



HJELP VED SELVMORDSFARE

DOI - NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0162

Psykisk helse. Vi må tørre å snakke om døden med pasientene våre.



Gry Bruland Vråle, psykiatrisk sykepleier, Førstelektor, Diakonhjemmet Høgskole

Hvordan kan vi hjelpe mennesker som planlegger eller har forsøkt å ta selvmord? Svaret på spørsmålet ligger trolig både hos den som vurderer selvmord og hos helsepersonell.

I MEDIA. Aftenposten trykker en kronikk om selvmord 19. mai 2014 (1) med overskriften «Hvordan kunne han dø inne på psykoavdelingen på Norges største sykehus?» Dette spørsmålet ble stilt av en mor og en far, som mistet sin sønn i selvmord mens han var innlagt på en psykiatrisk akuttavdeling. To dager senere blir temaet tatt opp på nytt i Aftenposten. Nå vises det til en studie (2) av psykiatrisk sykepleier og førstelektor May Vatne. Studien bygger på erfaringer hos mennesker som har overlevd selvmordsforsøk. Den konkluderer med at møtet med helsepersonell ikke ga dem nødvendig hjelp i kampen for å fortsette livet. Studien antyder også at helsepersonell kan ha forsterket smerten og redusert håpet om et bedre liv hos dem som vurderer selvmord. Dette har jeg også selv hørt pasienter fortelle om. Er kvaliteten, både på systemer og i de menneskelige møtene, så mangelfulle som innleggene i Aftenposten antyder? I så fall har vi som arbeider innenfor dette feltet, krevende arbeidsoppgaver å ta fatt på. Det gjelder:

- Forvaltning av ledelses- og administrative oppgaver knyttet til gode og tydelige kvalitetssystemer som er i tråd med gjeldende retningslinjer
 - Undervisnings- og veiledningsoppgaver knyttet til strukturelle kvalitetskrav
 - Undervisnings- og veiledningsoppgaver knyttet til utvikling av god relasjons- og samarbeidskompetanse hos personalet.
 - At hver og en av oss som møter pasienter i selvmordsfare stadig utvikler vår faglige og etiske kompetanse.
- Vatne (2) viser til holdninger og tiltak som kan gjøre møtene mellom helsepersonell og personer i selvmordsfare bedre. Det kan være:
- At personer etter et selvmordsforsøk erfarer åpenhet og tillit i møte med helsepersonell
 - At man snakker om selvmordsforsøket
 - Et likeverdig møte der pasienten ikke ydmykes eller krenkes, men blir møtt med respekt

Å FORSTÅ. Min er faring er at mennesker som tenker på selvmord, har selvmordsplaner eller har forsøkt å ta selvmord, trenger mennesker, for eksempel helsepersonell. Disse må være modige og tørre å snakke om død og liv sammen med pasienten. Det innebærer at vi som arbeider med selvmordsforebygging prøver

å forstå noe av det som er pasientens eksistensielle smerte. Vi må søke å forstå, og relatere dette til den verden pasienten lever i og relaterer seg til, enten det er en psykiatrisk akuttavdeling eller i samfunnet for øvrig. Det er nødvendig at vi som helsepersonell ser mennesket bak pasienten, og at vi ser ut over avdelingens grenser når vi forsøker å forstå og hjelpe pasienter som er innlagt i en psykiatrisk akuttavdeling.

TILPASNING. Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging innenfor psykisk helsevern (3) gir generelle beskrivelser av vurdering og behandling ved selvmordsrisiko. I møte med den enkelte pasient er dette ett av flere grunnlag vi anvender for å vurdere selvmordsfare og for å iverksette nødvendige tiltak. God omsorg for og behandling av mennesker i selvmordsfare krever imidlertid også individuell tilpassning. Her kreves det kompetente helsearbeidere som bruker erfaringsbasert kunnskap og klinisk skjønn i et klokt og kritisk forhold til generelle retningslinjer og evidensbasert teori. Det er for optimistisk å tro at retningslinjer alene kan sørge for god omsorg til selvmordsnære mennesker. Det er i samtaler med pasienter om deres liv, med deres personlige utfordringer og smerte ved det å leve, at selvmord som mulig løsning dukker opp. Det er i

«Noen mennesker opplever tanker de ikke har herredømme over.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Svik: Når et menneske dør i selvmord kan helsepersonell oppleve at de har sviktet både som medmennesker eller som hjelpere. Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston

pasientens liv og livsbetingelser vi også kan medvirke som hjelpere.

LIVSTEMAER. Noe av den smerten selvmordsnære mennesker kan oppleve, kan knyttes til det den amerikanske selvmordsforskeren Edwin Shneidman (4) omtaler som en psykologisk krise. Det kan være:

- Det å bli avvist i kjærlighet, og ikke være akseptert
- Det å miste kontrollen over livet og opplevelse av sterk hjelpeløshet og frustrasjon
- Det å oppleve skam, nederlag, ydmykelse eller vanære slik at vårt selvbilde trues
- Det å oppleve sorg og kjenne seg

forlatt ved dødsfall og når nære relasjoner ødelegges

Dette er eksempler på livstemaer og behov som kan medvirke til det å velge selvmord. Det er også eksempler på helt normale livstemaer og behov som vi alle trenger å jobbe med og få dekket i livene våre. Det er i forkant av selvmordet at vi som helsearbeidere må medvirke til at mennesker blir møtt på slike temaer og behov. Etterpå er det for seint. Noen mennesker er tause om sine livsproblemer. Kanskje fordi de aldri lærte å snakke om dem gjennom sin oppvekst eller har blitt skuffet og gitt opp. Noen mennesker opplever tanker de ikke har herredømme

over, som kan lede til selvmord. Uansett må vi som helsearbeidere tørre å invitere til samtaler om hvordan eksistensiell smerte, tilhørighet, samhandling og mening påvirker livsbetingelser for mennesker med psykiske helseproblemer.

FOREBYGGING. Karsten Hytten (5) hevder at selv om vi aldri kan være sikre, verken i våre vurderinger eller våre intervensjoner, så reddes mange liv ved at mennesker får hjelp innenfor psykisk helsevern. Det er altså slik at selv om vi vet noe om hva som kan være selvmordsforebyggende, så lar selvmordsforebyggende arbeid seg ikke så lett måle.

Hjelmeland, Hagen og Knizek (6) understreker betydningen av et kommunikativt perspektiv i selvmordsforebyggende arbeid. De sier: «Tilhørighet og samhandling i en gitt kontekst er en avgjørende forståelsesbakgrunn for å forstå hvilken mening suicidaliteten har for den enkelte, noe som igjen er viktig for å kunne utvikle og tilby adekvat hjelp». Et slikt perspektiv bør etter min vurdering utvikles så vel i praksis, undervisning, forskning og fagutvikling i psykisk helsearbeid og psykoterapeutisk arbeid. Det kan trolig hjelpe oss å forstå hvordan eksistensielle temaer og hverdagstemaer trigger menneskers helse, slik at selvmord blir en løsning på livets utfordringer.

RINGVIRKNINGER. Noen ganger kan vi, kanskje nettopp ut fra et eksistensielt perspektiv, forstå at smerten ble for stor og livet ble for vanskelig. Det kan kanskje være en lindring i å tenke slik, selv om vi som helsearbeidere alltid vil vurdere et selvmord som ett for mye. Når et liv går tapt i selvmord kan det kjennes som om vi sviktet den døde og familien rundt, at vi ikke har lykkes verken som medmennesker eller som hjelpere. Et selvmord har ringvirkninger og kan føre til smerte for både pårørende og helsepersonell som har vært involvert i behandlingen (7).

Mennesker som selv er eller har vært selvmordsnære er trolig de som kan gi oss best svar på hva som kan være til hjelp i en selvmordskrise. Jeg mener det er viktig at vi som helsearbeidere og forskere engasjerer oss i å forstå, både hva som får mennesker til å leve, og hva som gjør at døden noen ganger blir et valg. ●

REFERANSER:

1. Aftenposten morgendagnummer 19 mai 2014
2. Aftenposten morgendagnummer 21 mai 2014
3. Sosial og helsedirektoratet. 2008. Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern.
4. Shneidman, E. 1993. Suicide and psychache. A clinical approach to selfdestructive behaviour. Northvale: Janson Aronson.
5. Karsten Hytten. Aftenposten morgendagnummer 20 juni 2014.
6. Hjelmeland, H., Hagen, J., Knizek, B.L. (publisert på nett. 20. juni 2014). Selvmordsforebygging i psykisk helsevern – på tide å tenke nytt? Kommentar og debatt. Tidsskrift for Den norske Legeforening
7. Vråte, G.B. 2014. Bekymringer som blir bekrefte. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 1:3-12.