



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Jeg vil ikke dø, men orker ikke å leve

I don't want to die, but can not live

**250**

**Ingrid Blindheim Haugland**

Bachelor i sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for  
velferd og deltakelse

25.05.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## **Abstract**

**Title:** "I don't want to die, but can not live".

**Purpose:** The aim of this bachelor assignment is to find different tools that the social worker can use, so that one can meet people who want to take their life, in a good way. I also want to find ways to communicate with suicidal people to promote hope.

**The reasearch question:** "How can I as a social worker communicate with persons who are suicidal to promote hope?"

**Methodology:** This bachelor assignment is based on a literature study where I have used research articles, books we have used throughout the school years and additional literature from the library at the university. I found the literature i have chosen in "Oria" and at the library.

**Findings:** Professionals must be able to handle their own feelings and reactions in the encounters with people who are suicidal. People who are suicidal has a need to be met by dedicated and competent professionals. Professionals must meet them with understanding, listen actively and care. One has to explore how they are and they need someone to talk about their challenge.

**Keywords:** suicide, own feelings and reactions, ambivalence, hope, shame and communication.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	2
1.2 <i>Avgrensning av problemstilling</i>	2
1.3 <i>Oppgavens disposisjon</i>	3
<b>2.0 Metodisk inngang - litteraturstudie</b>	<b>4</b>
2.1 <i>Søkeprosessen</i>	4
2.2 <i>Kriterier for valg av litteratur</i>	5
2.3 <i>Valgt litteratur</i>	5
2.4 <i>Kildekritikk</i>	8
<b>3.0 Om selvmord</b>	<b>10</b>
3.1 <i>Selvmord</i>	10
3.2 <i>Risikofaktorer for selvmord</i>	10
3.3 <i>Hjelpeapparatets ansvar for vurdering av selvmordsfare</i>	11
<b>4.0 Teori</b>	<b>12</b>
4.1 <i>Den selvmordsnæres følelser</i>	12
4.1.1 <i>Håp og håpløshet</i>	12
4.1.2 <i>Ambivalens</i>	13
4.1.3 <i>Skam</i>	14
4.2 <i>Kommunikasjon</i>	14
4.2.1 <i>Intervensjonsmodellen – betydning av god kommunikasjon</i>	15
4.3 <i>Den profesjonelles egne følelser og reaksjoner</i>	16
<b>5.0 Drøfting</b>	<b>18</b>
5.1 <i>Hvordan fremme håp?</i>	18
5.2 <i>Hvordan redusere skam?</i>	22
5.3 <i>Hvilken betydning har egne følelser?</i>	23
<b>6.0 Avslutning</b>	<b>26</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>27</b>

## 1.0 Innledning

Tema for denne bacheloroppgaven er selvmord. Tapte liv til selvmord er et stort samfunnsproblem, og her i Norge var det 614 selvmord i 2016, der det var 418 menn og 196 kvinner som tok sitt eget liv. Selvmord var årsaken til ca. 35% av alle dødsfall blant unge mennesker i aldersgruppen 15-24 år. Dette vil si at i 2016 var selvmord den nest hyppigste dødsårsaken i denne aldersgruppen. Det var også 338 mennesker som døde av selvmord i aldersgruppen 35-64 år (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2016). Noen selvmord blir også registrert under andre dødsårsaker, som forteller at det også er mørketall på antall selvmord (Austad & Larsen, 2009, s. 26). Dette er mektige og skremmende tall. Det viser meg at temaet selvmord er viktig; det inkluderer alle aldre og problemets omfang er stort. Stiftelsen Psykiatrisk opplysning mener at alle som møter mennesker som er i en vanskelig livssituasjon og krise bør vite hvordan man vurderer risikoen for at noen vil ta sitt eget liv (Austad & Larsen, 2009, s. 33). Dette viser også meg som sosionom at det er viktig å vite om ulike virkemidler og verktøy en kan ta i bruk for å møte et menneske som er langt nede, for så å gjøre det en kan for å løfte vedkommende opp igjen, og fremme håp.

På nyhetene den siste tiden, har selvmord også vært et tema. På NRK (2018) fikk en høre at Fredrik Walby og hans team har forsket på og fått fram en oversikt over hvor mange mennesker som tar livet sitt mens de har kontakt med psykisk helsevern her i Norge. Han mener at den manglende oversikten har gjort det vanskelig å forebygge selvmord, fordi uten tallene har de ikke visst hvor det har sviktet. Han tror at en av grunnene til at de ikke har oppdaget dette tidligere er at det er snakk om svært sårbare mennesker som har fått altfor lite oppmerksomhet. I årene fra 2008 til 2015 døde 1910 pasienter i psykisk helsevern til selvmord. Det vil si i snitt tar en pasient selvmord annenhver dag i psykisk helsevern. Slik Fredrik Walby sier; *Det er et vanvittig høyt antall (...)*. Helsedirektør Bjørn Guldvog mener også at kunnskap om hva som skal til for å forebygge selvmord er mangelfull. Han mener at de nye tallene vil hjelpe til med å lage bedre tiltak for å forebygge selvmord (Moland, 2018). Derfor så er det viktig å gå inn i denne problematikken.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for temaet selvmord oppstod på grunn av opplevelser og erfaringer gjennom min praksisperiode gjennom studiet. Gjennom mine egne erfaringer i kontakt med selvmordsnære mennesker og gjennom søk på internett, er det oppsiktsvekkende over hvor mange mennesker det er som ønsker å ta sitt eget liv og som gjennomfører det. Hvor stort tema selvmord er, var jeg ikke forberedt på før jeg var i praksis. Dette gjorde interessen for tema større og gjør at jeg ønsker å finne ulike virkemidler til å hjelpe disse menneskene som er i en vanskelig livssituasjon.

Vi som sosionomer kommer til å hjelpe mennesker i sårbare og vanskelige livssituasjoner. Uansett hvor vi ender i jobb, om det er NAV, barnevernstjenesten, kriminalomsorg eller psykiatri, kan vi komme til å møte på mennesker som ønsker å ta sitt eget liv. Det er et utfordrende tema, og kan være vanskelig å vite hvordan en skal forholde seg til når en møter et menneske som er så langt nede og forteller deg at de vil ta sitt eget liv.

I løpet av studiet på sosialt arbeid synes jeg temaet selvmord har dukket lite opp. Vi har lært om ulike psykiske lidelser og ulike modeller i hvordan å kommunisere på, men ikke hvordan man skal møte et menneske som ikke ønsker å leve lenger og hvordan man skal gå fram. Jeg synes selv det var vanskelig å vite hvordan man skulle forholde seg til mennesker som ønsket å ta sitt eget liv i praksis, spesielt i begynnelsen. Man kan bli stresset over situasjonen, spesielt siden vi har lært lite om selvmord. Jeg kjente selv på stresset som oppstod over hva man skal si og ikke skal si til et menneske som har det så vondt. Så det å fordype seg i dette temaet ser jeg på som relevant siden det er sannsynlig at man kan møte på dette temaet i jobbsammenheng. Målet med denne oppgaven og problemstillingen min er at jeg vil føle meg bedre rustet til å møte ulike mennesker som har tanker om å ta sitt eget liv, på best mulig måte og forhåpentligvis klare å hjelpe de på veien for å finne tilbake til livsgnisten.

## 1.2 Avgrensning av problemstilling

På bakgrunn av valg av tema, endte jeg derfor opp med følgende problemstilling:

*”Hvordan kan jeg som sosionom kommunisere med selvmordsnære for å fremme håp?”.*

Jeg vil se på to aspekt ved møtet. Jeg vil fokusere både på hva den profesjonelle trenger i et møte med den selvmordsnære, og hva brukeren trenger i møte med den profesjonelle. Men en oppgave på tvers handler om kommunikasjon. Jeg tenker at som sosionom kan jeg møte personer som ønsker å ta sitt eget liv på alle arenaer innen der man ender i jobb. Jeg har derfor

valgt å ikke avgrense oppgaven til hvor jeg møter brukeren, og har heller ikke avgrenset til kjønn og alder.

### 1.3 Oppgavens disposisjon

Jeg vil starte oppgaven med å presentere framgangsmåten jeg har brukt i arbeidet med oppgaven. Her vil jeg beskrive mitt valg av metode, søkeprosessen, kriterier for valg av litteratur, valgt litteratur samt kildekritikk. Etter metoddelen vil jeg presentere en bakgrunn om selvmord og andre sentrale begreper. Deretter vil jeg presentere teorikapittelet. Her vil det bli beskrevet teori som jeg synes er relevant i forhold til problemstillingen min. I drøftingsdelen vil jeg drøfte problemstillingen min opp mot egne erfaringer, teori, litteratur og forskning som jeg har funnet. Helt til slutt vil det bli en avslutning der jeg vil oppsummere det jeg fant i drøftingen.

## 2.0 Metodisk inngang - litteraturstudie

Metode er i følge Dalland (2017); *en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder* (Dalland, 2017, s. 51).

Metoden er også verktøyet vårt i møte med noe vi ønsker å undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, dette vil si informasjon som vi trenger til vår undersøkelse (Dalland, 2017, s. 52). I arbeidet med mitt tema og min problemstilling valgte jeg metoden litteraturstudie til min oppgave. En oppgave som er basert litteraturstudie vil si at en henter data og bygger oppgaven fra allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2017, s. 207). Altså man baserer seg på data samlet inn av andre (Jacobsen, 2010, s. 53).

Dalland (2017) sier at problemstillingen styrer metodevalget (Dalland, 2017, s. 195). Begrunnelsen for valg av litteraturstudie er at jeg ville fordype meg i annen litteratur som finnes, slik at det gir meg en god beskrivelse og innsikt i temaet selvmord. Ved valg av litteraturstudie så ønsker jeg å finne forskningsartikler som har opplevelser fra både helsepersonell og brukere. Dette fordi jeg har et ønske om å utforske deres kunnskap og erfaringer som kan gi meg relevant bakgrunn og kanskje svar i forhold til min problemstilling. Derfor falt jeg på metoden litteraturstudie.

### 2.1 Søkeprosessen

For å finne fram til forskning jeg ville bruke i min oppgave brukte jeg mest databasen "Oria", og fikk mange treff på de søkeordene jeg brukte. Eksempel på norske søkeord: Selvmord OR selvmordsnær OR selvmordsforsøk OR suicidal AND håp AND kommunikasjon OR møte OR forebygging. Eksempel på engelske: suicide OR suicidal OR suicide attempt AND communication OR prevention OR hope OR meeting. Noen fant jeg også tilfeldig av at jeg leste gjennom litteraturlisten til andre forskningsartikler. Jeg brukte da snøballmetoden; en leser en artikkel, der jeg så i litteraturlisten deres og fikk en del ideer og tips på hva som kunne virke interessant (Jacobsen, 2010, s. 116). Deretter søkte jeg de opp i Oria for å se om de var fagfelleverderte. Det som var interessant med disse var at de så ut til å kunne være med å belyse min problemstilling.

Selv om jeg fikk mange treff på de søkeordene jeg brukte, var det mye litteratur som ikke var relevant i forhold til tema og problemstilling. Til tross for dette har jeg valgt ut noen

fagfelleverderte artikler til å bruke i min bachelor. Jeg har lest igjennom mange for å finne de som er mest relevant for min problemstilling, og endte opp med tre; *"Kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare" – Noe mer enn et førstehjelpskurs?"* av Bjørn Tschudi Madsen og Dag Willy Tallaksen fra 2017, valgte jeg fordi den gir innsikt i hvordan førstehjelpskurset, som er i regi av VIVAT selvmordsforebygging, har hatt betydning for NAV-ansatte i møte med personer som er selvmordsnære. *"Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever"* fra 2018 og *"Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients"* fra 2016 er begge skrevet av May Vatne og Dagfinn Nåden. Jeg valgte disse fordi de beskriver to ulike aspekter av hva de selvmordsnære trenger etter selvmordsforsøk for å skulle ønske å leve videre.

## 2.2 Kriterier for valg av litteratur

I denne litteraturstudien har det blitt gått igjennom relevant litteratur i forhold til mitt valg av tema. Når jeg har funnet og valgt litteratur og empiri har jeg tenkt og vært bevisst over på å undersøke utgivelsesåret til kildene. Et utvalgsriterium var å finne og bruke nyere litteratur, men det var vanskelig å finne bøker på biblioteket som handlet om selvmord som var mindre enn ti år gammelt. Et annet kriterium jeg har hatt er at litteraturen og empirien jeg ønsket å bruke nevner ulike synspunkt eller begreper i forhold til min problemstilling og temaet jeg har valgt. Eksempler på dette er om det inneholder nøkkelbegrepene "selvmord", "egne følelser og reaksjoner", "ambivalens", "håp", "skam" og "kommunikasjon". Jeg synes også det tidvis var vanskelig å finne artikler knyttet til dette med å fremme håp gjennom kommunikasjon med mennesker som er selvmordsnære, som var et inklusjonsriterium. Validitet står for relevans. Det betyr at litteraturen en finner må være relevant for problemet som undersøkes (Dalland, 2017, s. 40). Forskningsartiklene jeg valgte måtte også være fagfelleverderte og ha relevans for problemstillingen.

## 2.3 Valgt litteratur

Som empirisk grunnlag har jeg valgt tre fagfelleverderte artikler jeg kan bruke til å belyse mitt tema og problemstilling. Disse er:

*"Kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare" – Noe mer enn et førstehjelpskurs?"* av Bjørn Tschudi Madsen og Dag Willy Tallaksen fra 2017.



**Hensikt:** Å finne ut og utvikle kunnskap om hvilken betydning kurset ”Førstehjelp ved selvmordsfare” har og har hatt for personer som er ansatt i NAV når de møter mennesker som ønsker å ta sitt eget liv.

**Utvalg:** Informantene ble rekruttert fra NAV-kontorer i Østlandsområdet. Flertallet av de som deltok i intervjuene var sosionomer, og til sammen i intervjuene deltok 14 kvinner og 2 menn. Alle informantene hadde gjennomført kurset, som er i regi av VIVAT, som handler om økt kunnskap og kompetanse i å identifisere og hjelpe personer som har selvmordstanker.

**Metode:** I studien ble det brukt kvalitativ metode hvor de intervjuet medarbeiderne på NAV, da de ville få fram medarbeiderne sine egne opplevelser fra møter med personer som har selvmordstanker. Fokusgruppeintervjuer ble valgt som datainnhentingsmetode.

*Forfatternes kritikk;* Noen av de som ble intervjuet hadde kjennskap til hverandre. Dette kan ha hatt innvirkning på hvor mye av følsom informasjon de ønsket å dele. 7 av 8 intervjuer ble gjennomført av én forfatter alene. Dette kan ses på som en svakhet fordi flere forskere kunne gitt bedre mulighet til å ”se” flere synspunkter. Begge forfatterne er kursledere for kurset, noe som kan ha redusert deres kritiske innstilling til forskningen og oversett opplagte momenter.

**Funn:** De ansatte føler en økt opplevelse av mestring, trygghet og tillit i møte med selvmordsnære etter kurset. Evnen til å holde ut de vanskelige samtalene var bedret. Kollegastøtte er av betydning når man møter personer som ønsker å ta sitt eget liv.

*”Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever”* av May Vatne og Dagfinn Nåden fra 2018.

**Hensikt:** Få fram pasientene sine egne refleksjoner og erfaringer etter selvmordsforsøk. De ville også få mer forståelse av hvordan pasientene opplevde møtet med hjelpeapparatet og helsepersonell når de hadde en sterk trang til å ta sitt eget liv.

**Utvalg:** Ti deltakere, seks menn og fire kvinner i alderen 21-52 år. Deltakerne hadde hatt alvorlig selvmordsfare eller gjort selvmordsforsøk. Ni av de som ble intervjuet hadde gjort selvmordsforsøk. Når det gjelder å ha vært i kontakt med psykisk helsevern eller helsetjeneste så varierte dette mellom deltakerne. To av de yngre som deltok i intervjuet hadde ikke vært i kontakt med psykisk helsetjeneste tidligere.

**Metode:** I studien ble det brukt kvalitativt intervju. Intervjuene varte i 1 ½-2 timer og foregikk som en dialog der forskeren sjekket ut egen forståelse av det pasientene sa. Intervjuet ble tatt opp på en lydfil og gjorde tale om til tekst ordrett.

*Forfatternes kritikk;* Det var noen deltakere i studien som hadde annen kultur enn den vestlige som kunne ha tilført andre dimensjoner.

**Funn/konklusjon:** Pasientene var ambivalent i forhold til om de ville dø eller leve. Etter et selvmordsforsøk kan de kjenne på skam av å ikke mestre livet og i tillegg mislykkes i å avslutte det. Hvordan helsepersonell møter pasientene etter selvmordsforsøket, kan ha en betydning for hvordan de føler på skammen. Studien viser at det er viktig at profesjonelle utforsker hvordan den selvmordsnære har det og vise forståelse.

*”Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients”* av May Vatne og Dagfinn Nåden fra 2016.

**Hensikt:** Var å få fram pasienters opplevelser etter et selvmordsforsøk. De ville også finne ut hva pasientene ser på som hensiktsmessig hjelp i omsorg og behandlingssituasjoner.

**Utvalg:** Ti deltakere, der fire var kvinner og seks menn fra alderen 21-52 år. Ni av dem hadde prøvd å ta sitt eget liv. De hadde ulik erfaring når det gjelder kontakt med psykisk helsevern eller helsetjeneste. Flere av deltakerne hadde hatt kontakt med psykisk helsevern, men for to av de yngre deltakerne hadde selvmordsforsøket gjort at de fikk sitt første møte med hjelp.

**Metode:** I studien ble det brukt kvalitativt intervju. Intervjuene varte fra 90 til 110 minutter. Intervjuet var en dialog mellom forskeren og den intervjuede, og forskeren sjekket om han hadde forstått deltakerne underveis.

*Forfatternes kritikk;* Noen deltakere i studien hadde annen kultur enn den vestlige som kan ha tilført andre dimensjoner.

**Funn/konklusjon:** Deltakerne kunne oppleve håp gjennom møte med de profesjonelle. Dette kan knyttes til at de profesjonelle viser forståelse for lidelsen, at deltakerne opplevde å bli lyttet til og at de opplevde at den profesjonelle var trygg og kunnskapsrik. Deltakerne kunne oppleve håp gjennom å få tilbake ansvar og opplevelsen av kontroll over eget liv.

## 2.4 Kildekritikk

I følge Dalland og Trygstad (2017) er kildekritikk et hjelpemiddel som kan brukes for å finne ut om en kilde er troverdig, altså sanne. Dette betyr at man både vurderer og karakteriserer den litteraturen som man har brukt i oppgaven. Ved å ta i bruk kildekritikk så viser man at man kan stille seg kritisk til materialet som man benytter seg av og bygger oppgaven på (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152). Når man utøver kildekritikk skal en vurdere i hvilken grad litteraturen man har funnet, lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen man har endt opp med (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Jeg anser mine kilder som troverdige fordi jeg benyttet meg av høyskolebiblioteket for bøker og databasen Oria for å finne og sjekke om artiklene jeg har valgt er fagfelleverderte.

De fagfelleverderte artiklene jeg endte opp med å bruke i min oppgave er fra 2016 til 2018. De er publisert ganske nylig, så jeg mener at disse er troverdige og dagsaktuelle. Jeg har valgt to studier av May Vatne og Dagfinn Nåden. Den ene fra 2016 og den andre 2018. Det er fra samme kvalitative studie, men fokuserer på ulike aspekter fra de som er selvmordsnær. Den ene er publisert på norsk og den andre engelsk. Jeg ser på disse som relevante fordi de får fram hva den selvmordsnære ønsker i møtet mellom dem og de profesjonelle på hver sin måte som kan være med å belyse min problemstilling. Artikkelen av Bjørn Tschudi Madsen og Dag Willy Tallaksen fra 2017 ser jeg på som relevant fordi de får fram hva de profesjonelle tenker og trenger i møte med den selvmordsnære. Jeg vurderer kilden som relevant og troverdig på bakgrunn av at den er publisert ganske nylig og at den er fagfelleverdert. Mitt fokus har vært på kommunikasjon, så relevante artikler kan jeg ha valgt vekk, grunnen kan være søkeordene jeg har brukt eller mangel på forskning.

Jeg har i tillegg til de fagfelleverderte artiklene benyttet meg av bøker for å belyse temaet. Litteraturen jeg har valgt ut har jeg vurdert til å være relevant for problemstillingen min. Jeg bruker noen bøker i min oppgave som begynner å bli noen år gamle. Jeg ser likevel på det som relevant å bruke de i min oppgave fordi forfatterne er kjente innen problematikken selvmord og ser at mange teoretikere og forfattere siterer til og bruker i sin litteratur. Et eksempel er boken "Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem" av Nils Retterstøl, Øyvind Ekeberg og Lars Mehlum, der boken er fra 2002. Boken begynner å bli gammel, men inneholder allikevel betydningsfull informasjon om selvmord og de ulike nøkkelbegrepene jeg ønsker å undersøke. Det har ikke blitt skrevet lignende bok etter dette, derfor er den

fortsatt relevant. Med dette i betraktning mener jeg det er relevant og dagsaktuelt å bruke disse bøkene for å besvare min problemstilling.

## 3.0 Om selvmord

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hva selvmord er og gi en kort beskrivelse av andre sentrale fenomener knyttet til selvmord.

### 3.1 Selvmord

Retterstøl mfl. (2002) definerer selvmord slik; *Selvmord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden* (Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002, s. 12).

Forfatterne bruker begrepet ”selvmordsnære personer” om; *personer som har alvorlige selvmordstanker og hvor det bedømmes at selvmordsrisiko foreligger* (Retterstøl et al., 2002, s. 15).

Hvert år tar omtrent en million mennesker selvmord i verden. 1 000 000 selvmord betyr en selvmordsrate på 16 per 100 000 innbyggere eller et selvmord hvert 40. sekund. Det dør også dobbelt så mange av selvmord som i trafikkulykker på verdensbasis (Austad & Larsen, 2009, s. 24). I dag så regner vi også med at det er mellom 7-15 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Et selvmordsforsøk er en bevisst og villet handling som individet har utført for å skade seg selv, hvor skaden ikke har ført til døden. En intensjon, som kan være vag, om å dø har vært til stede (Retterstøl et al., 2002, s. 13). Det finnes ulike metoder for å ta sitt eget liv. Det kan nevnes forgiftning, hengning/kvelning, drukning, skudd, kutt, hoppe fra et høyt sted og annet (Retterstøl et al., 2002, s. 175).

### 3.2 Risikofaktorer for selvmord

Forskning viser at risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk er ganske like (Helsedirektoratet, 2014, s. 12). En kan si at selvmord er ofte et resultat av et komplekst samspill mellom en rekke risikofaktorer og belastende livshendelser som vedkommende blir utsatt for. Tidligere selvmordsforsøk regnes som en av de viktigste risikofaktorene for selvmord. Psykiske helseproblemer kommer også under denne kategorien. De fleste psykiske lidelser har en forbindelse med forhøyet risiko for selvmord, som for eksempel depresjon som er til stede i 40-70% av tilfellene når det gjelder selvmord. Men å forklare selvmord med psykisk sykdom alene, er ikke tilstrekkelig. Det må også ses i lys av individet og livshendelser (Helsedirektoratet, 2014, s. 12-13). Dette kan handle om at vedkommende har blitt/blir eksponert for negative sosiale faktorer som for eksempel mobbing, arbeidsledighet og sosial isolasjon. En faktor kan også være at individet har opplevd belastende livshendelser

som tapsopplevelser, vold, seksuelt misbruk eller andre traumer (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2016). Listen med risikofaktorer for at noen kommer til å ta sitt eget liv er lang, og ikke absolutt. Det er også vanskelig for profesjonelle å ha oversikt over alle risikofaktorene, men man kan huske på at jo flere risikofaktorer til stede hos vedkommende, jo høyere er risikoen for selvmord (Retterstøl et al., 2002, s. 202).

Det er også kjønnsforskjeller når det gjelder selvmord. Som beskrevet i innledningen var det betydelig flere menn enn kvinner som tok sitt eget liv i 2016. Fra alderen 15-64 år så er risikoen for selvmord og dødelig utgang konstant 2-3 ganger høyere for menn enn for kvinner. Helsedirektoratet får fram at en forklaring kan være kjønnsrollemønstre mellom kvinner og menn. Kvinner snakker gjerne mer om sine problemer med sine nære og søker oftere hjelp enn menn, mens den maskuline rollen som menn skal inneha kan sperre mot å søke den hjelpen de trenger. Det kan også ligge en mulig forklaring av metoden menn og kvinner bruker når de gjør selvmordsforsøk, der menn kan være mer tilbøyelige til å bruke mer voldsomme metoder som bruk av for eksempel våpen (Helsedirektoratet, 2014, s. 10-11). Men det er viktig å huske at ikke alle mennesker som har en eller flere av disse faktorene vil gjøre selvmordsforsøk eller selvmord. Dette betyr bare at de kan være ekstra utsatt for å få selvmordstanker og gjennomføre et selvmord (Austad & Larsen, 2009, s. 27).

### 3.3 Hjelpeapparatets ansvar for vurdering av selvmordsfare

Selvmordsvurdering vil si at man vurderer om det er en risiko for at en person kommer til å ta sitt eget liv (Austad & Larsen, 2009, s. 33). Selvmordstanker handler om at et menneske går med tanker om å ta sitt eget liv (Retterstøl et al., 2002, s. 15). Det er ulike steder personer med selvmordstanker kan søke profesjonell hjelp. Dette kan være; legevakten, psykiatrisk legevakt, fastlege, psykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk helsetjeneste i kommunen (Austad & Larsen, 2009, s. 41). Eksempler på hvem som kan gjøre selvmordsvurderinger er psykologer, leger, sykepleiere og sosionomer (Austad & Larsen, 2009, s. 33). Dette viser også at man som sosionom har et viktig profesjonelt ansvar for denne lidende gruppen.

Når en skal bedømme aktuell risiko for at noen vil ta sitt eget liv, må en vite om risikofaktorene. Vurderingen av selvmordsfare skjer alltid i tilknytning til samtale med brukeren (Austad & Larsen, 2009, s. 33).

## 4.0 Teori

Jeg har valgt å diskutere min problemstilling i lys av teorier om håp, ambivalens og skam. Dette er hensiktsmessig fordi dette er følelser som kan oppstå hos den selvmordsnære. Jeg vil også belyse betydningen av kommunikasjon. Jeg vil bruke kommunikasjonsteori for å diskutere hvordan man på best mulig måte kan ivareta den selvmordsnære. I tillegg ønsker jeg å belyse den profesjonelles følelser og betydningen dette har for møtet med selvmordsnære. Til det vil jeg bruke perspektiv på forholdet mellom profesjonalitet og følelser. Jeg ser på dette som hensiktsmessig fordi dette kan ha en påvirkning på møtet mellom den profesjonelle og den selvmordsnære.

### 4.1 Den selvmordsnæres følelser

Jeg vil her gjøre rede for hvilke følelser som er typisk for selvmordsnære og hvilken betydning disse har for opplevelsen av ønsket om å ta sitt eget liv. Det er disse følelsene som er viktig for den profesjonelle å kjenne til i møte med selvmordsnære personer.

#### 4.1.1 Håp og håpløshet

**Håp** gjør at mennesker blir kapabel til å håndtere vonde og vanskelige situasjoner som tap, nederlag, ensomhet og lidelse. Den som har håp, tror at om han/hun når fram til sine ønsker der vedkommende ønsker å være, så vil livet endre seg; det vil bli mer behagelig, bli mer meningsfylt eller gi større glede (Travelbee, 1999, s. 117). Joyce Travelbee (1999), den amerikanske sykepleieteoretikeren, definerer håp og knyttet det til mål som man ønsker å nå, og med en viss grad av forventning om at det målet kan nåes og er oppnåelig (Travelbee, 1999, s. 117). Travelbee (1999) mener også at det er den profesjonelles oppgave å hjelpe brukeren med å holde fast på håpet og unngå håpløshet og hjelpe dem som opplever håpløshet å finne håpet (Travelbee, 1999, s. 123).

Det finnes ulike definisjoner av håp. Herrestad (2009) oppsummerer begrepet håp slik i sin artikkel; det innebærer at et menneske ønsker at en fremtidig tilstand skal bli virkelig, og han tror at å komme i denne tilstanden ikke er sikkert, men at det er sannsynlig. Å ville komme i denne tilstanden betyr at man ønsker det. Når man tror at ønsket kan skje så vekker det glede i oss, mens når man ikke tror at det er sannsynlig så vekker det smerte (Herrestad, 2009, s. 19). Travelbee og Herrestad har begge likheter i sin definisjon, ved at håp er at en ønsker at noe i tilværelsen skal forandres, og at det er en viss mulighet for at dette kan skje. Begge nevner også at håpet kan være med å redusere lidelsen.

Travelbee (1999) har beskrevet håp med seks kjennetegn; håpet er relatert til avhengighet av andre, håp er framtidorientert og knyttet til valg, det er videre knyttet til ønsker, tillit, utholdenhet og mot. Travelbee poengterer at det å få hjelp, eller inngå i samarbeid, er nødvendig for at den enkelte skal overleve. Hun mener at håp alltid er knyttet til forventningen om at andre vil komme en til hjelp, særlig når ens indre ressurser ikke strekker til. Personer som er lidende, for eksempel selvmordsnære, er også avhengige av andre og håper på hjelp selv om de kanskje gruer seg eller ikke har lyst å be om hjelp (Travelbee, 1999, s. 118-120).

Travelbee mener at personer som opplever **håpløshet**, er uten håpet. Man prøver ikke å løse problemer eller håndtere vanskeligheter i livet sitt, fordi han/hun egentlig ikke tror at det er mulig å få til endringer (Travelbee, 1999, s. 122). Personer som er selvmordsnære føler ofte på håpløshet og meningsløshet (Vråle, 2009, s. 121). Den enkeltes følelse vil da være at ingenting vil hjelpe, bortsett fra å ta sitt eget liv, og at ingen kan hjelpe han/hun til å lindre den smerten de kjenner på (Retterstøl et al., 2002, s. 193). Depresjon kan gi opphav til en slik håpløshetsfølelse, men den følelsen kan oppstå uavhengig av psykisk lidelse på grunn av skuffelser og krenkelser i nære relasjoner, i arbeid eller utdanning (Mehlum & Hytten, 1999, s. 80). Personer som blir utsatt for belastende hendelser i livet sitt, har økt sannsynlighet for å utvikle følelsen av håpløshet og smerte, noe som øker risikoen for selvmord (Helsedirektoratet, 2014, s. 12).

#### 4.1.2 Ambivalens

De er også vanlig at de fleste som prøver å ta selvmord har på den ene siden en følelse av at man må dø, men på den andre siden et håp eller en plan på at en redning finnes (Retterstøl et al., 2002, s. 193). Dette kan beskrives som ambivalens, som er en følelse av tvilrådighet, et skal/skal ikke (Retterstøl et al., 2002, s. 195). Når man har en følelse av ambivalens begynner man å tenke at en forandring kanskje er ønskelig og nødvendig. Samtidig så lurert man på om det egentlig er så nødvendig å forandre noe (Eide & Eide, 2017, s. 266). Det er en myte om at personer som gjør selvmordsforsøk, ønsker å dø. Denne myten kan man si er både sann og usann, men mange selvmordsforsøk har ikke døden som mål for handlingen. Her kommer ambivalens inn (Austad & Larsen, 2009, s. 18). Så ambivalens i forhold til personer som er



selvmordsnære vil si at de ønsker å ta selvmord, samtidig som at de bærer med seg en tvil om å gjennomføre selvmordet.

De fleste som ønsker å ta sitt eget liv, er preget av denne ambivalensen, og utsagnet; ”jeg vil ikke dø, men orker ikke å leve”, er illustrerende. En grunn til denne ambivalensen kan være at de kjenner på at de heller vil ha en forandring i livet, enn å dø. Dette kan være en forandring av den psykiske smerten de kjenner, at de ønsker å finne en løsning, eller en pause fra den smerten de føler på heller enn et ønske om å dø. De ønsker å finne håpet til å kunne leve. Samtidig som de kan kjenne på at presset på at å dø er den eneste måten å løse dette på. Dette skaper ambivalens (Austad & Larsen, 2009, s. 18).

#### 4.1.3 Skam

Skam er den siste følelsen jeg vil trekke fram og som er vanlig å kjenne på for selvmordsnære. Skammen i forbindelse med at du har gjort noe som ikke er akseptert i samfunnet, og det er blitt kjent for andre, kan øke faren for at noen gjør selvmord (Retterstøl et al., 2002, s. 215). Skam er en sterk ubehagelig følelse av å ha vist en side av seg selv som er nedverdiggende, dermed så har en vist seg selv som et mislykket og udugelig individ (Teigen, 2016). Vi har god og dårlig skam. Den gode skammen kan lage grenser for oss i forhold til det private. Den kan gi oss beskjed hva som er akseptabelt og ikke i vårt samfunn. Den vonde og ødeleggende skammen derimot betyr handlingslammelse, tilbaketrekning, selvforakt og selvødeleggelse, som i sin ytterste konsekvens kan føre til selvmord (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 32). Vi vurderer og dømmer oss selv og forholder oss til hvordan vi tror andre vurderer oss (Skårderud et al., 2010, s. 189). I det psykiske helsevernet kan man som profesjonell møte mennesker som har opplevd traumer eller annen motgang i sitt liv. Da kan mange av brukerne oppleve skam. Profesjonelle sitt ansvar blir da å minske opplevelsen av skam (Skårderud et al., 2010, s. 207).

#### 4.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer fra det latinske begrepet *communicare*, som betyr ”å gjøre felles” (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 215). Det finnes ulike former for kommunikasjon; det verbale og nonverbale. Det verbale er altså ordene vi bruker i samhandling med andre. Non-verbalkommunikasjon oppstår når et budskap blir kommunisert uten bruk av ord, som for eksempel gjennom kroppsspråk, mimikk i ansiktet, hvordan man sitter under en samtale osv. (Shulman, 2003, s. 143). Dette vil si at en brukers opplevelse av den profesjonelles budskap, blir ikke bare formidlet via det man sier, men også gjennom kroppsspråket, og omvendt.

Hilde Eide og Tom Eide (2017) definerer kommunikasjon i relasjoner som at man utveksler både verbale og nonverbale uttrykk gjennom tegn og signaler mellom to eller flere personer. De sier også at god profesjonell kommunikasjon er personorientert. Det vil si at man som profesjonell forholder seg åpent, anerkjennende og vedkjenner brukeren som unik. Dette forutsetter at man er oppmerksomt til stede i samtalen med brukeren og lytter både til det brukeren sier, og det som kommer til uttrykk nonverbalt. Kunsten er å ta tak i det gyldne øyeblikket når brukeren, enten direkte eller indirekte, viser eller sier noe som kan være viktig for han/hun. Personorientert kommunikasjon forutsetter at man lytter aktivt til vedkommende, ikke bare til det som blir uttrykt verbalt, men også til det som personen ikke sier (Eide & Eide, 2017, s. 17). Aktiv lytting innebærer at man gjennom kroppsspråk, åpne spørsmål, kommentarer, respons og oppmuntring viser den andre at man er interessert i det han/hun sier og viser at man prøver å forstå den andre (Eide & Eide, 2017, s. 118). Forskning viser at brukere sjelden sier direkte hva de faktisk tenker og det de har på hjertet. Helsebekymringene deres uttrykkes ofte indirekte via hint, både verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Det blir sagt at 70-80% av personer som har tatt sitt eget liv har gitt signaler om at de kommer til å ta selvmord på forhånd. Disse utsagnene kan være vanskelig å oppfatte. Det kan være av en vag type som; ”Ingen bryr seg om meg” (Austad & Larsen, 2009, s. 17). Kommunikasjon henger sammen med det å vise forståelse for følelser som den selvmordsnære har. Perspektiv på kommunikasjon er nyttig å ha med i diskusjonen av hvordan møte selvmordsnære for å fremme håp, redusere ambivalens og skam.

#### 4.2.1 Intervensjonsmodellen – betydning av god kommunikasjon

Kurset ”Førstehjelp ved selvmordsfare” formidler en intervensjonsmodell der modellen fortsatt er grunnlaget for hjelpen med personer som ønsker å ta sitt eget liv. Det er en modell utviklet for å kommunisere med selvmordsnære. Intervensjonsmodellen er lagt vekt på å gi rom for å få fram og lytte til det vonde og smerten som man antar at personen som er selvmordsnær bærer på (Tallaksen & Lindmark, 2015, s. 30-31). Intervensjonsmodellen er en måte å kommunisere på som også ivaretar de forholdene jeg har beskrevet under kommunikasjon.

Intervensjonsmodellen baseres på tre faser, de er;

- 1) Kontakt med selvmordstanker,
- 2) forståelse av valgmuligheter og

### 3) fremme livet.

I den første fasen ”kontakt med selvmordstanker” skal man utforske det som kan forstås som signaler om at personen ønsker å dø. Her fokuserer man også på de nonverbale signalene, som den personorienterte kommunikasjonen også fokuserer på. Det er i denne fasen man skaper en relasjon for samarbeid. For vedkommende som trenger hjelp kan det være et vendepunkt at han/hun selv sier at man har selvmordstanker. I den neste fasen ”forståelse av valgmuligheter” skal en høre på hva som gjør at vedkommende ønsker å ta sitt eget liv, en skal lytte til historien som han/hun kommer med. Når en snakker om noe så vondt, så kan det være første gang personen med selvmordstanker lufter utfordringen sin med noen og har fått mulighet til det. Dette kan være en betydningsfull opplevelse. Det kan det være at vedkommende har prøvd å uttrykke dette tidligere, men at noen kanskje ikke har plukket opp signalene som den selvmordsnære har prøvd å gi, og får endelig muligheten til dette. Her så skal den profesjonelle støtte og lete etter vendepunktet. I den siste fasen ”fremme livet”, er håpet at relasjonen mellom den profesjonelle og den som trenger hjelp så langt har bragt fram enighet om og skapt en forståelse for at livet trenger beskyttelse. En kan tenke at en har snakket om de vonde tingene, og kan gå over til å prate om håpet. Her snakker man om hva som finnes av beskyttelsesfaktorer hos den enkelte, og hva vedkommende trenger for å fortsette å leve (Tallaksen & Lindmark, 2015, s. 32). Brukeren skal oppleve å bli sett, forstått og hørt, både verbalt og nonverbalt.

#### 4.3 Den profesjonelles egne følelser og reaksjoner

Gry Bruland Vråle (1998), som er en psykiatrisk sykepleier og har arbeidet med veiledning og selvmordsproblematikk, mener at når man møter mennesker som er selvmordsnære, så vekker dette sterke følelser hos de profesjonelle (Vråle, 1998, s. 17). Når man møter personer som ønsker å ta sitt eget liv, vil mange profesjonelle kunne kjenne på angst, frykt, sinne, skyldfølelse, utilstrekkelighet og hjelpeløshet (Jørstad, 1999, s. 213). Angst for eksempel kan ha sammenheng ved at profesjonelle føler at de ikke strekker til i deres vurdering, omsorg og omtanke. Når man kjenner på angst og frykt kan handlinger man gjør i møte med den selvmordsnære bli lite hensiktsmessige. Man kan føle på hjelpeløsheten, at man vil vekk fra situasjonen og vil kanskje vike unna. Den profesjonelle kan få et slags ”tunnelsyn”, som gjør at man ikke ser helheten, får konsentrasjonsproblemer og blir dårligere til å vurdere situasjonen til brukeren. Man kan for eksempel bli så redd at man iverksetter tiltak av stor

grad av beskyttelse overfor brukeren når han egentlig tjener på å ha mer ansvar for seg selv. Dette kan oppfattes som en krenkelse av brukeren, og vil være hemmende i arbeidet med å hjelpe (Vråle, 2009, s. 156-157).

Når man som profesjonell blir klar over at det er brukeren som får fram slike følelser, kan man lettere få kontroll over disse følelsene og hindre at man handler de ut i forholdet til brukeren. Men når man ubevisst bekjemper de følelsene som trenger seg på når vi møter personer som er selvmordsnær, kan man som profesjonell begynne å utvikle forsvarsmekanismer som fortrenkning, benekting eller forvrengning av situasjonen man er i (Jørstad, 1999, s. 213-215). Når man utvikler disse forsvarsmekanismene, kan det føre til at man ikke blir i stand til å se faresignalene brukeren gir, eller at de blir overstyrende (Mehlum, 1999, s. 143). Men det er viktig å være bevisst at angsten og frykten man kan kjenne på i møte med den selvmordsnære brukeren kan påvirke yrkesutøvelsen, både til det bedre og til det verre (Vråle, 2009, s. 157).

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen min; ”*Hvordan kan jeg som sosionom kommunisere med selvmordsnære for å fremme håp?*” i lys av mine egne erfaringer, forskningen og teorien jeg har presentert i de forrige kapitlene. Jeg vil starte med å drøfte hvordan man kan fremme håp hos selvmordsnære ved hjelp av kommunikasjon og ambivalens. Deretter vil jeg drøfte hvordan man kan redusere skamfølelsen som den selvmordsnære kan kjenne på. Til slutt vil jeg drøfte hvilken betydning egne følelser til den profesjonelle har i møte med den selvmordsnære.

### 5.1 Hvordan fremme håp?

Det er ikke et enkelt valg å ta om man skal fortsette å leve, eller velge å avslutte sitt eget liv. Mange selvmordsnære har flere motstridende følelser samtidig. Følelsen av ønsket om å dø og ønsket om å leve (Mehlum, 2005, s. 37). Selvmordshandlinger kan bli forstått som en handling der målet ikke er primært å dø, men å oppnå andre virkninger eller endringer. Det handler ofte om et forsøk på å løse problemer – der en ikke tror at det finnes andre utveier (Mehlum, 2005, s. 32-33). Herrestad (2009) mener at selve håpet er viktig i møte med brukere som er selvmordsnære (Herrestad, 2009, s. 19). Håpet er en vei ut av mørket, men et menneske som føler på håpløshet tenker at tilværelsen ikke vil forandre seg (Lohne, 2016, s. 118). Personer som har selvmordstanker har ofte mistet håpet, der håpløsheten har tatt overhånd. Slik jeg har definert håp tidligere, kan man si at håp er et nødvendig middel for å takle lidelse. På bakgrunn av dette tolker jeg det som at håpet kan være redningen for disse menneskene som ønsker å ta sitt eget liv. Så hvordan kan man som profesjonell bidra til at selvmordsnære velger livet og ikke døden gjennom kommunikasjon?

I studien *Kurset ”Førstehjelp ved selvmordsfare” Noe mer enn et førstehjelpskurs?* av Madsen og Tallaksen (2017), kommer det fram at det er anbefalt å spørre direkte om vedkommende har tanker om å ta sitt eget liv. Informantene i studien formidlet at det i etterkant av kurset var lettere å spørre direkte om selvmordstanker og –planer. Før de hadde kurset synes mange det var skummelt å snakke om selvmord og selvmordstanker. Når de våget å spørre vedkommende direkte og fikk et ”ja”, så ga det informantene en følelse av å mestre denne utfordrende situasjonen i lag med brukeren (Madsen & Tallaksen, 2017, s. 173). Det kan det være nyttig for den profesjonelle å spørre den selvmordsnære direkte, og på en empatisk måte, om vedkommende ønsker å ta sitt eget liv for å finne ut om han/hun ønsker å avslutte livet i nærmeste framtid (Mehlum, 1999, s. 155). I tillegg er det viktig å spørre

direkte om selvmordstanker fordi noen som er selvmordsnære kan kjenne på en lettelse over at noen endelig spør, og at dette kan være en måte å bli forstått på (Vråle, 2009, s. 47). Den profesjonelle kan være den som aktivt bringer spørsmål om selvmord på banen, og signalisere tydelig til brukeren om at selvmordstanker er noe som kan snakkes om (Tallaksen & Lindmark, 2015, s. 32). Jeg tenker at for å kunne redde mennesker som har selvmordstanker, må en kunne avdekke selvmordsfaren. Ut i fra erfaring er måten å gjøre dette på å spørre, fordi da kan en forstå brukerens situasjon bedre. Slik jeg oppfatter studien opplevde informantene at selvmordsnære ikke alltid direkte fortalte om sine planer om selvmord, og at de kanskje derfor synes det var skummelt å spørre fordi utsagnene var mer indirekte og at de kanskje kunne ta feil om situasjonen til vedkommende. Jeg tenker at når man sjekker ut de av og til vage utsagnene de kan komme med, føler jeg at man møter de med forståelse og aksept ved å vise at dette vanskelige temaet er noe vi kan snakke om og at man aksepterer tankene og følelsene som kommer med. Videre belyser studien til Madsen og Tallaksen (2017) at informantene forteller om at det var færre videre henvisninger av personer med selvmordstanker til annen instans. En forklaring kan være at gjennom kurset fikk de verktøy som ga et godt grunnlag for å utvikle en samarbeidsrelasjon med den selvmordsnære, de kunne foreta en bedre kartlegging av situasjonen til den lidende og mer kunnskap om hvordan de skal forholde seg til den selvmordsnære (Madsen & Tallaksen, 2017, s. 172). Som for eksempel bruk av intervensjonsmodellen som kan ha vært med på å gjøre det enklere å holde ut de vanskelige samtale og at de turte å spørre hvordan den selvmordsnære virkelig har det. Dette kan ha hatt en innvirkning på at de selvmordsnære ønsket å velge livet fremfor døden, ved at noen endelig gikk inn på temaet og viser at dette kan snakkes om.

Dette kan utdypes videre gjennom studien til Vatne og Nåden (2018). Her framkommer det at deltakerne beskriver denne tvilrådigheten mellom liv og død. Erfaringene fra deltakerne viser at det ikke er døden i seg selv som ønskes. De ønsket å finne tilbake til livskraften, noe som var vanskelig fordi lidelsen overskygget håpet om at noe kunne bli bedre. Det kommer fra en av deltakerne at "hun ville bare ha hjelp" (Vatne & Nåden, 2018). Når profesjonelle viser vedkommende at man ønsker å høre på det han/hun har å fortelle, gjerne gjennom det å spørre om selvmordstanker, og viser at man er i stand til å ta i mot det vonde, så bygges det opp en relasjon som gir mulighet til å være åpen om det som er vondt og skamfullt (Tallaksen & Lindmark, 2015, s. 30). Intervensjonsmodellen (2015) formidler at når samarbeidsrelasjonen mellom den profesjonelle og selvmordsnære er etablert, så vil det neste steget i møtet med den selvmordsnære være å se om det kan finnes andre utveier enn selvmord. Når vi som

profesjonelle signaliserer at vi ønsker å lytte til historien og erfaringene til vedkommende som gjør at han/hun ønsker å ta sitt eget liv (at vi snakker om det ”mørke” sammen), kan samtalen etter hvert komme inn på området om å snakke om lyset i tunnelen, altså viljen til å fortsatt ville leve framfor døden. Det enkle faktum at man opplever seg lyttet til kan være avgjørende for å ville leve og finne håp (Tallaksen & Lindmark, 2015, s. 31). Dette kan videre også knyttes til den personorienterte kommunikasjonen ved at den profesjonelle kommuniserer et ønske og vilje til å forstå den selvmordsnære.

I studien til Vatne og Nåden (2018) savnet noen av deltakerne tid til å snakke med profesjonelle om selvmordsforsøket (Vatne & Nåden, 2018, s. 34). Dette betrakter jeg som at de selvmordsnære trenger profesjonelle som tar seg tid og som går inn på temaet sammen med brukeren. Dette kan ha betydning for at de selvmordsnære finner tilbake til livskraften, til håpet og forhåpentligvis unngå håpløshet.

Austad og Larsen (2009) får fram at når profesjonelle skal vurdere selvmordsfare er det viktig å få god kontakt med personen som er selvmordsnær. Dette er viktig fordi vurderingen om selvmordsrisiko skjer alltid i samtale med den selvmordsnære. Da er det større sjanse for at vedkommende ønsker å snakke åpent og ærlig om situasjonen sin. Man må ha en grundig samtale med vedkommende, og sette av tid til å lytte til det vedkommende har å fortelle (Austad & Larsen, 2009, s. 33). Derfor er det viktig at profesjonelle tar seg tid til å snakke med selvmordsnære, for å kunne vurdere faren for et eventuelt selvmord og forhåpentligvis å kunne fremme livsgnist.

Sammenlignet med den andre studien til Vatne og Nåden (2016) blir begrepet ”håp” brukt ofte av pasientene de intervjuet. I studien kommer det fram av pasientene at møtet mellom dem og den profesjonelle kunne være en viktig kilde til håp. Deltakerne poengterer at det er viktig at de profesjonelle prøver å forstå den lidelsen og kampen som de går igjennom. For å forstå var det viktig at profesjonelle lyttet og prøvde å forstå meningen de uttrykte, både verbalt og nonverbalt. Når deltakerne følte seg forstått så økte håpet gjennom å være i kontakt med andre og at noen endelig kunne hjelpe de med å fortsatt ville leve (Vatne & Nåden, 2016, s. 5). Ut i fra dette så betrakter jeg det pasientene sier som viktig for å unngå håpløsheten. Vråle (2009) sier at det er ved å arbeide med dimensjoner som håp og håpløshet at man vil kunne forstå hva som får det enkelte menneske til å miste livsgnist, og også finne fram til motet til å leve igjen (Vråle, 2009, s. 14). Herrestad (2009) får fram at det er god evidens på at når man ikke har håp, men opplever høy grad av håpløshet så innebærer det en høy risiko for

selvmord. Dette stemmer også overens med det han sier om at når man ikke har troen på at håpet blir en realitet, så vekker det sannsynligvis en smerte (Herrestad, 2009, s. 16-19). Når selvmordsnære opplever håpløshet, kan de miste troen og håpet på at noe(n) kommer til å hjelpe de. Ved at noen endelig ”ser dem”, kan være essensielt til å gi de håp. Det virker for meg at de trenger profesjonelle som involverer seg i samtalene og i personens lidelse. Jeg tror at når profesjonelle plukker opp det den selvmordsnære har å si, viser man at man ønsker å prate om det og når man utforsker det den selvmordsnære tenker kan det kanskje styrke håpet ved at de føler seg forstått og tatt på alvor. Dette er noe som intervensjonsmodellen og den personorienterte kommunikasjonen tar for seg. Om man ikke gjør det kan det kanskje være en bekreftelse til brukeren om at den profesjonelle ikke vil hjelpe vedkommende, noe som kan forsterke håpløsheten og troen på at ingen vil hjelpe.

I studien til Vatne og Nåden (2016) blir det videre sagt at for å øke håpet, var det viktig for pasientene å oppleve at de profesjonelle hadde kunnskap om temaet, at de hadde en holdning om at hver pasient var unik og at de så potensialet av videre liv. De følte også at håpet kom tilbake ved at de fikk mer ansvar og fikk verktøy til å kontrollere impulsene om å ta livet sitt. Mange av deltakerne synes også at en skriftlig eller muntlig kontrakt med profesjonelle om å fortsatte å leve var positivt, og for noen livreddende (Vatne & Nåden, 2016, s. 7-8). Ved å gi pasientene mer ansvar og kontroll over sitt eget liv, tenker jeg at det kan være med på å bygge tillit i relasjonen. Jeg tenker også dette kan være en kilde til håp for den selvmordsnære, fordi han kan kanskje se at han klarer å håndtere sine egne impulser når det gjelder å ta sitt eget liv. Vedkommende ser kanskje også at han har bedre kontroll over impulsene enn han/hun trodde. Men dette kan også være en utfordring. Vråle (2009) sier at avtalen man gjør med den selvmordsnære kan ikke garanteres, fordi man vet ikke om vedkommende kommer til å gjennomføre selvmordet (Vråle, 2009, s. 81). Så ved å kommunisere tillit på denne måten kan fremme håp til den selvmordsnære, men kan være en utfordring for den profesjonelle.

Ambivalens er et viktig intervensjonsområde da dødsønsket i perioder kan overskygge forventninger og ønsker knyttet til livet. Å få fram hva som gjør at vedkommende ønsker å leve videre, er viktig (Vråle, 2009, s. 32). Dette samsvarer med Travelbees teori; den profesjonelles oppgave er å hjelpe den lidende til å holde fast ved håpet og unngå håpløsheten. Og omvendt, å finne tilbake til håpet når den lidende opplever håpløshet (Travelbee, 1999, s. 123). Jeg tenker at når man tar selvmordsnære på alvor, og viser at vi kan snakke om de vonde tingene, så møter vi mennesket der de er og kan forhåpentligvis bidra til håp. Derfor mener jeg at de trenger noen som tar situasjonen deres på alvor, og for å kunne



gjøre det må man vite noe om risikofaktorene man eventuelt skal se etter og ta tak i det dem sier, enten indirekte eller direkte, på alvor. Man må lytte til både det de sier og ikke sier. Dette stemmer overens med den personorienterte kommunikasjonen, at vi som profesjonell lytter aktivt til det den selvmordsnære forteller (Eide & Eide, 2017, s. 16). Da kan man forhåpentligvis finne ut hva som gjør at vedkommende ønsker å ta sitt eget liv, og finne kilder til håp som gjør at vedkommende ønsker å leve. Som beskrevet, framkommer det i studiene at pasientene er ambivalent om å ta sitt eget liv. Vatne og Nåden (2018) skriver at nettopp i ambivalensen finner man kjernen til håp. Derfor er det et viktig verktøy i møte med selvmordsnære for å fremme liv (Vatne & Nåden, 2018, s. 35).

## 5.2 Hvordan redusere skam?

I følge Mehlum (1999) vil ikke selvmordsnære sjelden kjenne på skam (Mehlum, 1999, s. 138). Når et menneske opplever skam, er det en risiko for at vedkommende kan ta sitt eget liv (Vråle, 2009, s. 46). Dette bildet stemmer overens med egne erfaringer ved møter med selvmordsnære.

Dette blir videre bekreftet i studien til Vatne og Nåden (2018). Mange av deltakerne beskrev selvmordsforsøket som både ”flaut” og ”pinlig”. Få hadde snakket med andre om problemene de hadde og at de hadde prøvd å ta sitt eget liv. De var skamfulle av å ikke klare å mestre livet, og i tillegg til å ikke ha klart å gjennomføre selvmordet. Hvordan skammen til den selvmordsnære blir møtt av profesjonelle har betydning for opplevd skam, samt bedringsprosess (Vatne & Nåden, 2018, s. 34). Dette bekrefter at andre kan ha betydning for hvordan en opplever skam og kan bli styrket av andre. Slik som Skårderud mfl. sier; vi forholder oss til oss selv slik man tror andre oppfatter oss. Skam er knyttet til andres blikk (Skårderud et al., 2010, s. 189). Når alvor i situasjonen blir undervurdert, at pasienten føler seg ignorert og stemplet som håpløs forsterker følelsen av skam. Deltakerne får fram i denne studien at selv om det å snakke om selvmordsforsøket kan oppleves som ”pinlig”, trenger de hjelp av profesjonelle til å bearbeide. For å redusere skammen trengte de å bli møtt av profesjonelle som er varme, trygge, lytter, viser omtanke og trøst (Vatne & Nåden, 2018, s. 36-37). Dette viser meg at det å se og bekrefte pasienten blir viktig dersom brukeren opplever skam. Retterstøl mfl. (2002) sier at man tidligere forsøkte å bekjempe problemet selvmord ved å ikke snakke om det, benekte det eller undertrykke det. Stigmaet ved selvmord er fortsatt levende i vårt samfunn, selv om mye har forandret seg til det bedre i de senere årene

(Retterstøl et al., 2002, s. 297). Ved at det fortsatt er tabu å snakke om, kan det være at noen selvmordsnære unngår å søke hjelp fordi en ikke ønsker å snakke om det, fordi dette er et tema som det generelt blir unngått å snakke om og som er forbundet med skam. For profesjonelle kan det være at de kan synes det er ubehagelig å gå inn på et slikt vanskelig tema av samme grunn. Ved at det ikke blir særlig snakket om kan øke skamfølelsen til den selvmordsnære.

I den andre studien til Vatne og Nåden (2016) blir det også beskrevet tilfeller av skam. Når deltakerne ikke ble ordentlig møtt av de profesjonelle som ikke åpnet opp for å snakke om vanskelige temaer, som skam, så kan dette bli oppfattet som avvisning for brukeren. Det å få snakke med andre brukere i lignende situasjon ble framhevet av deltakerne i studien. Noen kjente en sterk skam i forhold til sine selvmords utfordringer. Når en fikk snakket med andre selvmordsnære kunne dette også bidra til håp ved at de kunne føle seg forstått uten å trenge å si så mye, de kunne føle seg mer normal. Det hjalp også å høre om andre som det har gått bra med, det kunne styrke håpet (Vatne & Nåden, 2016, s. 6). En kan føle seg mindre alene med problemene ved å høre andre snakke om det, siden det kanskje ikke blir snakket så mye om i vårt samfunn. Dette vil i følge min mening redusere skamfølelsen fordi man blir ikke alene om utfordringen lenger. Samtidig hevder Retterstøl mfl. (2002) at når en som er selvmordsnær får anledning til å snakke om sine tanker, kan dette medføre at en får ut noe vondt. I tillegg kan en få mer perspektiv på det en føler når en snakker høyt om det og får satt ord på dem. Derfor er det nesten alltid hjelp i å snakke om følelsene sine til en som forstår (Retterstøl et al., 2002, s. 227). Ut i fra dette forstår jeg det som at de selvmordsnære trenger noen som prøver å sette seg inn i hvordan de har det, og forstår hvor vondt det kan være å ønske å ta sitt eget liv. Uansett om det er profesjonelle eller andre som ønsker å lytte, og at det å møte de på en omsorgsfull og ikke dømmende måte kan være med å redusere skammen.

### 5.3 Hvilken betydning har egne følelser?

Profesjonelle reagerer følelsesmessig i møte med selvmordsnære personer. I følge Vråle (1998) er de vanligste følelsene som den profesjonelle kan få; angst, frykt, tristhet, sorg, hjelpeløshet, sinne, skam, skyldfølelse, håpløshet og meningsløshet. Profesjonelle kan da skrive fra seg såkalte overføringer fra brukeren som kan fortelle oss mye om hvordan pasienten har det (Vråle, 1998, s. 17). Overføringer er at den selvmordsnære skaper lignende følelser hos den profesjonelle som de overfører på han (Jørstad, 1999, s. 212). Når vi skriver

fra oss overføringene kan vi gå i forsvar, som kan gjøre at vi har vansker med å konsentrere oss og kan ville gå bort fra pasienten og situasjonen (Jørstad, 1999, s. 215).

I møte med det selvmordsnære mennesket er kanskje den aller første oppgaven hjelperen må gjøre, å mestre sine egne reaksjoner og følelser og passe på at man ikke ukontrollert handler ut emosjoner og reaksjoner. Men profesjonelle kan, gjerne gjennom veiledning med kollegaer, bruke deres egne reaksjoner som opptrer i møte med den selvmordsnære til å skaffe seg et innblikk i pasientens indre verden (Mehlum, 1999, s. 143). Dette blir videre belyst av Vråle (1998). Hun mener at alle som arbeider med selvmordsproblematikk, bør ha tilbud om veiledning slik at man kan få anledning til å kjenne igjen og reflektere over og integrere sine praksiserfaringer. Hun formidler videre at det er viktig at profesjonelle får veiledning når vi føler et spekter av følelsene hun beskriver for å bli bevisst over disse i møte med den selvmordsnære. Vråle får fram at følelsene kan være vanskelige å bære for den profesjonelle alene, og når man ikke bearbejder dem gjennom veiledning kan dette føre til uhensiktsmessige måter å møte et selvmordsnært menneske på (Vråle, 1998, s. 17-18). For å møte den selvmordsnære på en god måte uten for mye angst eller for mye forsvar trenger profesjonelle å arbeide med egne opplevelser, følelser og tanker (Vråle, 2009, s. 103).

Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel. Shulman (2003) får fram at det er viktig at profesjonelle kommer i kontakt med sine egne følelser, sin egen tvil og usikkerhet. Han får fram at om man kommer i kontakt med sine egne følelser, så vil en ha bedre mulighet til å unngå å gå i forsvar (Shulman, 2003, s. 203). For om en går i forsvar så kan en overse det brukeren faktisk prøver å fortelle. Den profesjonelles følelser kan ha innvirkning på det som skjer. Det den profesjonelle føler kan ha mye å si for hvordan han/hun tenker og handler. Når man er for opptatt av sine egne følelser kan det være at man overser den selvmordsnære sine behov. Når man utforsker følelsene er risikoen mindre for at de er hemmende i møte med brukeren. Shulman mener det avgjørende er å lære å forstå og bruke følelsene våre, i stedet for å forsøke å fornekte dem (Shulman, 2003, s. 93-94).

I studien til Madsen og Tallaksen (2017) viser det seg at deltakerne mente at kollegiale relasjoner kan ha avgjørende betydning for å håndtere de følelsesmessige sidene ved å møte selvmordsnære brukere på best mulig måte. De følte seg tryggere når de hadde noen å snakke med (Madsen & Tallaksen, 2017, s. 172). Jeg tenker at både Vråle og Shulman får fram at når profesjonelle møter selvmordsnære mennesker, så blir den profesjonelle påvirket

følelsesmessig. Studien til Madsen og Tallaksen bekrefter at det kan være behov for å dele følelsene som oppstår. Jeg erfarte i praksis, i likhet med Vråle og Shulman, at man berøres følelsesmessig i møte med selvmordsnære, og da skjer det noe med ens måte å møte den andre på. Begge nevner at man kan gå i forsvar om en ikke reflekterer over det man har opplevd i møtet. Dette var også noe som var i fokus på min praksisplass der jeg lærte at når man ikke gjenkjenner følelsen som oppstår, for eksempel sinne eller redsel, så var det lettere å lukke seg for historien til den selvmordsnære. Men når jeg gjennom veiledning, som Vråle anbefaler, tenkte igjennom hva som skjedde med meg i møte og fikk satt ord på følelsene som oppstod, lærte jeg at jeg hadde en større mulighet til å være en god samtalepartner med den selvmordsnære. Dette var fordi jeg lærte å ikke bli fanget og overveldet av mine egne følelser, og kunne da fokusere på brukeren sitt behov, slik Vråle og Shulman sier. Videre mener Jørstad (1999) at noe av det viktigste i møte med selvmordsnære personer er at vi kan holde ut over tid, tåle det pasienten plasserer i oss, og gjennom vår empati og refleksjon kan gi tilbake til pasientene noe av det vi forstår, og at det er håp (Jørstad, 1999, s. 214).

Erfaringer som blir bearbeidet i veiledning, kan også bidra til at vi utvikler ny kunnskap, innsikt og nye mestringsstrategier i møte med den selvmordsnære (Vråle, 1998, s. 17). Vråle (2009) mener at angsten som dukker opp i oss i møte med den selvmordsnære er en naturlig og viktig reaksjon. Man kan lære seg å bruke angsten som et verktøy i møte med den selvmordsnære gjennom erfaring, og som er lettest å uttrykke i refleksjon og i samtaler om møter med brukere. Det er for eksempel flere fagpersoner som har brukt angsten som et signal på at selvmord kan skje, slik at en undersøker situasjonen til brukeren (Vråle, 2009, s. 157).

Ved hjelp av veiledning, kan man altså gjøre om egne følelser som oppstår til et verktøy man kan bruke når man kommuniserer med den selvmordsnære. Profesjonelle som er bevisst over følelsene som oppstår i møte med en selvmordsnær person, kan hindre at man går i forsvarsposisjon. Går man i forsvarsposisjon kan det føre til at man ikke blir i stand til å lytte tilstrekkelig til den selvmordsnære, og ikke får formidlet håp, ettersom man er for opptatt med egne følelser og ikke er kapabel til å lytte.

## 6.0 Avslutning

Målet med denne oppgaven var at jeg vil føle meg bedre rustet til å møte mennesker som har tanker om å ta sitt eget liv. Jeg ville finne ut av hvordan jeg kunne møte dem på best mulig måte og forhåpentligvis klare å hjelpe de på veien for å finne tilbake til håpet.

Litteraturstudien får fram at selvmordsnære har et behov for å bli møtt av engasjerte og kompetente profesjonelle. Det har blitt trukket fram ulike verktøy man som profesjonell kan bruke for å møte et menneske som kjenner seg så langt nede at de ønsker å dø. Man må ha kunnskap om hva en skal se etter for å vurdere selvmordsfaren, kommunikasjon i møte med den selvmordsnære og at det er viktig å bli kjent med egne følelser og reaksjoner. Man må også finne ut hva som gjør at vedkommende ønsker å leve for å fremme håpet. Oppgaven har også hjulpet meg til å innse at kunnskap alene ikke er godt nok for profesjonelle til å møte selvmordsnære på en god måte og fremme håp. Man må møte de med forståelse, man må aktivt lytte til det de har å si og se hver person som unik. Man må bry seg.

Jeg har lært at selvmordsnære har behov for å bli møtt med forståelse. Selv om dette kanskje kan være utfordrende så bør profesjonelle ta initiativ og få fram hva som gjør at vedkommende ønsker å ta sitt eget liv. Selvmordsnære trenger at noen utforsker hvordan de faktisk har det og en opplevelse av at de blir forstått og lyttet til. De trenger noen å prate med om utfordringen. Ved at man som profesjonell gjør dette kan man forhåpentligvis møte de selvmordsnære på en god måte og fremme håp gjennom kommunikasjon.

## Litteraturliste

Austad, G. & Larsen, T. K. (2009). *Forebygging av selvmord: "Jeg vil ikke dø, men orker ikke å leve"*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/117/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017-IS-2182.pdf>

Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 14(1), 16-20. doi:

<http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.1982>

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jørstad, J. (1999). Å hjelpe den som vil dø, til å leve. I L. Mehlum (Red.), *Tilbake til livet: Selvmordsforebygging i teori og praksis* (205-217). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 110-126). Oslo: Cappelen Damm AS.

Madsen, B. T. & Tallaksen, D. W. (2017). Kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare" – Noe mer enn et førstehjelpskurs? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(2), 166-177. doi:

[10.18261/issn.1504-3010-2017-02-08](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-02-08)

Mehlum, L. (1999). Vurdering av selvmordsfare. I L. Mehlum (Red.), *Tilbake til livet: Selvmordsforebygging i teori og praksis* (141-157). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Mehlum, L. & Hytten, K. (1999). Hva vet vi om årsakene til selvmord? I L. Mehlum (Red.), *Tilbake til livet: Selvmordsforebygging i teori og praksis* (58-84). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Mehlum, L. (1999). Hva alle bør vite om selvmord, selvmordsrisiko og intervensjon ved kriser. I L. Mehlum (Red.), *Tilbake til livet: Selvmordsforebygging i teori og praksis* (132-140). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Mehlum, L. (2005). Om motiver og intensjoner ved selvmordshandlinger. I H. Herrestad & L. Mehlum (Red.), *Uutholdelige liv: Om selvmord, eutanasi og behandling av døende* (s. 29-42). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Moland, A. (2018, 16. april). Vanvittig høye selvmordstall. *NRK*. Hentet fra [https://www.nrk.no/dokumentar/xl/\\_-vanvittig-hoye-selvmordstall-1.13999083](https://www.nrk.no/dokumentar/xl/_-vanvittig-hoye-selvmordstall-1.13999083)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2016). *Fakta om selvmord*. Hentet fra [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvmord\\_2016\(1\).pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvmord_2016(1).pdf)

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller briste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tallaksen, D. W. & Lindmark, J. (2015). Det trengs mange og handlekraftige (første)hjelpere! *Suicidologi*, 20(3), 28-33. doi: <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.2630>

Teigen, K. H. (2016). Skam. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/skam>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vatne, M. & Nåden, D. (2016). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nursing Ethics*, 1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016658794>

Vatne, M. & Nåden, D. (2018). ”Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever”. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 27-39. doi: [10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04](http://dx.doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04)

Vråle, G. B. (1998). Om hjelperollen i møte med det selvmordsnære mennesket – noen refleksjoner om veiledning. *Suicidologi*, 3(2), 17-19. doi: <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.1207>

Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.