

Utformning och upplevelse av SUICIDPREVENTIV VÅRDMILJÖ inom den psykiatriska heldygnsvården

Patienters erfarenheter av heldygnsvård är en stor kunskapsbank, vilken vi föreslår i högre grad ska tas tillvara för att möjliggöra nya värdefulla perspektiv vid om- och nybyggnationer inom psykiatrisk vård. Detta görs till viss del redan idag genom olika metoder och kunskapsutbyte med intresseorganisationer, men hade kunnat nyttjas betydligt mer. Inom forskning och designprocesser skulle kompetensen kunna involveras mer genom fördjupad delaktighet från personer med erfarenhetsperspektiv. På så sätt skulle ett inkluderande förhållningssätt integreras och fler metoder skulle kunna utvecklas och utvärderas. Dessutom behöver de begrepp som används idag, t.ex. när man pratar om "hemlighet" och "normaliserade miljö" problematiseras och diskuteras.



Susanne Tell



Franz James

Susanne Tell och Franz James kommer från två olika erfarenhetsperspektiv och professioner med ett gemensamt engagemang för vårdmiljöer och suicidprevention. De kombinerar gärna dessa perspektiv i föreläsningssammanhang.

SUSANNE TELL är bland annat författare till boken "Handbok för livskämpar" tillsammans med Jan Beskow och Filippa Gagnér Jenneteg. Susanne är även en av grundarna till den suicidpreventiva appen "Lumeno".

FRANZ JAMES är doktorand i Design vid Göteborgs Universitet, Lektor i Möbeldesign vid HDK-Valand, Campus Steneby och designer/grundare till Healsafe Interiör.

FÖRSTÅElsen och erfarenheten av att vårdas inom psykiatri, det vill säga själva "varandet", av att vara patient, skulle tillföra den levda erfarenhetens perspektiv och minska antaganden om vad som är viktigt i rummets utformning. Vi menar inte att endast de som har erfarenhet av att vårdas inom psykiatri innehar en förståelse, deras förståelse är en av flera. Personalen har sin förståelse, verksamheten, arkitekten och funktionsplaneraren har sin. Men, den som är öppen för att "se" och erfara kan öka sin förståelse och i den mån det är möjligt, erfara andras. Trots att erfarenheten alltid är subjektiv kan man alltså i designprocessen tillföra en djupare förståelse för vad vårdmiljön betyder på ett existentiellt plan —vem blir man och vad behöver man som patient?

För de personer som brottas med självskada och risk för suicid kan verksamhetens i grunden

goda strävan för att skapa en så "normaliserad" och "icke-stigmatiserande" miljö som möjligt utgöra en risk för genomförda skador och suicid om tillräcklig prevention saknas i den fysiska vårdmiljön. Det kan då medföra en otrygghet där möjligheterna att skada sig blir alltför tillgängliga och uppenbara. Vi ser inga motsättningar mellan det "normaliserade" och det suicidpreventiva, utan möjligheter till att skapa både en trygg, säker och läkande miljö om man vidgar perspektiven och tar tillvara de kunskaper och erfarenheter som finns.

I processen med att skapa vårdmiljöer undrar vi om det inte finns tankar hos beställare, arkitekter och bland verksamhetens utförare om att synliga preventioner i inredningen, klädesplagg och ting skulle "trigga" och t.o.m. utlösa en självskadehandling. Det här är en luddig fråga som det samtalas om i processen mot

att skapa nya vårdmiljöer, men som inte diskuteras offentligt. Ett antagande från vår sida är att motståndet mot preventioner bygger på idén om att synlig prevention skulle upplevas som stigmatiserande; den skulle då säga till patienten att "vi litar inte på dig". Möjligen kan det också handla om att man menar att det läsbara suicidpreventiva i sig skulle provocera patienten till att utmana preventionen och genom ett suicidförsök då motbevisa "provokationen" hen utsatts för.

De tankar om "triggers" och "stigmatisering" vi lyfter är i mycket liten grad beskrivna i litteratur eller vetenskapliga sammanhang, samtidigt upplever vi att de är starkt avgörande för utformningen av vårdmiljön. Men vårdmiljöns utformning handlar om balans, omsorg, innovation och kunskap för att skapa rätt förutsättningar. Med rätt förutsättningar efter behov menar vi att även läsbar säkerhet kan skapa trygghet och minska ångest eftersom den kan förstås som "jag hindras att skada mig" och rädslan kan släppa det för en stund.

Eftersom utrymmet i denna text är begränsat kan vi inte gå in i detalj och exemplifiera på alla områden vi önskat. Vi ser därför den här texten som ett första utkast och förhoppningsvis en början till ett samtal där vi lyfter tre frågeställningar:

- I. Kan ett hindrat suicidförsök avbryta den "suicidala krisen" och vad händer efteråt?**
- II. Vad krävs av vårdmiljön för att i möjligaste mån förhindra att någon tar livet av sig?**
- III. Vad krävs av den fysiska miljön för att stödja återhämtning?**

I. Den suicidala krisen innebär inte att en människas vilja att ta sitt liv är beständig utan "Viljan att leva är beständig, viljan att dö är periodisk." [1] Genom detta synsätt kan vi tydligare förstå att den kris som uppstår är akut och övergående. Krisen kan återvända men den är inte konstant och att bryta den öppnar upp för återhämtning och behandling. De som har erfarenhet av denna kris menar att det ofta kommer

en enorm trötthet efteråt och att fasen av återhämtning är tung och att känsligheten är förhöjd. En ökad känslighet för sociala relationer och omgivande miljö skapar då ett behov av extra trygghet och känsla av att få rå över sin närmaste omgivning.

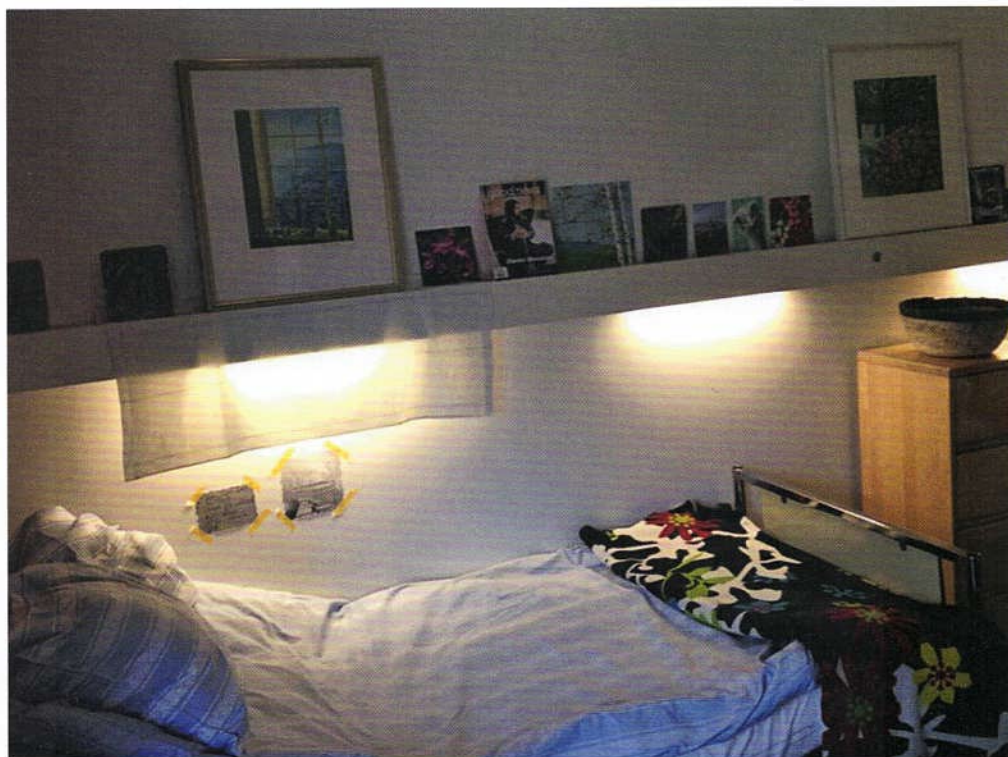
II. Eftersom "viljan att dö är periodisk" så kan utformningen av vårdmiljön inte utgå ifrån att det finns en konstant risk för suicid, däremot att risken finns. Det gör det givetvis komplicerat. En avdelning för akutvård, där patienten är mindre känd innebär förmodligen större risk för självsador och suicid än en avdelning där patienten vistas längre tid och skapat allians med personalen. Oavsett grad av risk så är alltid personalens goda kunskap i att läsa patienten en avgörande faktor för att hindra ett suicidförsök. Men, en preventiv miljö skall stötta både personal och vårdtagare genom att minska risk. Så, vad krävs av miljön? En preventiv miljö är också en läkande miljö som stödjer patienter i deras återhämtning, och stödjer personal i deras möjligheter att ge vård, vilket också innebär patient- och personalsäkerhet. Säkerhet och en god vårdmiljö skall inte förstås som en dikotomi (som det ofta uppfattas) utan som grunden för en helhetstänkt miljö. I boken Arkitektur som medicin [2] beskriver psykiatri-

kern Erik Brenner betydelsen av psykiatrins vårdmiljö som att "... man något förenklat kan säga att lämpliga vårdlokaler för psykiatri är lika viktigt som avancerad medicinsk-teknisk utrustning är för de somatiska specialiteterna." Jämförelsen får en att tänka på just vikten av vårdmiljön och att den borde få lov att kosta. Vi tror att återhämtningen och "vårlandet" underlättas om miljön ses som ett essentiellt verktyg i psykiatrisk vård.

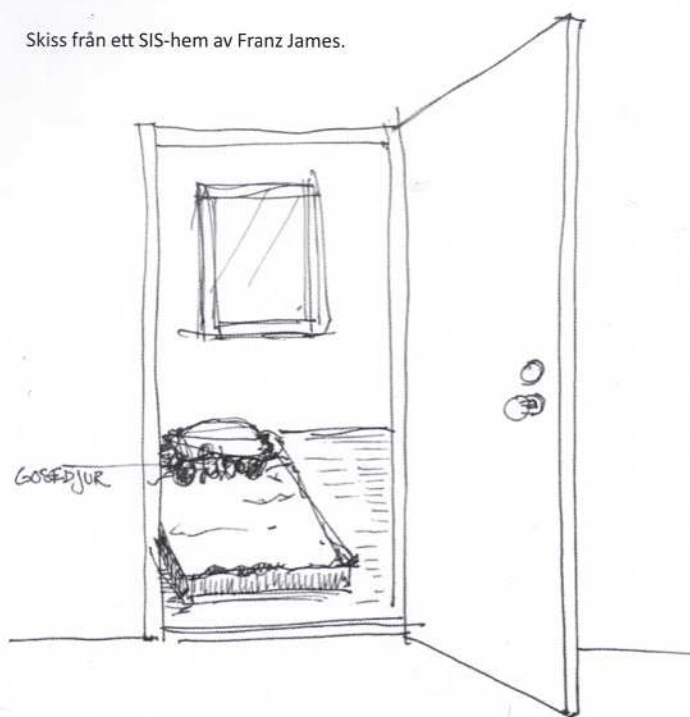
III. När den akuta "suicidala krisen" övergår till en period av återhämtning kan vårdmiljön få en förändrad roll. Ofta är personen mer registrerande och har ett annat förhållningssätt till inredningen, klädesplagg och ting. I nyorienteringsfasen efter ett suicidförsök blir en stödjande miljö därför central. Men tiden för återhämtning är ofta lång och långsam. Här kan inte betonas nog hur viktig vårdpersonalen är för att "få tiden att gå" och känna sig trygg.

Tiden kan passera smärtsamt långsamt i patientrummet och kan underlättas eller försvåras genom utformningen av rummets funktioner och teknik. I bilden från ett patientrum i psykiatrisk vård, där en av författarna tillbringat tid, erbjuder tavellisten en möjlighet till en utsträckt social kontakt och att

Foto: Susanne Tell



Skiss från ett SIS-hem av Franz James.



MADRASS PÅ GOLV. SÅ ATT FLICKAN INTE RAMLAR UR SÄNGEN
PÅ NATTEN DÅ HON HAR SVÅR ÅNNEST.

känna tillhörighet och identitet med omvärlden. Däremot är belysningen problematisk. Lamporna under tavellisten belyser hela kroppen och skapar en känsla av avkläddhet. Ljuskällan är dessutom för stark (se den egna "dimmern") och avsaknad av funktionen att rikta ljuset gör att det fungerar dåligt som läsbelysning. Ur ett riskbedömningsperspektiv finns flera brister. Bland annat i sängens konstruktion som erbjuder flera fästpunkter för en ligatur och kan möjliggöra suicid genom kvävning. Bristerna vad det gäller ljusergonomi och suicidförsök kan åtgärdas och ju mer vi lär oss om möjligheterna att förebygga risk och att underlätta positiva verktyg (tavellisten) t.ex. mot isolering, desto bättre vårdmiljö får vi. Känslan av inlåsthet och vikten av att inte känna sig "trängd" kan underlättas genom breda korridorer, där man helst kan nå sitt mål genom mer än ett alternativ. Att välja väg och vem man möter underlättar. Potentiellt triggande ljud som nyckelskrammel, lås som "blippar", röster och ljud som vandrar genom ventilation samt dålig akustik är fenomen som också kan undvikas för att stödja återhämtning.

Det är väsentligt att se att inlåstning per se för med sig negativa

konsekvenser, inte minst när den varar en längre tid. Även om inlåstningen för vissa kan skapa en behövlig trygghet och patientens förståelse för inlåstningen i sig kan mildra dess negativa konsekvenser påverkas bland annat relationer, ekonomi, arbete och utbildning. Möjligheten till att vistas utomhus och social interaktion begränsas vilket kan skapa ro hos vissa, men ångest hos andra. Därför är det så oerhört viktigt att vara medveten om att skapa en vårdmiljö som inte belastar och inte gör mer illa genom inlåstningens effekter. Genom att vara medveten om effekterna kan vårdmiljön och vården formas för att mildra de skadliga följderna och skapa alternativ till de behov som förhindras men även mildra effekten av det som inte går att förändra [3].

Vi har nämnt några trygghetsskapande fysiska och socio-materiella faktorer men vill också tillägga att vi är alla olika och har olika behov. Det hindrar i och för sig inte att utformningen av vårdmiljön utformas i patientrummen eftersom den genom sin design kan erbjuda olika lösningar; det som är tänkt som en sittbänk vid fönstret kan vara en plats för symboliska meningsskapande föremål för en annan. Bänken, eller "altaret", kan på så vis vara

en inkluderande plats med olika funktioner som möter olika behov. Men då gäller det också att denna plats är inkluderande för alla kroppar, ergonomisk och tar hand om olika behov med lika stor omsorg. En plats i rummet som upplevs betydelsefull skall inte vara en symbolisk enkel lösning. En plats för god sömn och återhämtning blir inte det endast för att det står en säng där. I detta är den upplevda erfarenheten avgörande, inte det vi registrerar genom våra ögon när vi ser ett rum, utan de erfarenheter vi gör genom våra kroppar när vi möter rummet och inredningen. Som utformare av den fysiska miljön är det bra med ett visst mått av försiktighet med att anta att andra personer uppfattar miljön och agerar i den som man förväntar sig utifrån sociala normer, personlig moral eller utformarens goda intention. Någon tycker det är ångestbefriande att sova på golvet, då behövs en madrass och plats för att göra det. Någon behöver flytta en möbel då det blir oroligt i rummet annars. Någon vill ha fördraget och orkar inte med ljus. Vi behöver ta hänsyn till de olika behoven, men framför allt skaffa oss verktyg för att förstå andras perspektiv.

För att tala om perspektiven behöver de begreppsiggöras. Det är en ständigt pågående diskussion, men viktig. I många sammanhang talas det om att skapa en miljö som är trygg och hemlik. "Hemlik" är ett problematiskt begrepp (vems hem?), kanske kan vi istället prata om en återhämtande, säker, dynamisk (förändringsbar) och inkluderande vårdmiljö. Vår förhoppning är bland annat att öppna för att begreppsiggöra (med ett eller flera ord) vad en god vårdmiljö innebär inom psykiatrisk vård. Vi tror att det kunde göra gott, dels för att definiera vilka faktorer som är viktiga att inkludera, dels för att kunna kommunicera dem med beslutsfattare längs vägen. Med den här texten hoppas vi få igång en öppen diskussion kring begreppsfrågan och flera av frågorna vi tagit upp. ■

Vi ser fram emot
en fortsatt dialog

LÄS MER

1. Gagnér Jenneteg, F., Tell, S., Beskow, J., *Handbok för livskämpar till dig som inte vet om du orkar leva*. 2018.
2. From, L., Lundin, S., *Ariktektur som medicin — arkitektens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatri*. 2009.
3. James, F., "It's important to not lose myself" *Beds, Carceral Design and Women's Everyday Life within Prison Cells*, in *Prison Architecture and Humans*, E. Fransson, F. Giofrè, and B. Johnsen, Editors. 2018.