
Selvmondsatferd blant alvorlig syke pasienter

DEBATT

ØIVIND EKEBERG

oivind.ekeberg@ous-hf.no

Øivind Ekeberg er spesialrådgiver ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus og professor emeritus ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Han har i 35 år arbeidet klinisk og forskningsmessig med selvmordsforebygging.

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

Alle mennesker har mulighet for å avslutte livet sitt. Når helsepersonell trekkes inn i slike beslutninger, er det ofte uttrykk for ambivalens hos pasienten.

Fredheim og Magelssen står bak en interessant artikkel om etiske dilemmaer ved suicidalitet hos pasienter med kort forventet levetid som nylig ble publisert i Tidsskriftet [\(1\)](#). Forfatterne diskuterer her hvordan helsepersonell bør forholde seg når pasienter i palliativ fase med kort forventet levetid gir uttrykk for selvmordsplaner eller utfører alvorlige selvmordsforsøk.

Forfatterne presenterer to fiktive kasuistikker. Den ene omhandler en pasient med langt kommet kreft i bukspyttkjertelen. Han bor alene og har mye smerter og kvalme. Legevaktlegen får vite at pasienten har konkrete selvmordsplaner, ordner med innleggelse i palliativ enhet dagen etter, men pasienten kan ikke love at han ikke vil ta livet sitt før innleggelse. Begrunnelsen for selvmordstankene var smerter og kvalme, det vil si plager som det er mulig å gjøre noe med. Legen har fått frem at det er en livstruende tilstand, men har slik jeg forstår historien, vurdert at det var forsvarlig å avvente i stedet for å sørge for en akuttinnleggelse. Men hva ville legen gjort hvis pasienten allerede hadde tatt frem et tau og sagt at han ville ta livet sitt så snart legen hadde gått?

Risikert å komme i konflikt med straffelovens bud om å hjelpe en person som er i åpenbar fare for å dø eller bli påført betydelig skade, men håpe å gå fri, med henvisning til respekt for pasientens autonomi?

Den andre kasuistikken omhandler en pasient med tykktarmskreft, metastaser og raskt fallende allmenntilstand. Hun blir funnet komatøs av hjemmesykepleieren etter selvforgiftning med legemidler. Forfatterne diskuterer hva man bør gjøre når pasienten ikke er samtykkekompetent. De mener at man da må legge til grunn det som er sannsynlig at pasienten ville ha ønsket, og at hvis man antar at en pasient i palliativ fase ikke ville ønsket livsforlengende behandling, vil slik behandling bryte med pasientens autonomi. I tilfeller der pasienter har skrevet avskjedsbrev ved selvmordsforsøk, er det som regel ganske klart hva de har ønsket. Vi unnlater likevel ikke å behandle slike pasienter med henvisning til pasientens autonomi. Jeg kan derfor ikke se hvorfor det skulle forholde seg annerledes i eksempelet i kasuistikken. Så lenge det er nødvendig å gi antidot, bør for øvrig pasienten vurderes som alvorlig forgiftet og ikke samtykkekompetent.

Selvmondsatferd er nesten alltid ambivalent. Etter selvmordsforsøk dør de fleste senere av annen årsak enn selvmord. I en 20 års oppfølging av pasienter innlagt for akutte forgiftninger i Oslo, tok 7 % livet sitt og 30 % døde av andre årsaker enn selvmord (2). Et vanlig funn ved selvmord blant eldre var skuffelse over at deres behov for helsehjelp ikke ble møtt (3). Som helsepersonell må vi derfor ha en bred tilnærming med vekt på pasientens behov og også vurdere andre tiltak enn tvangsinnleggelse. Vi må være tydelige på at vi støtter livssiden. Selv om man ikke kan gi mer aktiv behandling for å stoppe en kreftsykdom, kan vi alltid bidra med symptomlindring og psykisk støtte. Det kan virke sterkt for pasienten hvis legen i et forsøk på å være empatisk gir uttrykk for forståelse for at pasienten ikke finner sitt liv verd å leve.

Begge pasientene som Fredheim og Magelssen omtaler, hadde avansert kreft. En annen sykdom med mange etiske dilemmaer er amyotrofisk lateral sklerose. Nylig beskrev Morten Andreas Horn hva vi som helsepersonell kan bidra med ved denne tilstanden: «Vår jobb er å gjøre veien fram mot døden, og døden selv, best mulig» og at det er «viktig at vi som helsepersonell understøtter troen på at man vil få hjelp til å gjennomgå dødelig sykdom med livskvaliteten og verdigheten i behold» (4).

Et sentralt poeng for Fredheim og Magelssen er at hos pasienter i palliativ fase med kort forventet levetid bør pasientens autonomi tillegges større vekt enn hos pasienter med lengre leveutsikter. Etter min mening er det vanskelig å forstå hvorfor man ikke skulle respektere autonomien like mye hvis pasienten er yngre og ikke har en dødelig sykdom.

«Selvmordsatferd er nesten alltid ambivalent»

Tvangstiltak kan være nødvendig også overfor en pasient i palliativ fase. Hva skulle man ellers gjøre hvis en pasient ville ta livet sitt med begrunnelsen at han hadde syndet så mye i sitt liv at han nå måtte ta sin dødsstraff, altså hadde en depressiv vrangforestilling?

Et av momentene i den etiske drøftingsmodellen som Fredheim og Magelssen benytter, er «berørte parters syn og interesser». Selvmord gir vanskelige følelser også hos etterlatte, venner, kolleger og behandlere. Hvis man skal tvangsinnlegge pasienten for å hindre selvmord, må det være av hensyn til pasienten og ikke andre.

Forfatterne kommer også inn på spørsmålet om det rasjonelle selvmordet. Det er uklart hva dette er. Er det mer rasjonelt hvis en tidligere frisk 85 år gammel mann vil ta livet sitt fordi han opplever det som uutholdelig å bli bundet til en rullestol enn at en pasient med kronisk schizofreni ikke lenger orker hallusinasjoner og skremmende opplevelser av å bli forfulgt (5)? Er ikke alle samtykkekompetente rasjonelle?

Fredheim og Magelssens artikkel kan etterlate et inntrykk av at man bør være mer passiv med hensyn til å forebygge selvmord blant pasienter med kort forventet levetid. Vi er nok mange som ikke er enige i dette.

LITTERATUR

1. Fredheim OMS, Magelssen M. Ethiske dilemmaer ved suicidalitet hos pasienter med kort forventet levetid. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0157. [CrossRef]
2. Bjornaas MA, Jacobsen D, Haldorsen T et al. Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: a 20-year follow-up. Clin Toxicol (Phila) 2009; 47: 116–23. [PubMed][CrossRef]
3. Kjølsøth I, Ekeberg O, Steihaug S. Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. Int Psychogeriatr 2010; 22: 209–18. [PubMed][CrossRef]
4. Horn MA. Kan vi være til nytte for ALS-pasientene? Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0425. [PubMed][CrossRef]
5. Hem E. Spesielle selvmordsformer. I: Ekeberg Ø, Hem E, red. Praktisk selvmordsforebygging. Oslo: Gyldendal akademisk, 2016: 195–207.

Publisert: 11. november 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0542

Mottatt 26.8.2019, godkjent 13.9.2019.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.