

Sjølvmord i Japan

Korleis hjelper helsevesenet i Japan pasientar med sjølvmordsatferd? Eg tok permisjon i halvanna år frå profesjonsstudiet for å få svar.

TEKST:

Åse Lundegaard Mattson

PUBLISERT 6. november 2012



BELASTA: Med over 30 000 sjølvmord i året i ei befolkning på over 127 000 000 er sjølvmord eit problem som påverkar store delar av japansk befolkning.

Foto: MShades/Flickr.com

Japan og sjølvmord er to ord som saman antakeleg vil vekke alt frå historiske til popkulturelle assosiasjonar hos dei fleste. Hos dei utan særskild kjennskap til den japanske kulturen vil orda kanskje bli assosiert med samuraiane og sjølvmordsritualet «harakiri», eller med «kamikaze»-pilotane som tok med seg sine fiendar i døden. Dei litt meir japanofile vil kanskje tenkje på popkulturelle fenomen, som til dømes den sær grafiske opningsscena til horrorfilmen «Suicide Circle», eller til «sjølv-mordsskogen» Aokigahara, som etter mykje medieomtale har blitt ein populær destinasjon for å ende sitt eige liv.

Som tidlegare språkstudent på japanskstudiet ved Universitetet i Bergen (UiB) og fersk student på profesjonsstudiet i psykologi var eg i 2010 så heldig å få eit forskingsstipend

både frå den japanske staten og frå UiB. Eg tok dermed permisjon frå profesjonsstudiet og drog til Japan for å gjere kvalitativ forskning på korleis japansk helsepersonell opplever å arbeide med pasientar som skadar seg, ei problemstilling som ofte er nær knytt til sjølvmondsfare.

Vekt på førebygging

Sjølvmondsratane i Japan har stige drastisk dei siste åra. Ifølgje statistikk frå WHO var det i 2009 totalt 30 707 sjølvmond i landet, som gir ei rate på 24.4 sjølvmond per 100 000 innbyggjar (2012a). Til samanlikning var det same år i Noreg 573 sjølvmond, som gir ei rate på 11.9 sjølvmond per 100 000 innbyggjar (2012b). Med over 30 000 sjølvmond i året i ei befolkning på over 127 000 000 er sjølvmond eit problem som påverkar store delar av japansk befolkning, anten direkte, eller ved at ein «kjenner ein som ...». I ein rapport frå WHO (2012) vart det poengtert at sjølvmondsførebygging i Japan ser ut til å fokusere mykje på generelle folkeopplysingstiltak, medan spesifikke tiltak for dei i risikosona for sjølvmond er mangelfulle. På grunn av mellom anna dette har Helse- og arbeidsdepartementet i Japan sett i gang fleire tiltak for å redusere sjølvmond, for å intervensere hos dei som allereie er identifiserte som sjølvmondsutsette, og for å ivareta dei etterlatne.

Ifølgje ei offentleg utgreiing frå det japanske regjeringssekretariatet (???) (2012) har menn i 40–50-årsalderen lenge vore høgast representert på sjølvmondsstatistikken. Dei fleste tiltaka for å redusere sjølvmond har difor primært vore retta mot denne alders- og kjønnsbolken. Eit døme på tiltak retta mot middelaldrande menn er folkeopplysningskampanjen «????????????» («Pappa, søv du godt?»), som ein i mars i år kunne sjå på mellom anna tog og stasjonar over heile landet. Plakatar og informasjonsfilmar fortalte at dersom ein søv dårleg i to veker, har lite matlyst og føler seg «slapp» i kroppen, så bør ein ta turen til legen for å sjekke om ein er deprimert. Då terskelen for å søkje hjelp blant menn i denne aldersgruppa ofte er høg, fokuserer kampanjen òg på teikn som potensielle «portvaktarar», til dømes familie, kollegaar eller helsepersonell, kan fange opp.

I 2011 var det ein nedgang på 3,3 prosent i den totale mengda sjølvmond i forhold til året før. Om ein deler desse tala opp i forskjellige aldersbolkar, ser ein at medan sjølvmondstala for dei over 40 sidan 2003 har vore søkkande, har tala for dei under 30 auka (Det japanske regjeringssekretariatet, 2012). På eit seminar om ettervern for etterlatne etter sjølvmond peika ein av føredragshaldarane på at eit einseitig fokus på sjølvmond hos middelaldrande menn ser ut til å ha gått på kostnad av tiltak for andre sjølvmondsutsette grupper, derav desse motstridande tendensane. Dei stigande sjølvmondstala blant yngre japanarar, og då særleg hos studentar, vart seinare diskusjonstema på dette seminaret. Personar som gjentekne gonger har vore i kontakt med somatisk helsevesen etter sjølvmondsforsøk, vart av mange peika ut som ei gruppe som sårt kunne trunge meir merksemd, då tidlegare sjølvmondsforsøk er ein kjent risikofaktor for seinare gjennomført sjølvmond.

Intervensjonar og ettervern

Det er nettopp denne gruppa som er hovudfokus for forskingsprosjektet «Action-J», som er ei randomisert klinisk utprøving der 19 sjukehus som tar imot somatiske akuttpatientar, tilbyr oppfølging ved sjukehuset etter sjølvmondsforsøket. Eg har hatt høve til å snakke med personar involverte i dette prosjektet, både på den administrative sida, og 'på golvet'. Dei kunne fortelje at sjølvmondsforsøkarar ofte blir skrivne ut utan oppfølging eller risikovurdering så snart dei er somatisk friske. Dei skildra ein kvardag prega av plass- og tidsmangel, og eit arbeidsmiljø der sjølvmondspatientar vert skildra som eit stort og ressurskrevjande irritasjonsmoment. Dette viser seg i at mange legar har ei uttalt motstand mot å ta pasientgrupper som er kjent for å slite med denne type problematikk i behandling.

Særleg personar som har eit rusproblem eller ei personlegdomsforstyringsdiagnose kan oppleve å bli nekta behandling basert på diagnosen sin, då dei ofte blir sett på som personar som skaper ?? (meiwaku); trøbbel eller problem. I tillegg til dette er det mange som arbeider i helsevesenet som kjenner seg utrygge i møtet med den sjølvmondsutsette pasienten. Ved å lage opplegg som er lite ressurskrevjande og lette å ta i bruk i dei få dagane pasientane er inneliggande på sjukehuset, håper ein å raskare kunne gi «gjengangarane» eit betre tilbod. Resultata frå dette prosjektet føreligg ikkje ennå.

Eit symposium arrangert av Helse- og arbeidsdepartementet i høve fornying av dei japanske retningslinjene for ettervern er den faglege hendinga frå Japan-opphaldet som står sterkast i minnet mitt. Symposiet var tenkt å vere ein stad der forskarar og pårørande kunne møtast og utveksle meiningar, for å saman arbeide for eit betre ettervern. Her fekk eg oppleve noko heilt anna enn den beherska, høflege, og formelle stilen som vanlegvis er så gjennomført på denne type arrangement. Foredraga viste tydeleg at det blant mange etterlatne er sterk mistillit til helsevesen og politikarar, men ikkje minst til dei som ynskjer å forske på dette temaet. Mange etterlatne føler seg oversett, og meiner at retningslinjene ikkje møter dei der dei er.

«Sjølvmondsførebygging er eit heitt tema og eit politisk satsingsområde i Japan»

Det finst utallege sjølvhjelpsgrupper for etterlatne i Japan, og enkelte av dei seier eksplisitt at helsearbeidarar, forskarar og andre som ynskjer å observere, ikkje er ynskete. Det å få til ein dialog mellom etterlatne og forskarar, helsevesen og politikarar har vist seg å vere særst utfordrande.

いのちを守る

もしかしたら、「うつ」かも...

お父さん、眠れでる

眠れないときは、お医者さんにご相談を。

内閣府 内閣府自殺対策推進室ホームページ <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/index.html> 眠れていますか? 検索

KAMPANJE: Plakaten over er frå kampanjen «Pappa, søv du godt?», særskilt retta mot middelaldrande menn, og kunne sjåast rundt heile landet i mars 2012. Dei grøne og blå boksane oppsummerer vanlege symptom på depresjon, gjennom teksta: «Dersom du trass i at du er trøytt ikkje får sove på over to veker, og dersom du har mista matlyst og har gått ned i vekt, kan det hende du er deprimert.» Nedst på plakaten vert ein oppfordra til å ta kontakt med helsepersonell dersom ein har desse symptoma.

Barrierar for internasjonal kontakt

Sjølvmordsførebygging med utspring i dei høge sjølvmordstala er altså blitt både eit heitt tema og eit politisk satsingsområde i Japan. Det vert produsert store mengder

forskning på dette feltet. Berre ein liten del når utlandet. Ein grunn til det er at engelskkunnskapane i Japan generelt er dårlege, og mange japanarar vegrar seg for å dra til utlandet for å presentere kunnskap eller samarbeide med personar der kommunikasjon på engelsk er eit krav. Det er gjerne berre dei store, prestisjetunge prosjekta, som til dømes Action-J, som når utlandet. Som «sjølvmondsforskar» i Japan erfarte eg sjølv nokre av barrierane som gjer at japansk forskning ofte blir i Japan.

Forskningsprosjektet mitt var ei kvalitativ undersøking av korleis helsearbeidarar i Japan opplever å arbeide med pasientar som skadar seg sjølv. Kvalitativ forskning siktar jo på å forstå informanten sin kvardag, slik han eller ho opplever den, men utan å forstå rammene deltakaren lever i, er dette umogleg. Første skritt i forskningsprosessen min var difor å gjere seg kjent med psykisk helsevern i Japan.

Ettersom eg visste veldig lite om dette, var eg i starten avhengig av rettleiaren min. Eg var heldig nok til å kome i kontakt med ein svært kunnskapsrik person innanfor sjølvmondsfeltet, og denne personen hadde eit nettverk som han velvillig brukte for å hjelpe meg. Dette førte til at eg tidleg fekk dratt på omvising på ulike sjukehus og snakke med dei som arbeidde der. Men ofte var det vanskeleg for meg å få svar på det eg lurte på, og eg følte ofte at spørsmåla mine ikkje heilt trefte mottakaren. Etter kvart blei det klart at spørsmåla mine tok utgangspunkt i det eg visste om psykisk helsevern i Noreg, men det norske og det japanske helsevernet er såpass forskjellig at mine «norske» spørsmål ikkje gav meining i ein japansk kontekst. Dei tidlege møta gav meg ei rudimentær innsikt i desse forskjellane, og dermed vart eg etter kvart i stand til å stille spørsmål som gav meining for dei rundt meg. På den måten vart det lettare å seinare hente inn informasjon på eiga hand.

Så langt høyrest mine opplevingar antakeleg ikkje så annleis ut enn det ville vore for ein norsk forskar i Noreg. Hovudforskjellen er at alt eg gjorde, vart gjennomført på japansk. Ifølgje rettleiaren min ville det antakeleg ha vore mogleg å gjennomføre eit kvantitativt forskningsprosjekt på engelsk i Japan, men det å verkeleg bli inkludert i forskingsmiljøet meinte han ville vere vanskeleg utan japanskkunnskapar. Eg skal ikkje skryte på meg betre japanskkunnskapar enn eg faktisk har, men dei er gode nok til at eg på eiga hand aktivt har kunna fått til møter og dra på omvisingar utan å vere avhengig av at ein tredjepart har tid og lyst. Dette har bidrege til at eg har fått invitasjonar til å mellom anna delta på konferansar, foredrag og workshops, og invitasjonar til å observere terapi. Å ha tilgang til hovudkjelder, å kunne tolke dei utan å vere avhengig av eit medium som ikkje er kjent med min kultur og dermed ikkje veit kva eg treng å vite for at informasjonen skal vere brukbar på mine premiss, har vore uvurderleg.

Den kulturelle barrieren

I tillegg til det språklege finst det ein vesentleg kulturell barriere. Gode relasjonar og kunnskap om korleis ein skapar desse, er avgjerande i Japan. Det å bli presentert for nokon, anten det er ein person eller ein institusjon, er ein sentral del av kulturen. Innanfor forskning er den mest formelle måten å be om ein samarbeidsrelasjon gjennom eit såkalla ??? (iraijou). Eit iraijou er eit formelt skriv som ein leverer til øvste hald i

institusjonen ein ynskjer tilgang til, der den som er fagleg ansvarleg for prosjektet, ber om eit samarbeid på eins vegner. I mitt tilfelle skreiv min rettleiar iraijou på mine vegner, og eg leverte dei direkte til dei sjukehusa eg ville i kontakt med.

Å levere eit iraijou er ofte siste skritt i rekrutteringsprosessen, og blir ofte først levert når ein er rimeleg sikker på at ein vil få eit ja. Vegen fram til dette ja-et startar oftast med at ein uformelt blir presentert for nokon som arbeider ved institusjonen ein vil ha kontakt med. Generelt kan ein seie at dess høgare posisjon denne personen har, dess lettare er det å vinne fram.

I og med at relasjonar er såpass viktige som dei er, prøvde eg alltid å ha i bakhovudet at min rettleiar hadde gått god for meg, og at det dermed var mitt ansvar å sørgje for at eg ikkje trakka på for mange tær. Kulturell sensitivitet var viktig. Det er enkelte ting ein kan sleppe unna med som ikkje-japansk som japanarar aldri ville ha sloppe unna med, men om ein ikkje tilpassar seg konteksten, om ein blir for framand i åtferd og språkbruk, kan det skape ein uhensiktsmessig lang avstand til den du prøver å skape ein relasjon til. Det kan føre til at dører lukkar seg. Dessutan: Om du oppfører deg på ein upassande måte i så stor grad at den du samhandlar med, reagerar på det, vil dette òg reflektere negativt på personen som presenterte deg i utgangspunktet, sjølv om den som presenterer deg, ikkje er direkte involvert i samhandlinga.

Ein unik sjanse

I 2013 arrangerer International Association for Suicide Prevention (IASP) sin årlege konferanse i Oslo. Eg var heldig nok til å kunne dra då IASP arrangerte sin konferanse i fjor, i Beijing. Der vart eg kjent med fleire japanske sjølvmoordsforskarar, og mange av dei seier at dei gjerne vil kome til Noreg i 2013. Då eg har eit sterkt ynske om å styrke relasjonen mellom Noreg og Japan på dette feltet, håper eg så mange som mogleg i det norske psykologmiljøet deltar på denne konferansen og nyttar høvet til å få eit internasjonalt perspektiv på eit spanande felt. Eg oppfordrar også dei som måtte vere interessert i psykisk helse i Japan, til å ta kontakt med meg. Kanskje kan eg bidra til å bringe ein liten del av eit stort felt til Noreg, og andre vegner. Der Japan manglar kunnskap på spesialiserte tiltak for sjølvmoordsutsette personar i regi av helsevesenet, finst det i det norske helsevesenet etter kvart ein god del tiltak og erfaringar, og som eg som ferdig utdanna psykolog håper å kunne bringe vidare til Japan.



Japan

Hovedstad: Tokyo

Innbyggertall: ca 126, 5 millioner

Areal: 377 940 kvadratkilometer

Språk: Japansk

Religioner: Shinto og buddhisme 84%, diverse andre 16%

Kilde: FN-sambandet: www.globalis.no

LES OGSÅ

Kva er ein psykolog?

Det er stor forskjell på å vere psykologstudent i Japan og i Noreg. Første overraskning møtte eg allereie då eg skulle presentere meg i fagmiljøa.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 11, 2012, side 1096-1099

TEKST:

Åse Lundegaard Mattson, Profesjonsstudent ved Universitetet i Bergen

+ Vis referanser

Referansar

Det japanske regjeringssekretariatet. (2012) ? ?????????????????????? ??? [A summary of suicide and anti-suicide measures in Japan.] (White paper). Retrieved from: <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2012/pdf/gaiyou/index....>

Sato, T. (2007) Rises and falls of clinical psychology in Japan: A perspective on the status of Japanese clinical psychology. *Ristumeikan Journal of Human Sciences*, 13(2), 133-144.

Nishikawa, Y. (2005). An overview of the history of psychology in Japan and the background to the development of the Japanese Psychological Association. *Japanese Psychological Research*, 47(2), 63-72.

World Health Organization. (2012) World Health Organization Visit to Japan (January 2012) on suicide prevention (Report). Retrieved from <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/pdf/120507-1.pdf>

World Health Organization. (2012a). Suicide rates in Japan, 2009. (Report). Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/japa.pdf

World Health Organization. (2012b). Suicide rates in Norway, 2009. (Report). Retrieved from. http://www.who.int/mental_health/media/norw.pdf