

Vi må unngå å snakke bort pasientens smerte



Siv Hilde Berg

psykolog og førsteamanuensis i pasientsikkerhet, Universitetet i Stavanger

Universitetet i Stavanger

Siv.h.berg@uis.no

Av og til svikter vi den helt grunnleggende oppgaven i psykiske helsetjenester: å forstå og håndtere pasientens psykiske smerte.

Mange har henvendt seg til meg etter at de leste kronikken Det er ikke farlig å ha vondt (Berg, 2021) og fortalt at helsepersonell blir blanke i blikket, bagatelliserer eller snakker bort smerte de forteller om. Følelser av skam, håpløshet og tap av tillit til helsehjelpen forsterkes av disse erfaringene.

Erkjennelsen av vår egen eksistens befinner seg alltid i skyggen av vissheten om at vi skal dø, skriver Irvin Yalom (2015). Å lytte til andres smerte blir som et speil på vår egen dødelighet. Det er som å stirre på solen. Vi kan kun se på den i små glimt om gangen. I ubehaget vi opplever i møtet med andres smerte, er det lett å ty til metoder som hjelper med å skape emosjonell distanse. Feilimplementerte kognitive teknikker og skjemaer blir «effektive solbriller» i møte med smertens glødende solstråler.

Likhetene mellom kronisk smertebehandling og selvmordsforebygging er påfallende

For helsepersonell som skal ivareta både pasientens og egen helse, er det nødvendig å balansere mellom emosjonell involvering og profesjonell avstand. Balansen ivaretas ofte ved hjelp av faglig veiledning og refleksjon. Helsepersonell som ikke er psykologutdannet, men som benytter psykologiske metoder, opererer derimot ofte uten veiledning. Det er nærliggende å tenke at dette kan bidra til både for stor avstand så vel som overinvolvering.

Likner selvmordsforebygging

Likhetene mellom kronisk smertebehandling og selvmordsforebygging er påfallende. I en kvalitativ studie dybdeintervjuet jeg 18 pasienter som var innlagt i psykisk helsevern for voksne (Berg et al., 2020). De hadde alle vært gjennom en suicidal krise, og halvparten hadde forsøkt å ta livet sitt før de ble innlagt. Pasientene hadde alle blitt spurt om selvmordstanker og planer mens de var innlagt, gjentatte ganger. Noe av det som overrasket meg, var at de fleste ikke opplevde å ha hatt noen ytterligere samtale om selvmordstankene med helsepersonell. De opplevde å snakke om selvmordstankene for første gang i intervjuet med meg. Dette er et paradoks. Hvordan kan pasientene oppleve å ha blitt spurt om selvmordstanker, men ikke oppleve å egentlig ha hatt en samtale om selvmord med helsepersonell? Flere av pasientene erfarte at samtalen stoppet etter de hadde svart på om de hadde selvmordstanker. Noen hadde møtt helsepersonell som satt med et skjema når de skulle gå gjennom selvmordstankene. De følte at de var en del av et maskineri: at de som individ ikke var viktig, og de kjente på følelser av uverdighet.

Pasientene forventet en samtale når helsepersonell åpnet opp for å prate om vanskelige følelser, mens helsepersonell skulle kartlegge og hente inn informasjon. Systemet evnet å iverksette prosedyren,

men sviktet på det helt grunnleggende, selve kjerneoppgaven i psykiske helsetjenester: å forstå og håndtere psykisk smerte.



I en systematisk litteraturstudie av pasienterfaringer med å være innlagt i en selvmordskrise fant vi at imøtekommelse av helt grunnleggende psykologiske behov for beskyttelse, tilknytning og opplevelse av kontroll var avgjørende for pasientenes opplevelse av trygghet under innleggelse. Men det var også her det sviktet (Berg et al., 2017).

Det er forskjell på fysisk og psykisk smerte, men det er allikevel noen fellestrekk. Selv om årsakene til smerte er komplekse og kan være vanskelig å forstå, kan det synes som om behandlingen svikter i det basale, i det å møte grunnleggende psykologiske behov. Dette til tross for at vi har kunnskapen om hvordan vi kan individtilpasse tjenester og skape gode relasjoner.

Det er kjent at pasienterfaringer er assosiert med klinisk effektivitet og pasientsikkerhet på tvers av ulike områder av helsetjenesten (Doyle et al., 2014). Å ta hensyn til pasientens erfaringer vil øke sannsynligheten for bedre behandlingsresultat.

Å tåle smerte

«Hvor mye smerte tåler samfunnet?» ble jeg spurt i kjølvannet av debatten om smertebehandling i Psykologtidsskriftet. Som individer tåler vi muligens litt mer med solbriller på. Som samfunn tror jeg vi må velge hvilke verdier som skal være styrende for våre samfunnsstrukturer.

Det er behov for å organisere tjenester som har kapasitet, tåler smerte og håndterer vanskelige følelser som står i veien for menneskelig tilknytning.

I møte med kompleksitetene i oppgavene å levere det som virker for den enkelte, må vi sørge for at tjenesten ivaretar det grunnleggende: å forstå pasientens perspektiv.

Referanser

- Berg, S. H. (2021). Det er ikke farlig å ha vondt. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 12, 2021, side 1057 - 1059
- Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A. & Aase, K. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ Open*, 10(11), e040088.
- Berg, S. H., Rørtveit, K. & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17(1), 73.
- Yalom, I. D. (2015). Å stirre på solen: Om å overvinne frykten for døden. Arneberg.
- Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2014). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3, e001570.