

# Forord

Denne masteroppgaven i helsevitenskap ble utført ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. Masteroppgaven er en teoristudie som drøfter hvilken betydning recoverytenkningen kan tenkes å ha i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge.

Årlig dør nesten 600 mennesker i Norge fordi de tar sitt eget liv. I tillegg prøver et uvisst antall mennesker å ta sitt eget liv, og et uvisst antall mennesker tenker på å ta sitt eget liv. Denne masteroppgaven har blitt til fordi tematikken engasjerer og berører meg, og fordi jeg tror det mulig å hjelpe atskillig flere til å velge livet framfor døden: ”... my deepest belief is that the kind of knowledge that is best worth knowing is that which also improves the human condition...” (Shneidman, 1985, s. 223).

Det har vært utfordrende å skrive en teoretisk oppgave, både med tanke på oppbygging og struktur, men også i forhold til å holde den røde tråden. Mest av alt har det heldigvis vært spennende og givende. Jeg har fått mulighet til å dykke ned i faglitteratur, forstå enda mer av kompleksiteten i selvmordstematikken, se kritisk på hva som gjøres i dag, samt drøfte hva som kan være hensiktsmessig i tiden framover.

Skriving er på mange måter en ensom prosess, men jeg har likevel ikke vært alene. Først en stor takk til veileder Heidi Hjelmeland. Takk for nyttige innspill, tydelige og konstruktive tilbakemeldinger, samt engasjement og omtanke. Min bedre halvdel, Torvald, fortjener takk, heder og ære. Først og fremst for støtte, omsorg, oppmuntringer og praktisk tilrettelegging i hverdagen, men også for korrekturlesing og faglige diskusjoner gjennom de to siste årene - ”... størst av alt er kjærligheten”. En takk går også til solstrålen vår Tomine! Selv om jeg har skrevet om et tema som ligger mitt hjerte nær, er det godt at livet handler om mer enn en masteroppgave. Livet handler også om skrubbsår, gode klemmer og mye lek. Gode venner har med iver lest korrektur; Solgunn Ellefsen, Kaja Løvdal, Lars Martin Løvdal og Marte Lund Thorsøe - takk! Takk til svigermor som har reist ens ærend fra Stavanger til Trondheim for å være barnevakt, og som alltid er oppmuntrende og positiv. Takk også til mamma, Susanne og Ola - for barnepass når det har vært behov, for støtte og oppmuntringer, og for at vi sammen har kommet oss gjennom et utfordrende år.

Til slutt en takk til pappa. For alt som har vært, for gode minner.

Trondheim, mai 2015

Kristin Espeland

# Sammendrag

Oppgavens hensikt er å drøfte om recoverytenkningen kan ha betydning i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. Siden dette er en teoristudie er det tatt utgangspunkt i eksisterende litteratur og forskning om recovery. Teorigrunnlaget for oppgaven er Shneidmans (1985) teori om psykisk smerte og teorien om selvmord og selvmordsatferd som kommunikasjon (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007). I tillegg analyseres de to dokumentene som nå er styrende for selvmordsforebyggingen i Norge, *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a), for å se om recoverytenkningen implisitt kan være til stede i disse. Drøftingen viser at en biomedisinsk tilnærming til selvmord og selvmordsforebygging ikke er tilstrekkelig, og at sentrale recoveryaspekter kan ha betydning for at vi forstår den psykiske smerten og meningen som ligger bak selvmordsatferd. I tillegg vil et recoveryperspektiv ha betydning for måten vi møter suicidale mennesker på. Det vil si som unike personer som blir påvirket av relasjoner og omgivelser, som personer som trenger håp, og også frihet til å ta egne valg. Videre får det betydning for maktbalansen mellom fagfolk og brukere – den levde ekspertisen er like viktig som fagfolks ekspertise. Dette får igjen betydning for selvmordsforskningen. Konklusjonen er at recoverytenkningen kan ha betydning for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. For at recoverytenkningen skal implementeres er det imidlertid avgjørende å høre de levde erfaringene fra mennesker som er eller har vært suicidale, slik at også den ekspertisen blir en del av kunnskapsgrunnlaget.

## Abstract

The main purpose of this master`s thesis is to discuss whether or not the recoveryvision can be of any importance in the suicide prevention in Norway. Since this is a theorystudy, it`s based on existing litterature and research about recovery. The basis of the thesis is Shneidmans (1985) theory on suicide as psychache and the theory about suicide and suicide behavior as communication (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007). In addition, there are two docuements published the last years that are guiding the suicide prevention in Norway, *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (National Guidelines for Prevention of Suicide in Mental Health Care; Sosial- og helsedirektoratet, 2008) and *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (*Action Plan for Prevention of Suicide and Self-Harm 2014-2017*; Helsedirektoratet, 2014a). These two documents are analyzed to see if the recoveryvision is implied. The discussion indicates that a biomedicine-perspectivte on suicide is insufficient, and that the recoveryvision can be of importance in order to understand the psychache and the meaning behind suicidal behavior. In addition, the recoveryvision will influence how we meet suicidal individuals. That means, they are unique individuals that are influenced by their relations and environment. At the same time they need to hope that the situation will change, and they need freedom to take their own choices. The recoveryvision will also imply a shift from paternalistic approach to a practice that support autonomy. The lived experience are the most important. This shift will in turn influence todays suicide research. To conclude: the recoveryvision can be of importance in the suicide prevention in Norway. However, if it`s going to be implemented, we have to hear the lived experiences from the persons who is or has been suicidal. The lived experience need to be a part of the knowledgebase.

# Innhold

Forord .....	i
Sammendrag .....	iii
Abstract .....	iv
Innhold .....	v
1.0 Innledning .....	1
1.1 Problemstilling .....	2
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2.1 Selvmord er et folkehelseproblem .....	2
1.2.2 Selvmord er et dagsaktuelt tema .....	3
1.2.3 Retningslinjene og handlingsplanen .....	3
1.2.4 Fokus på brukerperspektivet i psykisk helsearbeid .....	4
1.3 Metode .....	5
1.3.1 Litteratursøk .....	5
1.3.2 Dokumentanalyse .....	5
1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger .....	7
1.4.1 Begrepsavklaringer .....	7
1.4.2 Avgrensninger .....	7
1.5 Oppgavens oppbygging .....	8
2.0 En introduksjon til recovery .....	11
2.1 Bakgrunnen for recovery .....	11
2.2 Hva betyr begrepet ”recovery” .....	12
2.3 Beskrivelse av recovery i psykisk helse .....	13
2.4 Sentrale aspekter i recovery .....	15
3.0 Definisjon av selvmord .....	17
4.0 Perspektiver på selvmord og selvmordsatferd .....	19

4.1 Det biomedisinske perspektivets innflytelse på suicidologien.....	19
4.2 Kritikk av det biomedisinske perspektivet .....	21
4.2.1 Risikotenkning og risikovurdering.....	22
4.2.2 Behovet for en bredere tilnærming i selvmordsforebygging .....	23
4.2.3 Psykiske lidelser og selvmord - spørsmålsteget ved evidensbasen.....	25
4.3 Et psykologisk perspektiv på selvmord og selvmordsatferd.....	26
4.3.1 Shneidmans teori om ”psycache” .....	27
4.4 Teorier om selvmord og selvmordsatferd som kommunikasjon .....	28
4.5 Hvorfor forståelsen av selvmord som legges til grunn er hensiktsmessig .....	31
5.0 Dokumentanalyse av retningslinjene og handlingsplanen .....	33
5.1 <i>Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern</i> .....	33
5.1.1 Innholdet i retningslinjene.....	33
5.1.2 Retningslinjene og recoverytenkningen .....	34
5.2 <i>Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017</i> .....	35
5.2.1 Innhold .....	35
5.2.2 Handlingsplanen og recoverytenkningen .....	36
6.0 Oppsummering så langt.....	39
7.0 Recoverytenkningens betydning i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge.....	41
7.1 Betydningen av håp.....	41
7.1.2 Betydningen av håp i selvmordsforebygging.....	42
7.2 Prosess eller utfall i selvmordsforebyggende sammenheng.....	44
7.2.1 Hva betyr det at recovery er en prosess.....	44
7.2.2 Suicidalitet – prosess og/eller utfall .....	46
7.3 En individuell og en sosial prosess.....	48
7.3.1 Den individuelle prosessens betydning i selvmordsforebygging.....	49
7.3.2 Den sosiale prosessens betydning i selvmordsforebygging .....	50
7.3.2.1 Sosiale faktorer i den sosiale prosessen .....	51

7.4 Endring i maktbalansen - brukeren er eksperten .....	53
7.4.1 Maktforhold i psykisk helsearbeid .....	54
7.4.2 Recoverytenkningens perspektiv på maktforholdet mellom bruker og fagfolk .....	57
7.4.3 En terapeutisk allianse med suicidale mennesker .....	58
7.4.3.1 Konsekvenser for fagfolk .....	59
7.5 Recovery, selvmord og risiko.....	61
7.5.1 Risiko i et selvmordsperspektiv .....	62
7.5.2 Risiko i et recoveryperspektiv .....	64
7.5.3 Både risikotaking og risikounngåelse kan ha betydning i selvmordsforebyggende sammenheng.....	66
7.5.4 Risikohåndtering og den terapeutiske alliansen .....	66
7.5.5 Ansvar for eget liv og planlegging av kriseplaner .....	68
7.5.6 Hverdagsrisiko/hverdagsvalg og dramatisk risiko/dramatiske valg.....	70
7.6 Oppsummering – hvilken betydning kan recoverytenkningen ha i det selvmordsforebyggende arbeidet.....	70
8.0 Implementering av recovery.....	73
8.1 Erfaringer med implementering .....	74
8.2 Hvordan kan recovery implementeres i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge .	75
8.2.1 Implementering av recovery på policynivå.....	76
8.2.2 Implementering av recovery i praksisfeltet .....	78
8.2.3 Hvilken betydning har recoverytenkningen for selvmordsforskningen .....	81
8.2.3.1 Selvmordsforskning i dag.....	81
8.2.3.2 Hvorfor er kvalitative metoder viktig i selvmordsforskningen .....	83
8.2.3.3 Eksempler på kvalitativ forskning.....	84
8.2.3.4 Oppsummering .....	88
9.0 Kritiske refleksjoner .....	89
9.1 Refleksjoner knyttet til innhold.....	89
9.2 Refleksjoner knyttet til oppbygging og struktur .....	91

10.0 Konklusjon .....	93
Litteraturliste .....	95



# 1.0 Innledning

Verdens helseorganisasjon ga i 2014 ut rapporten *Preventing suicide: a global imperative* (WHO, 2014). Målet med rapporten er blant annet å øke bevisstheten rundt at selvmord og selvmordsforsøk er et folkehelseproblem, og at selvmordsforebygging skal prioriteres, utvikles og styrkes. I Norge har selvmordsforebygging offisielt vært på dagsorden siden 1993, da *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge* (Helsedirektoratet, 1993) ble utgitt. I de siste årene har det blitt utgitt to nye dokumenter som er retningsgivende for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge - *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) (forkortes noen ganger ”retningslinjene”) og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a) (forkortes noen ganger ”handlingsplanen”). Sistnevnte påpeker at tapte liv er et samfunnsproblem og en stor smerte for de etterlatte, og at det er behov for å styrke det selvmordsforebyggende arbeidet.

Flere hevder at psykiske lidelser, og depresjon spesielt, er den viktigste risikofaktoren for selvmord (Isacsson & Rich, 2003; Hawton & van Heeringen, 2009). I følge Linehan (2008) har dette ført til at selvmordsforebyggingen har stort fokus på psykiske lidelser, selv om empirien viser at det å redusere symptomer på diverse psykiske lidelser *ikke* har effekt på antall selvmord eller selvmordsforsøk. Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek & Rasmussen (2014a) hevder at den biomedisinske sykdomsmodellen, med blant annet fokus på psykiske lidelser, ikke er tilstrekkelig i det selvmordsforebyggende arbeidet. De etterlyser kontekstuelle og relasjonelle perspektiver for å få større fokus på kompleksiteten og meningen som ligger bak et selvmord.

Recoverytenkningen kan være en måte å favne dette perspektivet på. Recovery er en retning innen psykisk helsearbeid hvor brukeren, ikke diagnoser og standardiserte behandlingsformer, er i fokus (Roberts & Boardman, 2013). Bakgrunnen for recoverytenkningen er troen på at mennesker med psykiske lidelser kan bli bedre og at de kan skape seg et godt liv på tross av sykdom og diagnoser. Recovery forstås som en prosess som er unik for hvert enkelt individ, samtidig som prosessen påvirkes og avhenger av kontekstuelle og relasjonelle forhold (Borg, 2009). I følge Anthony (2003) finnes det flere definisjoner på recovery, men fellestrekket ved definisjonene er at ”they imply the development of new meaning and purpose in life as people grow beyond the catastrophe of severe mental illnesses” (s. 1).

## 1.1 Problemstilling

Denne masteroppgaven er en teoretisk oppgave hvor det drøftes hvilken betydning recoverytenkningen kan ha i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. Utgangspunktet for drøftingen er retningslinjene fra 2008 og handlingsplanen fra 2014, samt Shneidmans (1985) teori om selvmord som psykisk smerte og teorien om selvmord og selvmordsatferd som kommunikasjon, slik den er beskrevet av Qvortrup (1999), Fleischer (2000) og Knizek og Hjelmeland (2007).

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema oppsummeres i fire følgende punkter: Selvmord er et folkehelseproblem, det er et dagsaktuelt tema, de senere årene har det blitt utgitt to nye dokumenter som er retningsgivende for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge, og innen psykisk helsearbeid er det et stort fokus på brukerperspektivet.

### 1.2.1 Selvmord er et folkehelseproblem

Selvmord rammer mange og regnes som et folkehelseproblem (WHO, 2014). I 2013 ble det registrert 554 selvmord i Norge, 378 menn og 176 kvinner. Det gir en selvmordsrate på henholdsvis 17,03 per 100 000 og 7,95 per 100 000 (1). Fra 1988 til 1994 var det en nedgang i selvmordsraten, fra 1994 til 2002 har raten vært ganske stabil og på samme nivå som tidlig på 1980-tallet. Det vil si en selvmordsrate på cirka 12 per 100.000 (Gjertsen & Johansson, 2011). Cirka halvparten av selvmordene skjer i aldersgruppen under 50 år, noe som fører til mange tapte leveår i befolkningen (Mykletun & Knudsen, 2009). I Norge er selvmord den nest vanligste dødsårsaken i aldersgruppen 15-24 år (Titelman et al., 2013).

I følge Gjertsen og Johansson (2011) har selvmordsstatistikkens pålitelighet endret seg. Nedgangen i selvmordsraten mellom 1988 og 1994 er reell, men fra slutten av 1990-tallet har kvaliteten på datainnsamling knyttet til selvmord blitt dårligere. Så selv om raten synes å være stabil fra 1994, er det mulig at den faktiske raten har økt. I følge Retterstøl, Ekeberg og Mehlum (2002) regner man med at det reelle tallet er 10-25 % større.

Det er også mange som har overlevd selvmordsforsøk. Det finnes ingen god oversikt over hvor mange selvmordsforsøk det er per år, men i følge *Handlingsplan for forebygging av*

*selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a) regner man at mellom 3500 og 7500 årlig prøver å ta sitt eget liv. I tillegg er ikke alle som prøver å ta sitt eget liv i kontakt med helsevesenet (Mehlum & Mork, 2011). Selvmord og selvmordsforsøk berører også pårørende og etterlatte i stor grad. I følge *Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord* (Helsedirektoratet, 2011) regner man 10 etterlatte per selvmord, det være seg ektefeller, barn, foreldre, søsken, venner, kolleger og så videre.

### **1.2.2 Selvmord er et dagsaktuelt tema**

Selvmord er et dagsaktuelt tema. Spesielt våren 2014 ble selvmordstematikken viet mye oppmerksomhet i norske aviser. Adresseavisen hadde en artikkelserie om selvmord i psykisk helsevern ("Selvmord angår oss alle", 2014), og Aftenposten belyste problematikken rundt unge menn som tar sitt eget liv tilsynelatende uten forvarsel (Halvorsen 2014). Flere har stått fram og fortalt sine historier, både etterlatte som har mistet noen i selvmord mens de var under behandling i psykisk helsevern (Ellingsen & By Rise, 2014), og enkeltpersoner som har fortalt om egne erfaringer med selvmordstanker og/eller selvmordsforsøk (Westerveld, 2014). Blant annet ble artisten Lene Marlin hyllet for sin åpenhet rundt sitt selvmordsforsøk (Marlin, 2014).

### **1.2.3 Retningslinjene og handlingsplanen**

De seneste årene er det utgitt to dokumenter som er styrende for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. I 2008 kom *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Denne har hovedfokus på høyrisikogrupper, og er et tiltak for å støtte det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern. I 2014 ble *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a) utgitt. Handlingsplanen omfatter mål og tiltak både mot befolkningen generelt, risikogrupper og etterlatte. Videre påpeker handlingsplanen at selvmordsforebygging er sammensatt, og at det i tillegg til fokus på psykiske tilstander må inkluderes en forståelse av kontekstuelle forhold. I en tid der recovery får større innpass i psykisk helsearbeid, er det interessant å se om denne tilnærmingen er til stede i veiledere som legger føringer for det selvmordsforebyggende arbeidet.

### 1.2.4 Fokus på brukerperspektivet i psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid har siden 1998 vært styrt av *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998) (omtales heretter som ”Opptrappingsplanen”). Opptrappingsplanen var et tiltak for å utbedre ”brister i alle ledd i behandlingsskjeden”. Brukerperspektivet og brukervedvirkning var i fokus, og målet med Opptrappingsplanen var å ”fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv” (Ramsdal, 2013).

I videreutviklingen av å styrke brukervedvirkning har det innenfor psykisk helsearbeid den siste tiden vært et økende fokus på recovery (Borg, Jensen, Topor & Andersen, 2011). Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014b), nevner recovery eksplisitt som ledd i å nå målet om å organisere og utforme tjenestene i et bruker- og mestringsperspektiv. Innenfor det selvmordsforebyggende feltet er ikke recoverybegrepet eksplisitt nevnt, verken i de nasjonale retningslinjene eller i handlingsplanen. I Australia derimot er det gitt ut en veileder som heter *Suicide Prevention and Recovery Guide. A resource for mental health professionals* (Sane Australia, 2013). Målet med veilederen er å gi støtte til suicidale mennesker. I USA har Suicide Attempt Survivors Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention gitt ut *The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience* (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014). *The Way Forward* er et dokument utarbeidet av mennesker som selv har erfaring med suicidalitet. Dokumentet gir anbefalinger om selvmordsforebygging, både på praksis- og policynivå. Målet med dokumentet er å forebygge selvmord og komme med ny visdom. Dokumentet påpeker at dagens selvmordsforebygging er bygget på kunnskap fra forskere og kliniske observasjoner, og i svært liten grad på kunnskapen fra de med levde erfaringer.

Det er alltid viktig å se nærmere på dagsaktuelle utfordringer som berører folkehelsen. All den tid selvmordsforebygging og brukervedvirkning er på dagsorden i det psykiske helsearbeidet, og handlingsplanen både ønsker å inkludere kontekstuelle forhold og integrere bruker- og erfaringskompetanse i kunnskapsgrunnlaget, er det relevant å se på hvilken betydning recoverytenkningen kan tenkes å ha i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. I tillegg står det innledningsvis i handlingsplanen at den ”har et særlig fokus på tidlig intervensjon og forebygging på arenaer hvor barn, unge, voksne og eldre lever sine liv” (s. 6). Borg (2009) påpeker at recovery skjer nettopp i hverdagslivet.

## 1.3 Metode

Problemstillingen besvares med utgangspunkt i eksisterende forskning og litteratur om recovery og selvmord. Det teoretiske utgangspunktet for drøftingen er Shneidmans (1985) teori om selvmord som psykisk smerte, samt teorien om selvmord og selvmordsatferd som kommunikasjon, slik den er beskrevet av Qvortrup (1999), Fleischer (2000) og Knizek og Hjelmeland (2007). Gjennom kapittel 4 presenteres og drøftes bakgrunnen og begrunnelsen for hvorfor disse teoriene er valgt.

### 1.3.1 Litteratursøk

For å finne litteratur og forskning om recovery er det gjort søk i databasene ISI Web of Science, Googlescholar, PsycNet og Psychology and Behavioural Science Collection. Søkeordene som er brukt er ”recovery”, ”mental health” og ”mental health work”. For å finne litteratur og forskning om recovery og selvmord spesielt, er det søkt i de samme databasene og med de samme søkeordene, men da er også søkeordet ”suicide” lagt til. De samme søkeordene er brukt i PubMed. I PubMed var imidlertid recovery knyttet til den somatiske, kliniske betydningen av begrepet, og resultatene var derfor ikke relevante. For å finne norsk forskning er det gjort søk på idunn.no med søkeordene ”recovery”, og ”recovery” og ”selvmord”.

Videre er det tatt utgangspunkt i recoveryguiden (Sane Australia, 2013) og NAPHAS kunnskapssammenstilling om recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013), samt tilhørende referanselister. I Norge har Marit Borg skrevet mye om recovery, og det har derfor vært naturlig å ta utgangspunkt i hennes forskning og dykke inn i referansene hun har brukt. Bonney og Stickleys (2008) gjennomgang av den britiske litteraturen om recovery og Le Boutilliers et als. (2011) kvalitative analyse av 30 internasjonale dokumenter om recoveryorienterte praksiser, samt tilhørende referanselister, har også blitt brukt som utgangspunkt.

### 1.3.2 Dokumentanalyse

I kapittel 5 analyseres *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a).

Med utgangspunkt i Priors (2010) tilnærming til dokumentanalyse *fokus på innhold*, gjøres det i kapittel 5 kort rede for innholdet i de to dokumentene. I følge Prior kan innhold i dokumenter forstås som et signal på hva som skal komme. Retningslinjenes anbefalinger under ulike områder legger føringer for det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern, mens delmålene og tiltakene i handlingsplanen legger føringer for selvmordsforebyggende arbeid utenfor psykisk helsearbeid. Gjennomgang av dokumenter kan være deskriptive eller analytiske (Sverdrup, 2002). Analysen av innholdet i disse to dokumentene er rent deskriptive, hensikten er å presentere mål, tiltak og anbefalinger (ibid.). Både retningslinjenes anbefalinger og handlingsplanens delmål og tiltak er tydelig beskrevet, det er derfor enkelt å identifisere disse i en deskriptiv analyse.

Priors (2010) tredje tilnærming til dokumentanalyse er *fokus på bruk og funksjon: dokumenter som en ressurs*. Det betyr at dokumentene i seg selv ofte ikke blir sett på som en ressurs, men når det blir brukt av andre kan de derimot være en ressurs. Jeg har valgt å se på dokumentene som en ressurs i forhold til om recoveryperspektivet implisitt kan sies å være til stede, eller om dokumentene kan sies å stå i motsetning til dette. Dette er en mer analytisk gjennomgang av dokumentene (Sverdrup, 2002). For å analysere om dokumentene implisitt kan sies å ha et recoveryperspektiv, eller om de kan sies å stå i motsetning til dette, har jeg lest gjennom dokumentene og identifisert utsagn, anbefalinger eller tiltak. I kapittel 5 blir disse knyttet opp mot recoverylitteraturen, og ut fra dette argumenterer jeg for om recoverytenkningen implisitt er til stede, eller om dokumentene står i motsetning til dette. Denne tilnærmingen til dokumentene er også i tråd med Sverdrup (2002), som sier at analyser kan gjøres mer inngående ved hjelp av andre dokumenter.

Dokumentene er også analysert med utgangspunkt i Priors (2010) fjerde tilnærming til dokumentanalyse, *fokus på bruk og funksjon: dokumenter som aktører*. Det betyr at dokumenter kan være både rekvisitter, eksperter, den som tar avgjørelser, allierte og så videre. I denne sammenhengen blir noen av elementene i dokumentene sett på som allierte. Gjennom å ha fokus på de delene av dokumentene som kan sies å ha et implisitt recoveryperspektiv, blir dokumentene allierte i diskusjonen knyttet til recoverytenkningens betydning i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge, og dermed kan de være med og mobiliserer framtidig handling (Prior, 2010).

## 1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger

### 1.4.1 Begrepsavklaringer

Ulike artikler bruker ulike begreper når de omtaler de som gir helsehjelp og de som mottar helsehjelp. Hvis jeg konsekvent skulle brukt begrepene som artiklene bruker, hadde gjennomgangen av recoverytenkningen og drøftingen av problemstillingen blitt veldig uryddig. Jeg har derfor valgt å bruke begrepene ”bruker” og ”fagfolk”. Bruker rommer blant annet begrepene ”patients”, ”service-user” og ”client”. Fagfolk rommer blant annet begrepene ”clinicians”, ”practitioners”, ”therapists” og ”professionals”.

Det er sparsomt med litteratur og forskning som eksplisitt omhandler selvmord og recovery. Foruten noen få henvisninger til kvalitativ forskning om recovery og selvmord, tas det i all hovedsak utgangspunkt i recoverylitteraturen som omhandler mennesker med psykiske lidelser når problemstillingen drøftes. Noen artikler bruker benevnelsen ”mentale lidelser”, andre ”psykiske lidelser”. Jeg har valgt å bruke benevnelsen ”psykiske lidelser”. Av den grunn kan det noen steder i oppgaven virke som om jeg mener at suicidalitet også er en psykisk lidelse. Det mener jeg ikke at det er: ”*Suicide behavior is not a psychiatric diagnosis, such as depression or schizophrenia, but it is an act (or action) that always has its very personal and individual inner truth*” (Michel, 2011, s. 3). Definisjonen av selvmord presenteres i kapittel 3, mens forståelsen av selvmord som ligger til grunn for oppgaven drøftes mer inngående i kapittel 4.

Begrepet recovery presenteres utfyllende i kapittel 2.0.

Språklig betyr selvmord og suicid det samme. Suicid er avledet av det tyske *sui*, dativsformen av *suus*, som betyr selv, og *caedere*, som er det latinske ordet for å drepe (Retterstøl et al., 2002). I følge Retterstøl et al. (ibid.) er selvmordsprosessen en utvikling fra selvmordstanker som man holder for seg selv til tanker som man forteller om til andre, til selvmordsforsøk og fyllbyrdet selvmord. Både begrepet *selvmordstruet* og *suicidal* betyr at mennesker er et eller annet sted i *selvmordsprosessen* før de tar sitt eget liv. I denne oppgaven brukes begrepet *suicidal*.

### 1.4.2 Avgrensninger

I kapittel 4 presenteres perspektiver på selvmord og selvmordsatferd. Siden dette ikke er oppgavens hovedanliggende har jeg valgt å presentere det aspektet som i dag har størst

påvirkning på suicidologien, samt se på begrensninger ved dette. I tillegg presenteres perspektivene om psykisk smerte og kommunikasjon, som utgjør teorigrunnet for oppgaven. Disse teoriene presenteres fordi de i større grad enn det biomedisinske perspektivet favner kompleksiteten i selvmord og selvmordsatferd, og fordi disse er hensiktsmessige når det drøftes hvilken betydning recoverytenkningen kan ha i det selvmordsforebyggende arbeidet.

I kapittel 7 drøftes recoverytenkningens betydning i det selvmordsforebyggende arbeidet. Drøftingen er delt opp under ulike recoveryaspekter. Siden det ikke er enighet om én liste med sentrale aspekter (Davidson et al., 2005), har det vært nødvendig å velge ut aspekter som kan tenkes å være hensiktsmessige i denne sammenhengen. Derfor er drøftingen sentrert rundt aspektene håp, prosess og/eller utfall, individuell og sosial prosess, endring i maktbalansen – brukeren er eksperter, og risiko. Siden det har vært nødvendig å gjøre avgrensninger med tanke på hvor mange og hvilke aspekter som skulle drøftes, er det noen aspekter som ikke kommer like tydelig fram. For eksempel er autonomi et recoveryaspekt som framheves av flere (Jacobson & Curtis, 2000; Farkas, 2007; Le Boutillier et al., 2011). Det blir ikke drøftet som et eget aspekt i denne oppgaven. I stedet blir betydningen av autonomi drøftet både i kapitlet som omhandler prosess og i kapitlet som omhandler risiko.

I kapittel 8 ser jeg på hvordan recovery kan implementeres. Her har jeg valgt å ha størst fokus på hvilke konsekvenser implementering av recovery vil ha for selvmordsforskningen. Bakgrunnen for det er at recoverybevegelsen er bygd opp av mennesker med levde erfaringer (Roberts & Boardman, 2013). Hvordan recovery kan implementeres på policynivå og i praksisfeltet belyses kun kort.

## **1.5 Oppgavens oppbygging**

I kapittel 2 presenteres recoverytenkningen: Bakgrunnen for recovery, hva begrepet betyr, beskrivelse av recovery i psykisk helse, samt sentrale aspekter i recovery. Kapittel 3 ser på definisjonen av selvmord. Fordi perspektivet vi har på selvmord er med å påvirke selvmordsforebyggingen, presenteres i kapittel 4 det perspektivet som i dag har størst innflytelse på suicidologien – det biomedisinske perspektivet. Videre i kapitlet presenteres kritikk av det biomedisinske perspektivet. Deretter presenteres perspektiver på selvmord og selvmordsatferd som er hensiktsmessige i et recoveryperspektiv - Shneidmans teori om



psykisk smerte, teorien om selvmord og selvmordsatferd som kommunikasjon og hvorfor forståelsen jeg legger til grunn er hensiktsmessig med tanke på recoverytenkningen. Handlingsplanen og retningslinjene er styrende for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. I drøftingen i kapittel 7 blir disse flere ganger knyttet opp mot recoverytenkningen, derfor blir disse dokumentene analysert allerede i kapittel 5. På den måten kan leseren ha analysen av dokumentene i bakhodet når resten av oppgaven leses. For at leseren lettere skal holde den røde tråden i oppgaven er kapittel 6 viet til en oppsummering, samtidig som det redegjøres for oppgavens videre anliggende.

Kapittel 1 til 6 er ment å danne et bakteppe for det som kommer. I kapittel 7 drøftes hvilken betydning recoverytenkningen kan ha i selvmordsforebyggende arbeid: Betydningen av håp, prosess eller utfall i selvmordsforebyggende sammenheng, en individuell og en sosial prosess, endring i maktbalansen – brukeren er eksperten, og recovery, selvmord og risiko. I kapittel 7.6 oppsummeres drøftingen gjennom kapittel 7. Fordi det argumenteres for at recoverytenkningen kan ha betydning for det selvmordsforebyggende arbeidet, handler kapittel 8 om hvordan recovery kan implementeres: Erfaringer fra andre steder og hvordan recovery kan implementeres på policynivå og i praksisfeltet. Videre omhandler kapitlet hvordan recovery kan implementeres i selvmordsforebyggende arbeid i Norge, med et spesielt fokus på behovet for endring i selvmordsforskningen. I kapittel 9 presenteres kritiske refleksjoner rundt valg som har blitt tatt, og i kapittel 10 presenteres konklusjonen.

Hvorvidt recoverytenkningen kan ha betydning i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge avhenger av hvordan man forstår selvmord. For å klargjøre hvordan selvmord forstås i denne oppgaven er det nødvendig med en introduksjon til hvordan selvmord defineres, før jeg går videre og diskuterer ulike perspektiver på selvmordsatferd. Aller først introduseres recoverytenkningen. Begrepet brukes gjennom hele oppgaven, og det er derfor hensiktsmessig å presentere begrepet og tenkningen innledningsvis slik at leseren kan ha med seg denne forståelsen gjennom hele oppgaven.



## 2.0 En introduksjon til recovery

Begrepet recovery begynte å bli kjent i Norden for cirka tjue år siden (Borg & Karlsson, 2011). Innenfor selvmordsforebyggende miljø er begrepet derimot relativt ukjent. I Australia er det utgitt en *Suicide Prevention and Recovery Guide* (Sane Australia, 2013) og Suicide Attempt Survivors Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention i USA har gitt ut *The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience* (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014). Det finnes noen få kvalitative studier som omhandler selvmord og recovery, men verken handlingsplanen eller de nasjonale retningslinjene nevner recoverybegrepet.

Borg og Karlsson (2011) fornerker ”recovery” til ”bedrings- og mestringsperspektiver”, og Borg (2009) bruker også fornerkningen ”bedringsprosesser”. I veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014b) brukes både begrepene ”recovery” og ”bedringsprosesser”. Fordi begrepene brukes om hverandre, og fordi ”recovery” også brukes i norsk sammenheng, brukes det sistnevnte i denne oppgaven.

Ulike aspekter knyttet til recoverytenkningen presenteres grundig gjennom drøftingen av problemstillingen i kapittel 7. Før vi kommer så langt er det nødvendig med en introduksjon av recovery, både til begrepet per se og til hvordan tenkningen forstås innenfor psykisk helsearbeid. Først et innblikk i bakgrunnen for recovery.

### 2.1 Bakgrunnen for recovery

Opphavet for begrepet/retningen kommer fra tiden etter deinstitutionaliseringen, og som et gjensvar fra brukermiljøer og mennesker med psykiske lidelser. Kunnskap fra brukerne, og at brukerne har satt ord på sine opplevelser, har vært avgjørende (Anthony, 1993; Bonney & Stickle, 2008; Meehan, King, Beavis & Robinson, 2008; Borg, 2009; Roberts & Boardman, 2013).

The service user-led view offered a critique of traditional psychiatry as overly focused on illness, psychopathology and biological treatments and insufficiently focused on the whole person, their strengths, hopes, context and capacity to become active and self-determining in their own recovery (Roberts & Boardman, 2013, s. 401).

Som nevnt begynte begrepet å bli kjent i Norden for cirka 20 år siden, i en tid der brukermedvirkning og deinstitusjonalisering var høyaktuelt (Borg et al., 2011). I Norge har Opptrappingsplanen vært viktig i denne sammenhengen. Deinstitusjonaliseringen ga behov for et tilbud i kommunene, og gjennom Opptrappingsplanen ble det lagt til rette for utvikling av lokalbaserte tjenester og tiltak, blant annet etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det ble også økt oppmerksomhet på brukerperspektiv, normalisering, integrering og mestring. Opptrappingsplanen var en helhetlig plan for hvordan tjenester for mennesker med psykiske lidelser skulle utformes (Ramsdal, 2013). På tross av gode ambisjoner og målsettinger, har Opptrappingsplanen fått kritikk. Både Ørstavik (2008) og Ekeland (2011) kritiserer Opptrappingsplanen fordi den ikke har tatt et oppgjør med kunnskapssynet som har vært rådende innenfor psykiatrien: ”Sykdomsbegrepet fikk råde og ligge som premiss for tiltakene i handlingsplanen” (Ørstavik, 2008, s. 112). Kunnskapssynet, det vitenskapsteoretiske perspektivet, får konsekvenser for synet på psykiske lidelser, behandling og hva som kan føre til bedring, samt organisering og utøvelse av tjenestene (Ørstavik, 2008). Selv om Opptrappingsplanen har stort fokus på brukermedvirkning har det biomedisinske paradigmet igjen fått ny kraft (Ramsdal, 2013). På tross av det som beskrives over bør det, i følge Borg og Karlsson (2011), være grobunn for recoverytenkningen i Norge. Dette begrunner de i helsepolitiske føringer, økonomisk stimulering og faglige perspektiver for endring av det psykiske helsefeltet.

## **2.2 Hva betyr begrepet ”recovery”**

De medisinske profesjonene har lenge anerkjent at man kan komme til seg selv/friskne til etter sykdom (Jacobson & Curtis, 2000), og i utgangspunktet betyr recovery gjenopprettelse til en vanlig tilstand og helbredelse av sykdom (Oyebode, 2004). I forlengelsen av at alkoholisme og andre avhengigheter etter hvert har blitt forstått som sykdommer, har ordet ”recovery” også blitt brukt om læringsprosessen for å lære seg å leve uten alkohol eller narkotika. Det har ført til at betydningen av ”recovery” har fått ulike nyanser: ”... restoration of normal health and functioning; a strength of character born of surviving tough times: the challenge of wresting control of one’s life away from a chronic illness” (Jacobson & Curtis, 2000, s. 333). Grunnen til at recoverykonseptet nå blir brukt i forhold til psykiske lidelser kommer av to innbyrdes forhold: brukerbevegelsen og den psykiatriske rehabiliteringen (ibid.). I tillegg viser forskning at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan ”komme seg” (Borg, 2009).

På grunn av at recovery i utgangspunktet betyr gjenopprettelse til vanlig tilstand og helbredelse av sykdom, er noen kritiske til at begrepet omdefineres og får en videre forståelse (Oyebode, 2004). Og på grunn av at begrepet har mange definisjoner innenfor psykisk helse er det et omstridt konsept (Bonney & Stickley, 2008). I tillegg hevder noen at bruk av recoverybegrepet innenfor psykisk helse vil gi både pasienter og pårørende falske forhåpninger (Farkas, 2007). Anthony (2003), som forstår recovery som en visjon, hevder imidlertid: "Visionary thinking does not raise unrealistic expectations. A vision begets not false promises but a passion for what we are doing" (s. 21). Også Roberts og Boardman (2013) sier perspektivendringen i recovery, altså at man omdefinierer seg fra å være kronisk syk til å være "i recovery", gjør bedring mulig for alle. I følge Roberts og Wolfson (2004) vil utvikling og fremgang innenfor psykiatrisk praksis føre til utvikling, forbedring og endring av forståelse. Gjennom gjenoppgjøret av recovery kan vi se på gamle problemer på en ny måte. Roberts og Boardman (2013) understreker at tvil, debatter og kritikk er nødvendig for at recoverykonseptet/bevegelsen skal ha en sunn utviklingsprosess og bli robust. To andre utfordringer knyttet til recoverytenkningen innenfor psykisk helsearbeid er risikohåndtering og hvordan recovery skal omsettes i praksis (Roberts & Wolfson, 2004; Davidson, O'Connell, Tondora, Styron & Kangas, 2006; Meehan et al., 2008; Craig, 2008; Tickle, Brown & Hayward, 2012; Heller, 2014). Risikohåndtering drøftes nærmere i kapittel 7.5, og utfordringer med tanke på implementering i kapittel 8.1.1.

## **2.3 Beskrivelse av recovery i psykisk helse**

I følge Deegan (1996) er utgangspunktet for å gripe konseptet recovery at man forstår at mennesker med psykiske lidelser er mennesker som er i en prosess, hvor de vokser og utvikler seg. Recoverybegrepet har ikke én bestemt definisjon, og det blir forstått på ulike måter (Anthony, 2003; Farkas, 2007; Meehan et al., 2008; Le Boutillier et al., 2011). Det viser heller ikke til én bestemt type behandling eller intervensjon (Borg, 2009). Grunnen til at recoverybegrepet kan bety mye forskjellig for veldig mange, er i følge Davidson, O'Connell, Tondora, Evans og Lawless (2005) sammenfallet av to fremtredende perspektiver på recovery. Recovery kan enten forstås som fravær av symptomer og fokus på utfall, eller som en unik prosess for hvert enkelt individ med fokus på å opprettholde og utvikle funksjoner (Roberts & Wolfson, 2004; Davidson et al., 2005; Craig, 2008). I følge Borg (2009) har

fagfolk større fokus på resultat fordi de vil dokumentere effekt og virksomhet, mens brukerne har størst fokus på prosessen.

Utgangspunktet for recoverytenkningen er at mennesker med psykiske lidelser kan ”friskne til”, og at det er et behov for at disse skal skape seg et liv på tross av sin sykdom og diagnose (Borg, 2009). Recoverybegrepet kan beskrives på flere måter – som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, en visjon, en myte, et slogan. På den ene siden forstås det som naivt, på den andre siden som revolusjonært (Bonney & Stickley, 2008; Borg et al., 2013). Det er uansett en ny måte å forstå psykiske lidelser på, og en ny måte å forstå hvordan mennesker med psykiske lidelser blir forstått og hjulpet (Le Boutillier et al., 2011). I følge Anthony (1993) er det banebrytende at denne visjonen handler om brukeren. Det er individene med psykiske lidelser som har vært med på å gi ”mening” til begrepet (Farkas, 2007), og konseptet recovery er forankret i forståelsen om at folk med psykiske lidelser først og fremst er mennesker (Deegan, 1996). Fellestrekk ved recoverytenkningen, sett fra brukernes perspektiv, er at det handler om en prosess for hvert enkelt individ (Borg, 2009). Målet med prosessen er ikke nødvendigvis å få stempel som frisk eller kurert, men å ta tilbake kontroll over sitt eget liv og utvikle en ny mening og hensikt som er større enn det å leve med en alvorlig psykisk lidelse (Anthony, 1993; Anthony, 2003; Farkas, 2007; Le Boutillier et al., 2011). Recovery har fokus på individet som et helt menneske (Deegan, 1996). Det vil si at ingen bedringsprosesser er like, de avhenger av individet. Prosessen er heller ikke lineær, nedturer og tilbakefall er en del av prosessen. Det forventes ikke at det er like mye utvikling i alle periodene. Prosessen er verken systematisk eller planlagt (Deegan, 1988; Anthony, 1993; Borg, 2009).

Deegan (1988) sier at hennes personlige begrensninger er grunnlaget for at hennes unike muligheter kan komme til uttrykk. Hun forklarer dette som paradokset i recovery - gjennom å akseptere hva hun ikke kan gjøre er hun en oppdager av hva hun kan være og hva hun kan gjøre. Dette er i tråd med Borg (2009) som hevder at recovery handler om å leve et liv og få tilhørighet i et nærmiljø på tross av begrensninger som sykdommen gir. Recovery er et resultat av en interaksjon mellom flere faktorer, både eksterne og interne forhold (Jacobsen, 2001). ”The recovery vision expands our concept of service outcome to include such dimensions as self-esteem, adjustment to disability, empowerment, and self-determination” (Anthony, 1993, s. 16).

## 2.4 Sentrale aspekter i recovery

Selv om det ikke finnes én bestemt definisjon av recovery (Bonney & Stickley, 2008), og selv om kjernen i recovery er at hver enkelt må finne sin egen vei, finnes det sentrale aspekter som er knyttet til recoverytenkningen og som kan være viktig på reisen (Perkins & Slade, 2012): Bedring som en sosial prosess (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2009; Borg, 2009; Borg & Karlsson, 2011), håp (Deegan, 1988; Jacobson & Curtis, 2000; Roberts & Wolfson, 2004; Farkas, 2007; Heller, 2014), mellommenneskelige forhold (Deegan, 1988; Borg & Kristiansen, 2004; Topor et al., 2009), autonomi, endring i maktbalansen, brukeren er ekspert og ”people first” (Deegan, 1996; Jacobson & Curtis, 2000; Anthony, 2003; Borg & Kristiansen, 2004; Deegan, 2005; Meehan et al., 2008; Le Boutillier et al., 2011; Heller, 2014), recovery er en prosess, ikke et ufall (Jacobson & Curtis, 2000; Jacobson, 2001; Anthony, 2003; Davidson et al., 2005; Craig, 2008; Borg, 2009; Davidson et al., 2010), hver prosess er personlig og unik (Anthony, 1993; Jacobson & Curtis, 2000; Le Boutillier, 2011), og synet på risiko (Roberts & Wolfson, 2004; Davidson et al., 2006; Craig, 2008; Bonney & Stickley, 2008; Meehan et al., 2008; Tickle et al., 2012; Heller, 2014). Men Davidson et al. (2005) påpeker at det heller ikke her er enighet om én liste med sentrale aspekter. Det eneste det er enighet om, i følge Davidson et al. (ibid.), er at recovery er opphav til forvirring og debatter i ulike grupper innenfor psykisk helsearbeid.

På grunn av at recovery kan bety mye forskjellig for veldig mange, påpeker Borg og Karlsson (2011) at ”det er et poeng å klargjøre hvilke forståelser de ulike miljøene anvender” (s. 318). Med unntak av *Suicide Prevention and Recovery Guide* (2013) fra Australia og *The Way Forward* (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014) fra USA, er recoverybegrepet knapt nevnt innenfor det selvmordsforebyggende fagfeltet. Gjennom oppgaven ønsker jeg derfor å drøfte hvilken betydning recoverytenkningen kan ha i en selvmordsforebyggende sammenheng. På den måten kan vi også begynne å klargjøre forståelsen innenfor selvmordsforebygging.

Med dette som bakteppe går jeg nå videre og ser på hvordan selvmord defineres, før ulike perspektiver på selvmord drøftes.





### 3. 0 Definisjon av selvmord

Et kort tilbakeblikk viser at definisjonen og forståelsen av selvmord har endret seg gjennom historien. Ordet selvmord ble først introdusert i det 17. århundre fordi man ønsket å skille mellom drap på seg selv og mord på noen andre. I middelalderen ble selvmord forbudt og kriminalisert. Det førte til strenge straffer for de etterlatte familiene. I vesten kom et gradvis skifte bort fra kriminalisering etter påvirkning fra Emile Durkheim og Sigmund Freud. De la vekt på ekstern påvirkning og omfavnet en sosiologisk og psykologisk tilnærming i forståelsen av selvmord (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2004). I noen land i andre deler av verden er derimot selvmord fremdeles kriminalisert (Retterstøl et al., 2002).

De Leo et al. (2004) og Dieserud (2006) hevder at ulike teoretiske tilnærminger og fagområder gjør det vanskelig å komme til enighet om en definisjon av selvmord og hvilke aspekter en slik definisjon bør inneholde. Eksempelvis kan kulturelle forskjeller gjøre det utfordrende å komme til en universell definisjon. Et annet eksempel som De Leo et al. (2004) trekker fram, er diskusjonene knyttet til *intensjon*. Intensjon er vanskelig å konkretisere fordi det ikke finnes én type intensjon. I tillegg blir intensjon kritisert for å være ikke-vitenskapelig, - hvis man ikke finner et selvmordsbrev kan man heller ikke være sikker på avdødes intensjon. De Leo et al. (2004) konkluderer likevel med at intensjon er et så viktig aspekt i et selvmord at det ikke kan utelukkes. Det er ikke i denne oppgavens anliggende å gå nærmere inn på disse diskusjonene, men det raske innblikket viser at det ikke er enkelt å definere selvmord fordi fenomenet er komplekst og inneholder flere aspekter som kan forstås på ulike måter.

Mangel på en standard fagterminologi gjør det også vanskelig å komme til enighet omkring definisjoner (O`Carroll et al., 1996, De Leo et al., 2004). I følge Bertolote og Wasserman (2009) avhenger de fleste definisjonene av selvmord i vår tid av to momenter: et presist utfall (død) og en forutsetning (intensjonen eller ønsket om å dø). De viser til Verdens Helseorganisasjons definisjon fra 1998: "For the act of killing oneself to class as suicide, it must be deliberately initiated and performed by the person concerned in the full knowledge, or expectation, of its fatal outcome" (ibid., s. 88). Fra et psykologisk ståsted hevder Dieserud (2006) at Shneidman (1985) har den mest nyanserte definisjonen av selvmord. Shneidmans definisjon inkluderer et kulturelt perspektiv, samtidig som den påpeker at selvmord er et multifaktorielt fenomen: "Currently in the Western world, suicide is a conscious act of self-

induced annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines an issue for which the suicide is perceived as the best solution” (s. 203). Denne definisjonen ligger til grunn for denne oppgaven.

## 4.0 Perspektiver på selvmord og selvmordsatferd

I følge De Leo et al. (2004) er teoretiske perspektiver med på å forklare grunnlaget for atferd. Derfor er det nødvendig med en avklaring av hvordan fenomenet selvmord blir forstått, og hvilke teorier som legges til grunn når det drøftes hvilken betydning recoverytenkningen kan tenkes å ha i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge.

For det første, suicidologien er et multidisiplinært fagfelt. Det vil si at ulike elementer, som for eksempel psykologiske, biologiske, kulturelle, sosiologiske, filosofiske og så videre, i varierende grad er til stede i hvert enkelt selvmord (Shneidman, 1985). Siden fagfeltet er multidisiplinært består det også av mange forståelsesmodeller (Dieserud, 2006). Innenfor rammene av en masteroppgave er det ikke mulig å presentere alle teoretiske perspektiver og forståelsesmodeller som påvirker suicidologien. Derfor presenteres det perspektivet som i dag har størst påvirkning og som er mest dominerende innenfor suicidologien, samt et perspektiv og teorigrunnlag som er hensiktsmessig med tanke på å inkludere et recoveryperspektiv i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Først introduseres kort det biomedisinske perspektivet på selvmord. Deretter vises det til kritiske røster av dette perspektivet, og det drøftes blant annet hvorfor flere ønsker en mer sammensatt forståelse av selvmordsatferd og følgelig også selvmordsforebygging. Det er også i samsvar med recoverytenkningens fokus på å se hele mennesket i stedet for symptomer og diagnoser (Borg, 2009). I lys av dette begrunnes og presenteres teorigrunnlagene, disse representerer forståelsen av selvmord som ligger til grunn for oppgaven.

### 4.1 Det biomedisinske perspektivets innflytelse på suicidologien

Bakgrunnen for den biomedisinske forståelsen er at den psykiatriske vitenskapen er inspirert av somatikken, som igjen er bygget på en naturvitenskapelig tradisjon. Den naturvitenskapelige tradisjonen ønsker å forklare, og gjennom ytre observasjoner se etter lovmessigheter og årsakssammenhenger. Det er et fokus på syke organer, celler og symptomer (Norvoll, 2013a). En biomedisinsk forståelse av selvmord har vært til stede siden begynnelsen på 1800-tallet (Pridmore, 2011). Siden psykiatriske lidelser ble betraktet på linje med andre medisinske lidelser, ble det også fra denne tiden utgitt mer vitenskapelig arbeid om selvmord (Retterstøl et al., 2002).

Innenfor suicidologien kan et biomedisinsk perspektiv føre til at selvmord blir forstått som et symptom på psykisk sykdom (Linehan, 2008). Det vil si at selvmord ses på som en konsekvens av biologiske forandringer i hjernen, og at psykiske symptomer er et uttrykk for disse sykelige forandringene (Pouliot & De Leo, 2006). Psykiske lidelser blir sett på som en av de viktigste risikofaktorene for selvmord, og en vanlig oppfatning er at psykiske lidelser er til stede i minst 90 % av selvmordene (Hawton & van Heeringen, 2009). Depresjon er den psykiske lidelsen som oftest blir knyttet til selvmord. Cirka 4 % av deprimerte mennesker tar sitt eget liv (Simon & vonKorff, 1998; Blair-West, Cantor, Mellsop & Eyeson-Annan, 1999; Hawton & van Heeringen, 2009). Isacsson og Rich (2003) hevder sammenhengen mellom depresjon og selvmord har blitt tilstrekkelig bevist. Van Heeringen, Portzky og Audenaert (2004) sier det fremdeles er knyttet spørsmål til hvorfor noen deprimerte (de fleste) velger å ikke ta livet sitt, men mener at dette har sammenheng med biologiske forandringer i hjernen. Det vil si at de forklarer det ut fra et biomedisinsk perspektiv.

Et biomedisinsk perspektiv er opptatt av årsakssammenhenger (Norvoll, 2013a), og i følge Hjelmeland, Hagen og Knizek (2014b) har risikofaktortenkningen utgangspunkt i dette perspektivet. Selvmordsatferd blir dermed sett på som et resultat av ulike risikofaktorer. Risikofaktorene har i stor grad blitt identifisert gjennom epidemiologisk forskning, med fokus på rater, trender og risikofaktorer i ulike grupper (Hjelmeland & Knizek, 2011a). I *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) er risikofaktortenkningen fremtredende, både gjennom fokus på kartlegging av risiko og vurdering av risiko. Der påpekes det at risikovurderinger skal gjøres ut fra kjente risikofaktorer; psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet/rusmiddelmisbruk, tidligere selvmordsforsøk, brudd i relasjon, tap av selvaktelse eller æreskrenkelse og manglende nettverk. Som jeg har beskrevet tidligere blir psykiske lidelser sett på som en av de viktigste risikofaktorene (Hawton & van Heeringen, 2009). Én av konsekvensene ved stort fokus på risikofaktorer og psykiske lidelser spesielt, er at selvmordsforebyggingen i stor grad handler om behandling av symptomer og underliggende sykdommer (Linehan, 2008). Noe som blant annet gjenspeiler seg i de nasjonale retningslinjene. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 5, hvor det gjøres en dokumentanalyse av retningslinjene og handlingsplanen.

Et biomedisinsk perspektiv på selvmord viser seg også gjennom økt fokus på nevrobiologisk forskning (Hjelmeland, 2013). Fordi de fleste med alvorlige psykiske lidelser ikke manifesterer selvmordsatferd indikerer det, i følge van Heeringen og Mann (2014), viktigheten av et medfødt sykdomsanlegg i tillegg til en lidelse. De ønsker derfor å finne

biomarkører som er relatert til sykdomsanlegget, og på den måten gjøre risikovurdering og forebygging enklere. Videre hevder van Heeringen og Mann at klinisk prediksjon av selvmordsrisiko ikke er effektivt, og løsningen for å avdekke risiko for selvmord er derfor genomforskning og avbildning av hjernen.

På tross av at suicidologi er et multidisiplinært fagfelt (Shneidman, 1985), er det sykdomsmodellen som har hatt sterkest innflytelse på vestlig suicidologi (Dieserud, 2006). Og på tross av at noen mener den psykopatologiske forklaringen ikke er tilstrekkelig, er det i følge Maltzberger (2011) og Hjelmeland (2013) psykiatrien, med et biomedisinsk perspektiv, som for tiden har størst påvirkning på suicidologien. I følge Hjelmeland (2013) er det flere grunner til det: det suicidologiske ”språket” har en biologisk dreining, økende interesse for nevrobiologisk forskning (jamfør van Heeringen og Mann (2014) som nevnt over), forskning på genetik for å forstå selvmord, og at depresjon blir sett på som den viktigste risikofaktoren for selvmord. I tillegg har de naturvitenskapelige tradisjonene høy status og legitimitet, og derfor også større makt enn samfunnsvitenskapen.

Diagnostic and Statistical Manual of Psykisk Disorder (DSM) er et internasjonalt diagnosesystem utarbeidet av American Psychiatric Association. Psykiatriens påvirkning på suicidologien viser seg også gjennom at ”ikke-suicidal selvskading” og selvmord er lagt til i den femte utgaven av DSM under ”Conditions for further research”. Fordi det ikke var tilstrekkelig evidens ble disse imidlertid ikke inkludert som diagnoser (American Psychiatric Association, 2013). I følge Hjelmeland (2013) kan dette bli forstått som et forsøk fra den psykiatriske profesjonen på å få enerett på selvmordsforebygging, og det er fare for at dette går på bekostning av andre tilnærminger og perspektiver.

## **4.2 Kritikk av det biomedisinske perspektivet**

Hjelmeland (2013) påpeker at biologisk forskning er viktig, men at det har sine klare begrensninger, og også problematiske konsekvenser. En av konsekvensene er at menneskesynet vårt kan bli mekanistisk. For det andre, siden selvmord er en bevisst og intensjonell handling kan den ikke reduseres til en årsak-virkning-tenkning. Som nevnt er konsekvensene av en årsak-virkning-tenkning fokus på risikofaktorer og risikovurdering. Flere er kritiske til denne tilnærmingen. I tillegg blir det biomedisinske perspektivet kritisert fordi selvmordsatferd i lys av psykiske lidelser vil føre til mindre oppmerksomhet på kontekst

og relasjoner (Hjelmeland et al., 2014a), noe som igjen fører til at vi mister viktige sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske faktorer (Pridmore, 2011).

Først ses det nærmere på bakgrunnen for kritikken av risikofaktorbasert tilnærming, deretter på behovet for en bredere tilnærming til selvmordsforebygging, og til slutt i kritikken av det biomedisinske perspektivet drøftes det hvorfor det settes spørsmålstejn ved evidensbasen knyttet til psykiske lidelser og selvmord.

#### **4.2.1 Risikotenkning og risikovurdering**

Flere er kritiske til en risikofaktorbasert tilnærming i selvmordsforebyggingen (Undrill, 2007; Large, Sharma, Cannon, Ryan & Nielssen, 2011, Hjelmeland et al., 2014b; Gjelsvik, 2014; Large & Ryan, 2014a; Large, Ryan, Walsh, Stein-Parbury & Patfield, 2014). Vurdering av selvmordsrisiko kan definere en gruppe pasienter som statistisk sett har større sannsynlighet enn andre for å ta sitt eget liv, men det betyr ikke at selvmord er en sannsynlig skjebne for disse (Large & Ryan, 2014a). Gjelsvik (2014) hevder at å predikere suicidal atferd er ytterst problematisk fordi man ikke med sikkerhet kan predikere på individnivå hvem som kommer til å ta sitt eget liv. I følge Large og Ryan (2014a) er ”risikofaktorer” som selvmordstanker, depresjon, håpløshet og rusmisbruk viktige historiske element, men de er ikke gode indikatorer for framtidige selvmordsforsøk.

Large et als. (2011) metaanalyse viste at 3 % av pasienter som blir kategorisert med høy risiko kan forventes å ta sitt eget liv etter utskrivelse fra psykiatrisk institusjon, og cirka 60 % av de som tar sitt eget liv etter utskrivelse er sannsynligvis i kategorien ”lav risiko”. I følge Large et al. betyr det at risikovurdering har store begrensninger med tanke på å kategorisere pasienter i forhold til selvmordsrisiko. Dette er i tråd med Undrill (2007) som hevder at verktøyene for å vurdere risiko er for ”sløve”, og at de derfor kan gjøre stor skade både for pasienter, institusjoner og ansatte. Videre hevder Undrill at det er to myter knyttet til risikovurdering, nemlig at det er mer sannsynlig at mennesker i høyrisikogrupper tar sitt eget liv, og at behandling av risikofaktorer påvirker overlevelse. I likhet med Large et al. (2011) sier Undrill (2007) at de fleste selvmord skjer i lavrisikogrupper. Det forklares med at mange flere er i en lavrisikogruppe enn i en høyrisikogruppe. Et stort fokus på risikohåndtering i høyrisikogrupper vil derfor ha liten effekt på selvmordsratene fordi dette ikke påvirker lavrisikogruppen hvor de fleste selvmord skjer (Undrill, *ibid.*). Fordi verktøyene for å vurdere risiko er for dårlige og fordi ”høyrisikogruppen” får mest oppmerksomhet, kan et ensidig

fokus på risikovurdering gjøre stor skade (Undrill, 2007; Large et al., 2011). I likhet med det som er presentert over hevder også Mulder (2011) at psykiske lidelser verken er nødvendig eller tilstrekkelig for å forklare selvmordsatferd, og risikohåndtering bør derfor ikke være hovedfokuset i behandlingen.

En biomedisinsk forståelse av selvmord fører også til at behandlingen rettes mot det som er sykt hos individet, og denne behandlingen skjer helst i helsevesenet (Dieserud, 2006). I tillegg til å hevde at det bør bli slutt på risikokategorisering av pasienter (Large & Ryan, 2014b), er det i følge Large et al. (2014) faktorer assosiert med det å være innlagt i en psykiatrisk avdeling for å få behandling som også kan øke forekomsten av selvmord. Det kalles nosokomiale selvmord. Large et al. (2014) hevder dette bør få store konsekvenser for praksisen knyttet til innleggelser i psykisk helsevern.

#### **4.2.2 Behovet for en bredere tilnærming i selvmordsforebygging**

På 1950-tallet begynte en debatt om psykiatrien som vitenskap. Kritikken gjaldt mangel på beviser av forståelsen av psykiske lidelser som sykdom, samt et ønske om å fremheve psykiske lidelser som sosialt betinget og forstå disse i en større sosial sammenheng (Norvoll, 2013b). Innenfor suicidologien hevder Hjelmeland et al. (2014a) at selvmordsatferd i lys av psykiske lidelser vil føre til mindre oppmerksomhet på kontekst og relasjoner. *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a) påpeker at å forklare selvmord med psykisk sykdom alene ikke er tilstrekkelig, men at kontekstuelle forhold også må inkluderes i selvmordsforebygging.

I tillegg viser forskning at fokus på psykiske lidelser i selvmordsforebygging ikke er tilstrekkelig. Hendin (1999) hevder at suicidalitet ikke forsvinner selv om depresjonen responderer på behandling. I følge Linehan (2008) er det ikke noen publiserte randomiserte studier som har vist at intervensjoner rettet mot psykiske lidelser har resultert i signifikant reduksjon av selvmordsforsøk eller selvmord. Judd, Jackson, Komiti, Bell og Fraser (2012) fant i sin studie at psykisk sykdom hos suicidale var mindre enn det som generelt rapporteres. De konkluderer derfor med at det er behov for større fokus på blant annet psykososiale faktorer. I tillegg påpeker de at disse funnene utfordrer vektleggingen vår av at psykiske lidelser er en avgjørende faktor for selvmordsatferd. I likhet med van Heeringen et al. (2004), hevder Pouliot og De Leo (2006) at de fleste som er psykisk syke ikke tar livet sitt, mens en stor andel uten psykiatriske diagnoser gjør det. Pouliot og De Leo (ibid.) mener imidlertid det

betyr at den psykopatologiske forklaringen på selvmord ikke er tilstrekkelig. Blant annet vises dette gjennom at selvmord er et universelt fenomen, men at det er store variasjoner i forekomst mellom ulike kulturer, og fra land til land.

I tråd med Shneidman (1985) som hevder at selvmord er et multifaktorielt fenomen, påpeker Linehan (2008) at det ikke kan være en endimensjonal løsning på et komplekst fenomen. Dette krever en bredere tilnærming til selvmordsforebygging og selvmordsforskning. I stedet for et fokus på epidemiologiske risikofaktorer, som har lav spesifisitet og dermed gir høyt antall positive, er det i følge Gjelsvik (2014) behov for ”forskning som identifiserer subjektivt sensitive og klinisk meningsfulle markører utover mer generelle risikofaktorer” (s. 244). Bertolote et al. (2003), Pouliot og De Leo (2006) og Hjelmeland (2013) påpeker også behovet for å se på kulturelle forskjeller knyttet til selvmord. Flere mener det er behov for mer kvalitativ forskning for å lykkes i det selvmordsforebyggende arbeidet (Cutcliffe, 2003; Hjelmeland & Knizek, 2010). På den måten kan vi bedre forstå levde opplevelser og individuelle erfaringer. Recoverytenkningen vil også få store konsekvenser for selvmordsforskningen, det drøftes nærmere i kapittel 8.2.3.

En slik tilnærming, hvor kultur, kontekst og levde opplevelser er essensielt, er også langt på vei i samsvar med recoverytenkningen. Ett eksempel på en slik tilnærming innenfor selvmordsforskning er studien til Michel, Day, Stadler og Valach (2004). De intervjuet mennesker som hadde prøvd å ta sitt eget liv for å se på forholdet mellom bruker og fagfolk. De fant blant annet at en narrativ tilnærming var viktig for å forstå forholdet mellom brukerens livsløp og selvmordsforsøket. I tillegg hadde denne tilnærmingen et terapeutisk potensial fordi historiefortelleren selv fikk gi mening til sine erfaringer. En narrativ tilnærming kan altså være til hjelp for å forstå *meningen* bak selvmordstanker eller selvmordsforsøk, slik Hjelmeland et al. (2014b) etterlyser. Også Jobes (2000) hevder nøkkelen for å kunne hjelpe suicidale er å gå inn i mørket sammen med dem for å forstå de levde opplevelsene og hva som ligger bak selvmordtankene. I følge Jobes (2000) er denne måten å jobbe på et steg bort fra en klassisk medisinsk tilnærming for å vurdere selvmordsrisiko fordi pasientenes egne perspektiver nå blir ”gullstandarden”.

Kritikken av en biomedisinsk tilnærming til selvmord som ensidig og reduksjonistisk, er også langt på vei i samsvar med recoverybevegelsens kritikk av tradisjonell psykiatri. Det vil si et ensidig fokus på sykdom og psykopatologi, og utilstrekkelig fokus på hele mennesket, dets styrker og konteksten det lever i (Roberts & Boardman, 2013). I tillegg er forståelsen av brukernes egne perspektiver som ”gullstandard” helt på linje med recoverytenkningens



kjepphest om at brukeren er ekspert, noe som igjen fører til en endring i maktbalansen (Borg, 2009).

#### **4.2.3 Psykiske lidelser og selvmord - spørsmålstegn ved evidensbasen**

Som nevnt blir psykiske lidelser sett på som en av de viktigste risikofaktorene for selvmord, og da depresjon spesielt (Hawton & van Heeringen, 2009; Isacsson & Rich, 2003).

Hjelmeland, Dieserud, Knizek og Leenaars (2012) setter imidlertid spørsmålstegn ved evidensbasen for "sannheten" om at psykiske lidelser er til stede i minst 90 % av selvmordene. Kunnskapsgrunnlaget rundt denne forståelsen er bygget opp rundt psykologiske autopsistudier (PA-studier) (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawie, 2003). PA-studier er intervjuer med ulike kilder som svarer på spørsmål om avdøde. Slektninger og familie er de viktigste kildene (Hawton et al., 1998). På bakgrunn av disse svarene blir ofte en psykiatrisk diagnose stilt i etterkant av dødsfallet. Metodologiske svakheter gjør at flere er kritiske til reliabiliteten og validiteten til slike studier (Hawton et al., 1998; Pouliot & De Leo, 2006; Pridmore, 2011; Hjelmeland et al., 2012). "Is it really possible to assign psychiatric diagnoses to someone who is dead by interviewing someone else?" (Hjelmeland et al., 2012, s. 607).

Pouliot og De Leo (2006) påpeker fem hovedproblemer i forhold til reliabilitet og validitet av psykologiske autopsistudier; 1) asymmetri i forhold til informantens status og antall. Det vil si at informantene har ulike roller i forhold til avdøde (ektefelle, foreldre, barn, kollega og så videre) og at det ikke er et fast antall informanter i hvert tilfelle, 2) man har ikke kontroll på informantens mentale status under intervjuet, 3) det er ikke lik tid mellom dødsfallet og intervjuet for alle informantene, 4) man har ikke kontroll over intervjuerens ferdigheter og erfaringer, 5) det brukes diagnostiske instrumenter med tvilsomme psykometriske egenskaper. Hawton et al. (1998) påpeker også de metodologiske svakhetene, men hevder at grundig planlegging kan forbedre reliabiliteten og validiteten av denne tilnærmingen. I følge Pouliot og De Leo (2006) er det nødvendig med standardiserte instrumenter og/eller strukturerte intervjuer for å få fram alle nyansene gjennom psykologiske autopsistudier. Hjelmeland et al. (2012) hevder på sin side at det er behov for mindre standardisering og mer tilpasset systematikk slik at vi kan forstå selvmord som mer enn psykiske lidelser. Hovedpoenget til Hjelmeland et al. (2012) er imidlertid at PA-studier ikke er egnet til å gi noen en psykiatrisk diagnose fordi informasjonen om avdøde kommer fra andre, og konsekvensen av det er at:

”PA studies can therefore not serve as an evidence base for the claim that most people who die by suicide are mentally ill” (s. 621).

Med bakgrunn i kritikken av det biomedisinske perspektivet, både i forhold til fokus på psykiske lidelser, risikovurdering og evidensbasen for ”sannheten” om selvmord og psykiske lidelser, er det nå nødvendig å se på andre perspektiver for hvordan selvmord kan forstås. I denne oppgaven velger jeg å bruke Shneidmans teori om ”psykisk smerte” (psychache) (1985) og kommunikasjonsteori slik den beskrives av Qvortrup (1999), Fleischer (2000) og Knizek og Hjelmeland (2007). I det følgende introduseres disse teoriene og begrunnelsen for hvorfor disse er valgt.

### **4.3 Et psykologisk perspektiv på selvmord og selvmordsatferd**

Som nevnt tidligere er suicidologien et multidisiplinært fagfelt, men i følge Shneidman (1985) er psykologien det viktigste perspektivet. I lys av drøftingen rundt det biomedisinske perspektivet på selvmord med stort fokus på psykiske lidelser, og i lys av recoverytenkningen som tar avstand fra psykiatriens fokus på sykdom og diagnoser, er et psykologisk perspektiv for å forstå selvmordsatferd hensiktsmessig. I følge Dieserud (2006) vil en slik tilnærming ikke være opptatt av diagnoser, men ”psykologiske variabler som kan knyttes til selvmordsproblematikken per se” (s. 27), i tillegg til å se på suicidalitet i samspill med omgivelsene. På den måten går jeg altså bort fra en reduksjonistisk tilnærming til suicidalitet, som i følge Hjelmeland og Knizek (2011a) fører til at vi forklarer atferd i stedet for å forstå.

Psykologiske teorier om selvmord er preget av et samfunnsvitenskapelig perspektiv.

Retningen er langt på vei inspirert av Emile Durkheim (Rudd, Trotter & Williams, 2009).

Durkheim (1960, oversatt av Roll, 2001) forkastet gamle teorier om ikke-sosiale årsaker for selvmord, for eksempel psykopatologi og alkoholisme. Bakgrunnen for det var at fordelingen av disse årsakene, geografisk og mellom ulike sosiale grupper, ikke sammenfalt med fordelingen av selvmord. For eksempel viste Durkheim til at selvmordsstatistikken varierer fra land til land, og selv om statistikken eksempelvis øker i alle land er forskjellen mellom landene likevel den samme. Durkheim mener det kommer av sosiale årsaker og at selvmord derfor er et kollektivt fenomen. Rudd et al. (2009) presenterer sju psykologiske teorier. Blant annet Shneidmans teori om psykisk smerte. Det er ikke i oppgavens anliggende å beskrive de andre teoriene, men det er verdt å nevne at de spenner fra Linehans teori om mangelfull regulering av følelser, via Becks kognitive teori (vår fortolkning og oppfatning er viktig for å

forstå emosjonell påvirkning og atferdsrespons, inkludert suicidalitet) til Joiners interpersonlige-psykologiske teori.

#### **4.3.1 Shneidmans teori om "psycache"**

Jeg har valgt å bruke Shneidmans (1985; 1993) teori om "psycache", psykisk smerte, av tre grunner. For det første fordi jeg legger til grunn at selvmord og selvmordsatferd er komplekse fenomener som ikke bare handler om psykiske lidelser, men som er unike for hvert enkelt individ. Ut fra det argumentet kunne også andre teorier vært hensiktsmessige, både sosiologiske og psykologiske, men samtidig som Shneidman tar avstand fra en ren biomedisinsk tilnærming er han også opptatt av at suicidologien er et multidisiplinært fagfelt (Shneidman, 1998; 2001) For det andre blir Shneidmans teori også brukt i andre teorier og den har empirisk støtte (Rudd et al., 2009). For det tredje, Shneidman (1998) hevder at sammenstillingen av det som fører til at selvmord blir en løsning varierer fra person til person, og at man derfor må adressere de psykologiske behovene individuelt. Det er langt på vei i samsvar med recoverytenkningens fokus på at bedringsprosessene er unike for hver enkelt person (Anthony, 1993), i tillegg til at recoverybevegelsen ønsker et skifte bort fra fokus på diagnoser og standardiserte behandlingsformer (Borg, 2009; Roberts & Boardman, 2013).

Selv om alle selvmord er særegne har de i følge Shneidman (1985) viktige psykologiske fellestrekk/karakteristikker. På bakgrunn av spørsmålet "What are the interesting, relevant common dimensions of committed suicide?" (Shneidman, 1985, s. 121), utviklet Shneidman ti karakteristikker: Psykisk smerte, utilfredsstilte psykologiske behov, å søke en løsning, opphør av bevissthet, håpløshet-hjelpesløshet, ambivalens, innsnevring, kommunikasjon av intensjon, flukt og mestringsmønstre. Disse er så gruppert under seks ulike aspekter av selvmord: situasjonsmessige, viljemessige, følelser, kognitive, relasjonelle og livsløp. Karakteristikkene forteller oss hva selvmord er på innsiden, og hva som gjør handlingen fornuftig for det mennesket som gjør det når det gjør det. Samtidig påpeker Shneidman (ibid.) at hvert selvmord er særegent, og at det ikke er noen universelle eller absolutte sannheter.

I følge Shneidman (1985) er det to vanlige karakteristikker ved selvmord som primært kan ses på som situasjonsmessige - stressoren utilfredsstilte psykologiske behov og stimulusen psykisk smerte. Psykisk smerte handler om den psykologiske smerten, smerten ved å føle smerte. Dette er det essensielle ved selvmordshandlinger. Smerten kan ha ulike hverdagslige navn som for eksempel ensomhet, fortvilelse, frykt, depresjon og så videre. Videre hevder

Shneidman (ibid.) at det er mye psykisk smerte i verden som ikke fører til selvmord, men at det ikke er et selvmord uten en uutholdelig psykisk smerte.

Psychache refers to the hurt, anguish, soreness, aching, psychological *pain* in the psyche, the mind. It is intrinsically psychological – the pain of excessively felt shame, or guilt, or humiliation, or loneliness, or fear, or angst, or dread of growing old or of dying badly, or whatever. When it occurs, its reality is introspectively undeniable. Suicide occurs when the psychache is deemed by that person to be unbearable (Shneidman, 1993, s. 145).

Psykisk smerte er knyttet til psykologiske behov, og det meste vi mennesker gjør handler om å tilfredsstille disse behovene. De psykologiske behovene kan blant annet beskrives med begrepene kjærlighetsproblemer, mangel på kontroll, angrep på selvbildet og ødelagte nære forhold. Begrepene involverer behov for oppnåelse, tilknytning, autonomi, motstand, orden og hjelp (Shneidman, 2001).

Selvmordsforebygging vil derfor primært, i følge Shneidman (1985; 1993), handle om å redusere grad av lidelse. Ofte er det ikke så mye som skal til før man velger livet framfor døden. I tillegg til at smerten kan lindres, hevder Shneidman (2001) at smerten også kan redefineres, spesielt nøkkelordene *ulidelig* og *uutholdelig*. For å gjøre det er det nødvendig å adressere det fenomenologiske problemet med den psykiske smerten som driver noen til selvmord. I følge Shneidman (ibid.) skjer ikke det gjennom å høre familiehistorien, ta en spinalprøve, demografisk bokføring eller en psykoanalytisk time, men gjennom å spørre ”Hvor har du vondt?” og ”Hvordan kan jeg hjelpe deg?”.

#### **4.4 Teorier om selvmord og selvmordsatferd som kommunikasjon**

Hjelmeland et al. (2014b) etterlyser vekt på intensjonale/teleologiske forklaringer fordi: ”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” (s. 1222). I følge recoverytenkningen kan bedring forstås som en sosial prosess hvor kontekstuelle og relasjonelle forhold er avgjørende (Borg, 2009; Topor et al., 2009), og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a) påpeker at selvmordsforebygging også bør inkludere kontekstuelle forhold. I tillegg til til Shneidmans (1985) teori om psykisk smerte har jeg derfor også valgt å

bruke kommunikasjonsteorien, slik det er beskrevet av Qvortrup (1999), Fleischer (2000) og Knizek & Hjelmeland (2007), for å kunne forstå meningen bak selvmordsatferd. I et recoveryperspektiv kan en slik tilnæringsmåte bidra til endring i maktbalansen mellom bruker og behandler (Borg & Kristiansen, 2004) og følgelig blir brukeren eksperten fordi det er det den enkelte kommuniserer, altså *meningen* som ligger bak atferden, som er essensielt. I følge Fleischer (2000) har kommunikasjonsteorier for å forstå selvmordsatferd blitt drøftet gjennom tidene, men ofte mer implisitt. Hun trekker fram tre eksempler: Stengel (1958) ser på selvmordsatferd som appell, Sifneos (1960) som manipulasjon, og Shneidman og Faberrow (1961) som et rop om hjelp.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i Qvortrup (1999), Fleischer (2000) og Knizek og Hjelmeland (2007). Fleischer (2000) presenterer ”Den kommunikative/kognitive modell”, mens Knizek og Hjelmeland (2007) presenterer, på bakgrunn av forståelsen av selvmordsatferd som kommunikasjon og gjennom å kombinere ulike skandinaviske modeller, en funksjonell modell for selvmordsatferd som kommunikasjon (MoSBaC). På grunn av oppgavens hensikt og begrensninger i omfang, utdypes ikke denne modellen. Knizek og Hjelmelands (2007) tanker bak modellen brukes som et supplement når det gjøres rede for teorien om selvmordsatferd som kommunikasjon.

Innledningsvis ble begrensningene ved en biomedisinsk, og dermed også risikofaktorbasert, tilnærming til selvmord og selvmordsforebygging belyst. Kommunikasjonsteorien bygger på sosiologien, den tar avstand både fra kausalitetsforklaringer og forståelsen av at selvmordsatferd kommer av individuelle medfødte eller ervervete feil/mangler (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000). Disse begrensningene er også noe av bakgrunnen for at Knizek og Hjelmeland (2007) argumenterer for å forstå selvmordsatferd som en kommunikasjonshandling, der det kontekstuelle og relasjonelle er sentrale tema. Kommunikasjonsteori er derfor viktig for å forstå *meningen* bak handlingene, for deretter å kunne tilby adekvat hjelp. Knizek og Hjelmeland (2007) påpeker at teorien er komplementær til og står ikke i motsetning til andre tilnærminger.

I følge Fleischer (2000) kan selvmordshandlinger ses på som en erstatning for, eller et supplement til, verbale ytringer: ”Selvmordshandlinger kan derfor også betraktes som ytringer, som almindelige mennesker i ekstreme situationer kan anvende, når de verbale ytringer oppleves som utilstrækkelige eller uhensiktsmæssige” (s. 9). Ved å se på selvmordsatferd som en talehandling, altså kommunikasjon, vil det følgelig også knyttes

mening til handlingen. Bakgrunnen for denne forståelsen kommer fra sosiologien, i denne sammenhengen vil det si at selvmord blir forstått som en sosialt betinget atferdsform. Denne forståelsen tar avstand fra det naturvitenskapelige perspektivet og kausalitetstenkningen. Selvmord som handling er derfor ikke framkalt av sosiale omstendigheter, men er et svar på sosiale, biologiske og psykologiske forandringer (Qvortrup, 1999).

Videre sier Qvortrup (1999) at selvmord og selvmordsforsøk forstås som handlinger som tillegges mening både av den som utfører den og de som blir berørt av den. Når handlingene får mening betyr de noe for samfunnet: "Alt har – eller tillægges – betydning, og det, der ikke har eller kan tillægges betydning, eksisterer ikke for mig i samfundsmæssig forstand" (s. 19). I følge Qvortrup er mennesket avhengig av omverden i den forstand at vår egen utvikling og eksistens skjer gjennom at vi speiler oss i omverden. Denne måten å speile seg på kalles kommunikasjon. Ut fra dette perspektivet kan selvmordshandlinger være to radikale former for kommunikasjon: 1) selvet destruerer seg selv ved å avbryte forholdet til omverden, og 2) selvet avbryter forholdet til omverden ved å destruere seg selv. Disse to kommunikasjonsformene omtales som talehandlinger. I følge Fleischer (2000) er talehandlinger kommunikasjon gjennom ulike former for ytring. En selvmordshandling er en ytring, og dermed en talehandling. I den første talehandlingen taler selvet til seg selv gjennom omverden, og omverden føler seg maktesløst talt gjennom. I den andre talehandlingen taler selvet til sin omverden gjennom seg selv, og følgelig føler omverden seg talt til på en definitiv måte. På tross av denne forståelsen uttrykker selvmord mange forskjellige sosiale betydninger, men enhver sosial handling, også selvmord, inneholder en ytring fordi det ikke er mulig å ikke-kommunisere. Det er ikke mulig å ikke-kommunisere fordi alt vi gjør som noen andre kan se, høre eller erfare tillegges betydning.

Selvmordshandlinger kommuniserer, det vil si at handlingene sier noe, derfor kan de være med på å endre den sosiale virkeligheten (Qvortrup, 1999). Videre hevder Qvortrup at et fullført selvmord er en perlokusjonær ytring. Det vil si at man oppnår noe med handlingen som mottakeren ikke kan beskytte seg mot - mottakeren har ikke mulighet til å besvare ytringen. Selvmord blir dermed en definitiv måte å få siste ordet på. Det indirekte utsagnet av selvmordshandlingen, som kommunikasjon om kommunikasjonen, er at kommunikasjon ikke var en mulighet lenger.

## 4.5 Hvorfor forståelsen av selvmord som legges til grunn er hensiktsmessig

På den ene siden har jeg argumentert for at selvmord ikke bare kan forstås i lys av psykiske lidelser, og på den andre siden skal jeg i denne oppgaven drøfte selvmord og selvmordsforebygging i lys av en tenkning som har sitt utspring fra brukerbevegelsen av mennesker med psykiske lidelser. Det kan virke noe motstridende. Borg (2009) påpeker at det ikke er ønskelig at kunnskap om recovery skal være et særegent felt som primært er knyttet til alvorlig psykisk lidelse. Derfor kan det være inspirerende og viktig for forskning og praksis hvis recovery også kan relateres til andre kunnskapsområder. Når recoverytenkningen skal relateres til selvmordsforebyggingen, er det to grunner til at jeg vil argumentere for at forståelsen av selvmord som legges til grunn for denne oppgaven er hensiktsmessig.

For det første, recoverytenkningen er basert på et ønske og en visjon om å se mennesket for mer enn sine psykiske lidelser (Deegan, 1996; Anthony, 2003). Det betyr at selv om psykiske lidelser er til stede, som også kan være tilfelle hos noen suicidale, må bedring og forebygging ses i et større perspektiv – det handler om mer enn en lidelse. Teorigrunnlaget for oppgaven representerer både individuelle, relasjonelle og kontekstuelle perspektiver på selvmord. Det vil si at teorigrunnlaget favner flere sider ved selvmordstematikken.

For det andre har Kolstads (2004) betraktninger vært til hjelp for min del. I følge Kolstad (ibid.) har betegnelsen ”psykiatrisk helsetjeneste” blitt endret til ”psykisk helsearbeid”:

”Navneendringen illustrerte at helsetjenesten ikke lenger skulle knyttes til den medisinske spesialiteten ”Psykiatri”, men omfatte alt ”arbeid” for å bedre folks psykiske helse” (Kolstad, 2004, s. 13). Altså, psykisk helsearbeid handler ikke bare om psykiske lidelser forstått ut fra et biomedisinsk/naturvitenskapelig perspektiv med fokus på genetiske feil og diagnoser, men også om subjektive erfaringer, det som skjer mellom mennesker og sosiale betingelser (Kolstad, 2004). Dette er også i tråd med teorigrunnlaget for oppgaven. I likhet med ønsket om en bredere og mer kompleks forståelse av fenomenet selvmord, er nettopp recoverytenkningens kjepphest et ønske om perspektivendring med tanke på hvordan psykiske lidelser forstås og følgelig hvordan mennesker blir hjulpet (Borg, 2009). Selvmord og selvmordsatferd forstås altså ikke som psykiske lidelser, men som utfordringer som i aller høyeste grad handler om psykisk helse. Disse utfordringene berører individuelle, så vel som relasjonelle og kontekstuelle forhold. Derfor er forståelsen og teorigrunnlaget som legges til grunn for oppgaven hensiktsmessig når problemstillingen drøftes nærmere i kapittel 7.





## 5.0 Dokumentanalyse av retningslinjene og handlingsplanen

Før jeg går videre og drøfter hvilken betydning recoverytenkningen kan ha i selvmordsforebyggende arbeid i Norge, er det nærliggende å se nærmere både på *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a). Innledningsvis sa jeg at recoverybegrepet ikke er nevnt eksplisitt i noen av disse. Jeg vil likevel argumentere for at en recoverytenkning implisitt er til stede flere steder i handlingsplanen. Selv om noen få av retningslinjenes uttalelser kan sies å være recoveryorienterte, er de i all hovedsak påvirket av et biomedisinsk perspektiv og står i større grad i kontrast til recoverytenkningen.

### 5.1 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern

Et viktig helsepolitisk mål har vært å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i psykisk helsevern, samt sikre forsvarlig behandling. De nasjonale retningslinjene er utgitt som følge av et behov for retningslinjer som spesifikt er rettet mot psykisk helsevern. Retningslinjene skal bidra til å redusere antall selvmord og alvorlige selvmordsforsøk gjennom å sikre et faglig forsvarlig tilbud. I tillegg skal retningslinjene bidra til å ”Bedre helsetjenesten for pasienter med selvmordsproblematikk ved å bidra til at det gis et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud...” (s. 8).

#### 5.1.1 Innholdet i retningslinjene

Retningslinjene inneholder anbefalinger og rettslige krav. Anbefalingene er klassifisert i forhold til det underliggende kunnskapsgrunnlaget: *Sterk* (basert på meget god dokumentasjon), *moderat* (basert på minst en god studie) og *svak* (manglende dokumentasjon, men enighet om nytteverdien).

Anbefalinger og rettslige krav presenteres under sju hovedområder: Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behandling, forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern,

forebygging av selvmord etter utskrivning fra døgnenheter i psykisk helsevern, kronisk suicidalitet, ivaretagelse av pårørende og etterlatte, og rapportering og oppfølging etter selvmord og alvorlige selvmordsforsøk. I tillegg inneholder retningslinjene beskrivelse av det rettslige grunnlaget for helsehjelpen, en kunnskapsoppsummering og forslag til prosedyrer.

### **5.1.2 Retningslinjene og recoverytenkningen**

I all hovedsak hevder jeg at retningslinjene står i motsetning til recoverytenkningen. Nedenfor presenteres tre grunner til dette.

Ett av målene i retningslinjene er å bedre helsetjenestene ved gi et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud. Målet om et standardisert behandlingstilbud står i skarp kontrast til recoverytenkningens visjon om individuelle og unike prosesser (Anthony, 2003). Betydningen av den individuelle prosessen kommer jeg tilbake til i kapittel 7.3. I tillegg refererer ikke recoverytenkningen til spesifikk behandling, intervensjon eller støtte (Borg, 2009).

Retningslinjene er ment å være styrende for valg som tas, og ved å følge disse vil man ”medvirke til at kravet om forsvarlighet i lovverket oppfylles” (s. 10). Innenfor recovery og aspekter knyttet til risiko, blir blant annet krav om forsvarlighet nevnt som potensielt hinder for recovery. Med det menes at fagfolk bevisst eller ubevisst ikke legger til rette for aspekter som fremmer recovery, for eksempel selvbestemmelse og positiv risikotaking, på grunn av frykt for etterspill hvis noe skulle gå galt (Boardman & Roberts, 2014).

Videre er retningslinjene opptatt av kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Kartlegging innebærer å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om selvmordstanker, selvmordsplaner og selvmordsforsøk. Hvis kartleggingen gir grunn til mistanke om selvmordsrisiko, skal det følges opp med nærmere vurdering og behandling. Vurdering av selvmordsrisiko omfatter både person, situasjon og tidsperiode. Som jeg skrev i kapittel 4.2.1, er flere kritiske til ensidig fokus på risikovurdering og mener det kan ha uheldige konsekvenser. Innenfor recoverytenkningen er verken suicidalitet generelt, eller risikovurdering knyttet til selvmordstanker og selvmordsadferd spesielt, nevnt. Men med utgangspunkt i at recoverytenkningen er opptatt av brukernes styrker, ressurser og individuelle livshistorier (Borg, 2009), kan standardisert kartlegging og vurdering av risiko forstås som en motsetning til recoverytenkningen.

Med tanke på behandling nevner retningslinjene psykisk smerte, men knytter dette opp mot psykiske lidelser. Retningslinjene påpeker at behandling av psykiske lidelser har en vesentlig plass i selvmordsforebyggende arbeid. Men som jeg nevnte i kapittel 4.2.2 kan det ikke være en endimensjonal løsning på et komplekst problem (Linehan, 2008). Pasientens egne perspektiver må være ”gullstandarden” (Jobes, 2000). Retningslinjene påpeker at behandlingen også må ta utgangspunkt i brukerens egen vurdering av situasjonen og behovet for hjelp, og at det er viktig med sosial støtte både gjennom en god relasjon til behandleren og andre i det sosiale nettverket. Selv om dette ikke er utdypet videre i retningslinjene, kan disse utsagnene implisitt forstås som et recoveryperspektiv. Om ikke annet kan recoverytenkningen bidra til å klargjøre og konkretisere disse målsetningene.

## **5.2 Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017**

Handlingsplanen er et hjelpemiddel for å gjennomføre og videreutvikle innsatsen på det selvmordsforebyggende området. Det overordnede målet er å redusere omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen. Planen presenterer 29 nye tiltak, i tillegg til at den er ment til å videreføre og videreutvikle pågående arbeid. Tiltakene spenner fra å være universelle, det vil si at de retter seg mot hele befolkningen, til selektive tiltak rettet mot sårbare og utsatte grupper, samt indikative tiltak som rettes mot enkeltpersoner med selvmordsatferd og selvskading.

### **5.2.1 Innhold**

Handlingsplanen består av to deler. Del en tar for seg status og utfordringsbilde, og beskriver problemets omfang, samt risiko- og beskyttelsesfaktorer. Del to tar for seg pågående arbeid og tiltak i planperioden 2014-2017, og er delt inn i fem delmål. Disse er: 1) God psykisk helse og mestring i befolkningen, 2) Redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper, 3) God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, 4) Et kunnskapsbasert tjenesteapparat, og 5) Kunnskapsbaserte strategier. 29 tiltak er beskrevet for å nå disse delmålene. Tiltakene ramses ikke opp her, men tiltakene som implisitt kan sies å ha et recoveryperspektiv, trekkes frem.

## 5.2.2 Handlingsplanen og recoverytenkningen

Handlingsplanen nevner heller ikke recovery eksplisitt, men implisitt kan det argumenteres for at perspektivet er til stede flere steder. Det viser seg både gjennom utsagn, og gjennom tiltak.

Selv om handlingsplanen sier at psykiske lidelser er blant de sterkeste risikofaktorene for selvmord, påpeker den også at denne forklaringen alene ikke er tilstrekkelig, man må i tillegg se på kontekstuelle forhold, samt individet og livshendelser. Recoverytenkningen er opptatt både av individets unike og personlige prosess (Anthony, 1993), og av den sosiale prosessen som inkluderer mellommenneskelige forhold (Mezzina et al., 2006; Borg, 2009).

Som nevnt innledningsvis påpeker Borg (2009) at recovery skjer nettopp i hverdagslivet. Blant annet sier handlingsplanen om seg selv at den "... har et særlig fokus på tidlig intervensjon og forebygging på arenaer hvor barn, unge, voksne og eldre lever sine liv" (s. 6). Tiltak to "Styrke helsetjenesten i den videregående skolen" og tiltak 12 "Støtte til å utvikle aktiviteter og tiltak for å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning blant eldre", er tiltak som rettes mot hverdagslivet.

Delmål en i handlingsplanen er "God psykisk helse og mestring i befolkning". Tiltak fem for å nå dette delmålet, er å implementere veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) i tjenesteapparatet. Som nevnt innledningsvis blir recovery eksplisitt nevnt i denne veilederen.

Delmål fem i handlingsplanen er "Kunnskapsbaserte strategier". Der påpekes det at dagens kunnskapsgrunnlag om selvmordsatferd og selvskading er mangelfull. Tiltak 27 ønsker å integrere bruker- og erfaringskompetanse i kunnskapsgrunnlaget: "Helsedirektoratet vil arbeide for at brukererfaringer og erfaringskompetanse inngår i forskning om forebygging av selvmord og selvskading" (s. 40). Selv om tiltaket ikke er utdypet med tanke på hvordan dette skal omsettes i praksis, er det fra et recoveryperspektiv et spesielt viktig tiltak. Som beskrevet i kapittel 2 er recoverytenkningen grunnlagt på brukernes erfaringer og livshistorier, og dermed også deres kunnskap om bedring. Recoveryforskningen inkluderer longitudinelle studier, kvalitative studier og beretninger fra mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Farkas, 2007). Historisk sett har brukernes kunnskap og erfaring hatt liten legitimitet, Ørstavik (2008) hevder at dette blant annet skyldes institusjonshegemoniet. Det vil si at makten ligger i institusjon psykiatrien, og brukernes vurdering er nederst på rangstigen. I

følge Borg et al. (2011) framelskes et ”smalt evidensbegrep og behandlingsmanualer som ikke nødvendigvis fremmer brukerdeltakelse og autonome roller i hjelpeapparatet” (s. 291). Hvis brukernes kunnskap skal bli synlig og integreres i kunnskapsgrunnlaget i suicidologien, må det skje en endring i selvmordsforskningen. Vi kan ikke bare forklare selvmordsatferd gjennom kvantitativ forskning, det må også utvikles kvalitative forskningsdesign slik at vi i større grad kan forstå hva som ligger bak selvmordsatferden (Hjelmeland & Knizek, 2011a). For å forstå hva som ligger bak selvmordsatferd, og hva som har vært til hjelp for mennesker som har vært suicidale, må vi nødvendigvis høre deres livshistorier (Orbach, 2011). I kapittel 8.2.3 beskriver jeg begrensninger og utfordringer ved selvmordsforskningen slik den er i dag, og jeg ser også på hvilke konsekvenser recoverytenkningen eventuelt vil få for selvmordsforskningen. I denne sammenhengen er hensikten å påpeke at et ønske om å integrere bruker- og erfaringskompetanse i kunnskapsgrunnlaget implisitt kan forstås som et recoveryperspektiv.

Et kort innblikk i retningslinjene og handlingsplanen viser altså at recoveryperspektivet implisitt kan sies å være til stede. Det gjelder spesielt handlingsplanen som påpeker både behovet for å møte mennesker i deres hverdagsliv, inkludere kontekstuelle forhold og integrere bruker- og erfaringskompetanse i kunnskapsgrunnlaget. Retningslinjene påpeker som nevnt at behandling bør ta utgangspunkt i brukernes egen vurdering av situasjonen og behovet for hjelp, men betydningen av dette eller hvordan det skjer i praksis, spesifiseres ikke nærmere. Dermed kan det forstås i et recoveryperspektiv.

Dette kan kanskje oppleves som en i overkant fri tolkning av handlingsplanen, og av retningslinjene. Samtidig har handlingsplanen fått kritikk, blant annet fordi tiltakene framstår som generelle, og fordi de innledningsvise ”lovnadene” om mindre fokus på psykiske tilstander og større fokus på kontekstuelle forhold ikke blir fulgt opp i tiltakene (Tessand, 2014). Siden tiltakene framstår som generelle gir dette rom for fortolkninger, og ved å foreslå at noen av tiltakene kan forstås i et recoveryperspektiv, kan det være en hjelp til å spesifisere, konkretisere og omsette tiltak i praksis.



## 6.0 Oppsummering så langt

Så langt er bakgrunnen for recoverytenkningen presentert, og begrepet og betydningen innen psykisk helsearbeid er introdusert. Videre er den biomedisinske forståelsen av selvmord og begrensninger ved denne drøftet. I lys av recoverytenkingen og begrensningene ved en biomedisinsk forståelse, er forståelsen av selvmordsatferd og selvmord som psykisk smerte og som kommunikasjon kort presentert. Sammen med dette er det begrunnet hvorfor disse tilnærmingene er hensiktsmessig i denne oppgaven. Deretter er *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading* analysert, og det er drøftet hvordan recoveryperspektivet implisitt kan sies å være til stede. Dette gjelder spesielt for handlingsplanen. Recoveryperspektivet er implisitt til stede i retningslinjene med tanke på at de sier at behandling må ta utgangspunkt i brukernes egne vurderinger, og at sosiale relasjoner er viktig. Bortsett fra disse to relativt korte bemerkningene kan retningslinjene heller sies å stå i kontrast/motsetning til recoverytenkningen, spesielt med tanke på dens fokus på standardisert kartlegging og vurdering av risiko.

Med dette utgangspunktet går jeg videre til hoveddelen av oppgaven. For å kunne svare på hvilken betydning recoverytenkningen kan ha i selvmordsforebyggende arbeid, drøftes ulike aspekter knyttet til recoverytenkningen i kapittel 7. Aspektene som drøftes er betydningen av håp, prosess eller utfall i selvmordsforebyggende sammenheng, en individuell og en sosial prosess, endring i maktbalansen – brukeren er eksperten, og risikoaspektet. Gjennom kapittel 7 ser jeg også på hvordan disse aspektene utfordrer det bestående (spesielt retningslinjene) innen selvmordsforebyggingen. I kapittel 8 ser jeg på implementering av recovery, både erfaringer fra andre steder, og hvordan det eksplisitt kan tas inn i selvmordsforebyggingen.

Innledningsvis i kapittel 1.3.1 står det at de fleste artiklene om recovery som oppgaven bygger på tar utgangspunkt i litteraturen som omhandler mennesker med psykiske lidelser. Derfor blir benevnelsen ”psykiske lidelser” brukt relativt ofte i drøftingen, og av den grunn kan det noen steder virke som at suicidalitet også blir forstått som en psykisk lidelse. Nok en gang ønsker jeg å klargjøre at suicidalitet *ikke* blir forstått som en psykisk lidelse, men som atferd (Shneidman, 1985; Michel, 2011).





## **7.0 Recoverytenkningens betydning i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge**

I kapittel 2.4 ble det presentert flere sentrale aspekter innenfor recoverytenkningen, men det ble også påpekt at det ikke er enighet om én liste med sentrale aspekter (Davidson et al., 2005). Le Boutillier et al. (2011) påpeker at begrepsrammeverk blir brukt for å bedre forståelsen av recovery, men at det ikke finnes en definitiv guide. I denne oppgaven drøftes recoveryaspektene håp, prosess og/eller utfall, individuell og sosial prosess, endring i maktbalansen - brukeren er eksperten og risiko. Aspektene brukes i et forsøk på å begynne å klargjøre hvilken betydning recoverytenkningen kan ha innenfor det selvmordsforebyggende fagfeltet, jamfør Borg og Karlsson (2011) som etterlyser klargjøringer, men er ingen uttømmende eller definitiv liste. Et annet viktig poeng som må understrekes er at det heller ikke er fagfolk som definerer hva recovery er, men brukerne selv (Roe, Rudnick & Gill, 2007; Bonney & Stickle, 2008). Derfor kan denne oppgaven bare forstås som en start, eventuelt en døråpner, for å begynne å tenke og jobbe mer eksplisitt med recoveryperspektivet i selvmordsforebygging.

### **7.1 Betydningen av håp**

Recoverytenkningen er bygget på håpet om og troen på at mennesker med utfordringer knyttet til psykisk helse kan bli bedre, noe som er en annerledes vinkling enn det den medisinske sykdomsmodellen presenterer (Ochocka, Nelson & Janzen, 2005). Håp er derfor et essensielt aspekt i recoverytenkningen (Heller, 2014).

Jacobson og Curtis (2000) beskriver håp som den følelsesmessige essensen i recovery :”... a promise that things can and do change, that today is not the way it will always be” (s. 335). Håp er drivkraften i recoveryprosessen (Ochocka et al., 2005.; Onken, Craig, Ridgway, Ralph & Cook, 2007). Derfor er det viktig at brukere tidlig blir møtt med håp og optimisme (Roberts & Wolfson, 2004). Håp blant mennesker med psykiske lidelser er ikke annerledes enn hos befolkningen generelt (Ochocka et al., 2005). Håp kan være knyttet til ulike ting. Forventning om bedring i forhold til reduksjon av symptomer, bedre fysiske omgivelser eller emosjonell støtte (Onken et al., 2007). Eller det kan være knyttet til generelt håp for fremtiden, håp om å

nå personlige mål, og viktigheten av å være omgitt av mennesker som formidler håp (Resnick et al., 2005).

I følge Cleary og Dowling (2009) er recovery mindre sannsynlig hvis håpet er fraværende. Deegan (1996) hevder imidlertid at det da er menneskene rundt, det være seg familie, venner eller fagfolk, som må opprettholde og formidle håp. Også Cleary og Dowling (2009) påpeker at håp er essensielt i forholdet mellom brukere og fagfolk, den interpersonlige relasjonen er en kanal for håp. I følge Onken et al. (2007) blir opplevelsen av håp skapt av individer gjennom interaksjon med andre i omgivelsene. Uttalelser fra fagfolk om den kroniske naturen knyttet til lidelsen og eventuelle begrensninger dette kan gi, kan være skadelig for recoveryprosessen. For eksempel hevder Stangeland (2012) at begrepet *kronisk suicidal* er problematisk og gir inntrykk av at tilstanden er livsvarig og uforanderlig: ”Slik svekkes håp om bedring, og en kan overse nyanser av endring innenfor det suicidale symptomuttrykket ... Det er en vedvarende, men ikke permanent tilstand” (s. 49). Også Jacobson og Curtis (2000) påpeker hvor viktig det er at fagfolk formidler håp, men for at det skal være mulig må de selv ha håp. De hevder at tjenester som bare fokuserer på vedlikehold eller unngåelse av tilbakefall ikke er recoveryorienterte. Man må være villig til å støtte brukerne til å nå sine personlige mål. Videre påpeker Jacobson og Curtis at recovery er en langvarig prosess hvor det også vil være tilbakefall, og følgelig når man ikke målsetningene sine på et øyeblikk.

### **7.1.2 Betydningen av håp i selvmordsforebygging**

Shneidman (1991) beskriver håpløshet som den vanlige følelsen i selvmord. I følge blant annet Grewal og Porter (2007) og Heller (2014), er håpløshet identifisert som en signifikant risikofaktor for selvmord. Håpløshet kan være en bedre indikator på selvmordsatferd, selvmordsforestillinger og selvmord, enn depresjon (Grewal & Porter, 2007). I følge Herrestad (2009) betyr ikke nødvendigvis betydningen av håpløshet at håp kan løse problemene. Videre sier Herrestad at det ikke er enighet om hva begrepet *håp* innebærer, og at man sjelden finner begrepet i suicidologisk forskning. I stedet brukes begreper som kan sees som forutsetning for håp, eller konsekvenser av håp, for eksempel *resilience*, *hardiness*, *sense of coherence* og så videre. Grunnen til dette kan være at man ønsker mer spesifikke og målbare begreper. Herrestad påpeker likevel at håp er et viktig begrep i møte med pasienter.

Bruland Vråle (2009) hevder på sin side at håpløshet og håp er motpoler til hverandre, og at arbeidet med å utvikle håp kan bidra i bedringsprosesser og gi livskraft. Videre sier Bruland Vråle at håpet blir påvirket av ønsker og valg fordi valgmuligheter gir frihet og følelse av mestring. I følge Rudd og Brown (2011) kan enkle og forståelige tilnærminger til egen suicidalitet gjøre det lettere å få håp, som igjen kan påvirke motivasjon, forpliktelse og medvillighet i behandling. Brown, Wenzel og Rudd (2009) hevder at håpløshet kan omformes til håp. Fagfolk må hjelpe brukeren til å omstille synet på at livet aldri vil bli bedre. En måte å gjøre det på kan være gjennom et "hope kit". Hope kit, eller verktøykasse for håp (egen oversettelse), er en samling av ting som vil minne pasienten om grunner for å leve når han/hun er i selvmordskrise. Denne verktøykassen kan inneholde bilder, kort, brev, dikt, eller andre ting som er inspirerende for den enkelte. Gjennom å lage verktøykassen kan brukere finne grunner for å leve som de tidligere har oversett. Holm og Severinsson (2011) fant i sin studie at kvinner med personlighetsforstyrrelser og selvmordatferd kan endre atferd når de føler seg bekreftet, trygge og tiltrodd, og at håp virker å være en viktig nøkkel i recoveryprosessen.

Brukere må tidlig bli møtt med håp, og når de ikke er i stand til å håpe selv, må andre formidle håp (Deegan, 1996; Jacobson & Curtis, 2000; Roberts & Wolfson, 2004; Onken et al., 2007; Cleary & Dowling, 2009). Det vil altså si at fagfolk, eller andre i omgivelsene, kan kommunisere gjennom å formidle og modellere håp. Sett fra et kommunikasjonsteoretisk perspektiv, kan formidling av håp være med på å opprettholde kommunikasjonen mellom bruker og fagfolk – i dette tilfellet mellom sucidale og fagfolk. Bakgrunnen for denne påstanden er Qvortrups (1999) betraktninger om at språklige ytringer inngår i konversasjoner. I konversasjoner venter man på å "ta tur", og det er avgjørende å få det siste ordet. Hvis man avbryter et turtakingsforløp avskjærer man motparten slik at den ikke får tatt til gjenmæle. Selvmord blir dermed en definitiv måte å få siste ordet på. Det vil si at mottakeren ikke har mulighet til å ta til gjenmæle, forklare, spørre, eller lede mot en annen konklusjon. Kommunikasjon er ikke lenger mulig. Hvis fagfolk klarer å formidle håp, er det nærliggende å tenke at kommunikasjon fremdeles er mulig fordi man fremdeles kan stille spørsmål og være med på å lede brukeren mot en annen konklusjon. I følge Michel (2011) er formidling av håp nødvendig for å bygge en terapeutisk allianse. Betydningen av den terapeutiske alliansen belyses nærmere i kapittel 7.4.3.

## 7.2 Prosess eller utfall i selvmordsforebyggende sammenheng

Som jeg snart skal se nærmere på kan recovery forstås både som en individuell og en sosial prosess. Da recoverytenkningen ble presentert innledningsvis ble det kommentert at forståelsen av recovery som prosess står i motsetning til medisinenes og fagfolks ønske om utfall. Det vil si at (noen) fagfolk ønsker å ”stemple” pasientene som frisk eller kurert fordi man da kan måle effekt av behandling, mens brukerne selv ikke er så opptatt av utfallet. I denne oppgaven er det aller først nødvendig å se på om recovery som prosess i det hele tatt er hensiktsmessig i selvmordsforebyggende sammenheng. Selvmordsforebygging handler tross alt om at mennesker skal velge livet framfor døden, det vil si at man ønsker et konkret utfall.

### 7.2.1 Hva betyr det at recovery er en prosess

Recovery som prosess handler først og fremst om at mennesker med psykiske lidelser kan ”friskne til” og ha et velfungerende hverdagsliv selv om sykdommen ikke er kurert. Prosessen blir beskrevet som personlig og unik, og den handler om endring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og roller. Videre involverer recovery mer enn bedring fra selve sykdommen, det kan være bedring med tanke på stigma, arbeidsløshet, knuste drømmer og så videre (Anthony, 1993). Både Deegan (1988) og Davidson et al. (2005) beskriver recoveryprosessen som å gjenvinne selvfølelse og mening, og at man selv må være aktiv og ta ansvar for sin egen prosess. Selvbestemmelse er et fundamentalt prinsipp i recovery (Roe et al., 2007). Recovery blir av mange forstått som en livslang prosess hvor man tar steg innenfor ulike områder i livet, og blir beskrevet som blant annet en holdning eller en opplevelse, i stedet for et klinisk utfall (Davidson et al., 2005).

For at recovery som prosess skal bli forstått på sine egne vilkår, ønsker Davidson et al. (2010) å skille klart mellom recovery som prosess og recovery som utfall. Videre hevder de at den ene måten å gjøre dette på er å akseptere at det eneste virkelige utfallet som er varig er vår endelige død. Vi kan altså ikke stole på utfall som for eksempel reduksjon av symptomer fordi det kan komme tilbakefall. Den andre måte å skille prosess og utfall fra hverandre, er aktiv deltakelse i livet innenfor begrensningene sykdommen eventuelt gir. Davidson og Roe (2007) prøver også å klargjøre skillet mellom utfall og prosess. Recovery som utfall beskrives som *recovery fra* alvorlig psykisk lidelse, mens recovery som prosess beskrives som *recovery innenfor* alvorlig psykisk lidelse. Recovery som prosess innebærer da å akseptere at tilstanden

ikke forsvinner, og i tillegg til å behandle sykdommen fokusere på hvordan man kan lære seg å leve med den:

To be "in recovery" from addiction and/or mental illness refers to the process of living one's life, pursuing one's personal hopes and aspirations, with dignity and autonomy, in the face of the on-going presence of an illness and /or vulnerability to relapse (s. 464).

Bak denne tankegangen ligger også forståelsen av at mennesker med psykiske lidelser først og fremst er mennesker, ikke diagnoser (Deegan, 1988). Det vil si at diagnosen ikke definerer deg som person, men at mennesker er komplekse og blir påvirket av blant annet relasjoner, målsetninger, håp og drømmer (Anthony, 2003).

Selv om flere argumenterer for et skarpt skille mellom recovery som prosess og recovery som utfall, er det også noen som mener at disse to begrepene bør forstås som utfyllende til hverandre (Bellack, 2006; Ramon, Healy & Renouf, 2007). I følge Resnick, Fontana, Lehman og Rosenback (2005) kan empiriske målinger basert på recoveryholdninger bli brukt til å måle recovery både som utfall og prosess: "This duality allows for a full examination of the relationship between the recovery orientation and intervention, which we hypothesize is bi-directional" (s. 128). Bellack (2006) påpeker likevel at man må ta høyde for at fagfolk og brukere har ulik oppfatning av hva recovery betyr, og at begge kan være gyldig for ulike formål. Siden recovery er et flerverdig konsept/har mange ulike funksjoner, hevder Pilgrim (2008) at betydningen av mening og praktiske implikasjoner som vektlegges, kan være motstridende. Men de ulike perspektivene blir rettferdiggjort av ulike verdistandpunkt. Altså, hvis vi legger til grunn et verdistandpunkt hvor ønsket er at mennesker skal velge livet framfor døden, kan det rettferdiggjøre større fokus på utfall og dermed være gyldig for et selvmordsforebyggende formål. Videre poengterer Pilgrim (ibid.) at det er et vidt spekter av mennesker som blir diagnostisert med ulike psykiske lidelser, og følgelig vil nyansene av recovery variere. Borg (2009) påpeker at recovery bør knyttes til andre kunnskapsområder enn alvorlige psykiske lidelser, og da kan det tenkes at nyansene vil variere ytterligere. Det kan blant annet være tilfelle når recovery og prosess og/eller utfall, drøftes i en selvmordsforebyggende sammenheng. Pilgrim (2008) hevder også at det vi så langt vet om recovery i stor grad er knyttet til alvorlige psykiske lidelser som psykoser og schizofreni, og at forståelsen av recovery vil variere fra "one form of psychological deviance to another. This potentially introduces further complexity into the field of recovery and its definition" (s. 302).

Når alt dette er sagt er det likevel avgjørende å huske at det ikke er fagfolk, men menneskene som lever med ulike psykiske helseutfordringer, som definerer både sin egen sykdom, sitt eget liv og sin egen recovery (Roe et al., 2007).

### **7.2.2 Suicidalitet – prosess og/eller utfall**

I likhet med mennesker med psykiske lidelser er mennesker som er suicidale også først og fremst er mennesker. Det vil si at de påvirkes av livet rundt, har styrker og ressurser, og må gjenvinne mening og kontroll over sitt eget liv. Likevel er deler av recoveryperspektivets prosesstankegang mer komplisert i et selvmordsforebyggende perspektiv. Hvis recovery i denne sammenhengen bare skal forstås som en prosess, vil det si at mennesker (kanskje) må leve med å være suicidale, og at de må mestre livet og finne en mening på tross av sin suicidalitet. De vil leve i spenningen mellom om de skal velge livet eller ikke. I følge *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (2008), kan selvmordstanker være mer eller mindre konstante/kroniske hos noen få pasienter, så dette kan kanskje gjelde for noen ytterst få. Shneidman (1985) hevder på sin side at man kan forebygge selvmord ved å ta bort litt av det som forårsaker den psykiske smerten. Altså, selv om man fremdeles opplever psykisk smerte er den ikke lenger så intens at selvmord ses på som den eneste løsningen. En slik forståelse og tilnærming betyr langt på vei at selvmord kan forebygges, og at å velge livet er et oppnåelig utfall. Mest sannsynlig er ønsket om utfall i denne sammenhengen ikke basert på fagfolks ønsker om å måle effekt av behandling, men et oppriktig ønske om at mennesker skal velge livet.

På en måte kan recoverybevegelsens ønske om å skille mellom prosess og utfall, forstås som et paradoks. For selv om brukerne ikke ønsker fokus på utfall i sin egen recovery, har recoverytenkningen blant annet sitt utspring fra erfaringer og forskning som viser at mennesker med psykiske lidelser kan friskne til (Anthony, 1993; Davidson & Roe, 2007; Borg, 2009). I en selvmordsforebyggende sammenheng, der det handler om liv eller død, er det derfor ikke urimelig med et større fokus på utfall. Veien fram mot utfallet er imidlertid en prosess der pasient og fagfolk jobber sammen for å nå felles mål (Michel, 2011). Dette kan eksemplifiseres gjennom Jobs (2011) fortelling om en suicidal mann som gikk i terapi hos ham. Etter ti møter var ikke mannen lenger suicidal. Jobs konkluderer da med at "Jim`s suicidal risk could now be considered resolved" (s. 212). I denne sammenhengen kan man si at det var en prosess som førte fram til et utfall – suicidaliteten var ikke lenger til stede. Det

vil si at recoverytenkningens avstand til utfall ikke kan adopteres blindt inn i et selvmordsforebyggende perspektiv. Både fokus på prosess og utfall bør være til stede.

Heller (2014) hevder at recovery for suicidale mennesker kan ha ulik betydning. Det kan være recovery fra en periode hvor man føler seg suicidal, recovery fra et selvmordsforsøk og/ eller recovery fra en underliggende psykisk lidelse som assosieres med suicidaliteten. Bergman, Langely, Links og Lavery (2009) har gjort en kvalitativ studie av unge voksne (18-25 år) med to eller flere selvmordsforsøk bak seg. I studien har de sett på hvordan disse beveger seg bort fra selvmordsrelatert atferd. Et av funnene var nettopp at denne overgangen opplevdes som en prosess. Prosesstankegangen er viktig å ta med seg uansett hvilken betydning recovery har for suicidale mennesker. Veien fram mot utfallet, altså at man velger livet, er en prosess. Både med tanke på å gjenvinne mening og ta ansvar for eget liv, og med tanke på å overvinne stigma, sosial ekskludering og så videre. Overvinnelse av sosiale utfordringer gjelder også i høyeste grad for mennesker med selvmordsatferd. I følge Jobes og Ballard (2011) blir selvmordsatferd sett ned på i vårt samfunn, og suicidale mennesker kan derfor bli sett på med hån og forakt. I recoveryprosessen for suicidale er det derfor helt avgjørende at fagfolk lytter uten å være forhåndsdommende (ibid.). Jeg ser nærmere på stigmatisering knyttet til selvmord og recovery i kapittel 7.3.2.1.

I prosesstankegangen er og det enkelte individet, og dets styrker og ressurser viktig (Davidson & Roe, 2007). I følge Davidson og Roe (2007) er fokuset i kliniske sammenhenger ofte smalt, med fokus på sykdom, underskudd og manglende evner. Frykten er at fokus på utfall i stedet for prosess fører til denne smale tilnærmingen, og dermed ikke tar høyde for individets styrker og ressurser. Også Perkins og Slade (2012) finner fokus på utfall problematisk fordi recovery da plasseres i et tradisjonelt psykiatrisk paradigme. Det er en slik tilnærming vi til en viss grad ser i retningslinjene, både med tanke på fokuset på psykiske lidelser og med tanke på standardisert behandling. Som drøftet i kapittel 4.2.1 og 4.2.2 er et ensidig fokus utilstrekkelig i selvmordsforebyggingen. En prosesstankegang i selvmordsforebyggende sammenheng kan dermed være til hjelp med tanke på individuelle tilnærminger, og fokus på styrker og ressurser. Det er i tråd med Shneidman (1985), som hevder at den psykiske smerten er ulik for hvert enkelt individ. Følgelig er det også behov for selvmordsforebyggende tiltak som favner de individuelle behovene.

Også fra et kommunikasjonsteoretisk perspektiv er prosesstankegangen hensiktsmessig. Som nevnt sier Qvortrup (1999) at språklige ytringer inngår i konversasjoner, og det avgjørende i

en konversasjon er å ”ta tur”. Både selvmordstanker og selvmordsatferd kan derfor ses på som en prosess hvor man kommuniserer en mening, enten til seg selv eller til andre. Et ensidig og forhastet fokus på utfall kan derfor virke mot sin hensikt fordi man ikke registrerer hva den suicidale prøver å kommunisere med sine handlinger. Blant annet hevder Jobes (2000) at fagfolk og brukere kan komme i konflikt med hverandre hvis brukere opplever at selvmordstankene ikke blir anerkjent, eller hvis fagfolk prøver å overbevise om at selvmord ikke er et alternativ. Både Jobes (ibid.) og Orbach (2011) mener det er avgjørende å la suicidale få fortelle om sine tanker og følelser uten å være dømmende. Nøkkelen er å gå inn i mørket sammen med pasienten. En annen grunn til at et ensidig og forhastet fokus på utfall kan være uheldig, er at behandlerens oppmerksomhet i stor grad rettes mot vurderinger og kartlegginger, noe som kan føre til at man ”glemmer” å snakke med pasienten (Straume, 2014). Selv om utfall er essensielt i selvmordsforebygging, er prosessen også nødvendig.

Ut fra det jeg har drøftet ovenfor kan man ikke i en selvmordsforebyggende sammenheng forstå recovery bare som en prosess all den tid prosessen ender med et utfall – liv eller død. Samtidig kan mennesker som er i denne prosessen, eller som har kommet dit at de har valgt livet framfor døden, være i en prosess av å klare å mestre eget liv, finne ny mening, gjenopprette relasjoner, overvinne stigma og så videre. I selvmordsforebygging må man derfor inkludere både prosess og utfall hvis recoverytenkningen skal ha betydning.

Utgangspunktet for den videre drøftingen er da at veien fram mot å velge livet i stedet for døden er en prosess som fører til et utfall, og at livet etter å ha valgt livet også er en prosess. Derfor går jeg nå videre og ser på recovery som en individuell og en sosial prosess, og hvilken betydning det kan ha i det selvmordsforebyggende arbeidet.

### **7.3 En individuell og en sosial prosess**

I følge Shneidmans (1985) teori er den psykiske smerten unik for hvert enkelt individ. Kommunikasjonsteorien påpeker nettopp at vi må forstå hvilken mening hvert enkelt individ tillegger en selvmordshandling og hva de ønsker å oppnå med dette, i tillegg til at sosiale og kontekstuelle forhold vektlegges (Knizek & Hjelmeland, 2007). Kommunikasjonsteorien vektlegger altså både individuelle, relasjonelle og kontekstuelle aspekter ved selvmordshandlinger. I en ekstrem situasjon blir selvmord en måte for individet å kommunisere på, enten til seg selv eller andre, fordi den verbale kommunikasjonen ikke er



tilstrekkelig (Fleischer, 2000). Hva som kommuniseres er individuelt og unikt, men alle kommuniserer, derfor må det være en mottaker. Man kan ikke ikke-kommunisere (Qvortrup, 1999). Ut fra denne forståelsen bør det selvmordsforebyggende arbeidet ha fokus både på individets følelser, tanker og meninger, og på de sosiale og kontekstuelle forholdene. For å si det med recoverybegreper, både individuelle og sosiale prosesser er avgjørende for bedring. I et selvmordsforebyggende perspektiv er begge prosessene nødvendige for at man velger livet framfor døden. La oss først se på hvordan forståelsen av en individuell prosess kan bidra i det selvmordsforebyggende arbeidet.

### **7.3.1 Den individuelle prosessens betydning i selvmordsforebygging**

Bakgrunnen for recovery som en individuell prosess handler om en forståelse av at hvert enkelt menneske er unikt, og at man først og fremst er mennesker, ikke diagnoser eller pasienter (Anthony, 2003). Det får igjen konsekvenser for autonomi, altså mulighet til å bestemme over eget liv, muligheter for risiko og retten til å feile (Le Boutillier et al., 2011). Ut fra denne forståelsen er recovery en personlig og unik prosess. Det handler om endring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og roller, i motsetning til et stempel som frisk eller kurert (Anthony, 1993). Blant annet fant Holm og Severinsson, i sin kvalitative studie av kvinner med personlighetsforstyrrelser og selvmordsatferd, at deres recovery ble mulig når de fikk fortalt andre hvem de egentlig var og når de nektet å bli krenket av andre.

Videre vil ingen prosesser være like eller bli vurdert ut fra samme rettesnor (Jacobson & Curtis, 2000). I følge Shneidman (1985) er den psykiske smerten alltid til stede i et selvmord, men smerten kan ha ulike hverdagslige navn som for eksempel ensomhet, fortvilelse, frykt, depresjon og så videre. Det vil si at selv om den psykiske smerten er til stede hos alle suicidale mennesker, er betydningen unik for hvert enkelt individ. Og fra et kommunikasjonsteoretisk perspektiv er meningen som kommuniseres ved selvmordshandlinger individuell (Fleischer, 2000).

På samme måte som recoverytenkningen forstår hvert enkelt individ som unikt uavhengig av symptomer og diagnoser (Anthony, 2003), fører denne forståelsen til at suicidale mennesker også må forstås som individer utover merkelappene som for eksempel psykisk syk eller kronisk suicidal. Videre hevder Shneidman (1985) at hvert enkelt selvmord er særegent på tross av at de har psykologiske karakteristikk til felles. En recoverybasert tilnærming til

dette perspektivet på selvmord legger til rette for at de individuelle forskjellene kommer til syne, og er med på å tydeliggjøre det særegne bak suicidaliteten. En individuell prosess, slik det beskrives ut fra recoverytenkningen, legger ingen føringer eller rammer som individene skal passe inn i. Bergman et al. (2009) fant blant annet i sin studie at prosessen med å bevege seg fra høyrisiko selvmordsatferd var unik for hvert enkelt individ. For eksempel opplevde informantene at deres vendepunkt hadde en dyp og personlig mening, noe som betyr at endringsprosessene er svært individuelle.

Denne tilnærmingen står i motsetning til retningslinjene, som både har stort fokus på psykisk lidelser i forbindelse med selvmord, og ønsker et standardisert behandlingstilbud innen psykisk helsevern. Handlingsplanen sier på sin side at selvmordsatferd må ses i lys av både individ og livshendelser, men har ingen konkrete tiltak på hvordan dette kan gjøres.

### **7.3.2 Den sosiale prosessens betydning i selvmordsforebygging**

Innenfor recoverytenkningen er brorparten av prosessfokusert rettet mot den individuelle og unike prosessen. Dette blir forstått som ett av de mest fundamentale prinsippene i visjonen/tenkningen (Anthony, 2003). På den andre siden hevder Borg (2009) at en individfokusert tilnærming av recoveryprosesser er problematisk fordi et individualistisk syn på psykiske lidelser og behandling opprettholdes. På samme måte påpeker Fleischer (2000) at en biomedisinsk tilnærming fører til at selvmordsatferd blir sett på noe som ligger *i* individet. Gjennom en kontekstuell forståelse av recoveryprosessen, hevder Borg (2009) at vi også får vektlagt omgivelser, hverdagsliv, og sosiale og materielle vilkår. For å forstå en recoveryprosess kan man ikke utelukke det levde livet. På samme måte som selvmordsatferd er kontekstavhengig (Knizek & Hjelmeland, 2007), er også recovery det. Både tiden og samfunnet vi lever i har betydning (Borg, 2009). Recovery skjer i relasjoner til andre i ulike omgivelser. Relasjonene kan være familie, venner og fagfolk, og de sosiale faktorene kan være hjemmet, penger og yrke (Topor et al., 2009).

Etter deinstitutionaliseringen har de sosiale faktorene blitt enda viktigere med tanke på brukernes posisjon i samfunnet. Recovery blir hjulpet fram av gode materielle forhold. Borg (2009) påpeker særskilt at hverdagslivets tilsynelatende trivialiteter er avgjørende i en recoveryprosess. På samme måte som Borg (2009) hevder at recovery må forstås i lys av det levde livet, og Knizek og Hjelmeland (2007) påpeker at selvmordsatferd er kontekstavhengig,

viser Lyberg Rasmussen, Haavind, Dieserud og Dyregrov et als. (2014) studie at selvmord må analyseres i lys av det levde livet. Lyberg Rasmussen et al. (ibid.) har sett på hva som kan ligge bak selvmord blant unge menn (18-30 år) som tidligere ikke har vært i kontakt med psykisk helsevern. Gjennom narrative intervjuer med flere etterlatte rundt hvert selvmord, fant de at selvmordene kunne ses i sammenheng med relasjonelle forhold, sårbarhet og utfordringer med å bli selvstendig.

I en selvmordsforebyggende sammenheng, forstått fra et kommunikasjonsteoretisk perspektiv, er en individuell tilnærming eller prosess utilstrekkelig. Den individuelle og sosiale prosessen kan ikke forstås hver for seg, de utfyller hverandre. Bakgrunnen for denne påstanden er at sosiale handlinger kommuniserer både til seg selv og til mottaker (Qvortrup, 1999). Altså, handlingenes opprinnelige mening er individavhengig, men handlingen får betydning for flere. Qvortrup bruker et eksempel på å slå ned noen. Hvis du slår ned noen sier du noe om hvem av dere to som er sterkest. I forbindelse med selvmord sier Qvortrup at det å ta sitt eget liv for eksempel kan si at ”jeg følte meg uelsket”. Fordi handlingen kommuniserer til flere enn deg selv kan den få regulativ effekt på omverden. Alt som skjer i en recoveryprosess kan dermed forstås som kommunikasjon, enten til seg selv eller til andre. For eksempel kan det å overvinne en frykt eller ta et nytt steg i recoveryprosessen, si noe om hvilke evner du har eller at det er mulighet for endring og bedring. Du er da med på å endre din sosiale virkelighet fordi du sier noe om deg selv. Det er en sosial prosess. Så selv om prosessen er unik og har ulike meninger for hvert individ, vil de sosiale handlingene man gjør imidlertid kommunisere til flere enn deg selv, jamfør Fleischer (2000) som sier at suicidalitet er noe som ligger *mellom* mennesker.

### **7.3.2.1 Sosiale faktorer i den sosiale prosessen**

Som jeg allerede har nevnt påpeker Borg (2009) at en individuell tilnærming til recovery er utilstrekkelig. Derfor må recovery ses i sammenheng med sosiale og kontekstuelle forhold i hverdagslivet. I følge Perkins og Slade (2012) har recoverytenkningens individfokus vært viktig med tanke på tidligere oppfatninger av at mennesker med psykiske lidelser er passive og hjelpeløse. Likvel forteller individfokuset bare deler av historien. Historiene som har blitt fortalt av mennesker med psykiske lidelser inneholder også faktorer som ligger utenfor en selv. Barrierene for inkludering og borgerskap ligger ikke i individet, men i omgivelsene. Både Mezzina et al. (2006) og Borg (2009) påpeker at sosiale faktorer kan være til hinder og

til hjelp for recovery. Blant annet fant Mezzina et al. (2006) i sin studie at stigma er den største sosiale barrieren for recovery.

Stigmatisering er også et problem i forbindelse med selvmord. Både når det kommer til å avsløre selvmordstanker, men også for etterlatte ved selvmord. Selv om selvmord ikke er like stigmatisert nå, er mange fremdeles redde for å bli sett på som svake, at de mangler tro, at de kommer fra dårlige familier, eller at de er ”gale” (Tadros & Jolley, 2001). Tadros og Jolley hevder derfor at enhver tilnærming til selvmordsforebygging blant annet bør jobbe med å frigjøre individer fra skyld og stigmatisering. Lester og Walker (2006) kommenterer også at det fremdeles er knyttet stigma til selvmordsatferd, og at dette blant annet viser seg ved at det er få støttegrupper for mennesker som har prøvd å ta sitt eget liv. Lester og Walker mener mennesker som har prøvd å ta sitt eget liv er viktige ressurser, og at de derfor bør involveres i opplysning om og forebygging av selvmord. Både ønsket om å redusere stigma, og å inkludere mennesker med levde erfaringer i selvmordsforebyggende arbeid, er i recoverytenkningens ånd. Hvorfor det er viktig å inkludere mennesker med levde erfaringer, og utfordringer knyttet til dette, kommer jeg tilbake til i kapittel 8.2.3.

Videre fant Mezzina et al. (2006) at det å føle seg annerledes også var en sosial barriere for recovery. For de fleste informantene i denne studien var møtet med psykiatere øyeblikket hvor denne merkelappen ble bekreftet. Viktigheten av den sosiale prosessen i recoverytenkningen får betydning i selvmordsforebyggende arbeid med tanke på tydeligere fokus på det kontekstuelle og relasjonelle. For eksempel kan det settes spørsmålsteget ved hvor hensiktsmessig det er å ta mennesker ut fra sine omgivelser og inn i institusjoner. I følge Large et al. (2014) er det mulig at selve innleggelsen i en psykiatrisk avdeling kan øke sannsynligheten for selvmord. Grunnen til det er blant annet at pasientene finner innleggelsen ydmykende, samtidig som de frykter stigmatisering. Stangeland (2012) hevder at innleggelse av suicidale ungdommer kan være uheldig nettopp fordi man da ikke ser konteksten problemene utviklet seg i, i stedet er det ungdommens problemer som blir fokuset.

Selv om sosiale faktorer kan være til hinder for recoveryprosessen, er de også avgjørende for at recovery skal være mulig (Mezzina et al., 2006), og det ”sosiale livet” må defineres bredt. Det kan ikke bare forstås som sosialisering i institusjoner eller i støttegrupper, men må også inkludere situasjoner i det ”virkelige” livet. Sosiale faktorer som arbeid, og å finne seg en plass i fellesskapet og i sosiale relasjoner, er viktig for recovery fordi man skal redefinere et liv utenfor sykdommen: ”While it is clearly important for people in recovery to have the

support of others in recovery, social recovery cannot occur solely within the mental health service system” (ibid., s. 59). Borg og Karlsson (2011) påpeker også at recovery som sosial prosess inkluderer omgivelsene. Det innebærer lokalmiljø, sosiale arenaer, arbeid, økonomi og hverdagslivet generelt. Borg (2009) har sett på hvilken betydning hverdagslivet har for recovery. Fordi recovery for mange handler om å leve livet sitt på tross av psykiske problemer, er håndtering av hverdagslige trivialiteter som å handle, vaske og betale regninger, av stor verdi. Recovery som sosial prosess kan derfor ha flere betydninger, både med tanke på hverdagsliv og tilsynelatende trivialiteter, men også i forhold til stigmatisering og hvilken rolle man har i et fellesskap og samfunnet for øvrig.

I tråd med Borg (2009) påpeker handlingsplanen at selvmordsforebygging bør skje på arenaer hvor mennesker lever sine liv. Tiltak to ”Styrke skolehelsetjenesten i den videregående skolen” og tiltak 12”Støtte til å utvikle aktiviteter og tiltak for å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning blant eldre”, er tiltak som rettes mot arener hvor mennesker lever sine liv. Retningslinjenes fjerde hovedområde er ”Forebygging av selvmord etter utskrivning fra døgnheter i psykisk helsevern”. Anbefalingene og de rettslige kravene knyttet til dette handler kun om oppfølging gjennom DPS eller ambulante team. Betydningen av hverdagslivet eller hvordan man skal finne sin plass i samfunnet igjen, er ikke nevnt.

Ut fra en forståelse av at selvmordsforebygging må ses både i en individuell og en sosial prosess, og at den sosiale prosessen også inkluderer forholdet mellom bruker og fagfolk, er det nå hensiktsmessig å se nærmere på recoveryaspektet ”endring i maktbalansen - brukeren er eksperten”.

## **7.4 Endring i maktbalansen - brukeren er eksperten**

Som jeg så på i kapittel 7.2 omhandler recovery som sosial prosess i stor grad mellommenneskelige forhold. Mellommenneskelige forhold inkluderer også relasjonen mellom brukere og fagfolk. For at denne relasjonen skal være best mulig, og i recoverytenkningens ånd, er det nødvendig å endre maktbalansen mellom bruker og fagfolk. Dette innebærer at brukeren er eksperten, både på seg selv, sin egen sykdom og hva som er viktig i ens egen recoveryprosess.

Denne oppgaven bygger på forståelsen av selvmord som et resultat av psykisk smerte, at den er forskjellig for hvert enkelt individ (Shneidman, 1985), og at selvmord og selvmordsatferd er en kommunikasjons handling (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007). Fordi den psykiske smerten er individuell, er nødvendigvis den suicidal selveksperter på hva som ligger bak smerten. Og fordi selvmord blir forstått som en kommunikasjons handling, der suicidaliteten blir sett i et relasjonelt perspektiv, gjelder dette også forholdet mellom bruker og fagfolk (Hjelmeland & Knizek, 2013). For å kunne svare på problemstillingen *På hvilken måte kan recoverytenkningen bidra i selvmordsforebyggende arbeid*, er en drøfting rundt endring i maktbalansen og brukeren som ekspert, essensielt. Før det kan drøftes hvordan dette recoveryaspektet kan ha betydning i selvmordsforebyggende arbeid, og for å forstå maktforholdet mellom bruker og fagfolk, er det nødvendig med et tilbakeblikk på hvordan maktforhold kommer til uttrykk i psykisk helsearbeid.

#### **7.4.1 Maktforhold i psykisk helsearbeid**

I følge Øye og Norvoll (2013) påvirkes psykisk helse og psykiske helsetjenester av makt. De psykiske helsetjenestene har særlig mulighet til å utøve makt overfor pasienter. Det gjelder både i storsamfunnet, i organisering av psykiske helsetjenester og i møte mellom pasient og personalet: ”Maktutøvelsen innenfor psykiske helsetjenester gjenspeiler den samfunnsmessige kontrollen av sosiale avvik, og samfunnsforholdene for personer med psykiske lidelser på storsamfunnsnivå” (s. 74). Også Pilgrim (2008) hevder at makt innenfor psykiatrien henger sammen med et ønske om å kontrollere sosial uorden, og derfor har psykiatrien fått makt av staten til å bruke tvang. Videre påpeker Øye og Norvoll (2013) at mulighet til makt og kontroll blant annet har sterk innvirkning på relasjonene og samhandlingen mellom personalet og pasientene. For eksempel kan makt og tvang rettferdiggjøres på grunn av diagnoser, og da trenger man ikke å lytte til pasientens motstand i forhold til for eksempel behandling. Kristiansen (2010) kaller dette for definisjonsmakt. Gjennom egne erfaringer forteller hun om hvordan makten ligger hos fagfolk, og hvis man allerede har blitt definert som manisk er det vanskelig å overprøve dette. Fordi fagfolk har makten har de også mulighet til å bruke tvang for å gjennomføre den behandlingen de selv har definert. Kristiansens ønske er at erfaringskompetanse, altså brukernes egne opplevelser og erfaringer i forhold til egen lidelse og hva som oppleves som hjelpsomt, skal bli likestilt med skolemedisinen. På den måten kan

man som likeverdige diskutere hvem som skal ha fullmakt til å definere virkeligheten (Kristiansen, 2010).

Til grunn for deinstusjonaliseringen lå blant annet et ønske om brukermedvirkning og at personer med psykiske lidelser skulle ta større ansvar for egen psykisk helse (Øye & Norvoll, 2013). Ønsket om perspektivendring viser seg gjennom målene for *Opptappingsplanen for psykisk helse* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998), *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a), *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014b), og også bakgrunnen for recoverybevegelsen, hvor blant annet brukermedvirkning er essensielt. I følge Øye og Norvoll (2013) er vektlegging av brukermedvirkning et uttrykk for en endring av maktforholdet mellom fagfolk og brukere. Men som nevnt tidligere hevder noen at Opptappingsplanen ikke har nådd sine mål, og at mye ble gjemt bort i retorikk. I følge Ørstavik (2008) har ikke Opptappingsplanen nådd så langt som den burde fordi den ikke tok et oppgjør med de tre viktigste forholdene som forhindrer godt psykisk helsearbeid: en paternalistisk kultur, et ensidig kunnskapssyn og makt som tilsløres og gis andre navn. Videre hevder Ørstavik at makt henger sammen med kunnskap og kultur. Kunnskap gir makt, og kulturelt ligger makten i institusjonspsykiatrien. Derfor kommer makten til syne i behandlingsrelasjoner, og der får den også store konsekvenser.

Innledningsvis ble det beskrevet hvordan selvmord har vært kriminalisert og at det førte til straffer. Dette har vært en måte for samfunnet å kontrollere det som har blitt forstått som sosiale avvik. Nå utøves kontroll og makt på en mer usynlig måte. Blant annet hevder Øye og Norvoll (2013) at fokus på brukermedvirkning ikke nødvendigvis gjenspeiler seg i klinisk tenkning og samhandlingsrelasjoner med pasienter. Et eksempel på dette er at pasienters ønsker under innleggelse kan bli underkjent med begrunnelse i pasientens sykdomstilstand: ”Av den grunn må maktforholdene i dagens psykiatriske sykehus forstås i lys av nedarvede hierarkiske maktstrukturer forankret i en medisinsk-psykiatrisk kunnskapstradisjon” (Øye & Norvoll, 2013, s. 91). Innenfor en psykiatrisk tilnærming til selvmord og selvmordforebygging kan man også snakke om maktforhold, spesielt når det kommer til tvangsinnleggelse. Samtidig viser Aasen (2009) også til at opplevelse av tvang kan henge sammen med manglende innflytelse, kontroll, frihet og valgmuligheter. Det betyr at maktforhold også kommer til syne gjennom standardiserte risikovurderinger og behandlingsformer som ikke legger til rette for individuelle behov. Stickley og Felton (2006) hevder at så lenge vår trang til å beskytte går på bekostning av brukeres autonomi, så vil

brukere fremdeles være begrenset bak usynlige vegger som består av skam og stigma: "These walls may be metaphorical but are no less powerful" (ibid., s. 30).

Som nevnt er de *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) langt på vei opptatt av standardisering, både med tanke på vurderinger, kartlegginger og behandling. I lys av Kristiansens (2010) beretning om hvordan forholdet mellom pasient og behandler styres av hvem som har definisjonsmakten, og i lys av recoverytenkningens fokus på individet bak diagnosen og ønsket om mindre standardisering, kan dette forstås som et maktforhold. Retningslinjene legger klare føringer for hvordan suicidale mennesker skal forstås, møtes og behandles innen psykisk helsevern. De individuelle behovene og de kontekstuelle forholdene er så vidt nevnt, men utdypes ikke ytterligere. Retningslinjene ønsker tilgjengelige og trygge tjenester med god kvalitet, men det skal skje gjennom rutinemessige kartlegginger og standardiserte behandlingsformer. Dette står i motsetning til recoverytenkningen, men også til Opptappingsplanens mål om brukermedvirkning. Også i veilederen *Sammen om mestering* (Helsedirektoratet, 2014b) er et av hovedpunktene at brukeren skal være den viktigste aktøren: "Økt brukerinnflytelse fordrer at alle tjenester og utøvere har en systematisk tilnærming til samarbeidet med brukeren, både i den enkeltes behandling / bedringsprosess og i utvikling av helse- og omsorgstjenestene" (s. 11). Man ønsker økt integrering av personer med psykiske lidelser, at den enkeltes ønsker, behov og ressurser skulle ligge til grunn for det psykiske helsearbeidet, og at man skal ta større ansvar for egen psykisk helse. For at dette skal skje i praksis må psykiske helsetjenester legge til rette for brukermedvirkning og myndiggjøring, og maktforholdene mellom fagfolk og brukere må endres (Øye & Norvoll, 2013).

Endring i maktforholdet mellom fagfolk og brukere er nettopp en av recoverytenkningens kjepphester. Slik de nasjonale retningslinjene står i dag, har de motsatt effekt. De legger ikke til rette for at brukeren får være den viktigste aktøren, men opprettholder i stedet maktforholdet. Rutinemessig kartlegging og ønsket om standardisert behandling gir bud om at fagfolk vet best, og at de individuelle behovene og kontekstuelle aspektene ikke er av stor betydning. I følge Ørstavik (2008) må brukermedvirkning "forstås som maktforskyving for at det skal ha reelle konsekvenser for bedre psykisk helsearbeid" (s. 117). Det vil si at brukere og pårørende må få mer makt av fagfolk, og at fagfolk må diskutere hvilken betydning det får i forhold til deres roller og hvordan de utøver sitt eget fag (Ørstavik, ibid.).



## 7.4.2 Recoverytenkningens perspektiv på maktforholdet mellom bruker og fagfolk

Det jeg har sett på i kapittel 7.4.1 viser at det eksisterer et maktforhold mellom brukere og fagfolk, og at det får betydning for retningslinjer, behandling og følgelig hvilken relasjon som opprettes mellom brukere og fagfolk. Endring i maktbalansen som fører til at brukeren blir sett på som ekspert på sitt eget liv, er et sentralt aspekt i recoverytenkningen. Med teoriene om psykisk smerte og selvmordsatferd som kommunikasjon som bakteppe, kan også denne tilnærmingen ha betydning i selvmordsforebyggende arbeid. La oss se nærmere på hva dette perspektivet innebærer.

Recoverytenkningens fokus på at det må skje en endring i maktbalansen mellom bruker og fagfolk (Borg & Kristiansen, 2004) betyr at brukeren blir sett på som eksperten i sitt eget liv (Perkins & Slade, 2012). Fordi recovery handler om hva den enkelte gjør for å hjelpe seg selv, har brukerkompetansen vært viktig for å klargjøre hva som oppleves som hjelpsomt, samt å synliggjøre maktforholdene i helsetjenesten (Borg, 2009). Le Boutillier et al. (2011) påpeker også viktigheten av selvstendighet for mennesker som lever med psykiske lidelser, og et skifte fra paternalistisk praksis til en praksis som støtter autonomi. En måte å endre dette på kan være en holdningsendring hvor man ikke lenger ser på en pasient eller en bruker, men en person (Anthony, 2003; Le Boutillier et al., 2011). Alle er først og fremst personer. I følge Deegan (1996) er recoverykonseptet grunnfestet i forståelsen av at mennesker med psykiske lidelser først og fremst er mennesker. Det vil si at man ikke skal defineres ut fra behovet for hjelp eller diagnoser (Anthony, 2003).

Denne tilnærmingen, å se personen framfor diagnosen og fortelle om livserfaringer i stedet for sykdomserfaringer (Borg, 2009), kan være med å åpne opp for å forstå den psykiske smerten og meningen som ligger bak suicidaliteten. Følgelig blir brukeren eksperten på sitt eget liv. For at endring i maktbalansen skal være mulig må makt forskyves (Ørstavik, 2008) og fagfolk må redefinere sin rolle (Roberts & Wolfson, 2004). I følge Roberts og Wolfson (2004) vil det si at fagfolk ikke lenger er en fjern ekspert eller en autoritet, men en som lærer fra brukeren og bistår med sine ferdigheter og kunnskaper. Videre påpeker Roberts og Wolfson at brukeres og fagfolks rolle må forenes slik at man kan balansere ivaretagelse av brukernes autonomi og fagfolks ansvar for å ivareta de mest sårbare blant oss. I følge Perkins og Slade (2012) er det nødvendig at levde ekspertise og fagfolks ekspertise er likeverdige. For at det skal skje må man også inkludere ekspertisen fra de levde erfaringene.

I følge Deegan (1996) er det nødvendig å gå inn i en relasjon med mennesker for å forstå dem og deres erfaringer, bare da er det mulig å gi hjelp som oppleves å være til hjelp. I en selvmordsforebyggende sammenheng, der det blant annet er mye fokus på vurderinger og kartlegginger, er det nødvendig å utforske pasientens innerste opplevelser (Michel, 2011) for å forstå den psykiske smerten og meningen som ligger bak selvmordstanker og selvmordsatferd. I følge Michel (2011) er pasientene eksperter på sine egne historier: "...they are the keepers of their rich personal inner world, which has been shaped by their own individual biography" (s. 21). Selv om recoverybegrepet, med unntak av guiden fra Australia og *The Way Forward*, stort sett er fraværende i selvmordslitteraturen, er det flere som har et recoveryperspektiv i sin tilnærming til selvmordsforebygging. Kommunikasjonsteorien som presenteres i denne oppgaven kan sies å ha et recoveryperspektiv selv om begrepet ikke nevnes eksplisitt. I denne sammenhengen, hvor behovet for endring i maktbalansen mellom bruker og fagfolk drøftes, kan Michel og Jobes` (2011) tilnærming til den terapeutiske alliansen sies å ha et recoveryperspektiv. Selv om de ikke bruker begrepet eksplisitt er recoverytankegangen til stede. Siden noen allerede har tenkt, om enn ikke bevisst, i et recoveryperspektiv, er det interessant å se hva det innebærer.

### **7.4.3 En terapeutisk allianse med suicidale mennesker**

Michel og Jobes (2011) mener det er avgjørende å bygge en terapeutisk allianse med den suicidale pasienten. En terapeutisk allianse beskrives som en prosess hvor pasient og terapeut blir allierte mot psykiske lidelser eller suicidalitet: "It is crucial to understand the collaborative aspect of therapeutic alliance as an interactive, recursive, and creative process, directed toward shared goals. This requires an intimate interpersonal and interactively focused process" (Michel, 2011, s. 14). Den terapeutiske alliansen er grunnleggende for at terapi skal være effektivt. Det krever samarbeid, erkjennelse av pasientens tanker og følelser, anerkjennelse av pasientens mål og behov for autonomi, likeverdig innsats, forpliktelse og kompetanse fra behandlerens side, samt at man overfører håp til pasienten (Michel, 2011).

Selv om Michel og Jobes ikke bruker recoverybegrepet, kan de sies å ha et recoveryperspektiv. For eksempel kan den terapeutiske alliansen forstås både som en del av den sosiale prosessen, men også som et ledd i å endre maktbalansen slik at brukeren får være ekspert i sitt eget liv. Fokus på å overføre håp er også langt på vei i tråd med Deegan (1996)

som påpeker at de rundt må gjøre det den syke ikke klarer, blant annet opprettholde og formidle håp, slik jeg så på i kapittel 7.1.

Recoveryperspektivet i å bygge den terapeutiske alliansen ses også i hvordan man tilnærmer seg suicidale mennesker. I følge Orbach (2011) avhenger den kliniske tilnærmingen til psykisk smerte sterkt på en empatisk og ikke-dømmende lytting til pasientens narrativer og selvmordsønsker. Orbach ønsker altså ikke en oppsummering av symptomer, men en forståelse av det levde livet og hva som ligger bak den psykiske smerten. Smerten kan bare forstås gjennom narrative beskrivelser. Dette er i tråd med Michel et al. (2004) narrative tilnærming som jeg kommenterte i kapittel 4.2.2. Borg (2009) poengterer at hele livssituasjonen må utforskes for å få frem komplekse og omfattende prosesser. Kommunikasjonsteorien, som handler om å forstå den individuelle meningen bak suicidaliteten, er nettopp en forståelse av at selvmord er komplekst og omfattende. Meningen som ligger bak opererer ikke i et vakuum, men blir påvirket av sosiale og kontekstuelle forhold (Knizek & Hjelmeland, 2007). For å få fram disse forholdene er nødvendigvis brukeren/den suicidale eksperten i sitt eget liv. Personen må komme før diagnosen, og denne tilnærmingen fordrer først en endring i maktbalansen.

#### **7.4.3.1 Konsekvenser for fagfolk**

Endring i maktbalansen får store konsekvenser for fagfolk. I følge Borg og Kristiansen (2004) er recoveryorienterte fagfolk bevisst på at de ikke lenger er eksperten, men at de støtter brukerne på den måten de selv ønsker å håndtere problemer og utfordringer. Det betyr at fagfolk ikke må være i hovedfokus – de må la sine ferdigheter stå til rådighet, men ikke bestemme hva andre skal gjøre. De må støtte selvstyre i stedet for å ”fikse” mennesker (Perkins & Slade, 2012). Erkjennelsen av brukeren som ekspert og behov for endring i maktbalansen henger sammen. Når brukeren er eksperten og har makt over sitt eget liv og sin egen recovery, gir det grobunn for et annerledes forhold mellom brukere og fagfolk. For noen brukere har fagfolk begrenset betydning for recoveryprosessen. Andre aspekter som tro på Gud, en jobb å gå til og så videre kan være vel så viktig. I de situasjonene hvor fagfolk er viktig for recoveryprosessen, er det nødvendig at en slik relasjon er preget av likestilling og samarbeid (Borg & Kristiansen, 2004). Dette viser også at det er individuelle behov i en recoveryprosess, og at standardisering ikke nødvendigvis er et gode når det kommer til behandlingstilbud innen psykisk helsearbeid.

Kommunikasjonsteorien påpeker også at suicidale kommuniserer med sin suicidale atferd til behandleren sin (Hjelmeland & Knizek, 2013). Borg og Kristiansen (2004) fant i sin studie at hjelpernes rolle handlet om et menneskelig forhold og verdien av å utvikle en terapeutisk allianse som er grunnlagt på likeverd. Det skaper et samarbeidsforhold. Recovery er da en konkret og praktisk prosess der man skal utvikle og vedlikeholde bedre kontroll over eget liv. Den kompetansen blir utviklet og utprøvd når risikoen tas sammen med ulike hjelpere. Gjennom et slikt fellesskap kan man også forholde seg til personens smerte og bekymringer, noe som er helt avgjørende hvis man skal bidra til å løfte vekk noe av den psykiske smerten og forstå meningen som ligger bak suicidaliteten. Et gjensidig forhold er blant annet avhengig av at fagfolk ser brukeren som et medmenneske, og ikke som et individ med en kronisk sykdom. I likhet med kommunikasjonsteoriens fokus på kontekstuelle og relasjonelle forhold (Knizek & Hjelmeland, 2007), påpeker Borg og Kristiansen (2004) at samarbeid mellom bruker og hjelper heller ikke skjer i et kontekstuevt vakuum.

Borg og Kristiansen (2004) stiller også spørsmål om hva vi egentlig mener med ”å være profesjonell”, og hvilken kompetanse som er relevant eller viktig. Deres studie viser at brukerne verdsetter fagfolk som viser fleksibilitet og åpne holdninger. Med tanke på dagens helsetjenester som i økende grad ønsker standardiserte prosedyrer og behandlingsformer, påpeker Borg og Kristiansen at dette er et paradoks. Retningslinjene fra 2008 er langt på vei opptatt av standardisering og rutiner. Blant annet anbefaler de kartlegging av selvmordsrisiko som standard i alle vurderinger og utredninger av pasienter i det psykiske helsevern, og hevder at en slik rutinemessig kartlegging vil være et kvalitetsløft i det selvmordsforebyggende arbeidet. Som jeg drøftet i kapittel 4.2.1 er imidlertid flere kritiske til kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, og hevder i motsetning til retningslinjene at dette kan være svært uheldig. Videre ønsker retningslinjene å bedre helsetjenesten for pasienter med selvmordsproblematikk gjennom et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud. Det jeg har sett på i dette kapitlet om endring i maktbalansen og brukeren som ekspert, kan vanskelig realiseres i selvmordsforebyggende arbeid så lenge man er styrt av en standardiseringstankegang. Michel og Jobes (2011) tilnærming til suicidale mennesker viser derimot at det er mulig å tenke i et recoveryperspektiv også i selvmordsforebyggende sammenheng.

## 7.5 Recovery, selvmord og risiko

Risikotaking versus risikounngåelse er et dilemma innenfor recoverytenkningen:

We are concerned that current approaches to risk assessment and management may present an obstacle to recovery. On the other hand, some practitioners are concerned that adopting a "recoveryoriented" approach to risk assessment and management sometimes sounds naive, possibly even dangerous (Boardman & Roberts, 2014, s. 1).

Davidson et al. (2006) peker på bekymringer i forhold til risikoaspektet og recovery. På den andre siden er flere bekymret for at risikovurdering og risikohåndtering kan være til hinder for recovery (Tickle et al., 2012; Boardman & Roberts, 2014). Som nevnt tidligere handler risiko i en recoveryssammenheng om tilbakefall av symptomer, at man ikke fikk den jobben man ønsket seg og så videre. I en selvmordsforebyggende sammenheng kan den ytterste konsekvensen av tilbakefall, nedturer og selvbestemmelse være døden. Som Samuelsson, Wikander, Åsberg og Saveman (2000) påpeker er det en delikat balanse mellom tillit til og respekt for pasienten på den ene siden, og det å være ansvarlig for pasientens sikkerhet på den andre. En drøfting av recoverytenkningen og risiko i en oppgave som omhandler selvmordsforebygging er derfor helt essensielt.

I selvmordsforebyggende sammenheng er risikovurdering og risikohåndtering særdeles framtrædende, jamfør drøftingen i kapittel 4.2.1 og *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Fordi et sterkt fokus på risikovurdering kan bli et substitutt til å se hele mennesket (Sane Australia, 2013; Straume, 2014; Hjelmeland et al., 2014b), og fordi den prediktive verdien i forhold til hvem som kommer til å ta sitt eget liv er lav (Large et al., 2011), er flere kritiske til at denne tilnærmingen har så stor plass i selvmordsforebyggingen (se kapittel 4.2.1). Både Litman (1996), Mulder (2011) og Heller (2014) hevder at risikovurdering ikke kan være den eneste tilnæringsmåten, men at vi må utvide perspektivet slik at individet står i fokus. Gjennom å lytte til brukeren og ta del i det levde livet, tar man også risikoen på alvor. Dette er i tråd med teorien om at vi må lytte til hvert enkelt individ for å forstå den bakenforliggende psykiske smerten (Shneidman, 1985), og kommunikasjonsteorien (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007) med tanke på at vi må forstå hvilken mening hvert enkelt individ tillegger sine selvmordstanker og selvmordshandlinger.

Fra et recoveryperspektiv kan det virke som at et overdrevet fokus på risiko for å beskytte mennesker ikke legger til rette for recovery. Noe av grunnen til det kan være spenningen mellom helselovgivning (som blant annet innebærer tvang) og recoveryparadigmets humanistiske filosofi, samt konflikten mellom det biomedisinske paradigme som har dominert psykiatrien, og filosofien i recoveryparadigmet (Stickley & Wright, 2011). I tillegg blir psykiske lidelser sett på som en utfordring i forhold til sosial orden, derfor har også psykiatrien fått tillatelse av staten til å bruke tvang (Pilgrim, 2008). Utfordringen i denne sammenhengen er om risikotaking og risikounngåelse kan forenes eller forstås som komplementære til hverandre.

Først drøftes kort risiko i et selvmordsperspektiv, deretter betydning av i risiko i et recoveryperspektiv. Til slutt i dette kapitlet drøftes hvordan disse tilsynelatende motsetningene, risikotaking og risikounngåelse, kan forenes og hvilken betydning det kan ha i selvmordsforebyggende sammenheng.

### **7.5.1 Risiko i et selvmordsperspektiv**

Risikoaspektet i selvmordsforebyggende sammenheng er allerede drøftet i kapittel 4.2.1. Der ble det blant annet påpekt at risikovurdering og risikohåndtering er framtrepende innenfor selvmordsforebyggende arbeid, samtidig som flere hevder at denne tilnærmingen er utilstrekkelig og potensielt kan gjøre stor skade.

Risiko i et selvmordsperspektiv forstås stort sett som risiko for at liv går tapt. Når dette skal ses i sammenheng med et recoveryperspektiv, hvor autonomi og brukeren er ekspert er sentrale aspekter, må det først drøftes om mennesker som er suicidale alltid vet best selv. Den suicidale har kommet i en situasjon hvor den psykiske smerten oppleves så uutholdelig at den eneste utveien som finnes er å ta sitt eget liv (Shneidman, 1985). Fra et recoveryperspektiv kan det være vanskelig for fagfolk å si at selvmord ikke er den beste løsningen. Samtidig hevder Shneidman (1985; 1991) at den suicidale vil se andre alternativer hvis bare litt av den psykiske smerten lindres. Fordi ingen vet hvordan det er å være død, er det også vanskelig å si at det er den beste løsningen. I tillegg er det to andre aspekt hos suicidale mennesker som kan være et argument for at de selv ikke ser den beste løsningen på problemet. Det ene er ambivalens, det vil at ønsket om å leve og ønsket om å dø er til stede samtidig. Det andre aspektet er innsnevring. Shneidman forklarer innsnevring som tunnelsyn, altså at man ser et

begrenset antall alternativer. Ofte blir tenkningen dikotom, man ser bare to mulige valg: Enten å fortsette livet slik det er nå eller å dø (Shneidman, 1985;1991). I følge Shneidman er det ingen god idé å ta sitt eget liv når man er suicidal: ”It takes a mind capable of scanning a range of options greater than two to make a decision as important as taking one’s life” (Shneidman, 1991, s. 44). Den suicidalen vet best hvordan han har det, men er ikke i stand til å se gode løsninger på problemet. Fagfolk må derfor våge å gå inn i mørket sammen med brukeren for å prøve å forstå den psykiske smerten, og hjelpe vedkommende til å se at det er flere mulige løsninger på problemet.

Til grunn for fokuset på risiko i selvmordssammenheng, ligger yrkesetikken. Helsearbeidere skal bevare liv, forholde seg til pasienter med respekt og ivareta eller styrke suicidalens integritet (Bruland Vråle, 2009). Recoverytenkningens perspektiver på verdighet knyttet til risiko (Roberts & Wolfson, 2004) og selvbestemmelse og risiko (Stickley & Felton, 2006), kan være måter å ivareta eller styrke suicidalens integritet på. I følge Bruland Vråle (2009) oppstår det etiske dilemma i dynamikken mellom å ivareta integritet og selvstendig ansvar og det å beskytte brukers liv. På grunn av at helsepersonell skal bevare liv, må man noen ganger gripe inn og ta ansvar, selv om det i utgangspunktet er brukeren som skal ta ansvar og bestemme: ”Å verne om friheten i et samfunn er viktig. Men friheten for de som ser selvmord som det eneste valget, er et begrenset antall valg. De ser ikke andre muligheter. For dem kan hjelp til å se andre løsninger være viktig” (s. 57). Det er blant annet to aspekter som kan være med og rettferdiggjøre/legitimere at helsepersonell griper inn og tar over ansvaret når det kommer til suicidal mennesker. Det ene er troen på at selvmord ikke lenger vil være en aktuell løsning for den suicidalen når litt av den psykiske smerten er borte (Shneidman, 1985). Det andre aspektet er ambivalens, slik jeg beskrev ovenfor. Det vil si at hvis de hadde sett en annen vei ut av smerten, så hadde den vært foretrukket. Fordi de ikke ser andre løsninger, velger de døden (Litman, 1996). På den andre siden påpeker Litman (1996) at sikkerhet aldri kan garanteres, man kan bare forholde seg til relative grader av risiko. Verken innleggeler, medisinerer eller gode behandlere, er en garanti i forhold til risiko. I følge *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a), ble 21 % av alle registrerte selvmord i 2011 registrert blant personer under behandling i psykisk helsevern. Vi lever med risiko, og fordi vi med vår nåværende kunnskap ikke er i stand til å forutsi selvmord, må vi være forberedt på å mislykkes. I følge Jobs og Ballard (2011) virker det som om samfunnet tillegger fagfolk en type makt, kontroll og innflytelse som ikke eksisterer i den objektive virkeligheten.

Oppsummert kan man altså si at det er belegg for å gripe inn i enkelte situasjoner og ta valg på vegne av suicidale mennesker. Samtidig kan vi aldri gardere oss mot risikoen for at noen kommer til å ta sitt eget liv. Innenfor selvmordsfeltet blir kanskje forståelsen av risiko for snever - vi tenker bare risiko knyttet til liv eller død. Selvbestemmelse og risiko i denne sammenhengen handler ikke bare om liv eller død, men om retten til å ta valg og mulig feile i recoveryprosessen. Dette skal vi se nærmere på nå.

### **7.5.2 Risiko i et recoveryperspektiv**

Autonomi er en av hjørnesteinene i recoverytenkningen (Anthony, 2003; Roe et al., 2007; Le Boutillier et al., 2011). Autonomi, eller selvbestemmelse, blir innenfor recoverytenkningen blant annet definert som retten til å være fri fra ufrivillig behandling, bestemme over egne tjenester og være med i avgjørelser om egen helse og velvære. Det innebærer et skifte for brukeren fra passiv tilpasning til aktiv mestring. I tillegg handler også selvbestemmelse om større sosiale problemstillinger, som for eksempel tvang (Onken et al., 2007). Fordi autonomi er en del av den personlige prosessen, innebærer det rett til å ta egne valg og rett til å feile (Anthony, 1993; Davidson et al., 2006). Det vil igjen si at risiko er uunngåelig. I følge Deegan (1988) og Anthony (1993) er tilbakefall en del av recoveryprosessen. Den type risiko det er snakk om her er risiko for tilbakefall av symptomer, tilbakeslag og perioder med lite endring (Anthony, 1993). Et eksempel som ofte brukes er risikoen for økende symptomer hvis brukeren velger å slutte med medisiner (Roberts & Wolfson, 2004; Meehan et al., 2008). Risiko blir også forstått i en mer positiv forstand. Roberts og Wolfson (2004) sier at det er en verdighet knyttet til risiko. Det vil si at man har mulighet til å utvikle seg uavhengig av om det er en sjanse for at man mislykkes (Cleary & Dowling, 2009). Bonney og Stickley (2008) viser til at risiko kan være en katalysator for forandring, det kan gi noe tilbake. Perkins og Slade (2012) hevder at muligheten for risiko er en uunngåelig konsekvens av at mennesker har makt over sitt eget liv og dermed også kan ta valg som påvirker livene deres.

Kritikerne setter imidlertid spørsmålsteget ved hvordan recovery kan være relevant for noen som opplever akutte episoder av for eksempel psykose eller mani. Bør ikke de få hjelp til å komme over den akutte fasen før man kan tenke på recovery? Kan ”overfokus” på autonomi føre til at akutte og alvorlig syke blir overlatt til seg selv og sine egne valg, for så å gå til grunne? Og så er det fagfolks dilemma: på den ene siden skal de legge til rette for autonomi og positiv risikotaking, på den andre siden skal de håndtere risiko og bli holdt ansvarlige for



skadelige og uheldige utfall (Davidson et al., 2006; Cleary & Dowling, 2009). Craig (2008) kommenterer at han har to bekymringer knyttet til recovery, hvor den ene er knyttet til risiko. Hvordan kan individuell selvbestemmelse og risiko tilpasses helsetjenestenes krav om sikkerhet slik at skade på seg selv og andre blir minimert? For det første mener Craig at det vil være situasjoner hvor risikovurderingen må sette autonomien til side, og disse styres av lovbestemte reguleringer. Det som bekymrer han mest er imidlertid at recovery påpeker at man må ha mulighet til å ta feil for å lære, og at det er vanskelig hvis feilen kan gi fatale konsekvenser. Men i følge Anthony (2006) er recoveryvisjonen uforenelig med tvang, og han mener eliminering av tvang både er nødvendig og fornuftig. Meehan et al. (2008) synes på sin side det er vanskelig å se hvordan tvang kan bli fullstendig eliminert så lenge brukes, fagfolks og befolkningens sikkerhet står på spill.

Jeg skal ikke gå nærmere inn på diskusjoner rundt tvang, men dette viser at aspekter rundt recovery og risiko er vanskelig, og at det ikke er enighet om hvordan denne spenningen bør håndteres. I denne sammenhengen blir om mulig risikoaspektet enda vanskeligere fordi det er snakk om risiko for at liv går tapt. I utgangspunktet kan man tenke at recoverytenkningens tilnærming til risiko som noe positivt og uunngåelige, ikke kan forenes med hvordan vi tilnærmer oss risiko i selvmordsforebyggende arbeid. Samtidig er målet med selvmordsforebygging at mennesker skal velge livet framfor døden. Boardman og Roberts (2014) hevder at vi kan hindre recovery ved å unngå risiko, og i følge Cleary og Dowling (2009) kan risikoungåelse forstyrre den terapeutiske alliansen. Det er heller ikke ønskelig. For å løse dette dilemmaet kan det kanskje være hensiktsmessig å skille mellom risiko som mennesker har rett til å erfare og risiko som må minimeres (Boardman & Roberts, 2014). Risiko for tilbakefall med tanke på symptomer eller risiko knyttet til å prøve en ny jobb, kan forstås som risiko vi har rett til å erfare. Risiko for at liv går tapt er derimot en risiko som må minimeres. En slik tilnærming inkluderer både risikotaking og risikoungåelse som en del av recoveryprosessen, noe Ramon et al. (2007) hevder kan være hensiktsmessig. Videre hevder også Boardman og Roberts (2014) at risiko bare forstått i dramatisk forstand, for eksempel knyttet til vold, selvskading og selvmord, er et snevert perspektiv på risiko. Risikoer for brukere kan være av mer hverdagslig art – ta valg, erfare nye ting, flytte, få en ny jobb, forplikte seg i et forhold og så videre. I tillegg påpeker Boardman og Roberts at mennesker har veldig ulik oppfatning av risiko. I forbindelse med selvmord kan risiko i ytterste konsekvens være av svært dramatisk karakter, men suicidale mennesker vil også møte mer hverdagslige risikoer.

### **7.5.3 Både risikotaking og risikounngåelse kan ha betydning i selvmordsforebyggende sammenheng**

Et skille mellom risiko som må minimeres og risiko man har rett til å erfare, gjør det kanskje enklere å forene motsetningen mellom risikotaking og risikounngåelse. Jeg har allerede kommentert at yrkesetikken kan forsvare at vi griper inn når det er fare for liv (Bruland Vråle, 2009), noe som må forstås som et tiltak for å minimere risiko. Risiko som vi har rett til å erfare kan på sin side forstås som en del av recoveryprosessen, også når det gjelder suicidale mennesker. I beretningen om Jim, forteller Jobes (2011) om hvordan han oppmuntret Jim til å delta på sosiale aktiviteter som en del av prosessen med å overvinne selvmordstanker. Etter et besøk på en bar ble imidlertid Jim stoppet av politiet fordi han kjørte mens han var påvirket av alkohol. Det var et alvorlig tilbakeslag for Jim. Fordi Jim ble fulgt opp av en behandler, fikk han god hjelp til å komme over tilbakefallet. Historien viser at muligheten for tilbakefall er til stede i en prosess der man må ta nye steg og overvinne utfordringer. Dette er også i tråd med noen av funnene i Bergman et als. (2009) studie. Overgangen bort fra høyrisiko selvmordsatferd er ikke en lineær prosess. Fagfolk må være oppmerksomme på at det kan skje tilbakefall, både i forhold til selvmordsatferd og med tanke på at mennesker kan få et ønske om å gjenopprette et forhold til døden.

For å si det med Litman (1996) – vi lever med risiko. Som nevnt i kapittel 7.5.2 har Craig (2008) bekymringer knyttet til risiko og selvbestemmelse. Likevel hevder han at: ”A recovery-oriented approach can do no better than assess the risk and ensure that as far as possible the result of this risk assessment is openly shared and discussed with all concerned” (s. 127). I lys av recoverytenkningens fokus på at brukeren er eksperten over sitt eget liv (Roberts & Wolfson, 2004; Borg, 2009), er det flere som påpeker at en slik tilnærming til risikovurdering vil være hensiktsmessig. Det vil si at risikovurdering skjer i fellesskap med bruker og behandler, det er ikke noe behandleren gjør på vegne av brukeren (Jobes, 2011; Boardman & Roberts, 2014).

### **7.5.4 Risikohåndtering og den terapeutiske alliansen**

Som beskrevet i kapittel 7.4 er en terapeutisk allianse en prosess der pasient og terapeut blir allierte mot lidelser og suicidalitet (Michel, 2011). I følge Michel legger den terapeutiske alliansen til rette for autonomi. Det vil si at brukeren og behandleren utvikler et nært forhold der det er tillit og forståelse, samt gjensidig respekt og forpliktelse. Det skaper trygge

omgivelser hvor brukeren kan utforske og utvikle seg selv. Grunnlaget for å bygge en terapeutisk allianse er endring i maktbalansen mellom bruker og behandler – brukeren er eksperten over sitt eget liv. Videre er samarbeid essensielt. For eksempel kan ikke behandleren gjøre vurderinger på vegene av brukeren alene. Alle vurderinger og planer må utarbeides i et samarbeid (Buchanan-Barker & Barker, 2006). Et gjensidig samarbeid innebærer blant annet at fagfolk må endre sin måte å møte brukere på (Cleary & Dowling, 2009).

Kristiansen (2010) skriver i et essay om sine erfaringer i møte med psykiatrien. Hun beskriver hvordan behandlere leter etter symptomer som kan bekrefte diagnosen, og følgelig vil hennes forsøk på å ”motbevise” dette bli forstått som dårlig sykdomsinnsikt. Hennes opplevelse er at behandlerne ikke er interesserte i hennes forståelse av egen sykdom, noe som ikke legger til rette for samarbeid. Buchanan-Barker og Barker (2006) påpeker imidlertid at gjensidig nysgjerrighet er viktig. Det vil si at behandleren blant annet må være interessert i brukerens unike historier, noe som står i motsetning til klassifisering og kategorisering av særpreg.

I selvmordsforebyggende sammenheng kan en kommunikasjonsteoretisk tilnærming til suicidale mennesker være med på å skape nysgjerrighet knyttet til hva som ligger bak selvmordstankene. Dette står i motsetning til *Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) som ønsker å klassifisere og kategorisere. Retningslinjene påpeker at det er viktig med relasjonskompetanse, men beskriver ikke dette nærmere. Selv om hensikten med retningslinjene er å minimere risiko, kan det ut fra et recoveryperspektiv på risiko (for mye fokus på risiko) hindre en terapeutisk allianse og godt samarbeid, og dermed heller virke mot sin hensikt. I følge Stangeland (2012) kan fokus på selvmordsfare i behandlingen avspore det terapeutiske arbeidet. Det gjelder både med tanke på at fokuset havner på fagfolks behov for å vite at de har handlet riktig i stedet for på brukernes behov. Sikkerhetsfokuset kan skape en selvforsterkende og destruktiv sirkel der fagfolk tar ansvar for overlevelse. Vi risikerer å øke brukernes funksjonssvikt og svekke evnene til å takle egne problemer på lengre sikt. Deegan (1988) påpeker også hvordan program og behandlingsmetoder med rigide retningslinjer kan virke mot sin hensikt fordi recoveryprosessen ikke er lineær.

For å bygge en terapeutisk allianse er det i følge Jobes (2011) viktig å se selvmordsrisiko gjennom den suicidales øyne. Det vil si at behandleren ikke kan vite noe om pasientens selvmordstanker hvis pasienten selv ikke forteller om det: ”In this regard, there is a major

emphasis in these approaches on the phenomenology of suicidal states; the patient's view of things is the absolute gold standard" (s. 207). Fordi pasientens synspunkt blir sett på som gullstandarden, er den suicidale lidelsen i fokus uavhengig av en eventuell psykiatrisk diagnose. Denne tilnærmingen gjør at arbeid med risiko ikke bare skjer fra utsiden, men også fra innsiden, slik Heller (2014) etterlyser. I arbeidet med å bygge en terapeutisk allianse viser Jobes (2011) til tilnærmingen Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS). Kort fortalt er CAMS utviklet for å vurdere, behandle og spore selvmordsrisiko slik at man kan få et ønsket, klinisk utfall. Hovedmålet med CAMS er å bygge en sterk terapeutisk allianse. Det skjer gjennom samarbeid, både med tanke på vurdering av selvmordsrisiko og behandlingsplan. Behandlingsplanen prøver så langt det lar seg gjøre å unngå innleggelse av pasienten. Samarbeid knyttet til behandling kan virke å stå i motsetning til retningslinjene fra 2008, spesielt med tanke på at de vektlegger standardisert behandling. En tilnærming hvor pasienten selv er ekspert på sine selvmordstanker, hvor behandleren må forstå suicidaliteten gjennom pasientens øyne, og hvor både risikovurdering og behandlingsplan utarbeides i samarbeid (Jobes, 2011), kan vanskelig forenes med en standardiserings tankegang. Det er ikke i denne oppgavens anliggende å drøfte CAMS nærmere, men tilnærmingen kan stå som et eksempel på at samarbeid mellom bruker og behandler i forhold til risikovurdering brukes i klinisk behandling. På den måten blir risiko tatt på alvor, samtidig som selvbestemmelse ivaretas.

### **7.5.5 Ansvar for eget liv og planlegging av kriseplaner**

Recoverytenkningen vektlegger også individets ansvar for egen helse og sin egen recovery (Deegan, 1988). I møte med suicidale mennesker som bokstavelig talt står på kanten av stupet og balanserer mellom liv og død, er det nødvendig at andre tar et midlertidig ansvar (Bruland Vråle, 2009). Når brukere derimot er i en prosess hvor de selv ønsker å ta tak for å overvinne suicidaliteten, har de også et ansvar for å håndtere symptomer og ta vare på seg selv. For at det kan skje er det i følge Onken et al. (2007) nødvendig med bevissthet om at forandring er mulig og at framtiden vil bli annerledes enn de nåværende omstendighetene. For noen er det også nødvendig med et tilbakefall for at man skal innse at endring er nødvendig. "Recovery refers to the lived or real life experience of persons as they accept and overcome the challenge of a disability" (Deegan, 1988, s. 11). I et selvmordsforebyggende perspektiv er det ut fra Deegans tankegang nærliggende å tenke at suicidale mennesker også må akseptere å jobbe for

å overvinne sine utfordringer, og at arbeidet med denne prosessen til en viss grad må inneholde risikotaking. Hvis man bare skal ha fokus på risikounngåelse har ikke mennesker mulighet til å ta ansvar for sin egen recoveryprosess, og selvbestemmelse vil i stor grad være begrenset.

For å løse dilemmaet mellom ansvar og selvbestemmelse på den ene siden, og risiko i situasjoner hvor man kan anta at den suicidale ikke lenger vet best selv på den andre, er det flere som foreslår at man i samarbeid kan legge en plan om hvordan slike situasjoner skal håndteres. I følge Bruland Vråle (2009) kan en samtale om hvordan man skal forholde seg til selvmordskriser før de er der, være viktig både for brukere og fagfolk. Også Boardman og Roberts (2014) foreslår at brukere og fagfolk i samarbeid bør utvikle en kriseplan. Kriseplanen er til hjelp når brukere ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Da kan man bli ivaretatt av andre på en måte som man selv foretrekker. I tillegg vil en slik plan være til hjelp når brukere ikke er i krise fordi de da kan begynne å trene på å ta kontroll og ansvar. Videre bruker Boardman og Roberts (2014) begrepet "Person-centered safety planning". Det innebærer i all hovedsak både risikovurdering og planlegging av trygghet når man skal støtte mennesker i deres recoveryprosess. Blant annet er selvbestemmelse et nøkkelprinsipp i forbindelse med å ta ansvar for og utforske andre alternativer. Et annet prinsipp er samarbeid mellom bruker og fagfolk i forhold til å utvikle planer for trygghet og velvære. Et tredje prinsipp er at brukere skal oppdage nye sider ved seg selv, leve på tross av sine helseproblemer og akseptere risiko som en del av livet.

Å akseptere at det er en risiko for at man en dag tar sitt eget liv, er en svært problematisk tilnærming til risikoperspektivet. Men å akseptere mer hverdagslige risikoer er vanskelig å unngå. Det er kanskje i slike sammenhenger recoverytenkningen påpeker at risikounngåelse kan stå i veien for recoveryprosessen (Boardman & Roberts, 2014). Som en viktig del av det å møte hverdagsrisikoer, påpeker Boardman og Roberts (2014) at utvikling av personlige mestringsstrategier og støtte fra fagfolk er viktig. I selvmordsforebyggende sammenheng blir også problemløsningsstrategier sett på som viktige (Bruland Vråle, 2009; Brown et al., 2011). Hverdagsrisikoer er altså ikke noe den suicidale skal møte helt alene. Støtte og trygghet fra andre er avgjørende. Samtidig er selvbestemmelse og hverdagsrisiko nødvendig for recoveryprosessen (Stickley & Felton, 2006; Cleary & Dowling, 2011).

Person-centred safety planning emphasises the strengths, resources and preferences of people with mental distress and works to enhance their capacity to develop self-

directed plans to manage risk in the pursuit of valued life goals. It is a key element in developing effective, recovery-oriented practice (Boardman & Roberts, 2014, s. 18).

### **7.5.6 Hverdagsrisiko/hverdagsvalg og dramatisk risiko/dramatiske valg**

Risiko er uunngåelig (Litman, 1996), men det betyr ikke at risiko ikke kan og skal minimeres, jamfør Ramon et al. (2007). Ut fra drøftingen i dette kapitlet kan det virke som det å skille mellom hverdagsrisiko og dramatisk risiko, eller risiko som må erfares og risiko som må minimeres, er nødvendig for å se hvordan både risikotaking og risikounngåelse kan være hensiktsmessig i selvmordsforebyggende sammenheng. Da blir også recoverytenkningens perspektiv på risiko nyttig. Dramatisk risiko eller risiko som må minimeres forstås da som risiko for at liv kan gå tapt. Valg som kan utgjøre en risiko for at liv går tapt er heller ikke hensiktsmessig i et recoveryperspektiv. Ingen ønsker at døden skal bli utfallet. I slike situasjoner kan tiltak for å beskytte brukernes liv rettferdiggjøres. Hverdagsrisiko eller risiko som må erfares, kan imidlertid ikke forstås som risiko for tap av liv (det vil si dramatisk risiko), og følgelig må også suicidale mennesker ha mulighet til å ta egne valg og å gjøre feil. Alle typer risiko må imidlertid tas på alvor, men i følge Boardman og Roberts (2014) må vurdering og håndtering av risiko skje på en hensiktsmessig måte. Blant annet kan det skje gjennom å utnytte brukernes styrker, samt legge til rette for aktiv deltakelse i vurdering og håndtering av risiko. Trygge rammer, slik for eksempel Jobes (2011) beskriver den terapeutiske alliansen, er viktig slik at suicidale mennesker føler seg ivaretatt om de skulle få tilbakefall eller ta gale hverdagsvalg. For å skape et slikt forhold må man lytte til brukerne, høre deres historier og forstå meningen bak selvmordstanker og selvmordsatferd (Jobes, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007).

## **7.6 Oppsummering – hvilken betydning kan recoverytenkningen ha i det selvmordsforebyggende arbeidet**

I følge teorigrunnlaget for denne drøftingen er det nødvendig å forstå den psykiske smerten (Shneidman, 1985) og meningen som ligger bak selvmordsatferd (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007) for å kunne forebygge selvmord. Med utgangspunkt i denne forståelsen av selvmord og selvmordsatferd, er det gjennom kapittel 7 drøftet hvilken

betydning recoverytenkningen kan tenkes å ha i en selvmordsforebyggende sammenheng. Her følger en oppsummering.

Recoverytenkningen får først og fremst betydning for måten vi møter suicidale mennesker på, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det vil si at suicidale mennesker møtes med håp om at situasjonen de er i vil endre seg. Det vil også si at fagfolk ikke har en top-down tilnærming i møte med suicidale mennesker. Det innebærer en endring i maktbalansen som fører til at fagfolk og brukere er likeverdige samarbeidspartnere. Den levde ekspertisen er like verdifull som fagfolks ekspertise. Videre vil det si at vi møter suicidale mennesker som unike personer, ikke bare med tanke på hva som ligger bak suicidaliteten, men også med tanke på hva hver enkelt opplever som hjelpsomt. Fokuset er på individets styrker og ressurser, ikke på gruppens utfordringer og svakheter. Dette utfordrer den nåværende standardiseringstankegangen som vi ser i retningslinjene.

Både retningslinjene og handlingsplanen påpeker viktigheten av sosiale og kontekstuelle forhold. Recoverytenkningen kan bidra til å utvide dette perspektivet i selvmordsforebyggingen. Det betyr at venner og familie må inkluderes i større grad, men også at man ser på betydningen av tilhørighet i nærmiljøet, samt muligheten for å studere, jobbe og så videre. Recoverytenkningen har også betydning for hvordan selvmordsforebyggingen forholder seg til større samfunnsmessige forhold. Det kan være i forhold til stigmatisering, men også hvilken forståelse av selvmord som er rådende i samfunnet. For eksempel kan recoverytenkningen tenkes å få betydning for at selvmord i mindre grad knyttes til psykiske lidelser.

Recoverytenkningen får også betydning for hvordan man forholder seg til risiko i det selvmordsforebyggende arbeidet. Retningslinjene har stort fokus på kartlegging og vurdering av risiko. Et recoveryperspektiv vil i stor grad utvide forståelsen av risiko. Recoveryprosessen handler ikke bare om risikounngåelse, men også om risikotaking. Det vil si at man verner om livet samtidig som det legges til rette for autonomi.

Ut fra en teoretisk tilnærming til problemstillingen har jeg drøftet hvordan recoverytenkningen kan få betydning for det selvmordsforebyggende arbeidet. Det finnes relativt lite forskning knyttet til recovery og selvmord. Men Gale, Skegg, Mullen, Patterson og Greys (2012) studie av om det var et forhold mellom stadier i recoveryprosessen og suicidalitet blant schizofrene i kommunehelsetjenesten, viste at selvmordstanker var relatert til recoveryprosessen. De som anså seg selv som ”recovered” hadde signifikant lavere odds

for selvmordstanker: ”Aiming to facilitate the recovery process in patients might not only improve their quality of life but enable them to experience a life worth living, with an attendant reduction in suicidal thoughts” (ibid., s. 316).

Fordi de levde erfaringene og den levde ekspertisen er en av hjørnesteinene i recoverytenkningen, og fordi disse skal være en selvfølgelig del av kunnskapsgrunnlaget, vil det få betydning for selvmordsforskningen (det ser jeg nærmere på i kapittel 8.2.3). Hvis selvmordsforskningen endrer karakter vil det igjen være med og forme selvmordsforebyggingen. Da vil selvmordsforebygging i større grad kunne være basert på hva mennesker som er eller har vært suicidale opplever som hjelpsomt.

Gjennom drøftingen i kapittel 7 har jeg argumentert for at noen få utsagn i retningslinjene implisitt kan sies å ha et recoveryperspektiv, men at de hovedsaklig står i motsetning til recoverytenkningen. Implisitt favner handlingsplanen i større grad deler av recoveryperspektivet, men tiltakene får kritikk for at de framstår som diffuse (Tessand, 2014). Recovery kan kanskje være en måte å konkretisere hvordan man forholder seg til kontekstuelle forhold og hvordan brukererfaringer inkluderes i kunnskapsgrunnlaget. Ut fra dette argumenterer jeg for at recoverytenkningen eksplisitt bør inn i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Imidlertid minner jeg om hva jeg skrev innledningsvis i kapittel 7.0, recoveryaspektene som presenteres og drøftes i denne oppgaven er verken en uttømmende liste eller en definitiv guide. På samme måte som jeg hevder at det biomedisinske perspektivet på selvmord ikke kan være enerådende, kan heller ikke recoverytenkningen ses på som den eneste løsningen på selvmordsproblematikken:

Diskusjonen av kunnskap og makt tidligere viser at det er grunn til bekymring når det blir *en* dominerende og rettroende sannhet som fremelskes, som både marginaliserer andre tenkemåter og samtidig påberoper seg retten til å ha rett. Dette gjelder også innenfor bedrings- og mestringsperspektivene (Borg & Karlsson, 2011, s. 321).

Som nevnt innledningsvis i kapittel 7 kan oppgaven bare forstås som en begynnelse - eller en døråpner - for å begynne å tenke og jobbe mer eksplisitt med recoveryperspektivet i selvmordsforebyggende sammenheng. Hvordan dette kan gjøres skal jeg se nærmere på nå.



## 8.0 Implementering av recovery

Det er allerede nevnt at recoverybegrepet ikke er til stede i *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) eller i *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading* (Helsedirektoratet, 2014a). Implisitt kan tenkningen sies å være til stede, til dels i retningslinjene og i større grad i handlingsplanen. Ut fra drøftingen kan det argumenteres for at recoverytenkningen kan bidra i det selvmordsforebyggende arbeidet, og følgende bør recoverytenkningen også eksplisitt inkluderes.

Innen psykisk helsearbeid hevder flere at det ikke er tilstrekkelig å sette nytt navn på gamle tradisjoner (Davidson et al., 2005), men at reell implementering av recovery vil være radikalt, og må innebære et paradigmeskifte (Meehan et al., 2008; Perkins & Slade, 2012). De samme utfordringene vil mest sannsynlig være gjeldende hvis recovery også skal implementeres eksplisitt i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Recoveryperspektivet knyttet til psykiske lidelser har allerede opparbeidet seg et kunnskapsgrunnlag med erfaringskompetanse fra brukere som viser at man kan komme seg/friskne til. Innen suicidologien er selvmordsforskningen i stor grad dominert av kvantitativ forskning (Hjelmeland, 2013), noe som igjen preger kunnskapsgrunnlaget (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014). Siden recovery handler om hva brukerne selv opplever som hjelpsomt i sin egen recoveryprosess, er det høyst nødvendig at implementeringsprosessen av recovery innen selvmordsforebygging begynner med å lytte til historiene til mennesker som er eller har vært suicidale, og høre hva de opplever som hjelpsomt. Hvis vi implementerer uten å bygge opp et kunnskaps- og erfaringsgrunnlag med levde erfaringer, står vi i fare for å marginalisere betydningen av recovery fordi fagfolk igjen står for definisjonsmakten (Perkins & Slade, 2012). ”Recovery based practice is the synthesis of professional and lived experience knowledge bases, and is not simply an additional aspect to the way we already deliver services” (Glover, 2005, s. 2).

Først i dette kapitlet presenteres kort erfaringer med implementering. Deretter ser jeg på selvmordsforskningen – hva er dominerende i dag, hvorfor det er viktig å bruke kvalitative metoder i selvmordsforskningen, samt eksempler på kvalitativ forskning.

## 8.1 Erfaringer med implementering

Recovery implementeres på policynivå gjennom å fremheve recoveryperspektivet i helsepolitikken. Recovery er eksplisitt til stede i retningslinjer og veiledere for psykisk helsearbeid i flere land. Det gjelder blant annet USA, Australia, New Zealand, Skottland, Irland og England (Borg et al., 2013). Jacobson og Curtis (2000) viser til ulike måter å implementere recovery i praksis. Noen steder blir brukere og familier involvert i planlegging av forskningsprosjekt eller de er styremedlemmer i ulike organisasjoner. Brukere blir også ansatt i ulike helseorganisasjoner. Videre finnes det stater i USA som finansierer utdanning og selvhjelpsstrategier knyttet til recovery.

På tross av at det finnes eksempler på gode erfaringer med implementering av recovery i praksisfeltet, er det et gap mellom politikk og praksis (Perkins & Slade, 2012). I følge O'Hagan (2004) skal kompetente fagfolk innen psykisk helsearbeid fylle mange kriterier. Blant annet skal de forstå recoveryprinsipper og –opplevelser, støtte brukeres rettigheter, forstå og redusere diskriminering, jobbe med ulike kulturer og så videre. Med utgangspunkt i litteraturen de har lagt til grunn for kunnskapssammenstillingen om recovery, har Borg et al. (2013) identifisert fire sentrale strategier for helhetlig recoveryorientert praksisutvikling: 1) Recoveryutdanning for både brukere, fagpersoner og pårørende, 2) kulturendring i tjenesten i forhold til maktforhold, samvær- og samarbeidsformer, samt språk, 3) brukeransettelser og brukerstyrte tjenester -erfaringskunnskap integreres med fagkunnskap, og 4) recoverybaserte kartleggings- og evalueringsverktøy, samt resultatmål. På tross av at det finnes ulike retningslinjer, anbefalinger og verktøy for hvordan helsetjenester kan bli recoveryorienterte (Roberts & Wolfson, 2004; Roberts & Boardman, 2013), viser erfaringer at reell implementering av recovery kan være utfordrende (Tickle et al., 2014).

Det er flere grunner til at reell implementering av recovery er utfordrende. For det første er det ikke én definisjon eller begrepsrammeverk av begrepet (Davidson et al., 2005; Bonney & Stickley, 2008; Pilgrim, 2008; Le Boutillier et al., 2011), og i forhold til implementering er ulempen ved det at begrepet/konseptet kan bli meningsløst (Pilgrim, 2008). Videre påpeker flere at en av de største utfordringene i forhold til implementering av recovery er å unngå å gi noe gammelt et nytt navn, men at man må erkjenne behovet for en grunnleggende endring (Jacobson & Curtis, 2000; Roberts & Wolfson, 2004; Perkins & Slade, 2012). For at det skal skje en grunnleggende endring i praksisfeltet, må kunnskapen de levde erfaringene gir likestilles med fagfolks ekspertise (se kapittel 7.4 for nærmere drøfting) (Jacobson og Curtis,

2000; Roberts & Wolfson, 2004; Perkins & Slade, 2012; Roberts & Boardman 2014). I kapittel 7.4 ble det påpekt at slik de nasjonale retningslinjene står i dag, legger de ikke til rette for fordeling av makt og ansvar, så denne utfordringen vil også vise seg hvis recovery skal implementeres i selvmordsforebyggingen i psykisk helsevern.

En annen utfordring Roberts og Boardman (2014) påpeker, er hvordan man kan forene et personsentrert rammeverk med institusjonelle og organisatoriske behov for dokumentasjon, spesielt fordi det er vanskelig å måle recovery. Et personlig utfall kan forstås annerledes enn et ”klinisk utfall”. Davidson et al. (2005) setter blant annet spørsmålstegn ved hvordan fokus på prosess framfor utfall, det de kaller et ”ikke-klinisk” bruk av begrepet, kan være hensiktsmessig i praksis. Videre hevder både Borg et al. (2011) og Le Boutillier et al. (2011) at det er utfordrende å implementere recovery så lenge helsevesenet er sykdomsorientert og domineres av institusjonshegemoniet. Den sykdomsorienterte psykiatrien har et smalt evidensbegrep som ikke nødvendigvis inkluderer brukerdeltakelse og autonomi i utstrekkt grad (Borg et al., 2011). En annen viktig utfordring knyttet til implementering av recovery er knyttet til risikoaspektet, det vil si autonomi versus risiko. Det ble drøftet grundig gjennom kapittel 7.5, og belyses derfor ikke igjen her.

## **8.2 Hvordan kan recovery implementeres i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge**

Som nevnt er recoverybevegelsen bygd opp av mennesker med psykiske lidelser, deres erfaringer i forhold til egen bedring og hvordan psykisk helsevern fungerer (Roberts & Boardman, 2013). Det blir påpekt at recovery må bli drevet fram av brukerbevegelsen (O’Hagan, 2004). I følge Kolstad (2004) starter god praksis med ”de subjektive erfaringene, med tankene, følelsene og de språklige ytringene til den som trenger hjelp” (s. 24).

Mitt hovedfokus, med tanke på hvordan recovery kan implementeres i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge, vil derfor være på selvmordsforskningen. Først ser jeg imidlertid kort på hvordan recovery kan implementeres på policynivå og i praksisfeltet. Som nevnt er recoverybegrepet knapt nevnt innen suicidologien. Så langt har jeg funnet *Suicide Prevention and Recovery Guide* (Sane Australia, 2013) og *The Way Forward* (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014) fra USA. *The Way Forward* foreslår måter recovery kan implementeres på policynivå, mens begge kommer med forslag til

hvordan recovery kan implementeres i praksisfeltet. I det følgende tar jeg derfor utgangspunkt i disse. Først en kort introduksjon til *The Way Forward* (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014).

Som nevnt innledningsvis er *The Way Forward* et dokument som er utarbeidet av mennesker som har vært suicidale. Målet med dokumentet er å forebygge selvmord og komme med ny visdom. Det poengteres det at dette dokumentet er enestående fordi det er bygd opp av mennesker med levde erfaringer. For å kunne være recoveryorientert må også suicidologien bygge opp et kunnskapsgrunnlag som støtter seg til levde erfaringer. *The Way Forward* anbefaler selvmordsforebyggende metoder, programmer og retningslinjer fra perspektivet til mennesker som har erfaring med suicidalitet. Målet med dokumentet er å forebygge selvmord, og bringe ny visdom til utfordringen. Dokumentet inneholder tre bolker; kjerneverdier, anbefalinger i forhold til praksiser, programmer og policyer, i tillegg til diverse vedlegg. Bolk to om anbefalinger, inneholder seks deler. Det er anbefalinger knyttet til likemannsarbeid (en likemann er noen som har levde erfaringer med den samme psykiske lidelsen eller utfordringen, for eksempel suicidalitet), familie og venner, kliniske tjenester, krise og akutte tjenester, forbindelsen mellom tjenester og kontinuitet i omsorgen, og det å nå ut til samfunnet, samt utdanning. Kjerneverdiene i bolk én presenteres i kapittel 8.2.2.

### **8.2.1 Implementering av recovery på policynivå**

*The Way Forward* har stort fokus på likemannsarbeid, også når det kommer til hvordan man jobber med selvmordsforebygging på policynivå. Anbefaling 1.16 i dette dokumentet er at organisasjoner på alle nivå, føderale, statlige og kommunale, eksplisitt bør bifalle eller kreve inkludering av overlevende etter selvmordsforsøk i selvmordsforebyggende anliggender.

I kapittel 8.1 ble det beskrevet at recovery har blitt implementert i retningsgivende policydokumenter i andre land. Underveis i oppgaven er det flere ganger påpekt at recoverytenkningen implisitt kan sies å være til stede i handlingsplanen, og til dels i retningslinjene. I *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014b) er recovery eksplisitt nevnt, og handlingsplanens tiltak nummer fem er at denne skal implementeres i tjenesteapparatene. Hvis recovery skal implementeres i selvmordsforebyggingen er det derfor nødvendig at begrepet eksplisitt inkluderes i retningsgivende policydokumenter. For eksempel kan det være hensiktsmessig å opprette arbeidsgrupper som kan utarbeide et dokument som

både inneholder arbeidsdefinisjoner av recovery, samt anbefalinger med tanke på implementering (Jacobson & Curtis, 2000). I selvmordsforebyggende sammenheng er *The Way Forward* et eksempel på et dokument som er utarbeidet av mennesker med levde erfaringer. Med tanke på at det er brukerne, og ikke fagfolk, som vet best hva som er til hjelp i recoveryprosessen (Perkins & Slade, 2012), hadde det vært nyttig med noe lignende i norsk sammenheng.

*Forskningspraksisen.* Gjennom hele oppgaven har jeg beskrevet og drøftet behovet for å høre de levde erfaringene og at det er de som må være ”gullstandarden” for all hjelp og støtte som gis til suicidale mennesker (Jobes, 2000). Hvis recoverytenkningen skal implementeres i selvmordsforebyggingen, får det konsekvenser for selvmordsforskningen. Handlingsplanen har allerede påpekt behovet for å integrere bruker- og erfaringskompetanse i kunnskapsgrunnlaget. Da er det behov for at andre instanser som påvirker selvmordsforskningen også legger til rette for dette (Hjelmeland et al., 2010). Andre instanser kan være redaktører i suicidologiske tidsskrifter (ibid.), styringsmakter og andre profesjonelle med innflytelse i selvmordsforskningen (Hjelmeland & Knizek, 2011b). Recoverytenkningens betydning for selvmordsforskningen kommer jeg tilbake til i kapittel 8.2.3.

*Politiske føringer og sosial inkludering.* Recovery handler ikke bare om personlig bedring i forhold til symptomer, men også om bedring i forhold til det sosiale livet og omgivelsene (Mezzina et al., 2006). I følge Le Boutillier et al. (2011) må det være fokus på forholdet mellom individ og omgivelser. Borgs (2009) forskning viser at det er like viktig for mennesker med en jobb å gå til, å kunne studere, ikke trenge å bekymre seg for penger og så videre. Det betyr at recoveryperspektivet, også i selvmordsforebyggende sammenheng, vil få konsekvenser for hvilken hjelp mennesker får. Det handler altså ikke bare om hjelp med utfordringene knyttet til den psykiske helsen, men like mye om hjelp til å håndtere de hverdagslige utfordringene den psykiske uhelsen fører med seg. Tiltak fire i handlingsplanen er ”Gjennomføre oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)”, nettopp for å hindre frafall i utdanning og arbeid. Et recoveryperspektiv i selvmordsforebyggingen vil kanskje være til hjelp slik at vi i større grad ser at bedring handler om *hele* mennesket, både kontekstuelle og relasjonelle forhold (Borg, 2009; Hjelmeland & Knizek, 2013). Handlingsplanen påpeker at politiske føringer kan være med å legge til rette for blant annet sosial inkludering.

*Lett tilgjengelig helsehjelp.* Tiltak 14 i handlingsplanen er ”Utvikle og implementere strategier og tiltak som bidrar til at flere søker helsehjelp”. En av grunnene til det er at unge menn har større barriere for å søke hjelp for selvmordstanker og –atferd (Lyberg Rasmussen et al., 2014). I kapittel 7.3.2.1 ble det påpekt at det er knyttet stigma til selvmordsatferd (Lester & Walker, 2006), og at stigma er en sosial barriere for recovery (Mezzina et al., 2006). Det er også kommentert at recoverytenkningen ønsker mindre fokus på diagnoser, og større fokus på hele mennesket (Anthony, 2003; Borg, 2009). Mine refleksjoner rundt dette er at lett tilgjengelige helsetilbud, som ikke har fokus på symptomer og å stille diagnoser, men som ser hele mennesket og oppleves som ”lavterskeltilbud”, også vil gjøre det lettere for mennesker med selvmordstanker å søke hjelp. Slik får man ikke et stempel eller en merkelapp som ”psykisk syk” eller ”suicidal”, men man kan komme og snakke om hva som er vanskelig og hva man tenker på, samtidig som det legges til rette for å fokusere på styrker og ressurser. I slike sammenhenger kan det tenkes at det også kan være enklere å inkludere familie og venner. Nå er det selvsagt flere utfordringer knyttet til dette, spesielt med tanke på risiko (se kapittel 7.5). Men selvmordsprosessen består av ulike faser, fra å ha selvmordstanker til å ta sitt eget liv (Retterstøl et al., 2002). For mennesker som sliter med selvmordstanker, men som ikke har noen å snakke med, og som er redd for å havne i ”psykiatribasen”, kan det kanskje være til hjelp med et lavterskeltilbud og lett tilgjengelig helsehjelp.

## **8.2.2 Implementering av recovery i praksisfeltet**

Som nevnt står retningslinjenes fokus på risikovurdering og standardiserte behandlingsmetoder i kontrast til recoverytenkningen. Selv om handlingsplanen påpeker viktigheten av kontekstuelle forhold i selvmordsforebyggingen, er det få konkrete tiltak i forhold til hvordan dette kan gjøres. Ut fra drøftingen i kapittel 7 kan recoverytenkningen ha betydning i selvmordsforebyggingen hvis det implementeres i praksisfeltet, selv om det også her vil kreve et paradigmeskifte (Meehan et al., 2008). Med utgangspunkt i *The Way Forward* fra USA (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014) og recoveryguiden (Sane Australia, 2013), beskrives det i det følgende kort hvordan praksisfeltet kan ha et recoveryperspektiv i møte med suicidale mennesker. Det drøftes også kort om anbefalingene fra recoveryguiden og *The Way Forward* implisitt er til stede i retningslinjene og handlingsplanen.

*The Way Forward* har identifisert åtte kjerneverdier som de anbefaler er til stede i aktiviteter som er ment til å hjelpe mennesker som har prøvd å ta sitt eget liv, eller som er suicidale.

Disse er:

- Styrke håpet, samt hjelpe mennesker med å finne mening med livet
- Beskytte verdighet, jobbe mot stigma, skam og diskriminering
- Knytte mennesker til likemannsstøtte
- Fremme tilknytning til samfunnet
- Engasjere og støtte familie og venner
- Respektere og støtte kulturell, etnisk og/eller spirituell tro og tradisjon
- Fremme valg og samarbeid
- Sørge for rikelig med tilgang til omsorg og støtte

Bortsett fra et lite utsagn om at brukere må ha en god relasjon til sitt sosiale nettverk mens man er under behandling, er det vanskelig å finne igjen disse kjerneverdiene i retningslinjene. Handlingsplanen påpeker at likemannsstøtte oppleves som svært viktig av mange etterlatte, og tiltak 18 er å ”Støtte utvikling av samarbeidsprosjekter om sorg mellom bruker- og kompetansemiljøer”. Videre sier handlingsplanen at det er behov for systematisk forskning og samarbeid mellom kompetansemiljøene på dette området. Imidlertid sier ikke handlingsplanen noe om likemannsstøtte for mennesker som sliter med selvmordstanker og selvmordsatferd. Handlingsplanen påpeker at det er viktig med strukturer og tiltak som bidrar til at mennesker ikke faller ut av skole og arbeidsliv. Målet med tiltak to, ”Styrke skolehelsetjenesten i den videregående skolen”, er å utjevne sosial ulikhet og i helse og øke gjennomføringen i videregående opplæring. I et recoveryperspektiv, og i tråd med anbefalingen fra *The Way Forward*, er dette et tiltak som kan være med på å fremme tilknytning til samfunnet. Tiltak 12 i handlingsplanen, som handler om å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning blant eldre, er også et tiltak som er med på å fremme tilknytning til samfunnet.

Verken retningslinjene eller handlingsplanen har særlig fokus på valg og samarbeid, eller aspekter knyttet til kultur, tro og tradisjon. Handlingsplanen nevner under ”Risiko- og beskyttelsesfaktorer” at ”Selvmord skjer i en kulturell sammenheng, og må forstås både ut i fra den familiebaserte og den samfunnsbaserte kulturen” (s. 12), men det er ingen av tiltakene som eksplisitt omhandler kultur. Betydningen av håp nevnes heller ikke i dokumentene, ei heller hvordan man skal ivareta verdighet og beskytte mot stigma, skam og diskriminering.

*Suicide Prevention and Recovery Guide* (Sane Australia, 2013) foreslår ti tilnæringsmåter til hvordan man kan ha et recoveryfokus i møte med suicidale mennesker: bygge en positiv arbeidsrelasjon med brukeren, ha en helhetlig tilnærming ved vurdering av risiko, samarbeid med familie og venner, støtte brukers uavhengighet og beslutningstaking, støtte brukeren ved overganger, fremme recovery, kommunisere med respekt, tilby støtte etter selvmord, ivareta egen helse, og delta på annen opplæring innen selvmordsforebygging. Guiden konkluderer med at det er hensiktsmessig, både for fagfolk og brukere, hvis selvmordsforebyggingen fokuserer på individet, samt bygger genuine relasjoner som verdsetter individene som unike, og at man har en felles forståelse om at målet er å forebygge selvmord.

Retningslinjene påpeker at det er nødvendig med relasjonskompetanse for å få en god dialog med brukeren. Videre sier retningslinjene at kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko innebærer å spørre alle i psykisk helsevern om selvmordstanker, selvmordsplaner og eventuelle tidligere selvmordsforsøk. Retningslinjene sier *ikke* noe om en helhetlig tilnærming ved vurdering av risiko. Som påpekt tidligere blir samarbeid med familie og venner så vidt nevnt. Retningslinjene sier heller ingenting om å støtte uavhengighet og beslutningstaking, eller hvordan man skal kommunisere. Men i tråd med recoveryguiden påpeker retningslinjene hvordan man skal støtte brukere ved overganger (for eksempel ved innleggelse og utskrivelser), og hvordan man skal ivareta etterlatte. Det sistnevnte er også et av delmålene i handlingsplanen, delmål tre ”God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte”. Handlingsplanen er også i større grad enn retningslinjene opptatt av den individuelle betydningen av selvmordsatferd.

Noen av aspektene som *The Way Forward* og recoveryguiden mener er nødvendig i møte med suicidale mennesker kan vi finne igjen i retningslinjene og handlingsplanen. De fleste finner vi imidlertid ikke igjen, i hovedsak virker det å være de mindre konkrete og ”kliniske” aspektene. For eksempel håp, selvbestemmelse, stigmatisering og samarbeid. Det vil altså si at selv om både retningslinjene og handlingsplanen kan sies å ha et recoveryperspektiv, så er det en lang vei å gå før vi har retningsgivende dokumenter for det selvmordsforebyggende arbeidet som favner bredden i recoverytenkningen.

For å få enda større innsikt i hvordan suicidale mennesker ønsker å bli møtt, og hva de opplever som hjelpsomt i sin recovery, er det nødvendig å høre de subjektive erfaringene. I



den sammenheng er recoverytenkningens betydning for selvmordsforskningen essensiell. Det drøftes nærmere nå.

### **8.2.3 Hvilken betydning har recoverytenkningen for selvmordsforskningen**

Studier om recovery tar utgangspunkt i subjektive erfaringer (Borg, 2009), og recoveryvisjonen har oppstått som et resultat av at mennesker med psykiske lidelser har skrevet sine historier om bedring (Roberts & Boardman, 2013). Dagens selvmordsforskning er dominert av kvantitative studier (Hjelmeland & Knizek 2010, 2011a). Siden kvantitative studier ikke tar høyde for individuelle forskjeller, samt *forklarer* atferd i stedet for å *forstå* (Hjelmeland & Knizek, 2010), er dagens selvmordsforskning problematisk i et recoveryperspektiv. Et recoveryperspektiv i selvmordsforskningen kan på sin side bidra til at de levde erfaringene til mennesker som er eller har vært suicidale belyses og inkluderes i kunnskapsgrunnlaget.

Et recoveryperspektiv i selvmordsforskningen vil også være med å bidra til at tiltak 27 i handlingsplanen kan bli en realitet. Tiltak 27 i *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a) er at bruker- og erfaringskompetanse skal integreres i kunnskapsgrunnlaget. Der står det at ”Helsedirektoratet vil arbeide for at brukererfaringer og erfaringskompetanse inngår i forskning om forebygging av selvmord og selvskading” (s. 40). Helsedirektoratet i samarbeid med relevante kompetansemiljø er ansvarlig for gjennomføringen av dette tiltaket. Bortsett fra fordeling av ansvaret for integrering av bruker- og erfaringskompetansen, sier ikke handlingsplanen noe om hvordan de vil arbeide med dette tiltaket.

Først ser jeg kort på hva som dominerer selvmordsforskningen i dag. Deretter drøftes hvorfor kvalitative metoder er viktig i selvmordsforskningen, samt at det presenteres eksempler på kvalitativ forskning, og hvordan mennesker som er eller har vært suicidale opplever det å delta i kvalitativ forskning.

#### **8.2.3.1 Selvmordsforskning i dag**

I kapittel 4.2 kommenterte jeg at det biomedisinske perspektivet for tiden er mest dominerende innenfor suicidologien (Maltsberger, 2011; Hjelmeland, 2013). Det gjenspeiler

seg blant annet i selvmordsforskningen som i stor grad domineres av kvantitative studier (Hjelmeland & Knizek, 2010; Kral, Links & Bergman, 2012). Hovedstrømningene innen dagens selvmordsforskning kan kategoriseres i tre hovedgrupper: (nevro)biologisk forskning, epidemiologisk forskning og intervensjonsstudier (Hjelmeland & Knizek, 2010). I sin gjennomgang av tre store suicidologiske tidsskrifter (*Archives*, *Crisis* og *Suicide and Life-Threatening Behaviour (SLTB)*), fant Hjelmeland og Knizek (2011a) at bare 3 % av artiklene publisert mellom 2005 og 2008 hadde en kvalitativ tilnærming. Ofte var den kvalitative delen et lite tillegg til en hovedsakelig kvantitativ studie. Tall fra 2011 og 2012 viser at 2 av 110 artikler i *SLTB* inneholdt en liten kvalitativ komponent, mens tallene fra *Archives* og *Crisis* var henholdsvis 5 % og 11 % (Hjelmeland, in press). I følge Rogers og Apel (2010) er dette en indikasjon på et metodologisk hegemoni.

Motstanden mot kvalitativ forskning kommer blant annet til uttrykk i Joiners (2011) lederartikkel (Joiner er redaktør for det mest omfattende internasjonale selvmordsforskningstidsskriftet, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*). Han hevder det er viktig å holde fast på den rigorøse kvantitative vitenskapen. Kvalitativ forskning kan brukes for å utvikle hypoteser, men fordi hypoteseutvikling er spekulativt vil det være vanskelig å konkurrere med empiriske og kvantitative studier om plass i tidsskriftet. Videre sier Joiner at de ønsker velkommen studier som omhandler opplevelser knyttet til selvmord, for eksempel om etterlatte eller klinisk arbeid med suicidale, men at også her vil publiseringsprosessen bli styrt av den vitenskapelige rigorøsiteten, noe som i praksis betyr at kvantitative metoder foretrekkes.

Hjelmeland og Knizek (2010) hevder på sin side at de kvantitative forskningsmetodene reflekterer synet på at selvmord kan beskrives i et årsak-virknings-forhold og at selvmordsatferd kan *forklares* gjennom ulike risikofaktorer. De mener tilnærmingen både er overforenklet og reduksjonistisk. Grunnen til det er at man ikke samtidig tar høyde for hele individet og dets omgivelser (Hjelmeland & Knizek, 2010). I følge Hjelmeland (2013) kan stort fokus på biologiske aspekter i selvmordsforskningen føre til et mekanistisk menneskesyn. Det vil si at selvmord kan bli sett på som en biologisk "feil" eller en "kjemisk ubalanse" som kan bli behandlet med medisiner: "Biological research in isolation can contribute relatively little to suicide prevention unless the sociocultural issues are properly dealt with" (ibid., s. 16).

Leenaars påpekte allerede i 2002 at det var tid for å bli mer fleksible og fordomsfrie når det kom til selvmordsforskningen, altså ha mindre fokus på det generelle gjennom kvantitativ forskning: ”Indeed, has any study about the general made us come closer to preventing Mary’s suicide? Are our generalizations even relevant to the patients we are treating?” (s. 1). Også Kral et al. (2012) påpeker at selvmordsforskningen så langt ikke har hatt framgang på mange sentrale problemstillinger.

### **8.2.3.2 Hvorfor er kvalitative metoder viktig i selvmordsforskningen**

The knowledge gaps concerning suicide will be better served by combining quantitative and qualitative studies, addressing *quanta* and *qualia* together. Each type of method focuses on a different object of study: the particular or the universal, and first-person or objective points of view. These methods in combination will expand the understanding of suicide (Kral et al., 2012, s. 245-246).

All den tid recoverytenkningen er bygd på de levde erfaringene, er ikke dagens selvmordsforskning tilstrekkelig hvis recovery skal implementeres i selvmordsforebyggingen. Flere innenfor suicidologien hevder at kvantitative studier er viktige, men at det vil være fruktbart å bruke både kvantitative og kvalitative metoder i selvmordsforskningen (Cutcliffe, 2003; Hjelmeland og Knizek, 2011a; Kral et al., 2012; Booth, 2014). På den andre siden påpeker Hjelmeland og Knizek (2011b) at bruk av kvalitative metoder ikke bare kan skje sammen med kvantitative, men at det også må være ”rene” kvalitative studier: ”Hence, we have a duty to also develop and employ qualitative methodology on its own premises where that is relevant, and not just as an appendix or skirmish to quantitative projects” (ibid., s. 10).

Slik jeg beskrev over fokuserer kvantitative metoder på å *forklare* selvmord og selvmordsatferd gjennom ulike risikofaktorer, eller med en årsaks-virknings tenking. Fordi kvantitative metoder fokuserer på forklaring er de ikke i stand til å gi en omfattende *forståelse* av fenomenet (Hjelmeland & Knizek, 2011a). For å forstå selvmord må fokuset være på meningen selvmordsatferden har for individet (Hjelmeland & Knizek, 2011a), slik kommunikasjonsteorien påpeker (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007). Det betyr at hele individet og konteksten det lever i må tas i betraktning (Hjelmeland & Knizek, 2011a). Dette er blant annet i tråd med Borg (2009) som hevder en kontekstuell

forståelse er viktig for recoveryprosessen: ”Bedringsprosesser foregår ikke i et vakuum, og for å forstå bedringsprosesser må vi forstå tiden og samfunnet vi lever i” (s.46).

I følge Malterud (2004) er målet med kvalitative metoder ”å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng” (s. 26). Videre sier Malterud at kvalitative metoder er nyttige når vi vil vite mer om erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Vi kan blant annet spørre etter meningen bak atferd som igjen kan hjelpe oss å *forstå* hvorfor mennesker gjør som de gjør. Malteruds beskrivelse av hva kvalitative metoder kan belyse, er i tråd med Hjelmeland og Knizek (2011a) som hevder at vi gjennom bruk av kvalitative metoder kan se på hvordan suicidale individer tolker seg selv, deres handlinger og deres omgivelser (Hjelmeland & Knizek, 2011a). Fordi suicidale individer i ulike kulturelle kontekster er ekspertene på selvmordsatferd, er det de vi må snakke med for å *forstå* hva som ligger bak atferden (Hjelmeland, 2013). Også Kral et al. (2012) hevder at fokus på de subjektive opplevelsene er nødvendig for å prege omsorgen og hjelpen som blir gitt suicidale mennesker.

Videre sier Malterud (2004) at kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Cutcliffe (2003) hevder at en fenomenologisk tilnærming vil være et naturlig steg videre i selvmordsforskningen. Da kan det helhetlige perspektivet utforskes, og hverdagslige og levde erfaringer til mennesker som har vært suicidale kan studeres. Et annet argument for at kvalitative metoder er hensiktsmessig i selvmordsforebygging er at de er velegnet for fenomener som er komplekse og som påvirkes av kultur (Booth, 2014). Som jeg har nevnt flere ganger er selvmord et multifaktorielt og komplekst fenomen (Shneidman, 1985). Da kultur er fundamentalt i menneskers liv, hevder Hjelmeland (2013) at kultur også er avgjørende for menneskers suicidalitet, siden suicidalitet handler om hvilke liv mennesker har.

### **8.2.3.3 Eksempler på kvalitativ forskning**

Selv om selvmordsforskningen er dominert av kvantitative studier, finnes det eksempler på kvalitativ forskning. Mens kvantitative studier i større grad fokuserer på risikofaktorer og årsak-virknings forhold (Hjelmeland & Knizek, 2010), fokuserer kvalitative studier blant annet på hva som påvirker selvmordsatferd, hva individer gjør for å overvinne suicidale

tanker og atferd, eller hva de opplever som hjelpsomt. For å illustrere dette presenteres det i det følgende fire eksempler på kvalitative studier og funn som har blitt gjort.

Lakeman og FitzGerald gjorde i 2008 en gjennomgang av kvalitative studier som hadde sett på hvordan mennesker lever med suicidalitet, eller hvordan de gjenvinner et ønske om å leve. Deres analyser viste at det var mange tema knyttet til suicidalitet som hadde en innbyrdes forbindelse – opplevelsen av kamp, tilknytning til andre mennesker, vendepunkt og mestring. De konkluderer med at det er avgjørende å forstå hvordan mennesker overvinnes suicidalitet for å kunne forebygge selvmord. I likhet med Hjelmeland og Knizek (2010) påpeker Lakeman og FitzGerald at det er publisert få kvalitative studier om dette temaet, i perioden 1997-2007 identifiserte de 12.

Bergman et al. (2009) gjorde en kvalitativ studie hvor formålet var å forstå hvordan unge voksne (18-25 år), med to eller flere selvmordsforsøk bak seg, gikk bort fra høyrisiko selvmordsrelatert atferd. De fant at informantene beskrev en prosess som inneholdt tre viktige elementer; bevege seg bort fra et ønske om å dø og en tiltrekning mot døden, perioder med ambivalens som leder til vendepunkt som øker selvbevisstheten, og ”pockets of recovery” som er unike for hvert individ. I tråd med recoverytenkningen (se kapittel 7.2 og 7.3) fant Bergman et al. (2009) at denne prosessen var svært individuell, at den besto av mange små steg, at den ikke var lineær, og at tilbakefall var en del av prosessen. Videre påpeker Bergman et al. (ibid.) at individer med langvarig selvmordsatferd og forhold til døden utvikler en identitet knyttet til dette. I møte med suicidale mennesker kan man derfor ikke avvise eller ugyldiggjøre individets forhold til døden. Det er nødvendig å bruke ord som ”død” og ”selvmord”, disse må bli forstått som kommunikasjon underveis i en samtale, og ikke som en uunngåelig handling. Derfor må man være villig til å spørre de vanskelige spørsmålene, og på den måten utvikles en terapeutisk allianse. Disse funnene støtter opp om teorien om at selvmord og selvmordsatferd er kommunikasjonshandlinger (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007), og at man må våge å gå inn i mørket med suicidale mennesker for å forstå hva som ligger bak selvmordstankene (Jobes, 2000). Bergman et als. studie (2009) gir altså en større *forståelse* av hvordan recovery kan skje for suicidale mennesker – prosessen er individuell, ikke lineær og har sannsynligvis tilbakefall, og man må våge å snakke om suicidale menneskers forhold til døden.

Målet med Holm og Severinssons (2011) kvalitative studie av kvinner med personlighetsforstyrrelse og selvmordsatferd, var å utforske hvordan recoveryprosessen kan

fremme endringer i selvmordsatferd. Gjennom en narrativ tilnærming fant de at selvmordsatferden kan endres når kvinnene føler seg bekreftet, trygge og tiltrodd: "Building and maintaining trust and hope seems to be the key to the recoveryprocess" (s. 171). Både det å bevare tillit og opprettholde håp er altså viktig for recoveryprosessen for disse kvinnene. Disse funnene er til hjelp for å *forstå* hvilke aspekter som er viktige for å endre selvmordsatferd. Funnene er også i tråd med ulike aspekter knyttet til recovery som ble drøftet i kapittel 7, både betydningen av å formidle håp, samt å bygge tillit gjennom en terapeutisk allianse.

Målet med studien til Ghio et al. (2011) er i tråd både med recoverytenkningens fokus på å høre de levde erfaringene (Borg, 2009; Roberts & Boardman, 2013), samt Hjelmeland og Knizeks (2010, 2011a) påstand om at vi også må *forstå* hva som ligger bak selvmord og selvmordsatferd: "The first aim of our study was to give voice to the real experience of suicidal patients so that what we recorded might aid us in better understanding the phenomenon" (Ghio et al., 2011, s. 515). Videre ønsket Ghio et al. å høre erfaringene fra brukere som hadde gjort selvmordsforsøk for å finne strategier som kunne redusere risikoen for gjentatte selvmordsforsøk.

Studiene som er presentert over har brukt ulike datainnsamlingsmetoder, både kvalitative intervjuer og narrativer. Ghio et al. brukte fokusgrupper. De ønsket å oppmuntre til gruppediskusjoner i et empatisk miljø. Gjennom temaene som kom fram under diskusjonen, har Ghio et al. definert tre ulike nøkkelpunkt. Det første omhandler intensjon. Avgjørelsen om å ta sitt eget liv ble tatt helt alene og ble ikke kommunisert eksplisitt til helsepersonell, familie eller venner. De rundt er avhengig av å tolke signaler. Kommunikasjonen blir også påvirket av forholdet man har til ulike samtalepartnere. Det andre nøkkelpunktet var at interpersonlige relasjoner har en triggereffekt i utviklingen av selvmordsatferd. Det vil si at relasjoner til andre er av stor betydning, det gjelder både nære relasjoner, men også hvilket forhold man har til fagfolk. Relasjonelle faktorer i den terapeutiske prosessen er derfor svært viktig, noe som ble drøftet i kapittel 7.3.2 og 7.4.3.1. Det tredje nøkkelpunktet Ghio et al. (2011) identifiserte var sannsynligheten for å forebygge framtidige selvmordsforsøk. Forebygging ble sett på som nyttig og hadde en effekt i etterkant av et selvmordsforsøk. Tiden under innleggelse og rett etter utskrivelse, ble beskrevet som den mest kritiske. Informantene i fokusgruppene ønsket da blant annet observasjon, hjelp til å håndtere følelser, og et miljø hvor man ble lyttet til. Videre ble behovet for veiledete selvhjelpsgrupper trukket fram. I tillegg til at denne studien utvider forståelsen av hva som kan oppleves hjelpsomt etter et selvmordsforsøk, kom det også

fram at denne forskningsmetoden ble verdsatt av informantene. Grunnen til det var at de kunne dele tanker og følelser med andre som hadde tilsvarende opplevelser. En informant sa blant annet: ”Why don`t we have these groups all the time... instead of just once in a while?” (s. 515).

I likhet med Ghio et al. (2011) fant Biddle et al. (2013) at informanter opplevde deltakelse i kvalitative studier som positivt. Biddle et al. brukte data fra fire ulike studier (kvalitative intervjuer) som fokuserte på selvsikring og selvmord. Før og etter intervjuene ble deltakerne spurt om å oppgi deres nåværende emosjonelle tilstand på en skala. På den måten kunne forskerne se om den emosjonelle tilstanden ble påvirket av intervjuene. Resultatene fra studien viser at tre fjerdedeler av deltakerne hadde en positiv endring av den emosjonelle tilstanden. Det ble forklart med at de hadde mulighet til å snakke med noen om det som hadde skjedd, at man hadde god tid til å snakke sammen, og at noen var interessert i å høre hva de hadde å si. Noen sa også at forskningsintervjuene hadde gitt de mulighet til å reflektere over det som hadde skjedd, og at dette ga dem et nytt perspektiv. Noen opplevde også at den emosjonelle tilstanden forverret seg gjennom intervjuene. Det ble knyttet til at man hadde fokus på aktuelle problemer, og at man måtte være ærlig om egne følelser og hva som hadde skjedd. Det økende ubehaget indikerte ikke nødvendigvis at intervjuet hadde vært en negativ opplevelse. Mange trodde de vanskelige følelsene ville være forbigående, og at slike følelser var en normal og uunngåelige effekt av å snakke om ting som er vanskelige. Et vanlig standpunkt var at det var verdifullt å delta i forskning på tross av at det kunne oppleves som vanskelig og ubehagelig. Én deltaker kommenterte: ” ... but I think if you`re gonna do this kind of research you have to ask questions like that. You know, you can`t sort of pretend it doesn`t happen” (ibid., s. 360). I følge Biddle et al. (2013) støtter disse funnene bruk av dybdeintervjuer i selvmordsforskning. I tillegg viser det at mange sårbare mennesker kan dra nytte av å delta i slik forskning. Videre hevder Biddle et al. at slike studier kan gi tilgang til historier om håp og recovery.

De fire studiene har tatt for seg ulike populasjoner, både med tanke på alder, sykdomshistorie og kjønn. De har også brukt ulike kvalitative metoder. Uansett viser disse studiene at kvalitative metoder tilveiebringer annen kunnskap enn kvantitative. Informantene snakker ikke om risikofaktorer eller årsak-virknings forhold, men om hva som kan være til hjelp med tanke på å redusere selvmordstanker og selvmordsatferd. De trekker blant annet fram aspekter som håp, relasjonelle forhold og individuell tilrettelegging. I tillegg viser både studien til

Ghio et al. (2011) og Biddle et al. (2013) at deltakelse i kvalitative studier både kan være en positiv opplevelse, samtidig som det kan være til hjelp for informantene.

#### **8.2.3.4 Oppsummering**

Gjennom kapittel 8.2.3 er det vist at bruk av kvalitative metoder i selvmordsforskningen kan bidra til at suicidale mennesker selv får være med å sette ord på egne erfaringer. Det gjelder både i forhold til hva som ligger bak selvmordstanker og selvmordsatferd, men også i forhold til hva de finner hjelpsomt i recoveryprosessen. Kvalitative metoder vil dermed bidra til et bredere kunnskapsgrunnlag innenfor suicidologien. Denne tankegangen er langt på vei recoveryorientert. Selvmordsforskning som inkluderer mennesker med levde erfaringer vil både være i recoverytenkningens ånd (Roberts & Boardman, 2013), være et gjensvar på tiltak 27 i handlingsplanen, og i tråd med hva flere etterlyser (Cutcliffe, 2003; Hjelmeland & Knizek, 2010; 2011a; Booth, 2014).



## 9.0 Kritiske refleksjoner

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har det vært nødvendig å ta flere valg, både med tanke på innhold, samt oppbygging og struktur. I det følgende presenteres kritiske refleksjoner rundt noen av valgene som har blitt tatt underveis: ”Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen” (Malterud, 2004, s. 19).

### 9.1 Refleksjoner knyttet til innhold

Underveis i oppgaven har jeg prøvd å argumentere for de valgene jeg har tatt, både i forhold til hvilke perspektiver om selvmord som har blitt presentert, og hvorfor teorigrunnlagene for oppgaven kan sies å være hensiktsmessig i denne sammenhengen. Imidlertid har jeg ikke diskutert eventuelle motforestillinger til Shneidmans (1985) teori om psykiske smerte og kommunikasjonsteorien (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Hjelmeland & Knizek, 2007), ei heller drøftet begrensninger ved disse. Jeg har gjentatte ganger kritisert det biomedisinske perspektivet på selvmord for å være for ensidig og utilstrekkelig, men det er også mulig at min framstilling av teorigrunnlaget for oppgaven har blitt for ensidig. Det er også sannsynlig at valg av et annet teorigrunnlag hadde ført til en annen konklusjon med tanke på hvilken betydning recoverytenkningen kan ha for selvmordsforebyggingen. Samtidig har jeg flere ganger påpekt at selvmord er et multifaktorielt fenomen (Shneidman, 1985), og at det ikke kan være en sannhet som påberoper seg retten til å ha rett (Borg & Karlsson, 2011).

Jeg har kort drøftet noen utfordringer ved recoverytenkningen. Et enda mer kritisk blikk på recoverytenkingen per se kunne vært interessant. Samtidig er utfordringer knyttet til recoverytenkningens perspektiv på prosess og risiko drøftet utførlig. Siden disse to utfordringene er spesielt viktige i en selvmordsforebyggende sammenheng, har jeg vurdert disse som mest hensiktsmessige å drøfte i denne oppgaven.

Risikoaspektet er relativt grundig drøftet i kapittel 7.5. Tvang er nevnt. Det kan tenkes at det hadde vært nyttig med en større diskusjon knyttet til tvang og lov om tvang i psykisk helsevern. Blant annet har Aasen (2009) i sin fagartikkel sett på frivillighet, tvang og menneskeverd. Hun påpeker at det er viktige menneskerettslige problemstillinger knyttet til ivaretagelse av menneskeverd og individuell autonomi, og at man kan jobbe for større opplevelse av reell frivillighet i forbindelse med innleggelse i psykisk helsevern. Samtidig

har det vært nødvendig å prioritere hva som skal belyses i oppgaven og ikke, og i denne sammenhengen ble det vurdert at en diskusjon knyttet til lov om tvang ikke var det mest relevante for å kunne drøfte og besvare problemstillingen.

Opgaven tar utgangspunkt både i *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a). Det vil si selvmordsforebygging både i og utenfor psykisk helsevern. Imidlertid skiller jeg lite mellom forebygging i og utenfor psykisk helsevern gjennom oppgaven. Slik drøftingen framstår, kan det virke som om recoverytenkningen har mest å bidra med i selvmordsforebyggingen i psykisk helsevern. Dette til tross for at blant annet Borg (2009) hevder recovery skjer i hverdagslivet og i nærmiljøet, og at handlingsplanen ønsker større fokus på de kontekstuelle forholdene. I tillegg ønsker handlingsplanen å jobbe for tiltak som gjør at flere søker helsehjelp. Så lenge de fleste som tar sitt eget liv *ikke* er i kontakt med psykisk helsevern (Mehlum & Mork, 2011) og de fleste som tar sitt eget liv er i kategorien ”lavrisiko” (Large et al., 2011), kunne drøftingen sett mer eksplisitt på recovery og selvmordsforebygging rettet mot lavrisikogrupper og befolkningen generelt. Fordi mye av recoverylitteraturen handler om hvordan mennesker med psykiske lidelser blir møtt av fagfolk (og de møtene ofte finner sted i rammene av en institusjon eller på områder hvor fagfolk dominerer), ble det imidlertid naturlig at drøftingen i denne oppgaven for det meste omhandler hvordan suicidale mennesker blir møtt og forstått av fagfolk. Samtidig drøftes aspekter som favner bredere, for eksempel stigmatisering knyttet til selvmord. Og som nevnt i kapittel 8.2.1 kan det tenkes at et helsetilbud som har fokus på hele mennesket, og ikke på symptomer og diagnoser, gjør det lettere for flere å søke hjelp. På den måten kan et recoveryperspektiv innen psykisk helsevern også være med og berøre lavrisikogrupper og befolkningen generelt.

Det er sannsynlig at teorigrunnet for oppgaven har vært med å prege synet på retningslinjene. Med en annen tilnærming kan det tenkes at retningslinjene hadde blitt analysert/tolket mindre kritisk. Samtidig er det også andre grunner til å se kritisk på retningslinjene. For det første har de fått kritikk for å være for fokusert på kartlegging, standardisering og risikovurdering (Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2014). For det andre, som beskrevet i kapittel 1.2.4 om bakgrunn for valg av tema, er det innen psykisk helse et generelt fokus på brukerperspektivet i psykisk helse. Dette fokuset er ikke tydelig til stede i retningslinjene.

## 9.2 Refleksjoner knyttet til oppbygging og struktur

Det viste seg å være utfordrende å finne ut hvordan oppgaven kunne bygges opp og struktureres på en best mulig måte. Det er mange tema som må belyses: recovery, forståelsen av selvmord og teorigrunnlaget, retningslinjene og handlingsplanen, samt implementering. Hensikten med oppbyggingen som er valgt er å gi leseren en innføring i recovery, både som teori og tenkning, samt et innblikk i begrensningene ved det rådende perspektivet innen suicidologien og en drøfting av hvorfor et annet perspektiv kan være hensiktsmessig. Disse drøftingene er ment å danne et bakteppe som er nyttig for leseren å ha med seg når problemstillingen drøftes gjennom kapittel 7.0.

Som en del av oppbyggingen har jeg valgt å presentere teorigrunnlaget som en del av drøftingen knyttet til perspektiver på selvmord, for deretter å inkludere det i drøftingen knyttet til recoverytenkningens betydning. I ettertid kan det diskuteres om teorigrunnlagene skulle vært grundigere presentert. Samtidig er det essensen i teorigrunnlagene som er av størst betydning for drøftingen, og disse blir gjentatte ganger trukket fram under drøftingen i kapittel 7. Videre kan det diskuteres om det skulle vært enda mer framtreddende gjennom drøftingen i kapittel 7. Noen steder gjennom kapittel 7 kommer teorigrunnlaget godt fram. Andre steder har det vært vanskeligere å tydeliggjøre teorigrunnlaget, og da er det hensiktsmessig at teorigrunnlaget har blitt presentert ifør drøftingen i kapittel 7.

Et annet valg knyttet til oppbygging er plasseringen av analysen av retningslinjene og handlingsplanen. Retningslinjene blir nevnt noen steder i kapittel 4 i forbindelse med forståelsen av selvmord og kritikk av det biomedisinske perspektivet. Dermed kunne analysen kommet før kapittel 4. På den andre siden, det henvises i all hovedsak til dokumentene gjennom drøftingen i kapittel 7, av den grunn blir retningslinjene og handlingsplanen gjennomgått og analysert først i kapittel 5.



## 10.0 Konklusjon

I følge Verdens helseorganisasjon er selvmord et folkehelseproblem (WHO, 2014), og selv om selvmord offisielt har vært på dagsorden i Norge siden 1993 (Helsedirektoratet, 1993) har selvmordsraten vært stabil siden 1994 med cirka 12 selvmord per 100.000. På grunn av endringer i selvmordsstatistikkens pålitelighet er det også mulig at den faktiske raten har økt (Gjertsen & Johansson, 2011). Det biomedisinske perspektivet på selvmord har i dag størst påvirkning og er dominerende innenfor suicidologien (Maltzberger, 2011; Hjelmeland, 2013). Dette fører blant annet til fokus på psykiske lidelser og bidrar til en risikofaktorbasert tilnærming i selvmordsforebyggingen. Flere er kritiske til dette (Undrill, 2007; Large et al., 2014; Hjelmeland et al., 2014b). Handlingsplanen påpeker også at vi ikke bare kan forstå selvmord ut fra psykiske lidelser, men at vi også må inkludere forståelsen av kontekstuelle forhold og livshendelser for å forbygge selvmord.

På grunn av begrensninger ved det biomedisinske perspektivet på selvmord, har Shneidmans (1985) teori om psykisk smerte og teorien om selvmord og selvmordsatferd som kommunikasjon (Qvortrup, 1999; Fleischer, 2000; Knizek & Hjelmeland, 2007) dannet teorigrunnlaget for drøftingen. Dette teorigrunnlaget fordrer både at vi har fokus på individet, hva som forårsaker den psykiske smerten, meningen som ligger bak selvmordstankene og selvmordsatferden, samt kontekstuelle og relasjonelle forhold. Med utgangspunkt i teorigrunnlaget viser drøftingen rundt problemstillingen *Hvilken betydning kan recoverytenkningen ha i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge*, at inkludering av recoverytenkningen kan ha betydning på flere måter.

Inkludering av recoverytenkningen i det selvmordsforebyggende arbeidet vil blant annet innebære økt fokus på hele mennesket, håp og muligheter, og mindre fokus på symptomer, diagnoser og dystre framtidsutsikter. Videre vil det innebære en forståelse av at veien mot å velge livet framfor døden består både av individuelle og sosiale prosesser. Inkludering av recoverytenkningen vil også innebære en endring i selvmordsforskningen, det vil si at de levde erfaringene blir "gullstandarden" for kunnskapsgrunnlaget, samtidig som brukere samarbeider med fagfolks ekspertise. Endring i maktbalansen mellom brukere og fagfolk fremmer både samarbeid, tilrettelegging for selvbestemmelse og mindre standardisering. Risikoaspektet må håndteres, men også det kan håndteres i samarbeid mellom brukere og fagfolk. På den måten kan det skilles mellom risiko som må minimeres og risiko som må

erfares. Da verner man om livet, samtidig som mennesker selv får *leve* livene sine og være aktive i prosessen med å velge livet framfor døden.

Hvis recoverytenkningen skal få reell påvirkningskraft og betydning i selvmordsforebyggingen, må imidlertid konseptet eksplisitt implementeres i policydokumenter som er retningsgivende for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. Med unntak av noen få implisitte uttalelser, står *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) i motsetning til et slikt perspektiv på selvmordsforebyggingen. Retningslinjene har sitt hovedfokus på psykiske lidelser, risikovurdering og standardisert behandling. *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014a), har i større grad et recoveryperspektiv, selv om begrepet ikke nevnes eksplisitt. Handlingsplanen påpeker at det ligger mer bak selvmord enn psykiske lidelser, den åpner både for betydning av kontekstuelle og relasjonelle forhold, og ikke minst for at bruker- og erfaringskompetanse må inkluderes i kunnskapsgrunnlaget. I tillegg til å implementere begrepet på policynivå, er et viktig steg på veien å inkludere de levde erfaringene i kunnskapsgrunnlaget, noe som vil innebære en radikal endring i dagens selvmordsforskning. Hvordan implementering av recovery bør skje i praksisfeltet er en utfordring som ligger foran oss. Denne utfordringen åpner både for nye forskningsspørsmål og for muligheten til å inkludere brukerperspektivet.

”It will be the spirit of collaboration – from policy-makers and advocates to clinicians and clients – that will make suicide prevention possible” (*The Way Forward*, 2014, s. 3).

# Litteraturliste

[1:http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/statistikk/statistikk2013/selvord-etter-kjonn-og-arstall\\_1.pdf](http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/statistikk/statistikk2013/selvord-etter-kjonn-og-arstall_1.pdf)

Aasen, H.S. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Ethiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 1175-1181.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. utg.). Washington, DC

Anthony, W. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Anthony, W. (2003). Expanding the evidence base in an era of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 1-2.

Anthony, W. (2006). An elephant in the room. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 155.

Bellack, A.S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442.

Bergmans, Y., Langley, J., Links, P. & Lavery, J.V. (2009). The Perspective of Young Adults on Recovery from Repeated Suicide-Related Behavior. *Crisis*, 30(3), 120-127.

Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *British Journal of Psychiatry*, 183, 382-383.

Bertolote, J.M. & Wasserman, D. (2009). Development of definitions of suicidal behaviours. From suicidal thoughts to completed suicide. I: Wasserman & C. Wasserman (Red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective* (s. 87-90). Oxford: Oxford University Press

Biddle, L., Cooper, J., Owen-Smith, A., Klineberg, E., Bennewith, O, Hawton, K. ... Gunnell, D. (2007). Qualitative interviewing with vulnerable populations: Individuals`

- experiences of participating in suicide and self-harm based research. *Journal of Affective Disorders*, 145, 356-362.
- Blair-West, G.W., Cantor, C.H., Mellsop, G.W. & Eyeson-Annan, M.L. (1999). Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *Journal of Affective Disorders*, 55, 171-178.
- Boardman, J. & Roberts, G. (2014). Risk, Safety and Recovery. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation
- Bonney, S. & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 140-153.
- Booth, C.L. (2014). Experiences and Wisdom Behind the Numbers. Qualitative Analysis of the National Action Alliance for Suicide Prevention`s Research Prioritization Task Force Stakeholder Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(32), 106-114.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452-459.
- Borg, M. & Karlsson, B. (2011). Recovery – og hva så? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8, 314-323.
- Borg, M., Jensen, P., Topor, A. & Andersen, A.J.W. (2011). Recovery med et nordisk blikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8. pp. 290-292.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Utgiver: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Brown, G.K., Wenzel, A. & Rudd, D. (2011). Cognitive Therapy for Suicidal Patients. I: K. Michel & D.A. Jobes (Red.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg., s. 273-292). USA: American Psychological Association



- Bruland Vråle, G. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Buchanan-Barker, P. & Barker, P. (2006). The Ten Commitments. A Value Base for Mental Health Recovery. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(9), 29-33.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. S., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395–405.
- Cleary, A. & Dowling, M. (2009). The road to recovery. *Mental Health Practice*, 12(5), 28-31.
- Craig, T.K.J. (2008). Recovery: Say what you mean and mean what you say. *Journal of Mental Health*, 17(2), 125-128.
- Cutcliffe, J.R. (2003). Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing*, 12(2), 92-99.
- Davidson, L., O`Connell, M.J., Tondora, J., Evans, A.C. & Lawless, M. (2005). Recovery in Serious Mental Illness – a New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.
- Davidson, L., O`Connell, M., Tondora, J., Styron, T. & Kangas, K. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services. ps.psychiatryonline.org*, 57(5), 640-645.
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470.
- Davidson, L., Tondora, J. & Ridgway, P. (2010). Life Is Not an "Outcome": Reflections on Recovery as an Outcome and as a Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 1-8.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.

- Deegan, P. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 1-7.
- De Leo, D. Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A. & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of Suicidal Behaviour. I: D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmidtke (Red.), *Suicidal behaviour. Theories and research findings* (1.utg., s. 17-39). Tyskland: Hogrefe & Huber
- Dieserud, G. (2006). Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls*, 1, 23-31.
- Durkheim, É. (1960). *Selvordet. En sosiologisk undersøkelse*. Oversatt til norsk av H. Roll (2001). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Ekeland, T-J. (2011). Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Ellingsen, L. & By Rise, M.K. (2014). *Historiene om 32 pasienter som tok sitt eget liv*. Lest 09.01.15, hentet fra <http://www.adressa.no/nyheter/innenriks/article9678933.ece>
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6, 68-74.
- Fleischer, E. (2000). *Den talende tavshed. Selvmord og selvmordsforsøg som talehandling*. Odense: Odense Universitetsforlag
- Gale, C., Skegg, K., Mullen, R., Patterson, T. & Grey, A. (2012). Thoughts of suicide and stage of recovery in patients with schizophrenia in community mental health care. *Australasian Psychiatry*, 20(4), 313-317.
- Ghio, L., Zanelli, E., Gotelli, S., Rossi, P., Natta, W. & Gabrielli, F. (2011). Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus group study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 510-518.
- Gjelsvik, B. (2014). Advarsel om selvmordsrisiko. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(3), 242-251.
- Gjertsen, F. & Johansson, L.A. (2011). Changes in statistical methods affected the validity of official suicide rates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 1102-1108.

- Glover, H. (2005). Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1-4.
- Grewal, P.K. & Porter, J.E. (2007). Hope theory: A framework for understanding suicidal action. *Death Studies*, 31, 131-154.
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2014). Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 4, 394.
- Halvorsen, B.E. (2014). "Jeg tror han ble rammet av en bunnløs, svart tomhet". Hentet 09.01.15, fra [http://www.aftenposten.no/amagasinet/Jeg-tror-han-ble-rammet-av-en-bunnlos\\_-svart-tomhet-7525788.html](http://www.aftenposten.no/amagasinet/Jeg-tror-han-ble-rammet-av-en-bunnlos_-svart-tomhet-7525788.html)
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A. & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50, 269-276.
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-81.
- Heller, N.R. (2014). Risk, Hope and Recovery: Converging Paradigms for Mental Health Approaches with Suicidal Clients. *British Journal of Social Work*, 1-16.  
doi:10.1093/bjsw/bcu007
- Helsedirektoratet (1993). *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2011). *Etter selvmordet - veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2014a). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2014b). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

- Hendin, H. (1991). Psychodynamics of Suicide, With Particular Reference to the Young. *The American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1150-1158.
- Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 14(1), 16-20.
- Hjelmeland, H. (2013). Suicide Research and Prevention: The Importance of Culture in "Biological Times". I: E. Colucci & D. Lester (red.), *Suicide and Culture. Understanding the Context*. (s. 3-24). USA: Hogrefe Publishing
- Hjelmeland, H. (in press). A critical look at suicide research. I: J. White, I. Marsh, M. Kral & J. Morris (red.). *Critical Suicidology: Re-thinking Suicide Research and Prevention for the 21st Century*. UBC Press
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B.L. & Leenaars, A.A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36, 605-626.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B.L. & Rasmussen, M.L. (2014a). Selvmord og psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 14, 1369-70.
- Hjelmeland, H., Hagen, J. & Knizek, B.L. (2014b). Selvmordsforebygging i psykisk helsevern – på tide å tenke nytt? *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 12-13, 1222.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2011a). What kind of research do we need in suicidology today? I: R. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (red.). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, s. 591-608. Chichester: Wiley-Blackwell
- Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2011b). Methodology in suicidological research – contribution to the debate. *Suicidology Online*, 2, 8-10.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2013). Hva er meningen? Selvmordsatferd som kommunikasjon. *Sosiologi i dag*, 43(1), 7-30.
- Holm, A.L. & Severinsson, E. (2011). Struggling to recovery by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 165-173.

- Isacsson, G. & Rich, C.L. (2003). Correspondence. Getting closer to suicideprevention. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 457-458.
- Jacobson, N. & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333-341.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 248-256.
- Jobes, D.A. (2000). Collaborating to Prevent Suicide: A Clinical-Research Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 8-17.
- Jobes, D. A. (2011). Suicidal Patients, the Therapeutic Alliance, and the Collaborative Assessment and Management of Suicidality. I: K. Michel & D.A. Jobes (Red.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg., s. 205-230). USA: American Psychological Association
- Jobes, D. A. & Ballard, E. (2011). The Therapist and the Suicidal Patient. I: K. Michel & D.A. Jobes (Red.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg., s. 51-62). USA: American Psychological Association
- Joiner, T.E. (2011). Editorial: Scientific Rigor as the Guiding Heuristic for *SLTB*'s Editorial Stance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(5), 471-473.
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A. Bell, R. & Fraser, C. (2012). The profile of suicide:changing or changeable? *Sos Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 1-9.
- Knizek, B.L. & Hjelmeland, H. (2007). A theoretical modell for interpreting suicidal behaviour as communication. *Theory & Psychology*, 17(5), 144-155.
- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 1(1), 13-26.
- Kral, M.J., Links, P.S. & Bergmans, Y. (2012). Suicide Studies and the Need for Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(3), 236-249.
- Kristiansen, G. H. (2010). Definisjonsmakt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 167-171.
- Lakeman, R. & FitzGerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 114-126

- Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C. & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 619-628.
- Large, M. & Ryan, C. (2014a). Suicide risk assessment: myth and reality. *The International Journal of Clinical Practice*, 68(6), 679-681.
- Large, M. & Ryan, C. (2014b). Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49, 1353-1355.
- Large, M., Ryan, C., Walsh, G. Stein-Parbury, J. & Patfield, M. (2014). Nosocomial suicide. *Australasian Psychiatry*, 22(2), 118-121.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, ps. *psychiatryonline.org*, 62(12), 1470-1476.
- Leenaars, A.A. (2002). The Quantitative and Qualitative in Suicidological Science: An Editorial. *Archives of Suicide Research*, 6, 1-3.
- Lester, D. & Walker, R.L. (2006). The Stigma of Attempting Suicide and the Loss to Suicide Prevention Efforts. *Crisis*, 27(3), 147-148.
- Linehan, M.M. (2008). Suicide Intervention Research: A Field in Desperate Need of Development. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5). pp. 483-485.
- Litman, R.E. (1996). Suicidology: A Look Backward and Ahead. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(1), 1-7.
- Lyberg Rasmussen, M., Haavind, H., Dieserud, G. & Dyregrov, K. (2014). Exploring Vulnerability to Suicide in the Developmental History of Young Men: A Psychological Autopsy Study. *Death Studies*, 38, 549-556.
- Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

- Maltsberger, J. T. (2011). Empathy and the Historical Context, or How We Learned to Listen to Patients. I K. Michel & D.A. Jobes (Red.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg., s. 29-47). USA: American Psychological Association
- Marlin, L. (2014). *Lene Marlin: Jeg ville ikke leve lenger*. Lest 09.01.15, hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Lene-Marlin-Jeg-ville-ikke-leve-lenger-7688318.html>
- Meehan, T.J., King, R.J., Beavis, P.H. & Robinson, J.D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 177-182.
- Mehlum, L. & Mork, E. (2011). After the Suicide Attempt: The Need for Continuity and Care. I: R. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (red.). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, 353-368. Chichester: Wiley-Blackwell
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A. & Davidson, L. (2006). From Participation to Citizenship: How to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 39-61.
- Michel, K., Dey, P., Stadler, K. & Valach, L. (2004). Therapist Sensitivity Toward Emotional Life-career Issues and the Working Alliance with Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 8., 203-213.
- Michel, K. (2011). Introduction. I: K. Michel & D.A. Jobes (Red.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg., s. 3-10). USA: American Psychological Association
- Michel, K. & Jobes, D.A. (2011). *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg.). USA: American Psychological Association
- Mulder, R. (2011). Problems with Suicide Risk Assessment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 605-607.
- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge. Et folkehelseperspektiv*. Nydalen: Nasjonalt Folkehelseinstitutt

- National Action Alliance for Suicide Prevention: Suicide Attempt Survivors Task Force. (2014). *The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience*. Washington, DC
- Norvoll, R. (2013a). Samfunnsfagenes bidrag til kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (1. utg., s. 13-33). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Norvoll, R. (2013b). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (1. utg., s. 38-72). Oslo: Gyldendal Akademisk
- O`Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L. & Silverman, M.M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Ochocka, J., Nelson, G. & Janzen, R. (2005). Moving forward: Negotiating self and external circumstances in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 315-321.
- O`Hagan, M. (2004). Recovery in New Zealand: Lessons for Australia? *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 3(1), 1-3.
- Onken, S.J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R.O. & Cook, J.A. (2007). An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.
- Orbach, I. (2011). Taking an Inside View: Stories of Pain. I: K. Michel & D.A. Jobes (Red.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg., s. 111-128). USA: American Psychological Association
- Oyebode F. (2004). Invited commentary on: The rediscovery of recovery. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 48-49.
- Perkins, R. & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29-39.
- Pilgrim, D. (2008). "Recovery" and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4, 295-304.



- Pouliot, L. & De Leo, D. (2006). Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510.
- Pridmore, S. (2011). Medicalisation of Suicide. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 18(4), 78-83.
- Prior, L. (2010). Documents in Health Research. I: I. Bourgeault & R. Dingwall & R. De Vries (reds). *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (s. 417-431). SAGE.
- Qvortrup, L. (1999). Selvmordsatfærd, kommunikation og sprog-teoretiske perspektiver. I: J. Beskow, B.E. Eriksson & N. Nikku (Red.), *Sjælmordsbeteende som språk*. (s. 13-35). Uppsala: Ord & Form AB
- Ramon, S., Healy, B. & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(2), 108-122.
- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (1. utg., s. 213-241). Oslo: Gyldendal Akdemisk
- Resnick, S.G., Fontana, A., Lehman, A.F. & Rosenback, R.A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75, 119-128.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Roberts, G. & Boardman, J. (2013). Understanding "recovery". *Advances in psychiatric treatment*, 19, 400-409.
- Roberts, G. & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37-49.
- Roe, D., Rudnick, A. & Gill, K.J. (2007). The Concept of "Being in Recovery". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 171-173.
- Rogers, J.R. & Apel, S. (2010). Letter to the Editors. Revitalizing Suicidology: A call for mix methods designs. *Suicidology Online*, 1, 92-94.

- Rudd, M.D. & Brown, G. K. (2011). A Cognitive Theory of Suicide: Building Hope in Treatment and Strengthening the Therapeutic Relationship. I: K. Michel & D.A. Jobes (Red.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg., s. 169-182). USA: American Psychological Association
- Rudd, M.D., Trotter, D.R.M. & Williams, B. (2009). Psychological theories of suicidal behaviour. I: D. Wasserman & C. Wasserman (Red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective* (s. 159-164). Oxford: Oxford University Press
- Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M. & Saveman, B-I. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 635-643.
- Sane Australia (2013). *Suicide Prevention and Recovery Guide: A resource for mental health professionals*
- ”Selvmord angår oss alle” (2014). Hentet 23.03.15, fra <http://www.adressa.no/meninger/leder/article9884945.ece>
- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. USA: Rowman & Littlefield Publishers, INC
- Shneidman, E. (1991). The commonalities of suicide across the life span. I: A.A. Leenaars (red.). *Life Span Perspectives on Suicide. Time-Lines in the Suicide Process* (s. 39-52). New York: Plenum Press
- Shneidman, E. (1993). Commentary. Suicide as Psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147.
- Shneidman, E. (1998). Further Reflections on Suicide and Psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245-250.
- Shneidman, E. (2001). Suicidology and the University: A Founder`s Reflections at 80. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 1-8.
- Simon, G. E. & vonKorff, M. (1998). Suicide Mortality among Patients Treated for Depression in an Insured Population. *American Journal of Epidemiology*, 147(2), 155-160.

- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 138-144.
- Stickley, T. & Felton, A. (2006). Promoting recovery through therapeutic risk taking. *Mental Health Practice*, 9(8), 26-30.
- Stickley, T. & Wright, N. (2011). The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part One: a review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 247-256.
- Straume, S. (2014). Selvmordsforebyggingens pris. *Tidsskrift for Norsk*
- Sverdrup, S. (2002). *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tessand, H. (2014). *Hummer og kanari om selvmord og selvskading*. Lest 19.03.2015, fra <http://beta.mobil.aftenposten.no/meninger/debatt/Hummer-og-kanari-om-selv-mord-og-selvskading-7553390.html>
- Tickle, A., Brown, D. & Hayward, M. (2014). Can we risk recovery? A grounded theory of clinical psychologists' perceptions of risk and recovery-oriented mental health services. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87, 96-110.
- Tadros, G. & Jolley, D. (2001). The stigma of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 179(2).
- Titelman, D., Oskarsson, H., Wahlbeck, K., Nordentoft, M., Mehlum, L, Jiang G-X...Wasserman, D. (2013). Suicide mortality trends in the Nordic countries 1980-2009. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(6), 414-423.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. & Davidson, L. (2009). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*,
- Undrill, G. (2007). The risk of risk assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 291-297.

- Van Heeringen, C., Portzky, G. & Audenaert, K. (2004). The Psychobiology of Suicidal Behaviour. I D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmidtke (Red.), *Suicidal behaviour. Theories and research findings* (1.utg., s. 61-66). Tyskland: Hogrefe & Huber
- Van Heeringen, K. & Mann, J. (2014). The neurobiology of suicide. [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry), 1, 63-72.
- Westerveld, J. (2014). *Jeg hadde alt, men det var ikke nok*. Lest 09.01.15, hentet fra [http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Jeg-hadde-alt\\_-men-det-var-ikke-nok-7545395.html](http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Jeg-hadde-alt_-men-det-var-ikke-nok-7545395.html)
- WHO (2014). *Preventing Suicide. A Global Imperative*.
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 111-118.
- Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (1. utg., s. 73-97). Oslo: Gyldendal Akademisk