

Magefølelse er sentralt når selvmordsrisiko skal vurderes

Dagens verktøy for vurdering av selvmordsrisiko er ikke treffsikre nok. Dermed må psykiatriske sykepleiere i stor grad lytte til egen magefølelse.

[Miriann Jessica Knudsen](#)

Sykepleier
Mortensnes sykehjem, Tromsø kommune

[Selvmord](#)

[Selvmordsrisikovurderinger](#)

[Magefølelse](#)

[psykiatrisk sykepleie](#)

Sykepleien 2023;111(92694):e-92694

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.92694](#)

Hovedbudskap

I denne fagartikkelen presenterer jeg hovedbudskapet fra masteroppgaven min i helsefaglig utviklingsarbeid. Jeg intervjuet sju behandlere i psykisk helsevern om deres erfaringer med magefølelser under selvmordsrisikovurderinger. Informantene beskrev magefølelser som viktige under vurderingsprosessen fordi dagens retningslinjer for selvmordsrisikovurdering har lav treffsikkerhet.

Sykepleiere jobber i dag som behandlere i psykisk helsevern, både i voksenpsykiatriske poliklinikker og ambulante akutteam. En viktig del av ansvarsområdet deres er å gjennomføre selvmordsrisikovurderinger.

En selvmordsrisikovurdering er den formelle vurderingen av risikoen for at en pasient vil ta livet sitt, i en gitt tidsperiode, i en gitt situasjon. Vurderingsprosessen er en av de mest komplekse vurderingene dagens klinikere blir satt til å gjøre (2).

Dagens retningslinjer for selvmordsrisikovurdering har fått mye kritikk.

Informasjonen som skal innhentes når behandlere gjør en selvmordsrisikovurdering, kommer frem av de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2).

Dagens retningslinjer for selvmordsrisikovurdering har fått mye kritikk for å være et tiltak vi gjør for å holde ryggen fri – og ikke et tiltak som faktisk fanger opp de som er selvmordsnære (3).

Kritikken skyldes delvis at de nasjonale retningslinjene er 15 år gamle, og at 31 av 34 anbefalinger er basert på manglende dokumentasjon (2). Internasjonal forskning viser at dagens verktøy for selvmordsrisikovurderinger har tre prosent treffsikkerhet (4).

Sju behandlere ble intervjuet

Tre kvalitative studier som har undersøkt psykiatriske sykepleieres erfaringer med selvmordsrisikovurderinger, viser at den lave treffsikkerheten har ført til at de i stor grad må lene seg på egne magefølelser (5–7). Jeg fant ingen studier som har undersøkt magefølelsenes manifestasjoner og opphav.

Jeg gjennomførte derfor en kvalitativ studie hvor jeg intervjuet sju behandlere som hadde mellom 7–20 års erfaring med selvmordsrisikovurderinger. Informantene var fra begge kjønn og representerte profesjonene sykepleier, ergoterapeut, psykolog og psykiater.

Ettersom magefølelser er vanskelig å artikulere, valgte jeg å gjennomføre intervjuene ved hjelp av bilder. Før intervjuene fikk informantene utlevert en bildeoppgave hvor de ble bedt om å tenke tilbake på et pasientmøte hvor de hadde erfart magefølelser. Til intervjuene tok de med bilder som kunne illustrere pasientmøtet.

Informantene hadde liten tillit til dagens verktøy

Alle informantene hadde liten tillit til dagens verktøy for selvmordsrisikovurderinger. De beskrev vurderingsprosessen som preget av usikkerhet, og de pekte på at mange pasienter vet nøyaktig hvordan de skal skjule planene sine for dem.

Alle informantene viste til hvordan sykdomsbilder og rusmiddelinntak kan påvirke vurderingsprosessen, og at for flere pasienter kan det verbale språket utebli. Årsaken til at det verbale språket uteblir, knyttet informantene til indre kaos, splittelse, ambivalens og derav nedsatt evne til å gjøre seg selv forstått.

Selve vurderingen ble av flere informanter omtalt som en ferskvare, og at de ikke rår over forhold i pasientens liv som kan inntreffe etter vurderingen. En sikker vurdering ble derfor sett på som en umulig oppgave, og fem av sju informanter fortalte at de hadde opplevd å miste pasienter til selvmord.

Behandlerne måtte lære å bruke egen kropp som arbeidsverktøy

Informantene fortalte at på grunn av usikkerheten rundt dagens verktøy hadde de måttet lære å bruke sin egen kropp som arbeidsverktøy i vurderingsprosessen (8). De beskrev hvordan de *tunet seg inn* på pasienten og brukte egne kroppslige sensasjoner som måleinstrument for å fange opp viktige temaer.

Føles det ut som at pasienten tåler meg, eller vil pasienten at jeg skal gå?

Noen av informanter beskrev at de stilte seg selv spørsmål som: Kjenner jeg meg som dette til vanlig rundt pasienten? Føler jeg meg som en fremmed i rommet? Føles det ut som at pasienten tåler meg, eller vil pasienten at jeg skal gå?

Hvis svaret på noen av spørsmålene var at noe var annerledes enn vanlig, tenkte de at det kunne handle om temaet de snakket om. Informantene beskrev disse kroppslige endringene som magefølelser, noe som hadde som funksjon å gjøre informantene mer forsiktige og observante.

Magefølelser oppsto i tilknytning til fem dimensjoner

Informantene beskrev magefølelsene som kroppslige fornemmelser som de ikke kunne språksette, forklare eller nødvendigvis bli helt bevisst på i øyeblikket (8). Noen ganger kunne disse magefølelsene manifestere seg som diffuse opplevelser av indre uro, at noe skurret, eller at noe i situasjonen ikke stemte helt.

Liknende beskrivelser av magefølelser kommer også frem i andre studier (7, 9). Informantene mine opplevde gjerne magefølelser i tilknytning til fem dimensjoner av samtalen. Magefølelsene fungerte i disse situasjonene som ledetråder i vurderingsprosessen.

Disse fem dimensjonene var kontakten med pasienten, alliansen med pasienten, troverdighet, samstemthet og til slutt balansen i pasientens væremåte og reaksjoner på egen livssituasjon.

Kontakt med pasienten

Informantene beskrev kontakten med pasienten som følelsen av å nå inn til pasienten. Magefølelsene i tilknytning til kontaktdimensjonen ble beskrevet som fornemmelsen av at det var ett eller annet mellom dem og pasienten.

En informant viste meg et bilde av en kvinne bak et dugget vindu. (10). Informanten sa at bildet var det nærmeste hun kunne forklare meg en følelse av at pasienten var avstengt, ikke lyttet, eller at hun selv var som en fremmed i rommet.



MYSTISK: For informanten representerer bildet en følelse av at pasienten er avstengt. Foto: Farzad Sedaghat/Pexels **LES MER** ▾

En annen informant beskrev å kunne få liknende følelser, men også følelsen av at en pasient var på vei vekk fra henne. En informant dro hånden sin over ansiktet sitt og beskrev å kunne få en følelse av at pasienten var sløret og stengt for andres tanker og syn.

Flere informanter brukte i denne sammenhengen metaforen tunnelsyn, eller at pasienten hadde snevret inn synsfeltet sitt. Alle presiserte at følelsen ikke var så konkret som de formidlet, men at den føltes mer som en slags uro eller et kroppslig ubehag.

Allianse med pasienten

Informantene beskrev alliansen med pasienten som deres egen opplevelse av at pasienten samarbeidet med dem både under vurderingsprosessen og om tiden fremover. Graden av allianse var nært knyttet til kontaktdimensjonen, men skilte seg fra den ved at alliansen var mer rettet mot pasientens håp om at informantene kunne hjelpe dem.

De fleste informantene viste i denne sammenhengen til at mange pasienter kan ha lidelsesuttrykk som påvirker deres evne til å gjøre seg selv forstått verbalt. I slike situasjoner var synet det som oftest ledet informantene. En informant viste meg et bilde av to kvinner på stranden (11). Bildet er en illustrasjon på hva informanten ikke kan se, men kroppslig fornemme.



PASIENTEN OG «NOE»: Informanten har tolket Edvard Munchs kunstverk «To kvinner ved stranden» fra 1898. Foto: Dr. Alex... **LES MER** ▾

Informanten beskrev den hvite kvinnen som pasienten i rommet. Den svarte kvinnen ble beskrevet som «et noe» informantene kan fornemme, men ikke se med øynene. Dette «noe» ga informantene følelser som skurret.

Andre informanter beskrev liknende fornemmelser som å få en knute i magen, og at denne knuten kjentes ubehagelig å gå ut av samtalen med. I slike tilfeller var målet å komme dit at man kunne gå hjem uten denne klumpen i magen.

Troverdighet og samstemthet

Informantene beskrev troverdighet og samstemthet ut ifra om de opplevde pasientens kommunikasjon som ekte eller motstridende. De knyttet troverdigheten til graden av allianse, men omtalte troverdighet mer som den bevisste vurderingen av hvorvidt pasienter snakket sant da de stilte direkte spørsmål om selvmordstanker og selvmordsplaner.

Informantene vurderte troverdigheten i i lys av samstemtheten mellom ansiktstrekk, mimikk, kroppsspråk, verbal kommunikasjon og sosialt samspill mellom pasienten og andre i rommet. Når det gjelder begge disse dimensjonene, beskrev informantene magefølelser som fornemmelser av at noe ikke er ekte.

Informanten beskrev at hun kunne fornemme fasadesmil.

En informant tok med et bilde av en mann som smilte ved hjelp av klesklyper. Informanten beskrev at hun kunne fornemme fasadesmil. En annen informant viste til et siste møte med en pasient som hadde vært veldig oppstemt. Oppstemtheten var i samtalen maskert av forhold i pasientens liv, så hun følte ikke på en stor uro i samtalen, men i ettertid kan hun huske at hun fornemmet at noe skurret.

En annen informant tok med seg et bilde av en fremoverlut mann og fortalte meg at noen ganger kan pasienter si at de har det bra, men smerten innvendig er for stor til at kroppen deres klarer å holde på den. Informanten kan av og til fornemme en slik smerte, fortalte hun.

Balanse

Balanse er den siste av de fem dimensjonene som jeg analyserte frem av datamaterialet mitt. Informantene beskrev balanse som den overordnede vurderingen av pasientens væremåte og reaksjoner på egen livssituasjon.

En informant tok med et bilde av en vektskål (12) og beskrev hvordan hun i samtalen kjente etter om det som ble sagt, var balansert. Hun beskrev også om det som ble sagt, ble formidlet på en måte som harmonerte med samtaleemnets alvorlighetsgrad.



I BALANSE? For informanten representerer vektskålen et spørsmål om hvorvidt det som ble sagt i samtalen med pasienten,... **LES MER** ▾

Informanten ble veldig observant dersom en pasient snakket om noe alvorlig og det ikke traff henne i magen. En annen informant tok med et bilde av et barn som gikk sin vei alene.

Informanten beskrev hvordan det som kan fremstå som målet med en behandling, også kan være et uttrykk for den ytterste fare. I stedet for at pasienten går ut for å leve, kan det like gjerne hende at pasienten har gitt opp og går ut for å dø, beskrev informanten.

Magefølelsene som informantene knyttet til balanse, var nok de sterkeste.

Vurderingen av dimensjonen balanse ble derfor også en vurdering av hvorvidt det som fremstår som bedringsprosesser, er balansert eller ikke. Magefølelsene som informantene knyttet til balanse, var nok de sterkeste kroppslige fornemmelsene. Likevel var det dimensjonen som informantene hadde færrest eksempler å vise til når det kom til visuelle observasjoner.

Ophavet til magefølelser kan studeres vitenskapelig

I masteroppgaven min valgte jeg å bruke professor og doktor Tilman Betschs definisjon av magefølelser. Betsch definerer magefølelser som den følelsen vi kjenner i kroppen vår etter at et ytre stimuli er bearbeidet av kunnskap vi har lagret i langtidshukommelsen.

Denne kunnskapen er lært gjennom assosiasjonslæring, og når det ytre stimulus blir bearbeidet av denne kunnskapen, blir produktet en følelse som ikke lar seg språksette. Bearbeidingen er automatisk, ubevisst og rask, og vi kan ikke gjøre rede for den selv (13).

Betschs definisjon stiller krav til at magefølelser har sitt opphav i ytre stimuli. Ettersom synet er vår mest dominerende sans i hverdagen (14), valgte jeg i masteroppgaven min å ta utgangspunkt i de visuelle inntrykkene som behandlerne får under selvmordsrisikovurderinger.

Jeg analyserte datamaterialet tematisk og drøftet datamaterialet i lys av persepsjonsprosesser, modeller for atferdsmønster forut for selvmord og forskning på vurderingsprosesser.

Drøftingen viste at magesfølelser kunne ha sitt opphav i mønstergjenkjenning og perseptuelle prosesser. Verdien av magesfølelsene kan ikke knyttes direkte til å identifisere pasienter som er selvmordsnære, men magesfølelsene er som en verdifull ledetråd i vurderingsprosessen.

Vi trenger mer kunnskap om magesfølelser

Selv mord er et folkehelseproblem som vi ikke har lyktes å redusere omfanget av (1). Samtidig vet vi at dagens forskning i hovedsak består av risikofaktorforskning. Det vil si forskning som forsøker å kartlegge fellestrekk mellom personer som har tatt selvmord, for eksempel kjønn, sykdommer og alder.

Slike fellestrekk sier likevel ingenting om årsaken til at noen tar selvmord. Vi trenger derfor å åpne opp for nye måter å få mer kunnskap om hvordan vi kan fange opp og hjelpe dem som er nær ved å ta livet sitt.

Dreyfus-brødrenes kjente modell for ferdighetstilegnelse (15) viser at klinikere har mye kunnskap som blir innlært i kroppen. Intuitiv kunnskap, det vil si magesfølelser, blir i denne modellen sett på som den høyeste formen for ferdighetstilegnelse.

Selv om dagens verktøy har lav treffsikkerhet, klarer likevel behandlere å fange opp de aller fleste. Kanskje kan kunnskap om opphavet til magesfølelser og kliniske vurderinger være nyttig når vi i fremtiden skal utvikle mer treffsikre måter å jobbe på for å fange opp personer som er selvmordstruet.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



KREVENDE: Å vurdere selvmordsrisiko er noe av det mest komplekse dagens klinikere blir satt til å gjøre. *Illustrasjonsfoto:...* **LES MER** ▾

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for forebygging av selvmord. Ingen å miste. 2020–2025. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/> (nedlastet 27.06.2023).
2. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.p](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf) (nedlastet 27.06.2023).
3. Østlie K. Ryggen fri. Risikovurderinger av selvmord kan overdrives. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2020;57(1):42–5. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/node/22026/pdf> (nedlastet 27.06.2023).
4. Large M, Galletly C, Myles N, Ryan CJ, Myles H. Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. BJPsych Bull. 2017;41(3):160–3. DOI: [10.1192/pb.bp.116.054940](https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940)
5. Aflague JM, Ferszt GG. Suicide assessment by psychiatric nurses: a phenomenographic study. Issues Ment Health Nurs. 2010;31(4):248–56. DOI: [10.3109/01612840903267612](https://doi.org/10.3109/01612840903267612)

6. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: an emotional endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017;31(1):31–7. DOI: [10.1016/j.apnu.2016.07.018](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018)
7. Rytterström P, Lindeborg M, Korhonen S, Sellin T. Finding the silent message: nurses' experiences of non-verbal communication preceding a suicide. *PSYCH*. 2019;10(1):1–18. DOI: [10.4236/psych.2019.101001](https://doi.org/10.4236/psych.2019.101001)
8. Knudsen MJ. En undersøkelse av selvmordsrisikoens synlighet. Magefølelser under selvmordsrisikovurderinger. Hvor kan de komme fra og har de noen verdi? [masteroppgave.] Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, Institutt for helse- og omsorgsfag; 2022. Tilgjengelig fra: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/25621/thesis.pdf?sequence=2> (nedlastet 27.06.2023).
9. Vråle GB. Bekymringer som blir bekreftet. Om helsepersonells opplevelser når en pasient tar sitt eget liv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2014;11(1):4–12. DOI: [10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-02](https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-02)
10. Sedaghat F. En person bak et vindu. Berlin: Pexels; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.pexels.com/photo/mysterious-shadow-behind-dark-backdrop-3809379/> (nedlastet 27.06.2023).
11. Munch E. To kvinner på stranden. San Francisco: Wikimedia Commons; 1898. Tilgjengelig fra: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Edvard_Munch._Two_Women_on_the_Shore_\(To_kvinner_ved_stranden\).1898_\(2491447482\)](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Edvard_Munch._Two_Women_on_the_Shore_(To_kvinner_ved_stranden).1898_(2491447482)) (nedlastet 27.06.2023).
12. Bolovtsova E. Bilde av en vekt. Berlin: Pexels; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.pexels.com/nb-no/bilde/skjell-vekt-monokrom-balanse-6077519/> (nedlastet 27.06.2023).
13. Plessner H, Betsch C, Betsch T. Intuition in judgment and decision making. New York: Taylor and Francis Group; 2008. DOI: [10.4324/9780203838099](https://doi.org/10.4324/9780203838099)
14. Martin GN, Carlson NR, Buskist W. Perception. *Psychology*. 4 utg. Harlow: Allyn and Bacon; 2010.
15. Dreyfus HL, Dreyfus SE. Five steps from novice to expert. I: Dreyfus HL, Dreyfus SE, red. *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press; 1986. s. 16–51.