

Suicidalitet er relasjonell

Pasientperspektivet neglisjeres i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

TEKST**Julia Hagen****Heidi Hjelmeland****Birthe Loa Knizek****PUBLISERT 8. januar 2020****EMNER** **Selvmord**

Nesten halvparten (ca. 45%) av alle selvmord i Norge skjer blant personer som har vært innlagt eller i kontakt med spesialiserte tjenester i psykisk helsevern og rus i løpet av det siste året av sitt liv (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018). Det er derfor viktig å se på hvilket fokus vi har i det selvmordsforebyggende arbeidet i tjenestene. I løpet av de siste ti årene har vi gjennom tre kvalitative studier intervjuet pasienter / tidligere pasienter om deres erfaringer med behandlingen og omsorgen de har mottatt etter at de ble innlagt i psykiatrisk avdeling som følge av selvmordsforsøk og/eller alvorlige selvmordstanker (Hagen, 2009; Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2018; Hagen, Knizek, & Hjelmeland, under fagfelleevaluering).

Pasientenes erfaringer viser at de relasjonelle aspektene bør være førsteprioritet for behandlere og miljøpersonale. Dette er ikke nytt og burde være en selvfølge med tanke på all den kunnskapen som finnes om hvor grunnleggende viktig dette er. Pasientenes erfaringer viser imidlertid at dette ikke alltid er en selvfølge i klinisk praksis, og det blir heller ikke lagt godt nok til rette for at fagfolk kan prioritere det. Pasientperspektivet og relasjonelle aspekter er så å si fraværende i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

LES OGSÅ**Ryggen fri**

Jeg ser at psykologer blir så opptatt av å følge retningslinjer om å vurdere selvmordsrisiko at det kan stå i veien for god behandling.

For dem som deltok i studiene våre, innebar problemene og suicidaliteten blant annet sterk håpløshet og tap av mening. For noen følte alt helt svart eller tomt. En av dem sa: «Nå er jeg så på bunnen som et menneske kan være.» De beskrev tap av selvverd, de devaluerte seg selv og undervurderte sin egen betydning for andre, også den betydning de hadde for partner og barn. De følte seg mislykkete, skamfulle, og noen ganger som en byrde, hvor de antok at andre/familien ville få det bedre uten dem. Deres negative selvpoppfatninger kom til uttrykk gjennom utsagn som «jeg føler meg som et monster», «jeg er ikke elskbar», «jeg fortjener ikke noe». Smerten og fortvilelsen var sterk, og de koplet seg gradvis fra andre mennesker og livet selv. De uttrykte usikkerhet med tanke på fremtiden og hvem de var som personer. Noen var usikre på om de i det hele tatt hadde en fremtid, og om de ville bli 'seg selv' igjen.

«Pasientenes erfaringer viser at de relasjonelle aspektene bør være førsteprioritet for behandlere og miljøpersonale. Dette er ikke nytt og burde være en selvfølge med tanke på all den kunnskapen som finnes om hvor grunnleggende viktig dette er»

Suicidalitet er relasjonell

Pasientenes opplevelser av å være suicidal var og er individuelle, men samtidig var suicidaliteten relasjonell og noe som utviklet seg i samspill med andre, inklusive personalet som jobbet i avdelingen. Pasientene ga eksempler på møter med fagfolk der de ikke opplevde å bli respektert, sett og hørt. De kunne oppleve manglende innflytelse på eget behandlingsforløp, og kunne føle seg maktesløse og umyndiggjort. Noen ganger følte de seg avfeid, avvist eller overlatt til seg selv. Intervallobservasjon, der personalet skulle se til pasienten for eksempel hver 15. minutt, var et tiltak som ikke alltid følte bra, spesielt ikke dersom personalet bare åpnet og lukket døra uten å si noe. En pasient beskrev det slik: «Jeg føler ofte at jeg er bare ... vet ikke jeg, inventar som de skal sjekke om er her, på en måte.» Manglende anerkjennelse gjorde at hun følte seg som et objekt og var usynlig som person. Negative erfaringer kunne bidra til økt fortvilelse og håpløshet, i verste fall selvskading og selvmordsforsøk. Behandlers og miljøpersonales væremåte og interaksjon med pasienten kan altså i noen tilfeller ha negativ innvirkning på pasienten og bidra til å øke håpløsheten og suicidaliteten.

Pasientene ga også eksempler på gode møter med fagfolk, der de følte seg sett, hørt og forstått, noe som hadde positiv innvirkning på pasienten, og som kunne bidra til redusert håpløshet og suicidalitet. Pasientene verdsatte at fagpersonene brukte sine personlige egenskaper og først og fremst fremstod som empatiske medmennesker, og

ikke bare opptrådte som (distanserte) profesjonelle. Noe av det aller viktigste for pasientene var å føle seg anerkjent og bekreftet som likeverdige og verdifulle personer. Personer som opplever suicidalitet, har trolig mye større behov for bekreftelse på at de er verdifulle enn andre, med tanke på deres sterke fortvilelse og håpløshet, deres usikkerhet og negative selvoppfatninger, samt det at de kan være i en prosess der de kopler seg fra andre. Å føle seg anerkjent som en verdifull person forutsatte en god og tillitsfull kontakt/relasjon med fagpersonen, der pasienten kunne føle en form for samhørighet og fortrolighet. Det bidro til at de følte seg trygge nok til å dele egne problemer og selvmordstanker. Manglende tillit og trygghet kunne derimot bidra til at pasienten holdt problemene, selvmordstankene, og noen ganger også selvmordshandlinger, for seg selv.

Det er over 10 år siden Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) ble utgitt, men det har ikke vært noen nedgang i antall selvmord i psykisk helsevern (Walby et al., 2018). Suicidalitet er komplekst og kan være knyttet til ulike forhold ved personens liv og den konteksten han/hun er en del av. Selvmordsforebygging er dermed ikke bare spesialisthelsetjenestens ansvar, men for psykisk helsevern sin del, er det på tide at pasientperspektivet og relasjonelle aspekter vektlegges i faglige retningslinjer som legger føringer for det selvmordsforebyggende arbeidet, slik at fagfolk får større mulighet til å prioritere dette i klinisk praksis. Pasientenes erfaringer viser at suicidalitet er dynamisk, fluktuerende, og påvirkes av interaksjonene de har med andre, inklusive personalet i psykiatrisk avdeling. Det må vi ta mer på alvor.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 2, 2020, side

TEKST

Julia Hagen, postdoktor, Institutt for psykisk helse, NTNU

Heidi Hjelmeland, professor, Institutt for psykisk helse, NTNU

Birthe Loa Knizek, professor, Institutt for psykisk helse, NTNU

+ **Vis referanser**

Hagen J. (2009). Erfaringer knyttet til akuttpsykiatrisk behandling etter selvmordsforsøk eller alvorlige selvmordstanker. Masteroppgave i helsevitenskap, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU, Trondheim.

Hagen J., Knizek B.L., Hjelmeland H. (2018). Former suicidal patients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13: 1461514. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>

Hagen J., Knizek B.L., & Hjelmeland H. (2019). Liminality and recognition of personhood in the experiences of suicidal women admitted to psychiatric hospital (under fagfelle vurdering). <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1731995>

Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511.

Walby, F.A., Myhre, M.Ø., & Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter. Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 - en nasjonal registerstudie. Rapport. Universitetet i Oslo. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/>