



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Christine Schilvold og Oda Ellegaard Melby
Veileder: Liv Bekkeli

Mye sorg kan ligge bak et smil

A lot of sorrow can lie behind a smile

Antall ord: 11835

BASY 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Forord

*Jeg våkner opp og sola har allerede
stått opp. Sola tok meg ikke med i
dag. Kanskje i morgen?*

Sitat fra leserinnlegg i Hamar Arbeiderblad

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å ta for seg selvmordsproblematikk og hvilke kompetanse og kunnskap sykepleieren må ha for å kunne forebygge selvmord og selvmordsforsøk. Med dette fokuset vil man få et perspektiv på hvordan selvmordsproblematikken utarter seg og hvordan man bearbeider den. Dette er et litteraturstudie, hvor forskningsartikler, fagartikler og litteratur gir forståelse for hvordan man møter og arbeider med selvmordsnære pasienter. Det er i denne oppgaven fokus på sykepleierens rolle i forebyggende behandling. Hvor man gjennom drøfting vil få et resultat på hvilke tiltak som vil være forebyggende hos selvmordsnære pasienter.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse.	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	6
1.3 Oppgavens disposisjon.....	6
1.4 Oppgavens avgrensing	6
1.4.1 Case	8
1.5 Begrepsavklaring	8
2.0 Metode	9
2.1 Valg av metode.....	9
2.2 Litteratursøk og kildekritikk	9
3.0 Presentasjon av begreper i problemstillingen	11
3.1 Joyce Travelbees sykepleierteori	11
3.1.1. Menneske-til-menneske-forhold i sykepleie.....	12
3.2 Forebyggende sykepleie.....	13
3.3 Borderline personlighetsforstyrrelse	14
3.3.1 Risikofaktorer ved Borderline personlighetsforstyrrelse	17
3.4 Teori om selvmord.....	18
3.4.1 Selvmordsrisiko	18
3.5 Den suicidale prosessen	20
4.0 Hjelp meg til å godta meg selv som den jeg er!.....	22
4.1 Første gangen jeg møtte deg	22
4.1.1 Selvmordsrisikovurdering.....	26
4.2 Du er unik og enestående.....	29
4.3 Jeg er glad noen forstår.....	31
4.4 Jeg vil bare hjelpe deg.....	33
4.5 Jeg føler meg som et fullstendig menneske igjen.....	34
5.0 Konklusjon.....	38
6.0 Litteraturliste.....	40
Vedlegg 1.....	44

1.0 Innledning

I Norge begås det ca. 530 selvmord årlig, hvorav rundt 150 av dem blir begått av kvinner og i underkant av 400 av menn. Raten av selvmordsforsøk er 10 ganger så høy som selvmordsraten. Over halvparten av alle selvmord begås av de under 50 år, det er sjelden at barn under 15 år tar sitt eget liv (Folkehelseinstituttet, 2011).

85 % av alle selvmord i Norge blir utført ved henging, forgiftning, skyting og drukning, hvor henging er den mest vanlige metoden. Menn velger ofte å begå selvmord ved henging, skyting eller drukning, mens kvinner oftere tar overdose av medikamenter/forgiftning (Schei & Bakketeig, 2007).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valget av tema er at vi begge under praksis har opplevd pasienter som har forsøkt eller ytret et ønske om å utføre en suicidal handling. Dette er derfor et tema vi ønsker å se nærmere på da det for oss er vanskelig å forstå den håpløsheten og det steget det er for folk å ta selvmord.

Selvmord er den eneste løsningen for de som velger å utføre det og selvmord er for dem siste utvei. Selvmord er svaret som de tror kan løse problemene deres, og flere av de vi har møtt i praksis tror at familien og de rundt seg vil ha det bedre når de ikke er der lenger. Dette er noe vi ønsker lære mer om, da det å dø for oss ikke er noen løsning. For pasientene er dette en måte å unngå problemene på.

I tillegg har begge opplevd at bekjenskaper eller mennesker i våre nettverk har hatt selvmordstanker eller utført et selvmordsforsøk, og dette er også en grunn til at vi har valgt dette som tema. Vi synes dette er et interessant tema og ønsker å tilegne oss mer kunnskap om dette. Det er spennende å skrive om noe som ikke så mange andre har valgt å skrive om.

Siden vi tror at som sykepleiere kommer vi til å støte på suicidalitet en eller flere ganger i løpet av arbeidslivet, mener vi at det er viktig å ha denne kunnskapen om temaet. Temaet suicidalitet er et tema vi som er svært aktuelt i vårt samfunn, men det er fortsatt noe tabubelagt. Dette kan sees ved at statistikken viser mange selvmord i vårt samfunn, men dette er ikke noe vi hører veldig mye om.

Grunnet vår bakgrunn og erfaring innenfor dette temaet vil vi kunne bli subjektive, men vi velger likevel å skrive om det da det er et behov om god kunnskap hos sykepleiere. Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap til de erfaringene vi har fra tidligere praksis og arbeid.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

«Hvordan kan sykepleieren forebygge selvmord hos pasienter med diagnosen Borderline personlighetsforstyrrelse?»

Grunnet vår interesse for at sykepleieren skal ha kunnskaper om selvmord og møte med de selvmordsnære pasientene er dette aktuelt for å kunne yte best mulig hjelp, har vi valgt å ta for oss sykepleierens forebyggende rolle i selvmordsproblematikken.

Vi har valgt å avgrense med Borderline personlighetsforstyrrelse da dette er en gruppe pasienter hvor selvskading og selvmord er en hyppig innleggelsesårsak (Mehlum & Jensen, 2006)

1.3 Oppgavens disposisjon

Vi vil i denne oppgaven ta for oss begrepene som er presentert i problemstillingen. Disse er sykepleie, forebygging, selvmord og Borderline personlighetsforstyrrelse.

Vi vil ta for oss disse begrepene i teorikapittelet 3.0.

I drøftingskapittelet 4.0 vil vi drøfte ulike forebyggende tiltak som sykepleieren kan foreta seg. Disse er utarbeidet med utgangspunkt i Joyce Travelbees prinsipper om å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom individet og sykepleieren.

1.4 Oppgavens avgrensning

Grunnet det store omfanget av selvmord har vi valgt å fokusere på Borderline personlighetsforstyrrelse. Dette er for å ha en diagnose å gå ut i fra, noe som avgrenser et så stort tema. Vi har også valgt å fokusere på Borderline personlighetsforstyrrelse fordi pasienter med denne diagnosen har høy selvmordsrisiko. Vi har valgt å spesifisere aldersgruppen, og velger å skrive om etnisk norske kvinner i alderen 20 til 40 år. Denne avgrensningen har vi gjort ved å skrive et case (1.4.1). Dette har vi gjort fordi vi har forstått det slik at Borderline personlighetsforstyrrelse oftest blir diagnostisert hos kvinner i denne alderen.

Av sykepleierteori har vi valgt å bruke Joyce Travelbee som teoretiker i drøftingsdelen, men velger å bruke elementer av Jan Kåre Hummelvolls faser i sykepleier-pasient-fellesskapet. Vi mener at spesielt Hummelvolls forberedelsesfase er viktig for vår oppgave, da det er viktig å være forberedt før man møter den selvmordsnære pasienten første gangen.

Vi har valgt å utelate ordet «skjerming», fra medmennesker, men vil fokusere på beskyttelse av pasienten fra egne handlinger. Derfor vil vi i stedet fokusere på John Gundersons miljøterapeutiske prinsipper «beskyttelse» og «støtte». I tillegg vil vi i drøftingsdelen bruke «hun» eller «henne» og utelate «han» på grunn av fokuset på kvinnelige pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse.

I oppgaven velger vi å ikke skrive om medikamentbruk ved Borderline personlighetsforstyrrelse, selv om dette vil være en del av behandlingen, siden dette ikke er en sykepleieroppgave.

Kapittelet om Travelbees fase, «det innledende møtet», er et langt kapittel, men vi mener det er nødvendig for å få med alle relevante faktorer for det første møtet med den selvmordsnære pasienten.

I «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» (2008) står det at leger og psykologer er kvalifisert til å vurdere selvmordsrisiko. Med opplæring kan annet helsepersonell, i denne sammenheng sykepleieren, få utføre vurderingen hvis erfaring og faglig bakgrunn er god nok. Derfor har vi valgt å ta utgangspunkt i at sykepleieren som skal utføre vurderingen av selvmordsrisiko, er kvalifisert for oppgaven og har fått grundig opplæring.

Pasienten i caset er innlagt på en psykiatrisk avdeling, og derfor vil vi utelukke avslutningsfasen til Hummelvoll, fordi dette er ikke vesentlig i den helhetlige forebyggingen vi vil fokusere på i drøftingsdelen. Derfor utelukker vi også fokuset på forebygging etter utskrivelse av psykiatrisk avdeling. I tillegg velger vi vekk pårørendebiten, fordi det ville gjort oppgaven for stor og omfangene.

1.4.1 Case

Trine er født og oppvokst i Oslo. Hun har hatt en tøff barndom som har vært preget av skilsmisse og ustabilitet. Da hun var 9 år skilte foreldrene hennes seg. Da flyttet hun med moren sin til Elverum. Trine har mye av sitt liv strebet for å få aksept fra moren sin. Det er alltid snakk om at hun må gjøre ting bedre.

Trine er 27 år og har de siste 7 årene bodd med kjæresten sin Tom. Hun kan ha det veldig fint, men så kommer det et nytt utbrudd. Hun har en historie med selvskading og ble tvangsinnlagt da hun var 15 og 19 år på psykiatrisk akuttmottak etter at hun prøvde å begå selvmord. Ved den siste innleggelsen fikk Trine diagnosen Borderline personlighetsforstyrrelse. Legges nå inn på en psykiatrisk avdeling fordi hun har forsøkt å ta livet sitt.

1.5 Begrepsavklaring

Begreper:

Selvord: å ta sitt eget liv

Selvordsrisiko: risiko for at en person skal ta sitt eget liv

Selvordsnær person: en person som har selvordsadferd (tanker/planer om å ta sitt eget liv)

Selvordsforsøk: forsøk på å ta sitt eget liv, uten dødelig utgang

Suicidologi: læren om all suicidal adferd

(Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002).

Forkortelser:

KO: kontinuerlig observasjon

IVO: intervallobservasjon

(Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

2.0 Metode

Dalland (2012) sier at metode er redskapet i møte med informasjon for å finne svar på spørsmålet. Vi har valgt i vår oppgave å bruke artikler som er besvart ved kvalitative metoder. Det vil si at spørsmålet hver i artikkel ikke kan besvares med tall eller måles. Forskeren har gått mer i dybden enn ved kvantitativ forskning. Det er ikke et gjennomsnitt det skal kommes frem til, men det skal være spesielt, det skal være en sammenheng og en helhet i forskningen. Forskningen med en kvantitativ metode kan distansere seg fra feltet og dette kan eksempelvis foregå med en spørreundersøkelse, mens en kvalitativ metode er mer rettet mot at objektet eller objektene er i direkte kontakt med datainnsamleren (Ibid).

2.1 Valg av metode

Grunnen til at vi har valgt å bruke en kvalitativ metode er at vår problemstilling ikke kan besvares med tall eller måles. Den kan besvares ved samtale og direkte kontakt med pasienten, gjennom samtaler, observasjoner og vurderinger av personen.

2.2 Litteratursøk og kildekritikk

Vi har brukt mye pensumlitteratur, men også tatt med en del selvvalgt litteratur for å svare på vår problemstilling på en best mulig måte. Vi har sett på hver enkelte bok og artikkel og sett den i forhold til relevans til vår problemstilling. Samt at vi har funnet noen bøker og artikler hvor forfattere går igjen. Dette øker troverdigheten til kilden og at forfatteren har god kunnskap og erfaring rundt selvmordstemaet. Forfattere som har skrevet mye om selvmord er Lars Mehlum, Øivind Ekeberg, Nils Retterstøl og Gry Bruland Vråle.

Vi har brukt bøker om selvmord, miljøterapi, forebygging, dialektiske adferdsterapi, personlighetsforstyrrelser og Borderline personlighetsforstyrrelser, samt nasjonale retningslinjer. Vi har også valgt å se i andre bachelor oppgaver og finne relevant litteratur der. Vi har også brukt BibSys og sett i hyllene på biblioteket.

Ved å bruke databaser som Tidsskrift for Den norske legeforening, Sykepleierforbundet, EBSCOhost, med avkryssing på Cinahl med fulltekst, har vi fått det vi mener er relevant litteratur. Da vi skulle søke på forskning valgte vi norske søkeord, og valgte å oversette noen

til engelsk for å få mest relevante resultater for oppgaven. De var: *selvmord, borderline personlighetsforstyrrelse, motoverføringer, suicidal process, dialectic behavioural therapy, suicide, treatment* og *Borderline personality disorder*. Vi har kombinert disse ordene men også brukt de individuelt. Tabell over søk og PICO-skjema legges til som vedlegg.

Når vi søkte på artikler brukte vi for eksempel ordet «motoverføring». Dette ga ikke resultatene vi søkte på, men vi valgte å bruke dem likevel grunnet relevansen de hadde for vår oppgave.

Vi har valgt å bruke boken «Sykepleier-pasient-fellesskapet» av Jan Kåre Hummelvoll, som er fra 1984. Mye av de som står i denne boken står også i Hummelvolls «Helt – ikke stykkevis og delt» fra 2012, men vi syns at fasene i fellesskapet er bedre beskrevet og utdypet i «Sykepleier-pasient-fellesskapet». Derfor har vi brukt denne boken, tross for at det er en gammel bok.

3.0 Presentasjon av begreper i problemstillingen

I dette kapittelet skal vi redegjøre for begrepene som er brukt i problemstillingen; sykepleie, forebygging, selvmord og Borderline personlighetsforstyrrelse. Denne teorien gir grunnlaget for drøfting av problemstillingen senere i oppgaven.

3.1 Joyce Travelbees sykepleierteori

Joyce Travelbee ble født i New Orleans, USA, i 1926. Hun ble ferdig utdannet sykepleier i 1946 og jobbet etter dette som psykiatrisk sykepleier. Hun var også lærer på sykepleierutdanningen til hun gikk bort i 1973. (Travelbee, 2001).

Sykepleien hadde blitt avhumanisert og det måtte en revolusjon til for at sykepleien skulle bli humanistisk og den enkeltes behov skulle bli møtt. Personer som kom med ulike problemer skulle ikke kategoriseres ut ifra sykdom eller problem, men sykepleien som ble gitt skulle bli tilpasset hver enkelt pasient (Ibid).

Begrepet «pasient» defineres som «*et individ som er under pleie og behandling av lege eller andre helsearbeidere*» (Travelbee, 2001 s.61). Med dette menes det at uansett hvor i helsevesenet du kommer, om det er et sykehjem, sykehus eller lignende, har du krav på individuell behandling. En pasient er definert som et individ og alle individer har ulike behov for pleie. Travelbee fokuserer på enkeltmenneske og hennes teorier er bygget på at vi alle er enkeltmennesker som alle har forskjellige behov (Ibid).

Travelbee mener det å bruke begrepet «pasient» er en merkelapp og er en kategorisering av individet (Travelbee, 2001). Kategorisering er med på å frata individet dens rett til individuell pleie. Hun mener med dette at det finnes ingen pasienter. Pasienter er kun en stereotypisk terminologi på enkeltmennesket. Det eneste som finnes er enkeltmennesker som har et behov som omsorg, behandling eller andre tjenester (Ibid).

I følge Joyce Travelbee (2001, s 29) kan sykepleie defineres som:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene».

Det som menes med dette er at sykepleie handler om relasjoner til mennesker i alle situasjoner uavhengig av erfaring og historie, og sykepleiere må relatere seg til alle enkeltmennesker som har behov for hjelp. Dette gjelder individer som opprinnelig kom for å få hjelp, men også familie og samfunnet rundt. Det er vesentlig å kunne hjelpe mennesker med å mestre de erfaringene som er aktuelle. Ved å bruke individets ressurser kan mestring av sykdom eller lidelse være i fokus. Sykepleie handler i tillegg om å forebygge lidelse og sykdom, hjelpe individet der det er og bruke pårørende og samfunnet som en ressurs i forebyggende arbeid (Travelbee, 2001).

3.1.1. Menneske-til-menneske-forhold i sykepleie

Et menneske-til-menneske-forhold er en relasjon som to mennesker har uavhengig av yrke, historie, bakgrunn og kjønn. Det er to mennesker som har en relasjon til hverandre. Travelbee mener at som sykepleier har du en relasjon til hvert enkelt individ og det er ikke riktig å si sykepleier-pasient-forhold fordi det blir for kategoriserende og de to vil da ikke se hverandre som individer. Sykepleieren vil ha en relasjon med «pasienten», og pasienten vil ha en relasjon med «sykepleieren» (Travelbee, 2001).

Menneske-til-menneske-forholdet er en relasjon som tar tid å bygge opp og det er en prosess som i enkelte tilfeller tar lengre tid å bygge opp og i andre tilfeller tar det kortere tid. Dette kommer an på personen og tiden som er disponert til denne relasjonen. Relasjonen sykepleieren og individet bygger opp er en prosess som kan deles inn i 4 faser. Disse fasene utgjør menneske-til-menneske-forholdet og er: Det innledende møte, Fremvekst av identitet, Empati og Sympati & medfølelse (Travelbee, 2001). Disse vil vi ta opp i drøftingsdelen.

3.2 Forebyggende sykepleie

Verdens Helseorganisasjon definerer forebygging som «*den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse*».

Referert i Schancke (2005, s. 13).

Forebygging handler om å forhindre utvikling av sykdom, redusere risiko for skade og tidlig død (Ibid), men også å fremme folks helse. Dette innebærer at man legger til rette for best mulig helseutvikling, blant annet gjelder dette i omgivelsene og samfunnet. Ved å styrke motstandskraften og legge til rette for å forebygge risikofaktorer, vil befolkningens helse bli påvirket og motstandskraften mot sykdom og andre helsepåvirkninger bli bedre. Ved å påvirke befolkningens helse og bedre folks evner i forhold til mestring og kontroll, kan folks livskvalitet økes. I det forebyggende arbeidet er målet å styrke folks helse, gjennom helsefremmende arbeid (Mæland, 2005).

Forebyggende sykepleie handler om å at sykepleieren skal forebygge sykdom hos friske mennesker. Dette er rettet mot de som er utsatt for helsesvikt eller komplikasjoner. Målet er å hindre og redusere helsesvikt hos friske og de utsatte i samfunnet. Da må man fjerne de årsaker som kan føre til en helsesvikt. Innenfor forebyggende sykepleie handler det mye om samarbeid med andre grupper. Dette er andre yrkesgrupper som helsesøster, lege og andre sektorer i kommune og stat, men også befolkningen (Ibid).

Forebygging foregår på tre nivåer: primær, sekundær og tertiær forebygging.

Primær forebygging

Det tas tak i spesifikke faktorer som kan påvirke levestil og/eller miljøet som kan være årsak til helsesvikt (Johannessen, 1995). Denne delen av forebygging foregår på et samfunnsnivå, hvor vedtak skal øke helsen hos befolkningen. Man tar tak i både ytre faktorer i miljø og i sosiale forhold og faktorer hos enkeltmennesker og grupper som kan påvirke valg og livsstil. Primærforebygging har fokus på helsefremmende arbeid. Når det gjelder forebyggende arbeid mot selvmord, gjelder det å øke kunnskapen om selvmord og det selvmordsforebyggende arbeidet. Dette gjøres ved bevisstgjøring og konkretisering av hva som øker og hva som reduserer selvmordsadferden. Man må også danne gode holdninger

rundt selvmordstemaet hos de yrkesgruppene som er synlige for befolkningen, for eksempel helsevesenet, politikken og i media (Vråle, 2000).

Sekundær forebygging

Denne forebyggingen baseres på behandling eller tiltak til personer eller grupper som er utsatt for sykdom eller lidelse (Vråle, 2000). Dette går ut på at man skal stoppe eller utsette helsenedbrytende prosesser, og foregår som en del av behandling (Johannessen, 1995). Det er viktig at det å kunne få hjelp er lett og at man skal få hjelp så raskt som mulig. Man skal finne de mulighetene som er for hjelp, og gi pasienten den behandlingen det er behov for.

Når det gjelder selvmord, er det viktig å forebygge de sykdommer og lidelser som kan øke selvmordsadferden. Som for eksempel depresjon eller andre psykiske lidelser (Vråle, 2000).

Tertiær forebygging

Med dette menes å gi individuell hjelp og omsorg til pasienter med et aktuelt problem, som må behandles etter pasientens behov. Dette vil si at forebyggingen foregår på et individnivå (Vråle, 2000). Her er målet å forbedre livskvaliteten til mennesker med kronisk funksjonssvikt. Man skal lære en person til å leve med de problemene man har og hindre at flere og nye helseproblemer oppstår. Blant annet rehabilitering kan være en tertiær forebygging (Johannessen, 1995). Vråle (2000) skriver at samtaler med pasient og planer og avtaler er en del av denne forebyggingen.

3.3 Borderline personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelser er:

“Et varig mønster av indre erfaring og oppførsel som avviker betydelig fra forventningene til enkeltpersoners kultur, er gjennomgripende og lite fleksibel, har et utbrudd i ungdomsårene eller tidlige voksenlivet, er stabil over tid og fører til plager eller svekkelse”, ifølge First og Tasman (2004, s. 1230, egen oversettelse).

Dette betyr at tegn til personlighetsforstyrrelser ofte oppstår tidlig i livet og det er en svært alvorlig diagnose som kan være livsvarig. Personen kan være stabil over tid, men det vil likevel medføre store vanskeligheter i dagliglivet. Det er de opplevelsene personen har av miljøet rundt seg, som viker fra de forventningene som er satt til en person av samfunnet og

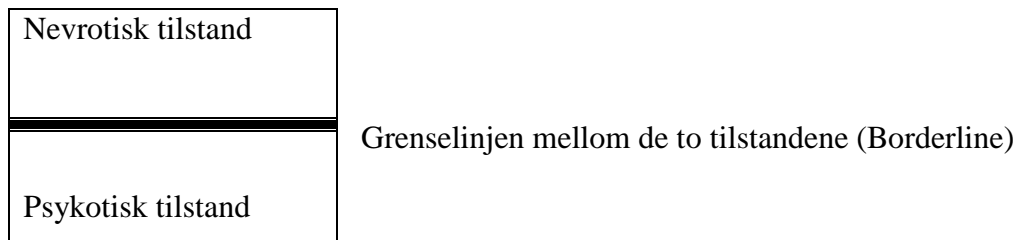
menneskene rundt en. Når en person blir diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse er det ikke alltid så lett å leve et normalt liv.

Personlighetsforstyrrelser er forskjellige typer sykdommer som er preget av oppførsel og tankemåter, som avviker fra det som regnes som normalt hos det gjennomsnittelige mennesket. Personer som lider av personlighetsforstyrrelser har et annet adferdsmønster, og deres uttryksmåte er avvikende i form av ugjennomtenkte handlinger ovenfor seg selv og andre mennesker. Det er disse avvikene som utgjør store forskjeller i hvordan personlighetsforstyrrelser påvirker sansene, måten å tenke og måten å reagere på (World Health Organization, 1999)

Borderline personlighetsforstyrrelse går under kategorien emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Denne gruppen kan kjennetegnes ved at stemningsleie kan endre seg uten at personen blir provosert av ytre faktorer og personen handler impulsivt uten å tenke på konsekvensene av sine handlinger (World Health Organization, 1999). Grunnet denne impulsiviteten er de mer sårbare for negative opplevelser og stress øker selvmordsadferden, og dette er den største utfordringen for denne gruppen pasienter (Mehlum & Jensen, 2006). De har i tillegg ustabile følelser og dette kan resultere i eksplosive følelsesmessige utbrudd, som for eksempel sinne eller følelsen av å bli forlatt uten at det er grunnlag for en slik følelse. De kan også få kronisk tomhetsfølelse og utføre destruktive og selvskadelige handlinger som kan resultere i selvmordsforsøk eller selvmord (World Health Organization, 1999). Trine utfører handlinger uten å tenke på konsekvensene av dem. Hun har et ustabil følelsesliv hvor hun velger å uttrykke følelsene sine ved selvskading og gjentatte forsøk på selvmord. Trine kan helt plutselig bli sint på Tom uten grunn. Livet til Trine styres av følelser og det er vanskelig å vite hvordan hun vil reagere på en situasjon før den har skjedd.

Friske personer kan også være emosjonelt ustabile, men vil kunne hente seg inn og se hva som ikke stemmer med deres oppførsel. For eksempel kan dette være hvis en er i et forhold, og forholdet tar slutt. De fleste vil bli meget lei seg og kunne isolere seg i et par dager, men de vil komme seg videre og skjønne at det er det beste for dem. Mens en som er emosjonelt ustabil vil ta dette så tungt at de for eksempel kan prøve å begå selvmord eller utføre selvskading. De kan føle seg bedratt og det vil være helt utenkelig å kunne klare og komme seg videre. I mange tilfeller vil disse pasientene bli innlagt på akuttavdeling. Dette er grunnet

den ekstreme oppførselen og faren for sitt eget liv. Personer som har Borderline har større fare for å skade seg selv enn personer som er friske eller har andre sykdommer. Dette er grunnet de ukontrollerte følelsesmessige avvikene de har. Det er denne ustabiliteten som gjør at de har vanskeligheter for å leve normalt, blant annet i jobbsammenhenger og med andre medmennesker (Gunderson, 2001).



Figuren er hentet fra Evang (2010, s. 114).

Figuren er en illustrasjon av hvordan en person som ligger på grensen mellom psykotisk tilstand og nevrotisk tilstand ikke kan kategoriseres i noen av dem. Det er dette som er opphavet til ordet Borderline (Evang, 2010).

Personer som har Borderline personlighetsforstyrrelse har ofte andre psykiske lidelser som spiseforstyrrelser og andre sykdommer som går spesielt på humør og overforbruk. Sykdommen er preget av følelser. Pasienter med denne diagnosen har derfor antagelig hatt en barndom hvor de hadde mye følelsesutbrudd og var impulsive. Pasientene har en høy selvmordsrisiko og omtrent 3 til 10 prosent gjennomfører suicidale handlinger før de fyller 30 år (First & Tasman, 2004). Mehlum og Jensen (2006) skriver at personer med Borderline personlighetsforstyrrelse har en selvmordsrisiko som er 10-15 ganger så høy som normalbefolkningen.

Trine har noen kjente tilleggssykdommer som er vanlig for pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse. Hun kan ha vært impulsiv som barn og dette kan ha resultert i hennes adferd som voksen, spesielt de følelsesutbruddene hun har.

Det finnes en internasjonal retningslinje for hvordan man diagnostiserer pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse. Det er leger som diagnostiserer pasienter, men sykepleieren innhenter data ved observasjon og samtale med pasienten, som kan bidra til diagnostiseringen. Pasienten diagnostiseres ved å ha fem eller flere av følgende ni kriteriene, hentet fra First & Tasman (2004).

1. Pasienten unngår panisk å bli forlatt, enten virkelig eller vrangforestilling.
2. Et mønster av ustabil og intense mellommenneskelige relasjoner som er karakterisert ved at pasienten veksler mellom ytterpunkter av menneskelig verdi. Idealisering og devaluering.
3. Identitetforstyrrelse. Ustabilt selvbylde og selvtilitt, dette vil være markert og vedvarende.
4. Impulsivitet i minst to områder som er selvskadelig. Dette kan for eksempel være: pengebruk, sex, fråsing og bruk av narkotiske stoffer.
5. Tilbakevendende selvmordsadferd, utagering, trusler, selv skadelig oppførsel.
6. Ustabilt følelsesliv som følge av markert reaktivitet av følelser. Det kan for eksempel være irritabilitet, intens dysfori (som er å være i dårlig humør, sinne, irritabilitet eller grettenhet) i episoder og det kan også være angst som vanligvis varer i noen timer til noen dager.
7. Følelsen av tomhet, som vedvarer og er kronisk.
8. Upassende og intens sinne eller vanskeligheter med å kontrollere sinne. For eksempel kan dette være hyppig eller vedvarende utbrudd av sinne eller gjentatte voldsepisoder.
9. Forbigående stress relatert til paranoide selvmordstanker eller følelsen av å være utenfor seg selv.

3.3.1 Risikofaktorer ved Borderline personlighetsforstyrrelse

Det finnes mange faktorer som er medvirkende i utvikling av Borderline personlighetsforstyrrelse. I følge Gratz, Litzman, Tull, Reynolds & Lejuez (2004) er barndomsårene vesentlig i forhold til utviklingen av sykdommen. Barn som opplever å bli misbrukt, forsømt eller andre former for traumatiske opplevelser har større risiko for å utvikle en personlighetsforstyrrelse som Borderline.

Tidligere trodde man seksuelt misbruk var hovedårsaken til Borderline. Det er fortsatt en stor risikofaktor, men det viser seg ved senere forskning at pasienter som er utsatt for emosjonelt og verbalt misbruk har større risiko for å utvikle sykdommen enn de som har blitt seksuelt misbrukt (Ibid).

Personer som lider av Borderline personlighetsforstyrrelse er i faresonen for å begå selvmord fordi de er emosjonelt ustabile (Ibid). Disse personene er mer overfølsomme for negative livshendelser (Mehlum & Jensen, 2006) og vil være mer utsatte og sårbare for avvísninger og skuffelser, og vil oppleve redusert eller brutt kontakt med nære relasjoner tyngre enn gjennomsnittspersonen (Mehlum, 1999). De vil se situasjoner mer i «svart-hvitt» enn andre personer, og skuffelsen av å bli avvist vil være større og mer betydelig.

3.4 Teori om selvmord

Læren om selvmordsproblematikk kalles suicidologi og innebærer både selvmordstanker, -trusler, -forsøk og selvmord. Det går ut på hyppighet, utbredelse, årsaksforhold og forebygging av selvmord. (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002). Hyppighet og utbredelse har vi tatt for oss i innledningen. I drøftingsdelen vil vi ta for oss årsaksforhold og forebyggende tiltak av selvmord. Vi har valgt å ikke ta med prognose og behandling, da prognosen blir nevnt ved statistikk i innledning og at behandlingen i vår oppgave blir forebygging av selvmord.

3.4.1 Selvmordsrisiko

Kunnskap innen suicidologi er viktig i vurderingen av selvmordsrisikoen (Retterstøl, 2002 s. 201). Ved høy selvmordsfare er det faglig og etisk korrekt å iverksette forebyggende tiltak for å hindre et selvmord. Det er vanskelig å gjøre en vurdering av hva som faller innenfor risikofare for selvmord, da man må utelate risikofaktorer som er vanlige i befolkningen. Som for eksempel å kjøre for fort med bil, betyr likevel ikke at personen kjører for fort med intensjon om å ta livet sitt. Men samtidig må man ta de signalene man ser på alvor. «Det er bare en trussel» og andre utsagn om at pasienten ikke kommer til å begå selvmord er farlig, hvis man ikke gjennomfører en grundig selvmordsrisikovurdering (Ibid). I tilfeller i psykiatrien kan slike utsagn ignoreres eller bagateliseres. Ofte er dette et rop om hjelp og ikke et dødsønske, men det er likevel et krav om å følge dette opp (Mehlum & Jensen, 2006). Det

er derfor viktig å ta både selvskadning og mindre alvorlige selvmordsforsøk på alvor (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013).

Ved selvmord er det svært mange risikofaktorer som påvirker selvmordsadferden, både tanker, planer og eventuelle forsøk (Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002). Vi har tatt for oss noen risikofaktorer som er mest relevant i forhold til både problemstilling og case.

Kjønn: Menn har større risiko for å begå selvmord enn kvinner (Retterstøl, 2002 s.202), men kvinner har 10-20 flere selvmordsforsøk enn menn (Schei & Bakketeig, 2007 s.167). Kvinner velger ofte en ikke-dødelig utgang, som medikamenter (Ibid). Med dette menes at de forsøker å ta en overdose, men de kan bli reddet før det fører til døden.

Alder: Fra 20 års alderen til pensjonistalderen er suicidfaren ganske lik, men etter 70-åra er det en økning. Kvinner har høyest selvmordsrisiko i 40-60 års alderen. Selvmordsforsøk er hyppigst for begge kjønn i 20-45 års alderen (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002), samt at kvinner utfører selvskadning tre ganger så ofte som menn (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013).

Familie: Ensomme personer som bor alene eller isolert, har en høyere selvmordsrisiko enn de som har en familie. Når det kommer til å leve uten familie, å være skilt/separert, personer med enkestatus og ugifte, har de en større risiko for å begå selvmord. Nedgående familiær, yrkesmessig og sosial situasjon, er en økt risiko. Jo bedre nettverk en person har, jo bedre forebygging er dette mot selvmord (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002).

Depresjon: Selvmordsproblematikk forbindes med depresjon, spesielt ved dyp depresjon. Personer med langvarige eller kroniske lidelser, har økt suicidfare. Bruk av tester, for eksempel MADRS, kan vise hvordan personen ligger an og så stille spørsmål om en del faktorer som ligger under begrepet depresjon. (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002). Risikoen for selvmordsfare er høy når personen er på vei ut av depresjonen, da energi og evne til å utføre handlingen er tilstede (Hummelvoll, 2012).

Personlighetsforstyrrelser: Langvarige reaksjons- og atferdsmønstre er karakteristiske for personer med personlighetsforstyrrelser, og kan føre til mistilpasning personlig, sosialt

og/eller i arbeidslivet. Personer med denne lidelsen handler ofte på impuls, og dermed kan selvmord og –forsøk være utforsigbare. Spesielt Borderline personlighetsforstyrrelse har høy risiko for suicidatferd (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002).

Tidligere selvmordsforsøk: Dette er den viktigste risikofaktoren i vurderingen av selvmordsrisiko. Faren for å begå selvmord er større når man har prøvd å ta livet sitt tidligere. Ofte kan selvmordsforsøk være et rop om hjelp, og hvis dette ikke tas på alvor kan det medføre til nye, alvorlige forsøk med dødelig utgang (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002).

3.5 Den suicidale prosessen

Hvert enkelt selvmord er unikt, og består av en sammensetning av ulike faktorer og tidsmessige forhold. Det er en utvikling fra å være sårbar (Mehlum, 1999) til å få selvmordstanker og –planer (Vråle, 2000), til de faktorene som utløser selve selvmordet. Den suicidale prosessen kan forklares som veien mot et selvmord (Mehlum, 1999). Ved å se pasienten i de ulike fasene, kan man vite når man må ta tak i situasjonen og hjelpe pasienten, for å unngå et selvmord. Også behov for å gripe inn før det skjer et selvmordsforsøk. For å kunne gjennomføre dette, må man vite hvilke tegn man skal se etter, slik at man så tidlig som mulig kan forebygge selvmordsforsøk og/eller selvmord. Da må man ha kunnskap og kompetanse rundt selvmordsnære pasienter og vite hvilke risikofaktorer man skal se etter (Vråle, 2000).

Faktorer som kan utløse selvmordsadferd er blant annet tidlig tap av kontakt med omsorgspersoner. Årsken til at dette er en utløsende faktor er fordi man kan få sterke reaksjoner senere i livet, hvis noe lignende oppleves. Når det har blitt for mye av psykiske belastninger (skuffelser, tapsopplevelser, konflikter) og fravær av beskyttende faktorer (støtte fra familie, meningsfylt arbeid, sterke overbevisninger) kan pasienten oppleve at det «tipper over» og selvmord kan bli aktuelt. Sosial støtte vil ha motsatt virkning, ved å redusere den suicidale prosessen (Mehlum, 1999). Likevel er ikke dette alltid nok, da den sosiale støtten kan forsvinne i takt med de økende problemene. Noen ser da selvmord som eneste løsning på problemene. Spesielt når ting føles for mye å bære på, og tankene på selvmord dukker opp oftere og mer intense (Ibid).

I slutten av den suicidale prosessen er ofte alvorlige depressive symptomer utviklet. Depresjonen kan både være en primær og sekundær lidelse. I slutfasen kan det være vanskelig å være løsningsorientert og finne andre måter å gripe situasjonen på (Ibid).

4.0 Hjelp meg til å godta meg selv som den jeg er!

I dette kapittelet vil vi drøfte vår problemstilling, som er «Hvordan kan sykepleieren forebygge selvmord hos pasienter med diagnosen Borderline personlighetsforstyrrelse?».

Vi vil her drøfte noen forebyggende tiltak som kan hjelpe Trine i hverdagen. Ved å sammenligne samtaleterapi, miljøterapeutiske prosesser og ikke-selvmondskontrakt, finner vi måter å forebygge nye selvmordsforsøk, samt å styrke sykepleierens kunnskap og kompetanse rundt dette temaet.

Vi vil bruke fasene i menneske-til-menneske-forholdet til Joyce Travelbee som ramme i oppgaven og flette inn Jan Kåre Hummelvolls faser i sykepleier-pasient-fellesskapet. Med dette vil vi bruke Hummelvolls faser til å bygge opp under våre argumenter for forebygging av selvmord.

Vi vil fokusere på hva som skjer når pasienten kommer inn på en psykiatrisk avdeling og hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til å forebygge et nytt selvmordsforsøk og unngå en dødelig utgang.

Joyce Travelbees faser i menneske-til-menneske-forholdet er: *Det første møtet, fremvekst av identitet, empati og sympati & medfølelse.*

Jan Kåre Hummelvolls faser i sykepleier-pasient-fellesskapet er: *Forberedelsesfasen, orienteringsfasen, bearbeidingsfasen og avslutningsfasen.* Av disse skal vi bruke de tre første fasene til å drøfte de forebyggende tiltakene.

4.1 Første gangen jeg møtte deg

Joyce Travelbees faser begynner med det innledende møtet, mens Jan Kåre Hummelvoll har forberedelsesfasen som første fase. Vi mener forberedelsesfasen er viktig i forkant av møtet med en selvmordsnær pasient, slik at man kan møte individet og ikke bare gruppen selvmordsnære pasienter.

Travelbee (2001) sier at det i fasen «det innledende møtet» er der sykepleieren og individet møtes og danner seg et bildet av hverandre. Denne fasen er begynnelsen på et mennesket-til-mennesket-forhold mellom de to. De vil danne seg et første inntrykk som er med på å forme forholdet og tiden de skal ha sammen.

I motsetning til Travelbee mener Hummelvoll det er viktig å ha en fase før «det innledende møtet», som er forberedelsesfasen. Dette er fasen før sykepleieren møter pasienten. I denne

perioden er det viktig at sykepleieren tilegner seg kunnskap om hvordan pasienten kan føle det å komme til samtalen. Både på grunn av hvordan det å søke hjelp i psykiatri blir omtalt (stereotypier) og et personlig nederlag for seg selv. Sykepleier må være klar over at man kan møte en pasient som har mange og uklare forventninger. Det er derfor viktig å ha tro til at dette møtet kommer til å gå bra, og ikke forhåndsdomme pasienten grunnet uheldige valg som har blitt tatt (Hummelvoll, 2012).

Det er i følge denne fasen av Hummelvoll viktig å forberede seg på møtet med pasienten. Forberedelse og å lese seg opp om pasienten og eventuelt vite hva sykdommen hennes innebærer er viktig. Dette for å kunne gi best mulig veiledning, og være forberedt på tiltak som skal iverksettes (Ibid). Når Trine kommer til samtalen, vet ikke sykepleieren så mye om Trine annet enn det som har kommet frem i journalen. Det som er klart, er at hun tidligere har prøvd å begå selvmord og at hun er i det stadiet hvor hun har valgt tatt det steget å ville begå selvmord. Denne avgjørelsen som Trine har tatt om å begå selvmord er en vanskelig avgjørelse og det vil i møte med henne være viktig å ha kunnskaper om hennes sykehistorie. Hun har tidligere vært innlagt og fikk da tilbud om samtaler og hjelp (Ibid). Denne fasen til Hummelvoll er viktig i møtet med den selvmordsnære pasienten fordi det i samtale med personer er viktig å være forberedt på hvilke type utfordringer som kan komme og å vite så mye om individet som mulig i forkant av møtet. Vi mener denne fasen er elementær for behandlingen videre (Ibid).

I tillegg til å lese seg opp om pasienten, må man gjøre noen praktiske forberedelser også. Sykepleieren vet at Trine har en høy selvmordsrisiko da hun legges inn på psykiatrisk avdeling. Det praktiske som må gjøres før hun kommer til avdelingen er å gjøre klart rommet hun skal bo på. Det vil si å «strippe» rommet for alle gjenstander som kan brukes i et selvmordsforsøk. Som for eksempel festepunkter hvor man kan henge seg (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002), eksempel skarpe gjenstander som man kan skade seg med eller snorer og belter som man kan kvele seg med (Mehlum, Dieserud, Ekeberg, Grøholt, Mellesdal, Walby, Myhre, 2007). Årsaken til at dette gjøres må forklares til Trine ved det første møtet (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002). Dette er en måte å hindre at hun er til fare for seg selv, ved at det er en risiko for at hun kan prøve å skade seg selv eller utføre et selvmordsforsøk. Tiltaket skjerming gjøres også for at pasienten som er i denne akutte fasen skal bli roligere å ha det bedre med seg selv (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002).

Ved å bruke Hummelvolls forberedelsesfase før «det innledende møtet» vil det være lettere for sykepleieren å se hvilke observasjoner som er vesentlige for den videre fremgangen til individet (Hummelvoll, 2012). Siden det i følge Travelbee er i denne innledende fasen de vil danne seg et bilde av hverandre, kan forberedelsene før møtet ha en positiv virkning på inntrykket sykepleieren vil få av individet. De forutinntatte inntrykkene sykepleieren får ved å få informasjon om pasienten på forhånd vil også være med på å forme hvordan sykepleieren vil uttrykke seg ovenfor pasienten ved det første møtet (Travelbee, 2001).

Sykepleieren må bruke denne første tiden til å observere Trine. Det er denne første tiden sykepleieren vil danne seg et bilde av Trine og Trine vil danne seg et bilde av sykepleieren. De vil begge ha forventninger til hverandre og det første møte og de inntrykkene de gjør av hverandre vil være med på å forme samtalen fremover. Disse inntrykkene kan noen ganger bli preget av tidligere erfaringer og bekjenskaper med mennesker de har møtt før. Har Trine gode erfaringer med sykepleiere fra tidligere, kan dette være med på å styrke det førsteinntrykket hun vil få av sykepleieren til noe positivt. Det samme gjelder sykepleieren. Den erfaringen de kommer med i dette innledende møtet er viktig da de også vil sammenligne personen de møter med noen de tidligere har møtt (Ibid).

Sykepleieren har en viktig oppgave ved at det er mange ulike mennesker som trenger hjelp og sykepleieren kan oppleve personene som tiltrekkende eller frastøtende. Det er alltid lettere å behandle de som er tiltrekkende mer menneskelig og med mer omsorg, men det er uansett hvordan personen er hygienisk eller utseendemessig skal man behandle alle med likeverd (Ibid). Å bli sett som en likeverdig person og anerkjent av sykepleieren har betydning for forholdet som dannes mellom dem (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013).

Sykepleiere er kun mennesker, men denne oppgaven med å behandle alle likt er veldig viktig og det er uansett hvem som kommer viktig å stille opp og være en omsorgsgiver for personen (Travelbee, 2001).

Hummelvoll kaller denne fasen for orienteringsfasen. I denne fasen møter sykepleieren pasienten for første gang. Da er det viktig at sykepleier finner ut hvorfor pasienten søker hjelp og om det er frivillig eller om det er familie eller andre som har ønsket dette. Det er også

viktig å kartlegge pasientens ressurser og funksjonsnivå. I første møtet må sykepleieren vise tillit, forståelse og ha en åpen kommunikasjon med pasienten. Dette skaper en god allianse og et godt arbeidsfellesskap. En samarbeids- og behandlingskontrakt er et godt verktøy for å finne en god måte å jobbe sammen på, og denne må diskuteres med pasienten. Trine skal være i fokus, med hennes problemer, erfaringer og opplevelser. I denne fasen skal det planlegges om det skal være daglige samtaler, hvordan disse skal gjennomføres og hvor lenge denne behandlingen skal foregå. Sykepleieren må også finne ut hva Trine ønsker å få ut av behandlingen (Hummelvoll, 2012).

Det er i denne fasen viktig å snakke med Trine om hvordan hun ønsker at disse samtalene skal være og hva hun ønsker skal tas opp. Viser her til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 1-1, som sier:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Loven sier at pasienten alltid skal ha mulighet til å bli styrket i sin autonomi. Dette gjøres ved at Trine får muligheten til å medvirke i sin egen behandling. Dette kan være med å styrke hennes tillitt til sykepleieren og de tilbud hun kan få etter at hun har vært på institusjon. Ved å styrke hennes autonomi er det mulig at hun kan føle kontroll over sitt eget liv og handle mindre impulsivt.

Under behandling er det viktig å arbeide med gamle og nye problematiske opplevelser, og vise at de emosjonelle reaksjonene som er nå, er en repetisjon av tidligere følelsesmessige reaksjoner. Det er i tillegg viktig å ta hensyn til de kulturelle faktorene som påvirker menneskers reaksjonsmønstre (Wassermann (Red.), 2001). Det er mulig at Trine har hatt opplevelser fra barndommen eller ungdomsårene som medvirker til hennes emosjonelle ustabilitet. Det er da viktig å ta dette opp i samtalene og for at Trine skal komme seg videre og kunne få en ny start, og bearbeide de sår og opplevelser som er med fra tidligere. Siden Trine har prøvd å ta sitt eget liv kan vi anta at hun har hatt en sterk følelse av håpløshet.

Denne håpløsheten vil ikke gå bort av seg selv, men vil kunne bli bedre ettersom Trine klarer å se fremover i livet og forstå at mennesker rundt henne ikke har det bedre uten at hun er der. Å skulle begå selvmord og forlate de nærmeste på en slik måte, kan oppfattes som egoistisk. Dette er vanskelig å tenke for den selvmordsnære pasienten, da man ofte ikke tenker på følelsesene til de som blir igjen (Holm & Severinsson, 2011).

Vår personlighet er bestemt gjennom arv og miljø. (Ekland, Iversen, Nordhelle og Ohnstad, 2004). I følge Arkinson, referert i Ekland, Iversen, Nordhelle og Ohnstad (2004), er nyfødte barn alle forskjellige og det er mulig å se forskjellige personlighetstyper allerede kort tid etter fødsel. Forskjellene kan være aktivitetsnivået og avhengigheten av nærkontakt. Denne personligheten er i mange tilfeller vedvarende frem til voksen alder. (Ekland, Iversen, Nordhelle og Ohnstad, 2004). Der barn blir påvirket av miljøet, som kan være familie eller samfunnet, er det ofte nærliggende å tro at miljøpåvirkningen er sterk og dermed kan den i andre tilfeller spille en enda større rolle i formingen av personligheten enn kun arv alene (Ibid).

Ved at Trine har hatt en mor med vanskeligheter kan det antas at Trine har blitt formet av dette. Moren har ingen diagnose innenfor psykiatrien, men dette kan ikke utelates. Siden følelser er en stor del av problemet til en person med Borderline personlighetsforstyrrelse vil Trine også kunne se tilbake på livet og se at det hun forteller om moren som brukte følelser for å styre hjemmet har hatt en meget sterk innvirkning på formingen av personligheten hennes. Når pasienten har en personlighetsforstyrrelse som Trine har, er det viktig å kartlegge når personlighetsforstyrrelsen brøt ut og hvilke faktorer som kan ha vært med å utløse den.

4.1.1 Selvmordsrisikovurdering

Sosial- og helsedirektoratet (2008) sier at når man som sykepleier skal utføre en vurdering av selvmordsrisikoen, må man ha kompetanse og erfaring rundt dette temaet. Vurderingen gjøres for å se om det må settes i gang forebyggende tiltak for å hindre selvmord. Vurdering av selvmordsrisiko er en vesentlige oppgave i forebygging av selvmord.

Retterstøl (2002) mener at i vurderingen skal sykepleieren fokusere på aktuelle problemer per dags dato, for at det skal gi en god oversikt over hvordan pasientens adferd er på dette tidspunktet.

Sykepleieren må utføre denne vurderingen så raskt som mulig etter innkomst på avdelingen, grunnet Trines tidligere selvmordsforsøk. Dette for å kunne kartlegge Trines aktuelle situasjon. Denne kartleggingen går ut på at man i den første samtalen med pasienten stiller noen spørsmål rundt selvmordsadferd; om hun har noen tanker eller planer om å ta sitt eget liv og om hun har prøvd å begå selvmord tidligere (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Hvis Trine svarer bekreftende på disse spørsmålene, må man finne ut hvor seriøse disse tankene og planene er. Det kan man finne ut ved å spørre hvilke planer hun har. Ved for eksempel bestemt dato og klokkeslett, tilgjengelighet av skadelige eller destruktive gjenstander (våpen eller medisiner) eller en bestemt metode. Hvis hun ikke har noen konkrete planer, men tanker om selvmord, er det viktig å finne ut hvor ofte disse tankene er til stede (Hummelvoll, 2012).

I løpet av oppholdet i psykiatrisk avdeling burde en vurdering av Trines selvmordsrisiko gjentas. Hun bør vurderes på nytt hvis det skulle skje en endring ved hennes tilstand eller i behandlingsopplegget (Ibid, s. 18). For å avgjøre hvor ofte man skal utføre vurderingen, må man vite hvilke risikofaktorer som ligger til rette for selvmordsfare. Blant annet er tidligere selvmordsforsøk en risikofaktor, noe som er aktuelt for Trine (Hummelvoll, 2012). Retterstøl (2002) sier til dette at jo flere risikofaktorer som er tilstede, jo større er faren for at en suicidal handling utføres.

Målet med innleggelsen på psykiatrisk avdeling er at Trine skal redusere tanker og følelser rundt det å skulle ta sitt eget liv. Dermed er vurdering av selvmordsrisiko viktig å gjøre etter hvert, for å se om Trines adferd har forandret seg i en positiv retning. Likevel er det viktig at den første tiden skaper en følelse av trygghet og beskyttelse hos Trine. Da må sykepleieren ta ansvar for henne og hennes sikkerhet, og med dette observere henne gjennom hele døgnet den første uken.

Da sykepleieren overtar mye av ansvaret for Trine, blir dette et inngrep i hennes frihet. Derfor er det viktig at dette bli godt informert til henne, slik at hun får en forståelse for at dette er for hennes sikkerhet og en beskyttelse, men ikke bruk av tvang. Når sykepleieren har fått dette ansvaret vil det da si at hun skal bruke grensesetting, ha struktur og begrense stimuli som øker selvmordsrisikoen. Når man begrenser stimulus rundt pasienten, er det fordi hun kan være

sensibel, overaktiv og kaotisk i den akutte fasen. Målet med dette er at hun finne tilbake kontroll over seg selv og omgivelsene, autonomi og å fungere helhetlig i hverdagen. Hvor mye av ansvaret sykepleieren skal over pasientens tilværelse avhenger av hvor mye hun er i stand til å utføre selv og har utbytte av. Kravet til sykepleieren er at hun må ha kompetanse til å tolke pasientens behov, opptre rolig og ha oversikt over situasjonen. Sykepleieren må møte Trine med respekt, forutsigbarhet, brukermedvirkning og mulighet for individuelle aktiviteter. Beskyttelsestiltaket, som innebærer det ansvaret sykepleieren har fått og som går ut på en kontinuerlig observasjon av pasienten, må vurderes daglig. Dette skal oppheves når pasienten klarer å oppnå kontakt gjennom vanlige samtaler og forholde seg til avtaler (Hummelvoll, 2012).

Når sykepleieren har ansvar for pasienten med selvmordsrisiko betyr det at hun skal observere og vurdere pasienten kontinuerlig, til risikoen er redusert. Det finnes to måter å observere på; kontinuerlig observasjon (KO) og intervallobservasjon (IVO). Målet med observasjon av pasient i en slik situasjon, er å sikre liv og helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008)

KO er et kontinuerlig tilsyn av pasienten, til enhver tid. Dette gjelder når selvmordsrisikoen er høy. Man skal holde seg i nærheten av pasienten, slik at farlige situasjoner, selvskading og selvmord kan unngås. I perioden hvor selvmordsrisikoen er høy og KO brukes, bør ikke pasienten forlate enheten eller være alene (for eksempel på bad eller om natta) (Ibid). Å bruke KO på pasienten vil da si at man fratrar pasientens kontroll og ansvar for seg selv, for å kunne ivareta hennes sikkerhet i den akutte fasen (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013). I første del av perioden på psykiatrisk avdeling må Trine ha denne form for observasjon fra sykepleieren, grunnet at hun kommer inn med en høy selvmordsrisiko og er derfor til fare for seg selv.

Når Trine viser framgang ved reduksjon av selvmordsadferd, kan KO oppheves til IVO. Dette er observasjon som skjer med tidsintervall, på for eksempel 5, 10, 15 eller 30 minutter. Samtidig må det unngås at Trine kan få en forutsigbar tidsrytme, slik at hun kan utnytte tiden til å skade seg selv eller utføre et selvmord/-forsøk (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Blant annet gjelder dette situasjoner som øker selvmordsrisikoen, som for eksempel da personalet

har møter eller rapport. Pasienten kan kjenne til rutinene og vite hvor lang tid dette tar, og kan dermed utnytte denne tiden (Vråle, 2000). Måten dette kan unngås på er å stikke innom pasienten av og til, i tillegg til den IVOen som er bestemt. Man kan ha hyppigere observasjoner av pasienten, men aldri sjeldnere. Dette brukes da KO oppheves. Det er viktig å vite hvor pasienten befinner seg, slik at man ikke går over tiden som er satt for IVO. En nedtrapping av IVO bør utføres, før det kan avsluttes hos pasienten (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Når IVO iverksettes blir pasienten overlatt noe til seg selv, og må dermed få tilbake noe av kontrollen som hun har blitt fratatt. Likevel må sykepleieren fortsette å følge dette opp slik at selvskading eller selvmordsforsøk unngås. Da pasienten viser tegn til at hun kan ta ansvar for seg selv, må hun få tilbake kontrollen over eget liv. Dette er viktig slik at pasientens autonomi blir ivaretatt. Sykepleierens rolle videre blir å støtte pasienten i hennes egne valg og handlinger, og veilede når det er behov (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013).

4.2 Du er unik og enestående

Det er i denne fasen sykepleieren og individet begynner å se hverandre som individer og mennesker. De går mer bort fra å kategorisere hverandre og pasienten vil se på sykepleieren som en enestående person og ikke som den kategoriserte sykepleieren. Det samme vil sykepleieren overfor pasienten. Sykepleieren vil se at pasienten har følelser og tanker og oppfatter det som skjer rundt henne. Det vil bli tatt mer og mer hensyn til hvordan pasienten opplever sin egen situasjon. Det er i denne fasen de begynner å få en relasjon til hverandre og de vil derfor utvikle en tilknytning til den andre personen (Travelbee, 2001).

Sykepleieren kan tro de skjønner akkurat hvordan pasienten har det. Hun kan sammenligne pasienten med en annen person eller si for eksempel at ”jeg skjønner akkurat hvordan du har det” eller si at hun vet hvordan hun ville følt og hatt det hvis hun var i samme situasjon. Det er dette som skiller de sykepleierne som klarer å se hver enkel person som et individ og se det unike med hver enkelt person og sykepleiere som ikke klarer det. Det som er sykepleierens oppgave er å behandle alle som individer og se hver enkelt som unik og enestående (Ibid).

Travelbee fokuserer på det enkelte individets enestående vesen. Sykepleiere bør behandle alle mennesker de møter som individer med ulike kvaliteter og egenskaper. Det er ingen mennesker som er like og det er derfor ingen mennesker som reagerer likt på situasjoner de er i. For eksempel kan dette være hvis sykepleieren møter en person som har opplevd det samme som en annen. Sykepleieren kan ikke i slike situasjoner behandle disse menneskene likt, men

må tilpasse og individualisere omsorgen etter hva behovet er for den enkelte (Travelbee, 2001).

Trine er et individ med sine egne opplevelser og erfaringer. Dette er noe som sykepleieren vil se og hun vil lære å kjenne Trine som et enkeltmenneske. Behandlingen Trine får skal være gjennomarbeidet etter Trines behov og den personen Trine er skal brukes til å individualisere pleien. Ved at sykepleieren bruker sin erfaring i planleggingen av Trines behandling, kan det båndet de vil få til hverandre styrkes og de vil kunne få et samarbeid som er unikt. Dette samarbeidet er med på å hjelpe Trine videre og kunne redusere selvmordstankene hun har.

I bearbeidingsfasen til Hummelvoll skal økt innsikt og selvforståelse klargjøre pasienten for de ytre faktorer som forårsaket det hun opplever som et problem. Det er viktig å tenke på pasienten som et helt menneske og ivareta alle hennes behov. Alle planer og tanker må bli til handling, for å gi pasienten positive erfaringer. Nytenking kan være lurt, da pasienten kan få tilbake nysgjerrighet og se muligheter til vekst og utvikling. Sykepleierens hovedoppgave er å skape et godt miljø og en god atmosfære rundt pasienten, slik at eksperimentering av ny adferd kan prøves ut (Hummelvoll, 2012). I denne fasen er det viktig for pasienten at sykepleieren gir en mulighet for kontakt og samhandling, og vise at hun har tid og kjennskap til hvordan pasienten har det. Dette gir Trine en følelse av å bli verdsatt og at noen ønsker å tilbringe tid sammen med henne, samt at hun ikke er alene om å jobbe med og utfordre de problemene hun har. Denne samhandlingen vil gi henne trygghet og hun vil føle økende læringsmuligheter for å takle sine problemer (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013).

Når Trine har kommet såpass langt i behandlingsprosessen at hun er i stand til å utfordre seg selv, er det mulig å lage planer og kontrakter som gir en klarhet i hvordan hun skal forholde seg til tilbakevendende selvmordstanker. Et godt alternativ her er en ikke-selvmordskontrakt. En ikke-selvmordskontrakt er en utarbeidet kontrakt, mellom pasienten, sykepleieren og andre i den hjelpende rollen. Målet med en slik kontrakt er å hindre at pasienten skal begå selvmord eller forsøke å begå selvmord. Det er viktig at pasienten deltar i denne prosessen, slik at hun kan være medvirkende i egen behandling. Grunnlaget for kontrakten dannes ved å ha samtaler, utforming, gjennomføring og evaluering. Hva kontrakten går ut på, blir noe individuelt ut i fra pasientens behov og ønsker (Hummelvoll, 2012). Ved å ha en slik kontrakt som et samarbeidsredskap, kan pasienten føle det som en praktisk retningslinje for hvordan hun skal samarbeide med sykepleieren og ta ansvar for egen behandling og bedring (Hammer,

Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013). Dette er et verktøy som kan være med på å individualisere behandlingen (Travelbee, 2001).

En slik kontrakt blir ofte brukt for pasienter som er risikoutsatte personer og bør inneholde forslag til alternative handlingsmønstre enn å skade seg selv. Det er vesentlig at relasjonen mellom pasienten og sykepleieren allerede er dannet, for at kontrakten skal gi best mulig utbytte (Mehlum, Dieserud, Ekeberg, Grøholt, Mellesdal, Walby & Myhre, 2007).

Kontrakten burde inneholde noen konkrete elementer som veileder pasienten til å utføre de forslagene som er nevnt. Et eksempel på en slik kontrakt for Trine kan være at i stedet for å handle på impuls, skal hun tenke gjennom hva den impulsive handlingen kan forårsake og endre tankengangen rundt dette. Ved slike refleksjoner kan hun etter hvert utvikle bedre handlingsmønstre, fordi hun har klart å endre sine tanker. Sykepleieren kan hjelpe Trine gjennom denne kontraktens forløp, ved at hun gjør seg tilgjengelig. Dette kan føre til at Trine føler gjensidighet og samarbeid når hun møter motstand. Målet med kontrakten er å oppnå positive erfaringer, som kan brukes videre, og at hun skal føle at hun er delaktig i det som skjer i avdelingen. Det er også viktig at kontrakten skal gi Trine en forståelse av graden av selvmordsfare hos seg selv og hvilke muligheter hun har for å mestre problemene sine. Dette kan hun erfare ved å bli bevisst på hva som stimulerer og hva som demper selvmordsimpulser (Hummelvoll, 2012).

4.3 Jeg er glad noen forstår

Dette er fasen der sykepleieren klarer å sette seg inn i situasjonen til individet, men likevel klarer hun å stå utenfor. Empati vil si at man objektivt skal ta en del i og forstå den andres tanker og følelser. Når det gjelder Trine må sykepleieren forstå hvorfor hun har valgt å ta det skrittet med å begå selvmord. Ved å vise empati vil sykepleieren lettere kunne finne andre alternativer for Trine enn det å ta sitt eget liv. Sykepleieren skal knytte seg til og gi en følelse av nærhet til den andre, og vise en evne til å se den andres aktuelle psykiske tilstand. Å være empatisk handler om å være sammen om noe, og støtte individet på det han eller hun tenker og føler. Når sykepleieren har empati for individet, er det et resultat av det hun har fått vite av personen. For å kunne vise denne empatien, må det være et tillitsforhold mellom de to partene. Målet med empati er å kunne forutsi den andres adferd. Det er enklere å føle empati på de områder hvor man kan gjenkjenne seg hos den andre (Travelbee, 2001). Dette krevet et

oppmerksomt nærvær fra sykepleieren, hvor man klarer å gjenkjenne seg i den andre (Sandvik, 2011). Det avhenger derfor at man har noe av de samme erfaringene rundt det bestemte området og at sykepleieren ser en likhet mellom seg selv og individet. Det er i tillegg vesentlig å ha et ønske om og være empatisk og dette krever en nysgjerrighet. Uten forberedelser før det innledende møtet, er det vanskelig å vise empati overfor pasienten (Travelbee, 2001).

Ved at sykepleieren klarer å sette seg inn i Trines situasjon, gir dette en bedre forståelse for hva som skjer. Dette gir en mulighet til å hjelpe henne videre i behandlingsprosessen. Denne hjelpen skal resultere i at Trines evne til å lære, samt endringer i hvordan hun tenker, føler og handler skal gå i en positiv retning. Dette kan gjøres ved at sykepleieren bruker behandlingsmetoder som dialektisk adferdsterapi.

Dialektisk adferdsterapi er en behandlingsmetode rettet mot selvmordsnære kvinner med Borderline personlighetsforstyrrelse (Mehlum & Jensen, 2006). For å kunne oppnå dette må man klare å tenke realistisk, da det er den eneste måten å utvikle de rette handlingene på. Realistiske tanker kan gjøre at man føler seg bedre og kan oppføre seg på en bedre måte, noe som igjen kan resultere i en bedre funksjon og en stabilisert følelsesmessig tilværelse. Dette er svært relevant for pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse (Kåver & Nilsonne, 2005).

I dialektisk adferdsterapi skal man jobbe målrettet med negative faktorer, som for eksempel negative tanker og selvinstruksjoner. Ved å jobbe med disse kan pasienten oppnå nye innsikter og tanker hos seg selv. For å klare dette må pasienten kunne se begge sider av en sak, altså se helhetlig på motsetningsfulle aspekter. I Trines tilfelle vil det være at hun har et ønske om å dø, men samtidig ønsker hun å leve. Hvis hun klarer å se og forstå dette, vil hun kunne jobbe med de selvmordstankene hun har og føle at livet er verdt å leve. Siden pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse har vanskeligheter med å skille mellom disse motsetningen, fordi de lever «svart-hvitt», må sykepleieren hjelpe Trine på en meningsfylt måte for at hun skal klare dette (Ibid).

Når det gjelder sykepleierens rolle i den dialektiske adferdsterapien gjelder det å kunne bekrefte og konfrontere pasienten på en gang (Ibid). Forholdet til sykepleieren er elementært for at pasienten skal ha best mulig utbytte av behandlingen (Hodgetts, Wright & Gough,

2007). Dette for å vise pasienten at hun er bra nok, men at noe må jobbes med for at den selvdestruktive adferden skal reduseres. Mens pasienten må lære seg å leve med den tilværelsen som er aktuell og samtidig jobbe med å forandre den. Da må oppmerksomt nærvær overfor seg selv være til stede hos pasienten, hvor hun skal være oppmerksom på det som skjer der og da. Ved at Trine kan observere og beskrive sine følelser, kan hun skape en distanse til dem og gjøre dem lettere å takle (Kåver & Nilsonne, 2005). Når man jobber med følelsene kan hun føle at dette fører til en bedring (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013). Ved å gjøre dette vil hun lettere kunne se seg selv fra utsiden og se hvilken adferd som er positiv og hvilken som er negativ (Kåver & Nilsonne, 2005).

Ved hjelp av denne behandlingsmetoden skal Trine kunne oppnå en forståelse av sin egen situasjon, få bedre selvinnsikt og klare å leve slik hun har det. Får å få til dette må sykepleieren kunne vise empati ved å gi bekreftende tilbakemeldinger på det som er bra og samtidig konfrontere pasienten på de områdene som hun trenger en progresjon på. Når det gjelder konfrontasjonen vil det si at sykepleieren gir Trine konstruktive tilbakemeldinger på det hun skal jobbe med ved sine tanker og følelser. Hensikten med dette er at hun skal oppleve å klare og kontrollere dem, samt å leve i nuet i stedet for å dvele på fortidens problemer.

4.4 Jeg vil bare hjelpe deg

Travelbees fjerde fase handler om sympati og medfølelse. Dette er et emne som ofte oppfattes på samme måte som empati og de to fasene kan være lett å blande. I motsetning til empati er sympati og medfølelse den fasen der sykepleieren har en trang til å lindre plagene til den syke. Prosessen med å ha sympati har grobunn i empatifasen og de to begrepene er meget like, men samtidig forskjellig (Travelbee, 2001). Sympati er å forstå den andres lidelse og å føle at disse plagene angår sykepleieren. Ved å gjøre det vil sykepleieren føle en trang til å hjelpe den syke. Sykepleieren tar del i individets lidelse og har derfor medfølelse. I sykepleiesituasjoner er det måten sykepleieren er på og uttrykker seg på som viser medfølelse.

Når sykepleieren forstår den andres lidelse, tar del i den og viser medfølelse overfor pasienten, er det viktig at dette ikke blir overdrevent mye. Man må kunne sette grenser, slik at pasienten fortsatt har ansvar for sine egne problemer, og at sykepleieren er der for å kunne

hjelpe med å løse dem, ikke overta ansvaret for dem (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002). Ved å sette seg så dypt inn i pasientens situasjon, kan det oppstå motoverføringer. Både positive og negative. Da gjelder det for sykepleieren å være klar over disse, slik at de kan brukes som en fordel i behandlingen (Mehlum, 1999).

Blir det enten for mye eller for lite grensesetting, kan pasienten føle at sykepleieren avviser henne og opplever et brudd på relasjonen. Pasienter med selvmordsrisiko kan da respondere med en «hev» i form av utagerende selvmordsforsøk (Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002). En pasient som Trine, med Borderline personlighetsforstyrrelser, har en tendens til å splitte verden og mennesker rundt seg. Dette kan for eksempel være at hun setter de «snille» pleierne opp mot de «slemme», noe som resulterer i vanskelig samarbeid rundt hennes behandling. Derfor er det viktig at sykepleierne har kunnskap om hvordan selvmordsnære pasienter og Borderlinepasienter kan reagere på hva som gis av sykepleieren. Derfor er det viktig å ha kunnskap om motoverføringer og hvordan pasienter kan oppleve å bli satt grenser til eller at det ikke settes grenser (Mehlum, 1999).

4.5 Jeg føler meg som et fullstendig menneske igjen

Miljøterapi går ut på å tilrettelegge miljøet rundt pasienten, slik at det gir mulighet til å fremme pasientens vekst av identitet, lærings- og mestringsevne, samt å ta ansvar for seg selv og sine problemer. Det er viktig i miljøterapien å ta tak i hverdagslige ting og fokusere på mestringen av dem (Nysveen, Nordby, Brattrud & Granerud, 2011).

For Trine kan dette være å hjelpe til med ting i avdelingen, som for eksempel matlaging, for å få tilbake en mestringsfølelse av de små hverdagslige tingene man vanligvis gjør uten å tenke over det.

Erfaring hos sykepleieren er viktig, for å kunne jobbe målrettet med pasienten og tåle de utfordringen som kan oppstå. Som en del av miljøterapien burde man ha fokus på omsorg, empati, forståelse og respekt, samt å ta pasienten på alvor. I miljøterapi som behandling burde man se hvilke ressurser pasienten har og bruke dette som noe positivt i samarbeidet med personalet. Pasienten skal kunne se en framgang i det som gjøres og at dette vil være nyttig i hverdagen etter utskrivelse (Ibid). Dette kan for eksempel være å drive med fysisk aktivitet. I begynnelsen kan sykepleieren være en «turkamerat», og etter hvert kan Trine gå turer på egenhånd og få mer ansvar for seg selv og føle at hun mestrer å ta ansvar for seg selv. Hun

kan med dette erfare at frisk luft og fysisk aktivitet kan bedre den psykiske helsen og gi en mestringsfølelse. Denne erfaringen kan hun da bruke som motivasjon når hun kommer hjem.

Som en del av miljøterapien har man Gundersons fem miljøterapeutiske prinsipper, som er beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Disse baseres på hvordan man skal bistå pasienten underveis i behandling, da pasienten skal være en del av miljøet i og utenfor avdelingen i fellesskap med medpasienter og personale.

Målet med å beskytte pasienten i tidlig fase er at man skal hindre destruktiv adferd, som for eksempel selvmordsadferd. Når Trine kommer inn i avdeling, kan selvkontroll og selvfølelse var nokså dårlig. Da er det viktig å bidra til å lette belastningen for henne for å kunne øke hennes indre kontroll. Beskyttelse er ofte en viktig del av den miljøterapeutiske behandlingen til pasienter med selvmordsadferd. For å kunne hjelpe Trine videre og redusere de problemene som er i livet hennes, må man skape en god relasjon mellom henne og sykepleieren. Da må sykepleieren ha en holdning som baserer på respekt, likeverd, forståelse, anerkjennelse, være lyttende og kunne se pasientens ønsker og behov. Hvis sykepleieren møter Trine slik, er det lettere å oppnå gjensidig respekt og tillit og at Trine også gjenoppretter dette for seg selv. For å kunne beskytte Trine må man begynne beskyttelsestiltakene ved det første møtet. Det betyr at i begynnelsen kan sykepleieren være bidragende med å ivareta pasientens ytre kontroll når hun ikke klarer det selv. Etter hvert som Trine opplever en bedring og en gjenvinning av kontroll, skal sykepleieren være støttende i den videre prosessen. (Henriksen et al., 2011).

Støtte skal gi pasienten følelse av velvære og trygghet rundt seg, noe som vil resultere i økt selvfølelse og reduksjon i fortvilelse og angst. Sykepleieren må derfor finne ut av hva Trine klarer på eget initiativ og hvor mye støtte hun har behov for. Det er viktig å fokusere på at Trine får nok støtte, slik at hun kan klare å ta nye utfordringer (Henriksen et al., 2011). Sykepleieren kan bidra til disse utfordringene ved å være tilgjengelig og vise støtte, for da lar man Trine få prøve selv, samtidig som hun føler seg verdsatt som menneske (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013). Da må sykepleieren vise at hun har tid, være tålmodig, rolig og ikke ha en dømmende holdning. Støtten som gis til Trine burde være i form av oppmuntring, råd og veiledning, for å kunne bidra henne med å utføre aktiviteter som gir henne en mestringsfølelse (Henriksen et al., 2011). Når sykepleieren viser Trine

tilgjengelighet, respekt, forståelse og støtte, opplever hun dette som bedringsfremmende når hun er innlagt på psykiatrisk avdeling. Dette må bygges videre på, slik at hun fortsetter å øke selvfølelsen og kan begynne en strukturert hverdag hvor pasienten er mer delaktig i egen behandlingen (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013).

Å bruke struktur i behandlingen er viktig når pasienten klarer å ta ansvar for seg selv. I denne fasen må pasienten kunne planlegge mye av hverdagen selv og se konsekvensene av de valgene hun tar. Målet med struktur er å få en forutsigbar hverdag, som kan gi en positiv endring i negative symptomer og handlingsmønstre. Dette kan igjen føre til at vonde følelser og impulser reduseres. Dette vil være viktig for Trine som har Borderline personlighetsforstyrrelse og har forsøkt å ta sitt eget liv, da det er kjent at Borderlinepasienter ofte handler på impuls.

Dagsplaner og ukeplaner er en form for struktur som gir en god hverdag hvor man har kontroll over hva som skjer til en hver tid (Henriksen et al., 2011). I tillegg til disse planene bør Trine ha daglige mål som er realistiske å nå (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013). Disse skal Trine utarbeide sammen med sykepleieren, slik at hun er delaktig i egen behandling (Henriksen et al., 2011).

Engasjement kan forstås som fellesskap, samhandling og aktivitet med medmennesker. Her skal man være aktiv og være deltakende, slik at man får en mestring i møte med andre mennesker (Henriksen et al., 2011) og resulterer i bedring. Dette skal igjen gjenoppbygge en følelse av selvtillit ved å være aktiv og ansvarlig for egen behandling (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013). Målet er å ta ansvar for det man gjør og gjennom dette kunne føle seg kompetent, respektert og kunne bruke seg selv i fellesskap med andre. Dette krever en atmosfære av trygghet og tillit.

Her skal Trine og sykepleieren samarbeide om å finne løsninger og alternativer, hvor da utfordringer er viktig for å trene på hva som møter henne etter utskrivelse. Utfordringene baseres på å gi Trine ansvar for aktiviteter, for å øve på ulike sosiale ferdigheter. Det hun skal oppnå med dette er å jobbe med forholdene hun har til den virkelige verden og fellesskap og samhandling med andre mennesker. Her må Trine komme med ideer og forslag til hvordan hun ønsker at livet skal være, og målet er at hun skal godta den hun er (Henriksen et al., 2011).

Gyldiggjøring vil si å anerkjenne eller bekrefte. Da skal sykepleieren anerkjenne og bekrefte at Trine er bra nok, at hun er verdifull. Dette vil etter hvert føre til at hun kan se dette selv og godta seg selv. Individualitet og egenart er viktig at bekrefte, slik at Trine kan vinne tilbake selvspekten og finne sine egne livsverdier, noe som også krever selvinnsikt fra hennes side. Målet er å finne sammenheng og mening med livet, noe som kan gjøres gjennom planer, samtaler og aktiviteter. Da kan sykepleieren bidra Trine til dette, ved å samarbeide med henne. Men hun skal også gjøre mye på egenhånd, slik at hun kan finne seg selv. Da er det viktig med refleksjon av hva som skjer og gi Trine mulighet til å snakke om sine ønsker og behov når hun føler for det (Henriksen, et al., 2011).

Ved å fokusere på Travelbees fire faser i menneske-til-menneske-forholdet, kan man som sykepleier møte individet med respekt og likeverd. Hennes teorier baseres på at man skal skape en god relasjon og kunne bidra til en god og individualisert behandling. Med hjelp fra Gundersons prisnipper (referert i Henriksen, et al., 2011) har man fem grunnleggende prinsipper som kan bidra til at behandlingen blir mer målrettet. Travelbees faser går ikke direkte på behandling av pasienter i psykiatri, mens miljøterapi er en grunnleggende del av behandling av psykiatriske pasienter. Grunnet at de gir en progresjon etter hvordan pasienten ligger an i behandlingsprosessen. Dette er spesielt viktig for selvmordsnære pasienter, da de er i en krisesituasjon da de kommer inn på en psykiatrisk avdeling. Det samme gjelder for pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse, da de ikke klarer å kontrollere følelser og impulser. Når pasienten klarer å oppnå kontroll over egne følelser og føle at hun godtar den hun er, klarer hun å gyldiggjøre seg og se framover.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi tatt for oss forskjellige forebyggende tiltak i forhold til selvmord og selvmordsrisiko blant pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse. Man kan ikke si at det finnes konkrete tiltak for alle grupper selvmordsnære pasienter. Travelbee (2001) sier at alle pasienter er individer og derfor vil de selvmordsforebyggende tiltakene også bli delvis individuelle. Hvilke tiltak som burde brukes avhenger av pasientens selvmordsadferd, årsaken til denne adferden og hvor hun befinner seg i den suicidale prosessen.

Ved å bruke Travelbees faser, med innspill fra Hummelvoll, vil menneske-til-menneskeforholdet kunne opprettes på en bedre måte. Det er viktig at dette forholdet mellom pasienten og sykepleieren er svært godt, for dette påvirker effekten av tiltakene som blir iverksatt for å forebygge selvmord.

For å svare på problemstillingen har vi tatt for oss selvmordsforebyggende tiltak som å ivareta pasienter ved innkomst på psykiatrisk avdeling. Dette innebærer å beskytte og sikre pasienters liv og helse. Konkrete tiltak for beskyttelse og sikring er «stripping» av rom, KO og IVO. Når man gjennomføre disse ser pasienten alvorligheten i sin adferd, ved at gjenstander blir fjernet og man har personale rundt seg til en hver tid.

Et annet tiltak er ikke-selvmordskontrakt, som gir en konkret avtale på hvordan pasienten skal ansvarliggjøres for egne handlinger og valg. Dette gir struktur og forutsigbarhet, og er med på vise pasienten seriositeten av destruktiv adferd. Følger man kontrakten får man positive erfaringer, og bryter man den får det konsekvenser.

Det finnes en terapimetode som er rettet direkte mot selvmordsnære kvinner med Borderline personlighetsforstyrrelser. Det er forsket på metoden, og det viser at dette er en god behandling for denne gruppen pasienter. Denne skaper realistisk tenkning, som kan hjelpe pasienten til å gjenvinne kontroll over eget liv, samt forstå og godta sin egen situasjon. Når pasienten har klart å gjenvinne delvis egenkontroll, kan tiltak i miljøterapi iverksettes. Da fokuseres det på at man skal tilbake til hverdagen, hvor man takler å være rundt medmennesker, i samfunnet og omgivelser og utføre daglige gjøremål. Effekten av dette blir at pasienten kan klare å stå på egne ben, og skape et strukturert og forutsigbart liv.

Erfaringene vi sitter igjen med etter å ha skrevet denne oppgaven er at selvmordsproblematikk er utfordrende. Vi har erfart under skrivingen at man ikke bare kan ha kunnskap om temaet selvmord, men også om sykdommer som er relatert til selvmordsrisiko og andre ytre faktorer som kan være en påvirkning. Vi har lært mye om hvordan vi skal møte den selvmordsnære pasienten og føler oss mer kunnskapsrike i rollen som sykepleiere.

6.0 Litteraturliste

Dalland, O. (2012). 5. utgave. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ekeland, T.J., Iversen, O., Nordhelle, G., Ohnstad, A. (2004). *Psykologi for sosial- og helsefag*. Oslo: Cappelen forlag. As. S. * (Kapittel 6).

Evang, A, 2010, *Utvikling, Personlighet og Borderline*. Oslo: cappelen akademiske forlag as.
* (Kapittel 7).

First, M. B., Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR Mental Disorders Diagnosis, Etiology & Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. * (S.1250-1255)

Folkehelseinstituttet. (2011). Fakta og helsestatistikk om selvmord og selvmordsforsøk.
Lokalisert på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,8148&MainContent_6261=6464:0:25,6341&List_6212=6218:0:25,6354:1:0:0:::0:0 *

Gratz, K. L., Litzman, R. D, Tull, M. T., Reynolds, E. K. & Lejuez, C. W. (2011). Exploring the Association Between Emotional Abuse and Childhood Borderline Personality Features: The Moderating Role of Personality Traits. Elsevier, 42(3). Lokalisert på:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000578941100027X> *

Gunderson, j. G., 2001, American psychiatric publishing, Inc *Borderline personality disorder, a clinical guide*. Washington. * (Kapittel 1)

Hammer, J., Wilhelmsen, K., Strand, M. & Vråle, G. B. (2013). *Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern*. Lokalisert på:
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1120583/kvinner-som-selvskader-opplever-bedring-ved-innleggelse-i-akutt-psykisk-helsevern-> *

Henriksen, A. T., Smedvik, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A. S., ... Thorsen, G.-R. B. (2011). 6. utgave. *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. * (Del 1)

Hodgetts, A., Wright, J. & Gough, A. (2007). *Clients with borderline personality disorder: Exploring their experiences of dialectal behavior therapy*. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5a47efe2-f890-47cc-95a4-e92c95e2bc38%40sessionmgr114&vid=10&hid=103> *

Holm, A. L. & Severinsson, E. (2011). *Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder*. Lokalisert på: http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/2011/KLH/01Jun11/59988781.pdf?T=P&P=AN&K=2011008726&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeqLA4y9f3OLCmr0ueprZSsqm4S7OWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtU%2B2qq9PuePfgeyx44Dt6fIA *

Hummelvoll, J. K. (1984). *Sykepleier – pasient – felleskapet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. * (Kapittel 4)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Johannessen, B. (1995). *Forebyggende sykepleie*. Oslo: TANO AS. * (Kapittel 2)

Kåver, A. & Nilsonne, Åsa., (2005). *Dialektisk adfersterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. * (Kapittel 4)

Mehlum, L. (Red.). (1999). *Tilbake til livet, selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS - Norwegian Academic Press * (Kapttel 4 og 13)

Mehlum, L. & Jensen, A. I. (2006). *Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse*. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1453115>

Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. & Myhre, K. I. (2007). *Forebygging av selvmord, del 2*. (Rapport fra kunnskapssenteret, nr. 4, 2007).

Lokalisert på:

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Forebygging+av+selvmord,+del+2.678.cms>

* (Kapittel 1)

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeidi teori og praksis*. Universitetsforlaget.

Nysveen, K., Nordby, K., Brattrud, T. L. & Granerud, A. (2011). *Miljøterapi i psykisk helsevern – et prosjekt verdig*. Vallset: Opplandske Bokforlag. * (Kapittel 1)

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. * (Kapittel 1, 17 og 19)

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1.1. (2012). Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no> *

Sandvik, B. A. (2011). *Mindfulness – det oppmerksomme nærvær*. Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/754992/mindfulness-det-opperksomme-narvar> *

Schanche, V. A. (2005). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis*.

Lokalisert på:

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Forebygging+av+selvmord,+del+2.678.cms>

*

Schei, B. & Bakketeig, L. S. (Red.). (2007). *Kvinner lider menn dør*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. * (Kapittel 1)

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. * (Kapittel 1, 3 og 10)

Vråle, G. B. (2000). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk ANS. * (Kapittel 2)

Wassermann, D. (Red.). (2001). *Suicide, an unnecessary death*. London: Martin Dunitz.* (Kapittel 10)

World Health Organization. (1999). *ICD-10, psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (norsk utgave)*. Oslo: Universitetsforlaget AS. * (S. 198-199 og 202-203)

Vedlegg 1

Kildesøk

Her har vi lagt ved en oversikt over litteratursøket vårt

Termer:	selvmord	Borderline personlighetsforstyrrelse	motoverføring	Suicidal process	Dialectic behaviour therapy
Antall treff:	52	1	6	47	44
Database:	Sykepleien.no	Sykepleien.no	Tidsskriftet for den norske legeforening.no	EBSCOhost: Cinahl with fulltext	EBSCOhost: Cinahl with fulltext
Resultat:	Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern	Mindfulness – det oppmerksomme nærvær	Suicidal adferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse (fagartikkel)	Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder	Clients with borderline personality disorder: exploring their experiences of dialectical behaviour therapy.