Analyseresultatet ble sammenfattet til tre overordnede temaer.

For å styrke validiteten har vi forsøkt å være tydelige på hvordan vi har trukket slutninger om temaer fra det konkrete materialet, slik at leseren kan følge den analytiske veien som er grunnlaget for tolkning og konklusjon. Vi presenterer også mange sitater fra materialet.

Å forske på kvalitativt datamateriale stiller høye krav til refleksivitet omkring vår egen forforståelse og vårt eget engasjement. Begge forfatterne er kliniske psykologer, med lang erfaring i å jobbe med mennesker i selvmordskriser i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg har vi begge jobbet i mange år med etterlatte ved selvmord. Begge forfatterne har også lang erfaring som selvmordsforskere.

Undersøkelsen er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Resultater

Basert på tekstanalysen kunne etterlattes opplevelse av problemer og behov i arbeidet med å identifisere selvmordsfare og motivere for å søke hjelp deles i tre temaer: For det første at antagelsen om at selvmord skyldes psykisk sykdom var et hinder. For det andre at selvmordskrisen var knyttet til relasjonelle forhold. For det tredje at oppfordring om å søke hjelp ikke er nok.

ANTAGELSEN OM AT SELVMORD SKYLDES PSYKISK SYKDOM VAR ET HINDER
De fleste etterlatte innledet med å fortelle at selvmordet hadde kommet som et sjokk. De hadde ikke sett tegn på psykisk lidelse, men opplevde avdøde som «normal» og «flink» i

jobb og skole helt frem til han tok sitt liv.

En venn som nylig hadde vært sammen med avdøde på ferie og på forelesning på universitet dagen før selvmordet, sa for eksempel: «Det kom som et sjokk. Ingen tegn på sånn depresjon. Han var rett og slett en veldig oppegående fyr.»

Gjennomgående kritiserte de etterlatte det de mente var den rådende oppfatningen, basert på helsepersonells uttalelser, at selvmord skyldes depresjon og/eller skjer hos mennesker som er alvorlig psykisk syke. De forkastet denne teorien, fordi den syntes «feil» eller «misvisende» for hvordan de opplevde avdøde i perioden før selvmordet.

En nær etterlatt, ved et annet selvmord, som selv jobbet i helsetjenesten, beskrev slik hvordan sykdomsmodellen kom til kort:

Han hadde en jobb som han fungerte fint i. Han var på skolen samme dag, han var sammen med kamerater samme dag, gjennomførte alt som vanlig ... Han var sånn som skulle være med på alt, kjempeflink, topp karakter ... Men altså det vi har sett av uregelmessigheter, at han sov dårlig, slutt med kjæresten. Disse små tingene ... Man føler jo på en måte at man kanskje skulle ha sett ting, psykiatriske diagnoser og sånn da, men hvilken har han hatt?

Mest påfallende var at mange etterlatte fortalte hvordan nettopp antagelsen om at selvmord henger sammen med psykisk lidelse, sammen med avdødes mestrende facade, kunne ha bidratt til at de hadde oversett tegn på selvmordsfare (som søvnproblemer, aggresjonsutbrudd, ytringer om egen død/selvmord) som faktisk forelå i perioden før selvmordet. En mor sa det slik:

Jeg har ikke sett på ham som syk ... han var en flink gutt, karriere ... god lønn, fin leilighet, bil, ny samboer ... Han er ikke den typen ... En ting som jeg ikke tok tak i, han sa «jeg kommer til å dø snart». Og jeg har grubla mye over det der og kan ikke skjønne selv hvorfor jeg ikke har tatt tak i den ... jeg får det heller ikke til å stemme ... han var jo ikke syk.

Ved et annet selvmord sa et familiemedlem: «Det som var rart, var vel at *han* gjorde det ... han var en ressursperson, sto tidlig på egne bein, tok utdannelse ... han var tvers gjennom en ordentlig fyr.» Familiemedlemmet fortalte videre at avdøde hadde hatt en svært uheldig oppførsel i det offentlige rom uken før selvmordet – «det var så lite ham som det er *mulig* ... da burde det ha ringt mange bjeller».

Særlig mangelen på kunnskap om selvmord hos mennesker med høy mestringsevne ble av mange etterlatte trukket frem som sentralt med tanke på både egne og helsepersonells muligheter til å identifisere en selvmordskrise. En mor sa: «Selv hos fastlegen er det dårlig kompetanse, det er det.» I et annet tilfelle sa en venn som var sammen med avdøde på fest samme kveld som han tok livet sitt: «Legen mente jo at det var et sånt psykotisk tilfelle da, at han ikke visste hva han gjorde da han gjorde det, men, nei. Han var aldri så langt borte at han ikke visste hva han gjorde.»

Om behovet for kunnskap om selvmord uten årsak i psykisk lidelse sa en bestevenn ved et annet selvmord:

Det er mange sånne punkter som jeg kan peke på, som hadde man visst mer om selvmord da, så kunne man kanskje ha sett visse ting ... Så det som skjer er jo at han får en brutal nedtur når han ikke fikk den jobben ... det var et skikkelig slag i trynet ... han datt veldig som person ... For der, på jobben har han alltid vært flink ... og dette ser jeg ikke før etter at ting har skjedd.

SELVMORDET VAR KNYTTET TIL RELASJONELLE FORHOLD

Et annet problem en del etterlatte fortalte om når det gjaldt deres mulighet til å fange opp og/eller håndtere selvmordsrisiko var knyttet til at selvmordskrisen ikke oppsto i et vakuum, men spilte seg ut mellom avdøde og noen av dem. De hadde derfor ikke vært i posisjon til å forstå alvoret i trusler om selvmord og reagere adekvat på disse.

Dette illustreres gjennom følgende uttalelse fra en far om samtalen som spilte seg ut

mellom ham og avdøde kun timer før selvmordet, i forbindelse med at han avviste sønnens ønske om å få slippe å stå til ansvar for en normal, men kjedelig situasjon den unge mannen selv hadde forårsaket:

Og da sa han jo, hissig, så sa han, faen, jeg skulle tatt livet mitt, sa han faktisk. Så sa jeg, herregud, hva er det du snakker om, sa jeg, for det er jo sånn som, altså jeg reagerte ikke når han sa det, for det er jo ofte sånn som du sier når du er... Men klart, i ettertid, så har jeg jo tenkt på det. Men sånn at da sa jeg at hva oppnår du med det da, du vil jo bare skape nye problemer for oss.

Denne faren beskrev hvordan han i konfliktsituasjonen opplevde sønnens trusler om å ta sitt liv som helt ut av proporsjoner. Han fortalte videre at hans prosjekt var å gjøre en mann av sin umodne sønn, ved å få ham til å gjøre noe han forventet at en ung mann skal kunne klare: «Jeg gjorde det jeg gjorde, for jeg tenkte at det ville være en god skole for ham.» I ettertid ser han at han ikke klarte å høre verken alvoret i trusselen eller respondere adekvat. Han tolket selvmordsutsagnet som et tegn på svakhet.

Ved et annet selvmord beskrev en tidligere samboer hvordan heller ikke hun hadde forstått alvoret i truslene om at han ikke orket mer. Han hadde ringt henne en uke før selvmordet og vært oppgitt. Hun hadde opplevd svært turbulente perioder i kjæresteforholdet og ønsket ikke å starte på nytt.

Han prøvde å komme nærmere og nærmere, mens jeg ikke orka. Jeg ville egentlig bare ha han lenger unna livet mitt... Og en uke før han tok livet sitt, så ringte han jo og sa at han ikke orka mer liksom: jeg orker ikke mer... Men jeg tolka det jo ikke det som, jeg orker ikke noe mer...

Som vist i disse to eksemplene fortalte mange etterlatte om hvordan de først i ettertid tolker direkte selvmordstrusler og utsagn om ikke å orke mer som uttrykk for reell selvmordsfare. Særlig det at de var part i en konflikt med avdøde da de mottok selvmordstruslene, og med det selv var aktør i selvmordskrisen, ble av mange trukket frem som sentralt for muligheten til å fange opp at det var selvmordsfare og så handle.

OPPFORDRING OM Å SØKE HJELP ER IKKE NOK

Noen etterlatte ved flere ulike selvmord fortalte at de hadde forstått selvmordsfaren og oppfordret avdøde om å søke helsehjelp, men at oppfordring alene ikke hadde vært nok.

En far hadde vært alvorlig bekymret for sin sønn i ukene før selvmordet, etter at den unge mannen var blitt stoppet fra et antatt selvmordsforsøk etter et skamfullt nederlag og så hadde isolert seg hjemme. Faren hadde derfor bestilt flere legetimer for sønnen. Men sønnen hadde uteblitt fra alle.

Fastlegen ga i en samtale med faren etter selvmordet uttrykk for at han tvilte på om det ville vært et godt alternativ å få politiet til å komme hjem til sønnen for bistand til å få ham tvangsinnlagt. Mest sannsynlig ville dette bare ha forsterket skammen og hele problemet. Faren var ved intervjuet fremdeles enig med fastlegen i denne vurderingen. Men flere ganger i intervjuet tok han opp at det burde gått an å få til en løsning der fastlegen kunne ha kommet på hjemmebesøk.

Ved et annet selvmord, der alle informantene beskrev avdøde som svært suksessfull, fortalte en tidligere samboer at hun var blitt alvorlig bekymret for avdøde noen dager før selvmordet. Om innholdet i samtalen hun hadde hatt med ham da han uventet hadde ringt henne på natten, sa hun følgende:

... så sa han at han jobben gikk til helvete og alt var bare dritt liksom... Og så forteller han at han skulle bare gå og skyte seg... jeg ble jo skikkelig skremt og så ba jeg han om, ba han om å gå og oppsøke hjelp da. Sa, du må gjøre det.

Denne unge mannen tok sitt liv få dager etter denne samtalen. Han søkte ikke helsehjelp, men viste seg frem som mestrende og suksessfull i alle andre relasjoner helt frem til han tok livet sitt. Han etterlot seg et brev hvor han skrev at han hadde tenkt på selvmord lenge.

Hvorfor det å søke og akseptere helsehjelp ikke synes å ha vært et alternativ for de unge mennene i selvmordskrise, ble av mange etterlatte knyttet til følelsen av å ha lidd et uopprettelig nederlag. De beskrev at det som vanligvis oppfattes som normale hendelser for unge menn (som ikke å få den jobben man ønsker, brudd med kjæresten, aggressive utbrudd), ikke ble tålt av avdøde. Selvmord ble sett på som en løsning på en «umulig» situasjon.

Mange etterlatte forkastet overfladiske forklaringer – som at selvmordet var resultat av en impulsiv handling og/eller mangel på kunnskap i helsevesenet. En far sa det slik: «Hvorfor han ikke søkte profesjonell hjelp? Han visste at det fantes et helsevesen, men han bestemte seg for at dette var løsningen.»

Noen etterlatte knyttet fraværet av hjelpsøking til at avdøde hadde vokst opp i en familie hvor fasade var viktig og/eller svakhet ble avvist. En etterlatt sa: «Status er viktig, det skal se *veldig* bra ut utenifra ... han har vært i en familie der psykiske problemer er tabu ... sånn aksepterer ikke vi i vår familie.»

Diskusjon

KUNNSKAPSMANGEL

Et gjennomgående funn i denne studien er at det ikke har vært knyttet selvmordsfare til disse unge mennene på grunn av deres høye mestringsevne og fraværet av symptomer på alvorlig psykisk lidelse.

Etterlatte ga uttrykk for at fagfolk som regel understreker sammenhengen mellom selvmord og psykisk lidelse når de uttaler seg i mediene. Dette har ført til en allmenn oppfatning, slik de uttrykte det, om at selvmord ikke skjer der det ikke foreligger en psykisk sykdom.

De etterlatte i vår studie pekte på behovet for generell informasjon både til befolkningen og helsepersonell om kompleksiteten ved selvmord. Det vil si at fagfolk også må formidle at selvmord kan finne sted hos mennesker med høy ytelsesevne, spesielt når det skjer en endring i atferden.

Dette funnet sammenfaller med funnene i en studie fra Storbritannia, der informantenes antagelse om at selvmord primært skjer hos mennesker som er psykisk syke eller alvorlig deprimert, var til hinder for å avdekke selvmordsfare hos unge menn med høy mestringsevne (11). Funnet sammenfaller også med både en nasjonal og flere internasjonale studier, som har vist at over 40 % av selvmordene ikke med rimelighet kan knyttes til alvorlig psykisk lidelse (5, 12, 13).

Det kan være truende å ta innover seg sine egne barns psykiske vansker, ikke minst hvis man opplever at det kan ha betydning for ens identitet som forelder/familie. Det er derfor av stor betydning at vi i vår studie også har intervjuet individer som kjente avdøde godt, men som ikke tilhørte den nærmeste familien. Disse informantene ser heller ikke psykisk sykdom som forklaring på selvmordet.

Tar vi de etterlattes erfaringer på alvor, ser det ut til at kunnskapsformidling til befolkningen om årsaker til selvmord har vært for snevert konsentrert om psykisk sykdom. I tillegg, for å beskytte seg selv mot skyldfølelse, kan en del etterlatte forklare årsaken til selvmordet med eksterne faktorer. Dette er vist i en britisk studie av foreldres forståelse av sine sønners selvmord (14).

SYNET PÅ SELVMORDSKRISEN OG HVORDAN DEN BØR MØTES

Det andre hovedfunnet i vår studie, at avdøde befant seg i en konfliktsituasjon, blir av etterlatte fortolket som vesentlig for selvmordet. De unge mennenes opplevelse av avvising i nær relasjon og/eller uhåndterbar skam fra et nederlag i jobb/skole ble ansett som viktigere enn alvorlig depresjon/psykisk lidelse (9).

Dette samsvarer med funn fra en norsk avhandling om selvmord blant eldre, der analyser av intervjumateriale fra både etterlatte og helsepersonell viste at selvmord hos eldre mennesker var relatert til tap av selvfølelse, ikke primært til depresjon (15). Våre funn samsvarer også med funn fra en norsk avhandling om selvmord hos unge, der intervjuer med foreldre som har mistet barn i selvmord, viste at en del selvmord hos barn og unge hang sammen med relasjonskonflikter heller enn psykisk lidelse (12).

Samlet peker disse funnene på at forebygging er et anliggende for både primær- og spesialisthelsetjenesten – og for folk flest. De konfliktsituasjonene etterlatte fortalte at avdøde var i før han ga opp livet, ble oppfattet som klart innenfor vedkommendes mestringsevne. Det vanskeliggjør situasjonen at en del familier hadde kviet seg for å søke helsehjelp, også der symptomer som for eksempel søvnproblemer, aggresjonsutbrudd, tilbaketrekning eller rusbruk indikerte en form for psykisk stress. I et par av sakene søkte de pårørende helsehjelp, og noen etterlatte ga uttrykk for et ønske om at fastlegen burde rykke ut der de pårørende er bekymret for personens liv.

I Norge er fastlegen og legevakten de instanser mennesker i livskriser først søker helsehjelp hos. De etterlatte i vår studie ga uttrykk for at de som er i krise og søker helsehjelp, bør bli møtt på – og få hjelp med – de ulike problemene som utløste livskrisen. De pekte altså på at helsehjelpen bør være noe mer enn symptomrelatert i smal forstand.

Dette støttes også av en nestor i selvmordsfeltet, Øivind Ekeberg, som sier at «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» (16).

De etterlatte i vår studie mente at dersom pårørende er pådrivere til at unge menn i en krisesituasjon får tilbud om samtale med fastlege, må fastlegen ha kunnskap om selvmordsfaren hos mennesker som tilsynelatende fungerer bra, men der fasaden er i ferd med å sprekke. Fastlegene burde også være aktivt oppsøkende hvis en slik ung mann ikke møter til avtalen. Dette støttes av studier som viser at det kun å oppsøke medisinsk hjelp på oppfordring fra nærstående personer, i seg selv ikke er nok til å hindre selvmord (17).

En annen viktig implikasjon av funnene våre er at opplysningskampanjer om selvmord må utformes slik at den kunnskapen vi har om selvmord utenfor psykisk helsevern, får tilstrekkelig plass. Vi bør fortsette å etablere lavterskeltilbud for mennesker i livskrise, slik det er gjort i en rekke kommuner. Spesielt bør vi skreddersy noen av disse tilbudene slik at de passer for unge menn, det kan for eksempel være egne kvelder på helsestasjon for ungdom rettet mot gutter/unge menn. Siden det er flere selvmord hos menn enn hos kvinner, er det behov for slike tiltak.

Studiens begrensninger og styrke

Funnene fra etterlattintervjuene er ikke generaliserbare til å gjelde for alle unge menn, men gir innsikt i selvmord hos unge menn med høy mestringsevne. Etterlatte til andre unge menn, andre forskere og andre kvalitative metoder ville kunne gi andre funn. Det gjør ikke våre funn mindre viktige.

Én metodisk styrke er at vi har basert studien på åpne dybdeintervjuer med mange informanter, og at analysen er knyttet til kunnskap om hvilken relasjon hver enkelt informant hadde til avdøde. Av anonymitetshensyn er det selvfølgelig gjort noen endringer, men nærheten til avdøde er korrekt beskrevet.

En annen styrke i vår studie er at kategoriseringen i temaer og fortolkningen av materialet ble foretatt individuelt og deretter sammenlignet og drøftet i mange møter mellom forfatterne. At forfatterne har lang erfaring i å jobbe klinisk med selvmordsforskere og etterlatte ved selvmord samt har vitenskapelig kompetanse, styrker validiteten av funnene.

Konklusjon

Funnene stemmer ikke overens med den etablerte oppfatningen at selvmord primært er et symptom på psykisk lidelse. Vår studie viser hvor vanskelig selvmordsforebygging kan være. Samtidig peker våre funn på et område som har allmenn gyldighet – nemlig press på unge mennesker i retning av å være vellykket på de fleste av livets områder. At dette kan føre til selvmord, er nok ikke en ny observasjon for folk flest.

Fremtidige handlingsplaner for selvmordsforebygging bør inkludere et bredere perspektiv på selvmord enn sykdomsmodellen.

HOVEDBUDSKAP

De etterlatte så få tegn på alvorlig psykisk lidelse i forkant av selvmordet

De etterlatte manglet kunnskap om selvmord hos mennesker med høy mestringsevne

De etterlatte opplevde at helsetjenesten manglet kunnskap om selvmord hos mennesker med høy mestringsevne

Livsbelastninger før selvmordet var knyttet til relasjonelle vansker og nederlag

LITTERATUR:

1. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Oslo: Helsedirektoratet, 2014. www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf (24.6.2017).
2. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf> (27.11.2017).
3. Dødsårsaksregisteret. Folkehelseinstituttet. www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/ (24.6.2017).
4. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909 - 16. [PubMed][CrossRef]
5. Hamdi E, Price S, Qassem T et al. Suicides not in contact with mental health services: Risk indicators and determinants of referral. *J Ment Health* 2008; 17: 398 - 409. [CrossRef]
6. Shneidman E. Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive Behavior. Northvale, NJ: J. Aronson, 1993.
7. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis. London: Sage, 2009.
8. Rasmussen ML, Haavind H, Dieserud G. Young men, masculinities and suicide. *Arch Suicide Res* 2017; E-publisert 21.6.2017. [PubMed][CrossRef]
9. Rasmussen ML, Dyregrov K, Haavind H et al. The role of self-esteem in suicides among young men. *Omega* 2015. [CrossRef]
10. Rasmussen ML, Haavind H, Dieserud G et al. Exploring vulnerability to suicide in the developmental history of young men: a psychological autopsy study. *Death Stud* 2014; 38: 549 - 56. [PubMed][CrossRef]
11. Sweeney L, Owens C, Malone K. Communication and interpretation of emotional distress within the friendships of young Irish men prior to suicide: a qualitative study. *Health Soc Care Community* 2015; 23: 150 - 8. [PubMed][CrossRef]
12. Freuchen A. The lost years: suicide among children and young adolescents. A psychological autopsy study of suicide victims 15 years and younger 1993-2004 in Norway. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, 2013.

13. Judd F, Jackson H, Komiti A et al. The profile of suicide: changing or changeable? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1 - 9. [PubMed][CrossRef]
14. Owens C, Lambert H, Lloyd K et al. Tales of biographical disintegration: how parents make sense of their sons' suicides. *Sociol Health Illn* 2008; 30: 237 - 54. [PubMed][CrossRef]
15. Kjølsæth I. Control in life - and in death: An understanding of suicide among the elderly. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, 2010.
16. Ekeberg Ø. Selvmord under pågående behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 1390.
17. Owens C, Lambert H, Donovan J et al. A qualitative study of help seeking and primary care consultation prior to suicide. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 503 - 9. [PubMed]

Publisert: 5. februar 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0571
Mottatt 30.6.2017, første revisjon innsendt 25.11.2017, godkjent 1.12.2017.
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no