



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Folkehelsefag

**4BACH**

Veronica Myrvang Renstrøm og

Martine Tosterud

Veileder: Åse Monica Leirvik

# Relasjonsbygging med den selvmordstruede

## Building a relation with the suicidal

Antall ord: 12360

**BASY 2010**

**2013**

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 JA NEI

Fade to black

Life it seems, will fade away  
Drifting further everyday  
Getting lost within myself  
Nothing matters, no one else  
I have lost the will to live  
Simply nothing more to give  
There is nothing more for me  
Need the end to set me free

Things not what they used to be  
Missing one inside of me  
Deathly lost this can't be real  
Can't stand this hell I feel  
Emptiness is filling me  
To the point of agony  
Growing darkness taking dawn  
I was me, but now he's gone

No one but me can save myself, but it's too late  
Now I can't think, think why I should even try

Yesterday seems as though it never existed  
Death greets me warm, now I will just say goodbye

(Hetfield, J., Burton, C., Ulrich, L., Hammett, K., 1984, spor 4)

## Innhold

1 Innledning.....	4
1.1 Førforståelse .....	5
1.2 Problemstilling .....	5
1.3 Formål med oppgaven .....	5
1.4 Begrepsavklaring og avgrensing .....	6
1.5 Oppgavens oppbygging .....	7
2 Metode.....	8
2.1 Fremgangsmåte .....	8
2.2 Kildekritikk .....	9
3 Den selvmordstruede pasienten.....	11
3.1 Selvmord og avmakt.....	11
3.2 Risikofaktorer.....	13
3.2.1 Pasienter knyttet til psykisk helsevern .....	13
3.2.2 Psykiske lidelser .....	14
3.2.3 Rusmisbruk.....	15
3.2.4 Somatisk sykdom .....	15
3.2.5 Medisinering.....	16
3.3 Parasuicid .....	16
3.4 Selvmordprosessen.....	17
4 Sykepleieteori.....	18
4.1 Sykepleieutøvelsens grunnlag .....	18
4.2 Forebyggende psykisk helsearbeid .....	19
4.3 Menneske-til-menneske-forholdet.....	20
4.4 Sykepleie-pasient-fellesskapet .....	23
4.5 Egostyrkende sykepleie .....	24
5 Drøfting .....	28
5.1 Kartlegging av selvmordsfare.....	28
5.2 Relasjonsbygging .....	31
5.3 Temaer med den selvmordstruede.....	34
5.4 Det autonome mennesket .....	35
6 Konklusjon .....	38
Litteraturliste .....	40
Sammendrag.....	43
Vedlegg 1 - PICO Skjema .....	44
Vedlegg 2 – Søketabell.....	45

# 1 Innledning

William Styron (1990) skriver:

Det eksisterer bare ett alvorlig filosofisk problem, nemlig selvmordet. Det å avgjøre hvorvidt livet er verd å leve eller ikke, er det samme som å besvare filosofiens grunnleggende spørsmål... Nå, derimot, innså jeg klart at når smertene kommer tilbake... ville jeg bli nødt til å innrømme at livet ikke lenger var verd å leve, og dermed til å besvare - iallfall på egne vegne - filosofiens grunnleggende spørsmål. (s. 32, 38)

Når håpløsheten tar overhånd og troen på å finne helbredelse og lindring er borte, kan selvmord være en utvei (Hummelvoll, 2012). I Norge skjer det årlig cirka 500 selvmord, antallet selvmordsforsøk er ukjent (Helsedirektoratet, 2008). Det er antatt store mørketall i registrering av selvmord da ulykker kan ha vært en selvmordshandling (Stänicke, 2010).

Selvordsraten er hos menn fire ganger høyere enn hos kvinner, og metodene for selvmordene er ulike da menn ofte velger en mer dramatisk metode enn kvinner. De vanligste selvmordsmetodene for menn er skyting, henging, forgiftning og trafikkulykker med intensjon om dødelig utgang. Kvinnenes metoder er ofte mindre dramatiske og gir en større mulighet for å bli forhindret, de vanligste metodene for kvinner er forgiftning, henging og drukning (Stänicke, 2010).

Å møte et selvmordstruet menneske er noe som preger oss i arbeidet som sykepleiere. Man kan møte en pasient med disse tankene på en psykiatrisk avdeling, eller man kan møte en pasient som har forsøkt selvmord i mottagelsen på et sykehus. Da man står ovenfor en slik situasjon kan ord ofte bli fattige, og man er redd man skal si noe feil, som kan gjøre det verre for pasienten. I følge Yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011) punkt 2.3 skal sykepleieren ivareta «... den enkeltes behov for helhetlig omsorg». Så hva gjør man da et menneske sier at det ikke ønsker å leve lenger? Hvordan takler man disse situasjonene? På hvilken måte kan vi med vår bakgrunn hjelpe det autonome, selvmordstruede mennesket slik at det snur, og velger livet?

## **1.1 Førforståelse**

Vi har begge stor interesse for psykiatri, og etter psykiatripraksis følte vi at temaet selvmord var noe som delvis skremte oss da vi ikke visste hvordan vi skulle takle det. Dette grunnet for lite kunnskap om emnet. I tillegg kjenner vi flere som har mistet sine nære i selvmord, og har sett hvor vanskelig det har vært for de etterlatte. Selvmordstruede pasienter er antagelig en av de mest utfordrende pasientsituasjonene en sykepleier kan oppleve. Det gjør noe med oss, og det er absolutt noe vi tar med oss videre. I sykepleieryrket opplever man død, sorg og tunge situasjoner. Når noen dør naturlig av somatiske årsaker tenker vi ofte om vi kunne gjort mer eller kunne gjort noe annerledes. Enda tyngre vil vi da si det er når et menneske ikke dør av naturlige årsaker, men selv velger å avslutte livet. Derfor har vi valgt dette emnet, for å få et bredere grunnlag for forståelse slik at vi bedre kan forebygge. Vi ønsker å lære mer om hvordan vi som sykepleiere i psykiatri kan danne en relasjon med denne pasientgruppen. Vi må våge å møte pasienten, våge å møte situasjonen tross at vi har en frykt for hvilke svar som møter oss.

## **1.2 Problemstilling**

I vår problemstilling er målgruppen den selvmordstruede pasienten, arenaen er voksenpsykiatrisk avdeling. Målet er forebygging av selvmord. Virkemiddelet er relasjonsbygging. Vi finner denne problemstillingen relevant for sykepleierens virke innen psykiatriske helseforetak. I følge NSF sine Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2 skal sykepleieren «... understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten» samt ha «... ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (2011, s. 8).

*Kan sykepleieren gjennom relasjonsbygging bidra til at den selvmordstruede pasienten velger livet?*

## **1.3 Formål med oppgaven**

Vi vil i denne oppgaven forsøke å belyse hvordan sykepleieren kan danne en relasjon til pasienten, og om denne relasjonen kan være til hjelp i forebyggingen av selvmordstanker og trusler hos pasienten. Vi vil bevisstgjøre sykepleieren på hvilke holdninger og handlinger hun har ovenfor den selvmordstruede pasienten, og hvordan hun gjennom disse kan styrke pasientens identitet. I tillegg ønsker vi å belyse de eksistensielle utfordringer sykepleieren står

ovenfor i det psykisk forebyggende helsearbeidet. På denne måten vil vi øke vår kunnskap om emnet, slik at vi kan reflektere over hvordan sykepleieren skal våge å møte den selvmordstruede pasienten og fremme håp.

#### **1.4 Begrepsavklaring og avgrensing**

Av praktiske årsaker vil sykepleieren refereres til som hun, og pasienten som han. Arenaen er voksenpsykiatri, og vi velger å gå ut ifra døgnpsykiatrisk enhet (DPS) knyttet til et helseforetak. Det vil ikke være fokus på etikk i denne oppgaven. Det er i denne oppgaven fokus på det autonome mennesket, derfor fokuserer vi ikke mot tvang og makt, men heller mot integritet og empowerment. Videre tiltak etter behandling vil ikke trekkes inn i denne oppgaven da dette er en oppgave som omhandler relasjonsbygging. Kommunikasjon og metoder vil utelates da det er det mellommenneskelige aspektet som legges til grunn for relasjonsbyggingen. Vi velger her å avklare de begrep som er i problemstillingen, andre begrep vil bli definert underveis i oppgaven.

Med den selvmordstruede pasienten mener vi personer som har en helhet av en rekke ulike faktorer som livslidelse, håpløshet, meningsløshet, ensomhet og verdiløshet. De personene som fullt ut vet hva å ta sitt eget liv dreier seg om er de som selv har erfart det, og ikke lenger kan dele kunnskapen med oss. Det å være selvmordstruet kan umulig defineres som et enkelt fenomen (Vråle, 2009).

I denne besvarelsen arbeider sykepleieren på en døgnpsykiatrisk avdeling. Hummelvoll skriver at psykiatrisk sykepleie skal være «En planlagt omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg .... Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier» (2012, s. 43). Vi tolker dette som at den psykiatriske sykepleien går ut på å styrke pasienten gjennom relasjoner bygget på tillit og omsorg.

Det latinske ordet *relatio* illustrerer at en gjenstand står i kombinasjon med en annen. Begrepet relasjon stammer fra dette ordet, og i følge Eide & Eide benyttes det i dagligtale «...

om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker» (2010, s.17). Her menes relasjonen mellom sykepleier og pasient.

### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven starter med at vi tar for oss hvem den selvmordstruede pasienten er, dette for å få en bredere forståelse av pasientgruppen. I dette kapitlet skriver vi i tillegg om risikofaktorer og begrepet selvmord, og hva det innebærer. Videre tar vi for oss sykepleieren og hennes rolle i arbeidet med den selvmordstruede pasienten. Innad i dette kapitlet tar vi for oss sykepleierens profesjon og oppgaver i møte med denne pasientgruppen, der vi vektlegger relasjonen mellom pasient og sykepleier. Da vi ser viktigheten av sykepleierens holdninger og handlinger i relasjonen har vi videre hatt fokus på dette.

## 2 Metode

”Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap”(NSF, 2011 s. 7). For å kunne komme frem til den kunnskapen vi trenger må vi ta i bruk en metode. Metoden blir derfor vårt verktøy for å kunne løse de problemene vi møter. Kravene til metoden vi tar i bruk vil derfor være at den gir oss relevant og faglig kunnskap, slik at vi lettere kan drøfte vår problemstilling og komme frem til hvilke svar som er faktiske i forhold til våre tanker og antagelser ut i fra erfaring og teori (Dalland, 2011). I samsvar med de retningslinjer som foreligger fra Høgskolen i Hedmark er dette en litteraturstudie. Hensikten med litteraturstudien er at vi skal kunne utøve sykepleie basert på kunnskap. Dette innebærer å kunne ta avgjørelser basert på en helhet av forskningsbasert kunnskap, kunnskap fra erfaringer og hva pasienter i gitte situasjoner selv ønsker og har behov for (Nortvedt, M W., Jamtvedt, G., Graverholt, B, & Reinart, L. M., 2008).

### 2.1 Fremgangsmåte

Litteraturen vi har valgt som grunnlag til denne oppgaven er pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Fra pensum har vi lagt vekt på Hummelvoll og Strand da disse fokuserer på sykepleierens holdninger og handlinger. I den selvvalgte litteraturen er Travelbee vektlagt mest.

I forskningen ønsket vi i samsvar med retningslinjene fra høgskolen å finne minst fire artikler, hvorav to av dem var engelske. For å ha god oversikt bestemte vi oss for å forsøke å finne fire artikler som dekket vårt behov. Vi ville derfor finne ulike artikler som hadde fokus på relasjon med selvmordstruede pasienter, eller som var overførbare til dette.

Vi startet forskningssøket med å lage et PICO skjema (se vedlegg 1). Ut i fra dette startet vi med søkeordene ”suicide prevention”, ”suicide nursing” og ”suicide behavior”. ”suicide prevention” var det søket som gav mest relevante resultater. Vi gikk inn på pubMed der vi fant ulike MeSH termer. Vi fant lite resultater gjennom kunnskapsegget, da de fleste artiklene som omhandlet selvmord var rettet mot ungdom, medisiner og legerelaterte oppgaver. Vi valgte derfor å gå rett inn på de anbefalte databasene fra høgskolen. Der søkte vi i hovedsak



etter artikler gjennom CINAHL og SveMed. Vi har laget søketabell for disse søkene (se vedlegg 2). Ut i fra søkene vi gjorde i CINAHL fant vi to engelske artikler. På søk 5 fant vi artikkelen *A Concept Analysis of Suicide Behavior* skrevet av Sun (2011). Og på søk 4 fant vi *Suicide: A Permanent Solution to an Often Temporary Situation* skrevet av Stacy (2011). I SveMed fant vi *Orker ikke mer – Selvmord etter avsluttet døgnbehandling i psykisk helsevern* skrevet av Burheim & Biong (2013) på søk 1 og *Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter* skrevet av Vatne (2006) på søk 2. Disse ble vurdert som relevante for vår problemstilling og er nærmere omtalt i kildekritikken lenger ned.

## **2.2 Kildekritikk**

Sykepleieteoretikeren vi benytter oss av, Joyce Travelbee, utgav sin teori i 1972. Vi mener allikevel denne kan benyttes da det er en teori som fortsatt er relevant og benyttes i sykepleien. For å få en bedre forståelse for teorien har vi brukt tillegglitteratur av Marit Kirkevold; *Sygeplejeteorier*, som kommenterer sykepleieteorien.

Den første artikkelen vi valgte å bruke er norsk og skrevet av Oddrun Burheim og Stian Biong (2013). Burheim er psykiatrisk sykepleier ved DPS Kongsvinger og har en master i psykososialt arbeid med fokus på selvmord, rus, vold og traumer med studieretning i selvmordsforebyggende arbeid. Biong er sykepleier og har både master og doktor i folkehelsevitenskap. Han er også professor ved Høgskolen i Buskerud, institutt for forskning innen psykisk helse og rus. Artikkelen er bygget opp etter IMRAD – prinsippet, da den innehar introduksjon, metode, resultat og diskusjon. I tillegg har oppgaven både engelsk og norsk sammendrag. Vi vurderer denne som gjeldene og relevant i forhold til vår problemstilling, da den tar for seg hvordan pasienter som har gjennomført selvmord etter innleggelse i døgnpsykiatrisk avdeling har blitt beskrevet av behandlerne like før utskrivelse. Pasientgruppen de har tatt for seg er i alderen 29 – 69 år og flertallet har opptil flere psykiske diagnoser. Da hovedvekten i artikkelen er lagt på nedskrivelser gjort av behandlerne kan det være nyanser mellom hva pasienten faktisk følte og tenkte mot hva behandlerne har skrevet. Vi mener allikevel at dette muligens kan være den beste måten å oppsummere likhetstrekk og forskjeller i pasientens opplevelse like før selvmordet.

Den andre norske artikkelen vi har valgt å benytte oss av er skrevet av høgskolelektor May Vatne (2006). Vatne har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Vi har valgt å bruke denne artikkelen til tross for at den er over fem år gammel. Grunnen til dette er at vi finner den relevant og nyttig i forhold til vår problemstilling. Den tar for seg hvordan sykepleierne forstår arbeidet med den selvmordstruede. Slik vi ser det tror vi ikke at sykepleieres holdninger og forståelse har endret seg drastisk siden år 2006. Artikkelen følger IMRAD- prinsippet og den innehar sammendrag.

Valget av den første engelskskrevne artikkelen ble gjort da vi fant at det var en relevant artikkel som følger IMRAD- prinsippet. Artikkelen er skrevet av Fan-Ko Sun (2011) som er professor i sykepleie ved universitetet i Taiwan. Artikkelen omhandler hvordan sykepleiere kan gjenkjenne selvmordsatferd og hvordan man utøver sykepleie til selvmordstruede pasienter. Da artikkelforfatteren har referert til forskning flere steder i verden, blant annet Norge fant vi denne særlig relevant.

Til slutt valgte vi en engelsk artikkel publisert av Academy of Medical-Surgical Nurses. Artikkelen er skrevet av Pamela Stacy (2011), Stacy har arbeidet som sykepleierinstruktør, mentor og som frivillig for Connecting Trust som er en hjelpelinje for selvmord i India. Vi ser artikkelen som gyldig da den innehar troverdige kilder, innledning og konklusjon til tross for at den ikke er bygd opp etter IMRAD- prinsippet. Artikkelen tar for seg vanlige myter rundt selvmord, og bekrefter eller avkrefter disse. Vi fant relevans i at forfatteren skriver om hvordan sykepleieren bør opptre og samtale med den selvmordstruede pasienten.

Alle artiklene vi har valgt er kvalitative da de ikke har brukt målbare metoder for å komme frem til konklusjonen. De har lagt vekt på opplevelser og erfaringer i arbeidet med selvmordstruede (Nortvedt, M W., Jamtvedt, G., Graverholt, B, & Reinart, L. M., 2008). Slik får vi frem de subjektive opplevelsene vi er ute etter å belyse i denne oppgaven.

### 3 Den selvmordstruede pasienten

For å få en bredere forståelse av hva det vil si å oppleve at alt føles mørkt, velger vi å trekke inn litt fra William Styrons skjønnlitterære bok «Synlig mørke» (1991) der han skriver åpent om sin egen depresjon:

Jeg husker jeg sa til meg selv at når jeg dagen etter skulle forlate Paris ... ville det bli et farvel for alltid. Og det var et sjokk å oppdage hvordan jeg uten videre godtok at jeg aldri ville få se Frankrike igjen, likesom jeg heller aldri ville få tilbake de åndsevner som i det siste hadde sviktet meg i et uhyggelig tempo. (s. 12-13)

Videre skriver Styron (1991) om hvordan depresjonen virket inn på han:

Et av de mest utbredte av depresjonens mange uhyggelige fysiske og psykiske symptomer er at offeret begynner å hate seg selv, eller iallefall mister selvaktelsen, og jeg var blitt mer og mer overbevist om hvor verdiløs jeg var, etter hvert som sykdommen skred frem. (s. 13)

#### 3.1 Selvmord og avmakt

Vråle (2009) trekker frem ulike definisjoner av selvmord. Felles for dem alle er at selvmord er en bevisst handling der individet skader seg selv og hvor skaden har ført til døden. Shneidman (1993) sier at det er oppstått en krisetilstand hos individet som følge av udekkede psykologiske behov, der individet ser tilintetgjøring som den beste løsningen (Vråle, 2009). Videre skriver Vråle (2009) at hallusinasjoner kan gi pålegg om selvmord.

Herrestad og Mehlum (2005) refererer til Shneidman (1993) som sier at udekkede psykologiske behov kan sees som manglende behovstilfredstillelse av faktorer som støtte, tilhørighet, prestasjon, autonomi, ukrenkelighet, orden, forståelse, aksept og nære relasjoner (Vråle, 2009).

For å skape mening med livet skiller mennesker på “meg selv” og “omverdenen”. Ved at vi reflekterer, har kunnskap om oss selv, vurderer oss selv, har selvaktelse og selvkontroll dannes “selvet”. Vår forståelse av det rundt vil gi oss bilde av omverdenen (Hummelvoll, 2012).

For å holde på opplevelsen av sikkerhet kan selvet utvides, innskrenkes, forandres og revideres. Selvet skapes gjennom sosialt samspill, og vil kun komme til uttrykk i møte med andres selv. Derfor vil det være slik at de personene som har mest autoritet i en relasjon vil påvirke andres selvbilde. Faktorer som påvirker dette er vurderinger fra den autoritære der man oppfatter seg selv slik de gjør, hemming av selvuttrykk, man identifiserer seg med den autoritære og speiling, der den autoritære lar personen finne seg selv i gitte situasjoner (Hummelvoll, 2012).

Alle aspekter ved selvet vil skape en helhet kalt identitet. Identitet vil si å være identisk med seg selv, man er da bevisst på hvem man er og hvilken plass man har i verden. Identitet er nødvendig for å kunne ta egne beslutninger og for å vite hva man selv ønsker. Personer som mister opplevelsen av egen identitet vil derfor få svekket viljestyrke og evnen til å foreta egne valg (Hummelvoll, 2012).

Blant annet er selvaktelse et viktig grunnleggende behov for vår eksistens og utvikling som individer. Dette ses på som en verdi iboende i alle individer. Uten de grunnleggende verdiene vil livet bli mindreverdige (Hummelvoll, 2012). Individets oppfatning av seg selv og sin verdi påvirkes av våre tanker, følelser, lengsler, verdier og mål. Selvaktelse utvikles både av personen selv og omgivelsene rundt. Det er grunnleggende at man har en opplevelse av å være elsket og respektert av andre for å akseptere seg selv. Lav selvaktelse kan medføre flere atferdsproblemer, der den ytterste konsekvens vil være å ta sitt eget liv som et resultat av selvødeleggelse (Hummelvoll, 2012).

I følge Askheim (2010) står pasienter med rusmisbruk og psykiske lidelser i en avmaktsposisjon. Psykisk syke pasienter ser ofte på seg selv som maktesløse og svake, måten de blir møtt på kan forsterke denne følelsen. Avmakt kan ses som en følelse av å ikke kunne handle, men heller klandre seg selv. Diagnoser kan være med på å forsterke denne følelsen da pasienter identifiserer seg med den (Løken, 2010). Maktesløse og svake individer blir ofte isolerte (Westerlund, 2010).

Dersom en pasient gir gjentatte selvmordstrusler bør ikke dette være noe man forholder seg likegyldig til, og heller ikke utfordre. Sykepleieren bør ikke la seg dominere av dem, hun skal være varm og interessert uten å ha fokus på selve trusselen. Det er avgjørende at pasienten har en opplevelse av at andre er genuint interessert og viser omsorg for veien videre (Hummelvoll, 2012).

### **3.2 Risikofaktorer**

Det er ikke alltid pasienten tydeliggjør sine tanker og følelser rundt selvmord, derfor bør sykepleieren være oppmerksom på ulike risikofaktorer. Enkelte pasienter uttrykker et sterkt ønske om å ende livet, andre vil bruke det som en trussel, mens noen igjen vil gi oss den ubehagelige fornemmelsen om at noe er galt uten at de direkte uttrykker et dødsønske, skriver Stänicke (2010). Videre skriver hun om de viktigste risikofaktorene sett ut ifra forskning, statistikk og kliniske undersøkelser. Da vektlegger hun psykisk lidelse, rusavhengighet, tidligere selvmordsforsøk, relasjonsbrudd, sosial isolering, utskrivelse fra psykiatrisk døgnavdeling, selvmordshistorikk i familien og tap av selvaktelse. I tillegg vil vi nevne andre risikofaktorer: Eldre og ensomme mennesker, mennesker med smertefulle, kroniske sykdommer, andre store livspåkjenninger samt utskrivelse fra sykehus etter selvmordsforsøk uten oppfølging (Hummelvoll, 2012). De pasienter som har flere risikofaktorer vil ha økt mengde av selvmordstanker, og dette øker sjansen for at de vil velge å gjennomføre selvmord (Sun, 2011). Ut ifra dette forstår vi at det er viktig at sykepleieren kan gjenkjenne og med dette bedre kartlegge pasientens risikofaktorer.

#### **3.2.1 Pasienter knyttet til psykisk helsevern**

Pasienter som er under behandling i psykiatriske avdelinger har økt selvmordsfare da de ofte føler nederlag og skam ved å være syk. Tross at åpenheten om psykisk sykdom har hatt stor forbedring de siste årene er det fortsatt delvis ansett som et fordomsfullt og tabubelagt område. Pasienten har nødvendigvis ikke dette synet selv, men omgivelsene og relasjoner kan på flere måter formidle fordommer. Dette sammen med bruk av tvang kan føre til at pasienten føler seg nedvurdert og avvist. Det jobbes i dag mot kontinuitet og sammenheng ved pasientbehandling i psykisk helsevern, men det gjenstår fortsatt mye arbeid rundt dette da det er økt sirkulasjon av pasienter og personale. Organiseringen i den psykiatriske avdelingen skal

derfor være bygget opp slik at kontinuiteten ivaretas i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Vråle, 2009).

Tidlig om morgenen når andre på avdelingen sover og tider hvor personalet er opptatt som for eksempel ved vaktskiftet bør man rette oppmerksomheten mot den selvmordstruede pasienten (ibid, 2009). Når pasienten har permisjon og tiden etter utskrivelse er i følge Vråle (2009) situasjoner der pasienten er særlig sårbar.

### **3.2.2 Psykiske lidelser**

Vi velger her å ta for oss de mest vanlige psykiske lidelsene som er i risikozonen for selvmord og selvmordstanker. Vi vektlegger da depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Vråle (2009) trekker blant annet frem disse fenomenene som risikofaktorer i sin beskrivelse av årsaker til selvmord.

Depresjon er et begrep som benyttes om en gruppe tilstander der tristhet, pessimisme og lav selvtillit er de mest fremtredende symptomene. Tilstanden har tre grader; mild, moderat og alvorlig, graden avhenger av hvor sterke symptomene er. Den deprimerte opplever og uttrykker håpløshet, hjelpeløshet og ser ikke meningen i noe. Dette fører til at den deprimerte føler fortvilelse av nåtiden og tvil om fremtiden. Disse følelsene kan gi tanker og ønsker om å ende livet (Hummelvoll, 2012).

Den mest alvorlige psykotiske tilstanden er schizofreni. Psykoser er beskrivelsen av en tilstand der indre ideer og forestillinger helt eller delvis tar over en persons opplevelser, tanker og følelser der virkeligheten blir mindre vesentlig (Håkonsen, 2010). Man kan se på en psykose som en drøm i våken tilstand, i følge Kants (referert i Strand, 1990). Diagnosen schizofreni stilles dersom en person innehar minst to av følgende symptomer gjennom en tidsperiode på minimum en måned: Vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisert tale, grov disorganisert atferd, flat affekt, fattig språk og apati (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Personlighetsforstyrrelse kan beskrives som en form for forstyrrelse av utviklingen som spesielt berører interpersonlige forhold. Dette gjelder særlig i de områder som regulerer

følelser og impuls kontroll, da det enten blir for mye eller for lite av det. Væremåten til et menneske med personlighetsforstyrrelse i en gitt kultur vil vise betydelige avvik i forhold til hvordan man forholder seg til hverandre på. Å tilnærme behandling kan være vanskelig da det kan oppfattes som et angrep på personligheten og dermed som kritikk rettet mot personen (Snoek & Engedal, 2008).

### **3.2.3 Rusmisbruk**

Bruk av rusmidler kan føre til misbruk, dette igjen kan føre til avhengighet. Avhengighet innebærer et fysisk eller psykisk behov for å innta stoffet tross at dette kan gi uønskede konsekvenser (Snoek & Engedal, 2008). I følge Iversen (2005) har 73 % av pasienter med rusproblematikk hatt alvorlige depresjoner, 68 % har hatt alvorlig angst og 53 % har hatt tanker om å avslutte livet (referert i Skårderud et. al., 2010).

### **3.2.4 Somatisk sykdom**

Som tidligere nevnt kan somatisk sykdom gi økt fare for selvmord (Hummelvoll, 2012). Ulike årsaker kan foreligge til en eventuell sammenheng mellom somatisk sykdom og selvmord. En pasient med somatisk sykdom kan oppleve forandringer som kan true identiteten ved at funksjonsdyktigheten svekkes og med dette opplever dårligere økonomiske og sosiale livsvilkår. Opplevelse av sterk smerte kan påvirke vurderings- og utholdenhetsevne. Da tankene om en smertefull og uverdigg slutt på livet kommer, vil pasienten muligens selv velge veien ut av livet (Vråle, 2009).

Eksempelvis er kreft og hivsmitte to sykdommer som gir økt risiko for selvmord tross at vi i dag har muligheten til å behandle disse sykdommene slik at pasienten kan ha et godt liv. Det er sjokket ved å få beskjeden om sykdommen som vil være overveldende for mange. Derfor er det viktig med god oppfølging med samtaler etter sykdommen er diagnostisert, samt at pasienten får en kontaktperson å forholde seg til i den første tiden. Helsepersonell har det ofte travelt, og det er store utskiftninger av personalet. Dette kan føre til at pasientens mørke tanker ved alvorlige somatiske sykdommer og sterke smerter forsterkes, og pasienten kan føle seg oversett. Kontinuitet i en relasjon som er bygd på tillit vil være viktig i arbeidet med mennesker som er i en selvmordskrise (ibid, 2009).

### 3.2.5 Medisinering

Psykofarmaka er en samlebetegnelse på en gruppe medikamenter brukt i behandling av psykiske lidelser. De virker normaliserende på blant annet angst, depresjon, vrangforestillinger, hallusinasjoner og oppstemthet. Psykofarmakas viktigste grupper er antidepressiva, antipsykotika, stemingsstabiliserende legemidler og anxiolytika (angstdempende). Det er viktig å merke seg at det er bivirkninger og risikomomenter ved bruk av psykofarmaka da det virker inn på sentrale kjemiske signalsystemer (Skårderud et. al., 2010).

Som tidligere skrevet er depresjon en risikofaktor i forhold til selvmord. Det er kjent at selvmordsfaren hos den deprimerte er størst da de er på vei ut av depresjonen, da energien og initiativet kommer tilbake mens de depressive tankene fortsatt står sterkt (Stacy, 2011). Med dette kan selvmordsfaren være økt ved innsetting av antidepressiva. I tillegg utføres mange selvmordsforsøk med overdosering av medikamenter. Derfor er det nødvendig med god oppfølging av pasienten, og gjerne i samarbeid med pårørende. En type antidepressiva, ofte kalt «lykkepille» er selektive serotoninopptakshemmere (SSRI). Disse har også vist effekt ved tvangslidelser, panikklidelser og langvarig generalisert angst, men da ofte med noe høyere dosering. SSRI må allikevel ikke benyttes ukritisk da det er flere plagsomme bivirkninger, disse er vanlige og oftest forbigående. Flere nye studier har vist at det finnes økning av selvmordstanker i kontrollgruppene av SSRI, dette er den mest alvorlige og mest uforklarlige bivirkningen. Gjeldende for virkningen av alle legemidler er variasjon av *compliance*, som vil si pasientens villighet til å innta legemiddelet, at bruksanvisningen følges nøye samt at de positive effektene er sterkere enn de negative (Snoek & Engedal, 2008).

### 3.3 Parasuicid

Om pasienten har forsøkt å ende livet, men ikke lykkes vil det betegnes som selvmordsforsøk. Skillet mellom selvmordsforsøk og selvskading vil være uklart. Da selvmordsatferd ikke nødvendigvis er det samme som et ønske om å ende livet, vil vi belyse andre intensjoner som kan forklare handlingene. Pasienten kan ha et ønske om å hvile fra psykisk smerte, få reaksjoner fra omgivelsene eller oppnå forandring, omsorg og kontakt. Det kan være personer pasienten ønsker å hevne seg på eller handlingene kan være et uttrykk som formidler



pasientens fortvilelse (Vråle, 2009). Selvmordsatferd der pasienten har andre intensjoner enn å ende livet vil betegnes som parasuicid (Snoek & Engedal, 2008).

### **3.4 Selvmordprosessen**

Utviklingen fra tanker om selvmord og forsøk på selvmord til å ende livet betegnes i følge Retterstøl (2005) som selvmordprosessen (Vråle, 2009). Selvmordprosessen kan brukes som et verktøy for å oppdage skillet mellom skjulte og åpne selvmordsproblemer. Den er også nødvendig for å oppdage pasientens problemer underveis i prosessen, slik at utviklingen kan stoppes og fokuset kan snus mot livet (ibid, 2009). Ringel (1953) beskriver utviklingen av selvmord i tre faser, der den første fasen beskrives med at pasienten trekker seg tilbake og isolerer seg fra livet. I denne fasen blir valgmulighetene til pasienten mindre, og han trekker seg gradvis mot mørke tanker om å ende livet og vurderer denne muligheten, kanskje som eneste alternativ. Denne fasen oppleves som smertefull og håpløs, han vil være passiv og preget av mangel på interesse. I den neste fasen vil pasienten være anklagende, enten mot seg selv eller andre viktige personer. Dette er et uttrykk for aggresjon og følelsene til pasienten vil være sterke og ustabile. Aggresjonen kan avta i det han har tatt en beslutning om å ende livet. Da vil pasientens energi gi uttrykk for kontroll. I den siste fasen er pasienten preget av drømmer om å bli elsket, lengsler etter å bli sørget over og fantasier om selvmordet da han flykter fra virkeligheten (Vråle, 2009).

Kristin Ribe skadet seg selv i tretten år, og kom til et punkt der håpløsheten tok overhånd, hun skriver:

Jeg ville dø, jeg kjente i hele meg: «Dette orker jeg ikke. Jeg har prøvd og prøvd å gi livet en sjanse, men dette vonde går ikke over. Jeg må slutte å lure meg selv til å tro at det kan gå over.» Og jeg tror på en himmel. Der jeg kan jeg få uendelig omsorg, uendelig mye trøst. Og jeg trengte trøst, i hele meg trengte jeg trøst. (2012, s. 39)

## 4 Sykepleieteori

Vi vil i dette kapitlet se nærmere på sykepleierens oppgaver, ansvar og rolle i møtet med den selvmordstruede pasienten. Sykepleieteoretikeren vi har valgt å vektlegge i denne oppgaven er Joyce Travelbee. I tillegg til Travelbee velger vi å supplere med Hummelvoll og Strand som mer konkrete og praktiske sykepleiehandlinger. I en sykepleieteori vil man finne en hel eller delvis beskrivelse av sykepleierens virke. Det innebærer hvordan pasienten oppfattes i et sykepleieperspektiv, hvordan sykepleieren utøver sin praksis og hvilke mål som foreligger for sykepleien (Kirkevold, 2010).

### 4.1 Sykepleieutøvelsens grunnlag

Vi velger i dette kapitlet å ta utgangspunkt i Virginia Hendersons betegnelse av hvilken funksjon sykepleieren har. Definisjonen til Henderson er anerkjent verden over, og det ser ikke ut til at noen etter henne har klart å beskrive sykepleieren bedre. Hun vektlegger at sykepleieren skal hjelpe mennesket enten det er sykt eller friskt. Med dette mener hun at mennesker med manglende styrke, vilje eller kunnskap skal få hjelp til å utføre alle de handlinger som fører til helse på en slik måte at dem gjenvinner selvstendighet så raskt som mulig. Hun mener også at sykepleieren skal bidra til en fredfull død (Mathisen, 2010). Disse verdiene ser vi tydelig at er til stor hjelp for den selvmordstruede pasienten. Sykepleieren skal inneha verdier som styrker pasienten, slik at han selv kan mestre sin hverdag. I mellomtiden må hun være til støtte for pasienten, slik at helsen blir ivaretatt til enhver tid. Sykepleieren har et helhetlig ansvar som stedfortreder, bistand og samarbeidspartner (ibid, 2010). Henderson legger også vekt på et komplisert og allsidig ansvar, så som ”gi livslyst til den selvmordstruede” (Mathisen, 2010, s.80).

I følge *Rammeplan for sykepleierutdanning* skal sykepleiere være kvalifiserte til å gi pleie, omsorg og behandling ut i fra en forståelse for pasientens opplevelse, diagnose, årsak og prognose. Sykepleieren skal utføres i henhold til helsepolitikk, lover og retningslinjer. Man skal gjennom utdanningen utvikle den yrkesetiske holdningen. Ut ifra rammeplanens beskrivelse av det helsefremmende og forbyggende arbeidet, skal man som sykepleier forstå

risikofaktorer, ha innsikt i nyttige tiltak, ha fokus på faktorer hos individet av positiv art og anvende kunnskap om reaksjoner i arbeidet (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Yrkesetiske retningslinjer viser det etiske fundamentet i sykepleie. Sykepleieyrkets fundament er helsefremming, forebygging av sykdom, lindring av lidelse og sikring av en verdig død.

Dette omfatter mennesker i alle livets faser fra begynnelse til slutt (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011). Barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter er grunnlaget for de yrkesetiske retningslinjene. Nordtvedt (1998) skriver at man gjerne kan si at essensen i sykepleiefaget er praktiserende medmenneskelighet (referert i Brinchmann, 2008).

Vi har sett på de yrkesetiske retningslinjene som er utformet av Norsk Sykepleierforbund (2011) som igjen bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og FNs

menneskerettighetserklæring. Disse retningslinjene vil bli nevnt der vi finner de aktuelle i oppgaven. Men for vår oppgave vil vi i tillegg nevne følgende som essensielle:

”Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig...har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom...understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.” (2011, s. 7,8).

Vi ønsker her kort å beskrive de ulike lovenes formål som vil være hensiktsmessig å kjenne til i forhold til sykepleieutøvelsen. Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) formål går ut på å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, i tillegg skal lovens bestemmelser «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». Psykisk helsevernloven (1999) har som formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern foregår på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Videre er formålet at tiltak som beskrives i loven tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. Helsepersonelloven (1999) har som formål å bidra til sikkerhet og kvalitet i helsehjelpen til pasienter og tillit til helsepersonell. Forebyggende arbeid står som en del av denne helsehjelpen.

## **4.2 Forebyggende psykisk helsearbeid**

Forebyggende helsearbeid er i følge Mæland (2005) rettet mot de forhold som former menneskers helse og livskvalitet. Livskvalitet kan oppfattes som en oppfyllelse av ytre

kriterier, men det er heller et uttrykk for menneskers personlige bedømmelse av sitt eget liv (Mæland, 2005).

Det forebyggende helsearbeidet i forhold til selvmord vil gå ut på at man hindrer personer i å begå selvmord, dempe lidelsen knyttet til selvmordsproblematikk og behandlingen rettet mot dette, delta i refleksjon rundt mestring av situasjoner med selvmordstrussel og bidra til refleksjon av livet (Vråle, 2009).

Vi vil her kort nevne hvordan man praktisk kan forebygge selvmord primært, sekundært og tertiært. I primærforebygging av selvmord vil kunnskap være en viktig faktor, og flere faktorer vil være styrende i forhold til hvilke tiltak som foretas. Dette omhandler da kunnskap om omgivende faktorer som påvirker motet og viljen til livet samt de faktorer som påvirker dødslengsel. I praksis er opplæring av personell i primærhelsetjenesten og bevisstgjøring av verdier og holdninger tiltak eksempler på tiltak som kan iverksettes. Det er viktig at hovedtemaet er hva som hindrer selvmord, ikke selvmord i seg selv. Sekundærforebygging av selvmord vil være behandling eller tiltak som iverksettes til mennesker eller grupper som er mer utsatt for utvikling av selvmordsproblemer. Det kan være hos en person som har en lidelse der selvmord er en risiko. Dekkende behandling av depresjon er et eksempel på sekundærforebyggende tiltak i forhold til selvmordsproblematikk. Tertiærforebygging i forhold til selvmord er hjelp til personer som er selvmordstruede. Graden av trusselen kan spenne fra lav, til moderat eller høy, og dermed vil behandlingen og omsorgen ha ulike grader ut ifra hva personen trenger (Vråle, 2009).

### **4.3 Menneske-til-menneske-forholdet**

Travelbee definerer sykepleie som: «... 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» (Travelbee, 1999, s. 29).

I Joyce Travelbee sin sykepleieteori er den mellommenneskelige dimensjonen i sykepleie fokuset, teorien er basert på eksistensialistisk filosofi. Slik vi forstår det er utgangspunktet for teorien at mennesket er et enestående og uerstattelig individ. Hun forkaster begrepene sykepleier og pasient da hun mener dette generaliserer oppfattelsen av mennesket (Kirkevold, 2010). Vi velger allikevel å benytte oss av disse begrepene av praktiske årsaker. I følge Travelbee må en forståelse av samspillet mellom sykepleier og pasient foreligge, samt opplevelsen og konsekvensene det vil ha for pasienten og dens tilstand. Dette for å forstå hva sykepleie er og bør være (ibid, 2010).

En av Travelbees (1999) grunntanker er oppgaven sykepleieren har med å skape et menneske-til-menneske-forhold. Denne typen forhold karakteriseres ved at pasienten og sykepleieren er to unike individ som forholder seg til hverandre som mennesker, ikke som «pasient» og «sykepleier». Årsaken til at kategoriene skal viskes ut er at det er først når enkeltindividet oppfatter den andre som et menneske at genuin kontakt kan oppstå. Da kontakten er dannet kan sykepleieren gjennomføre sine mål og oppnå den hensikt hun har, som er å hjelpe pasienten å forebygge, mestre og finne mening i sin sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

Menneske-til-menneske-forholdet etableres steg for steg i samhandling med pasienten og andre. Sykepleieren må være bevisst på sine handlinger, erfaringer, tanker og følelser og ha struktur og bevissthet i sitt virke. Dette forholdet bygges opp av den profesjonelle sykepleieren og det er hennes ansvar at dette opprettholdes. Menneske-til-menneske-forholdet etableres etter fire faser som består av det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Prosessen i etableringen kan gå over flere faser og kan gå tilbake til en tidligere fase. Slik vil det foregå da sykepleieren og pasienten går gjennom disse fasene sammen. Denne prosessen kan stoppe opp, permanent eller for en periode. Resultatet er da at forholdet ikke bygges opp fullstendig. Det er da sykepleierens oppgave å finne årsaken til at det stopper opp, og igjen iverksette tiltak for å gjenoppbygge forholdet. Dersom dette skjer kan det være nyttig for sykepleieren å søke råd og hjelp av medarbeidere til å avdekke hva som er årsaken (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) skriver at lidelse er en livserfaring som hver enkelt opplever i løpet av livet, og hvordan individet oppfatter lidelse avhenger av hvilken betydning den enkelte legger i det.

Videre skriver hun at alle mennesker lider fordi det er uløselig knyttet til å være menneske. Ved opplevelse av en situasjon som er smertefull vil individet ha opplevd lidelse, og de fleste vil komme ut av lidelsen. Enkelte vil ikke motta hjelp mot lidelsen, grunnet religiøs overbevisning om at lidelsen har en verdi. Selve ordet lidelse kan ha flere betydninger, men det benyttes oftest for å beskrive menneskets opplevelse av fysisk og/eller psykisk smerte. Travelbee (1999) betrakter lidelse som en erfaring som vil variere i intensivitet, varighet og dybde. Følelsen av lidelse strekker seg fra enkel, forbigående, fysisk, psykisk eller åndelig ubehag til ekstrem angst og kval. Neste stadiet kan da være «ikke-bry-seg»- stadiet fylt av fortvilelse og kan ende i et stadium som er preget av apatisk likegyldighet.

Når det skadelige stadiet «ikke-bry-seg» er inntruffet har pasienten lidd intenst i lang tid uten opphør og uten at noen har kunnet hjelpe. Mennesket som befinner seg i denne situasjonen er vanligvis dominert av sinne og hjelpeløshet som vil gi uttrykk for bitterhet. Pasienten trenger ikke ha en dødelig sykdom for å føle det slik, som regel er dette resultatet av forferdelig smerte fysisk og/eller psykisk over en lengre tidsperiode. Her er det viktig at sykepleieren gjør det hun kan for å hjelpe før pasienten går over i neste stadium. Pasienten bør få ekstra oppmerksomhet, og det er sykepleierens oppgave å finne pasientens behov så langt det lar seg gjøre. Dersom tillit ligger til grunn vil det være lettere for sykepleieren å gi hjelp (Travelbee, 1999).

Når «ikke-bry-seg»- stadiet er over går pasienten inn i apatisk likegyldighet, og virker utilgjengelig og upåvirket. Dette er en mellommenneskelig nødsituasjon som krever umiddelbar handling. Pasienten klager ikke lenger og bitterheten som han tidligere ga sterkt uttrykk for er nå borte. Dette som var en bønn om hjelp, har nå gått over til å bli likegyldig da pasienten har mistet troen på at noen kan hjelpe. Pasienten er ikke rolig og behersket, men gir heller uttrykk for sterk håpløshet. Ingenting er viktig lenger, og pasienten bryr seg ikke om noe. For legen kan det se ut som at pasienten er frisk, og at han vil komme seg igjen, men det vil ikke skje da lysten til å leve er borte. En pasient i «ikke-bry-seg»- stadiet har desperat behov for hjelp, og kan bli hjulpet, men en pasient med apatisk likegyldighet vil være langt vanskeligere å hjelpe.

Håp blir sett på som en motiverende faktor bak menneskelig atferd. Håp gir mennesker motivasjon til å mestre krevende og smertefulle situasjoner, ensomhet og lidelse. Håpet oppstår i alle situasjoner fra en mening og må ha et grunnlag. Det er en mental tilstand som er sentrert mot å oppfylle et mål forbundet med en forventning om at målet er oppnåelig. Tanken om å nå målet, altså håpet, vil få individet til å tenke at livet vil endre seg i positiv retning dersom målet blir oppnådd. Sannsynligheten for at måloppnåelse vil skje er variabelt, avhengig av hva målet er. En pasient med en uhelbredelig sykdom vil muligens håpe på å bli frisk igjen, selv om sannsynligheten for dette er veldig liten. I en slik situasjon er håpet et virkemiddel. Foreligger håp er dette knyttet til forventningen om at andre vil hjelpe en, og en subjektiv erfaringsbasert kunnskap basert på egen erfaring.

Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten med å holde fast ved håpet, unngå håpløshet eller fremme håp hos den som føler håpløshet. En del av denne oppgaven blir å være tilgjengelig og vise villighet til å hjelpe. Sykepleieren må vise omsorg fysisk og psykisk og lytte til pasientens opplevelser og erfaringer. Er det usikkerhet på hva pasienten trenger må sykepleieren spørre, ansvaret for at hjelpen blir tilbudt og gitt er sykepleierens ansvar. Pasienten må ikke sitte med en følelse av at sykepleieren ikke har tid, da vil han ikke spørre om hjelp. Det å la pasienten få ta del i behandlingen er en viktig del av å fremme håpet, da en del av håp er valg. La pasienten få velge så fremt dette er mulig (Travelbee, 1999).

#### **4.4 Sykepleie-pasient-fellesskapet**

Vi velger å trekke inn Hummelvolls sykepleie-pasient-fellesskap her da vi forstår det som at det bygger på et eksistensialistisk grunnsyn i likhet med Travelbee sin sykepleieteori. Slik vi ser det er Hummelvolls innfallsvinkel mer konkret og praktisk. Begrepet fellesskap sees ut ifra et eksistensielt grunnsyn der møtet mellom to mennesker vektlegges mer fremfor rollene de innehar. I arbeidet benytter sykepleieren seg av sykepleieprosessen som et arbeidsverktøy. Sykepleieprosessen er ifølge Callista Roy en prosess der sykepleieren samler data, identifiserer problemer, finner tiltak og iverksetter disse og evaluerer resultater i samhandling med pasienten (referert i Hummelvoll, 2012). For at sykepleieprosessen ikke bare skal være klinisk vil utvikling av et samarbeid og fellesskap mellom pasient og sykepleier være essensielt. Ved dannelse av et slikt fellesskap vil sykepleieren lettere kunne kartlegge

pasientens problemer, og videre finne frem til gode måter å møte disse på. Da pasienten er delaktig i vurderingen av problemløsingen er det lettere for sykepleieren å ta del i pasientens perspektiv, ønsker og mål. Fellesskapet dannes ut fra pasientens behov for hjelp og hvordan sykepleieren svarer på dette. Målet med fellesskapet er at pasienten skal øke sin selvinnstikk og forståelse av egen situasjon, og videre har mer potensial for å håndtere egen helsesituasjon. Sykepleieren på sin side må variere mellom nærhet og avstand – støtte og utfordring for at dette skal muliggjøres. Fellesskapet må baseres på gjensidig tillit og åpenhet for at det skal være av betydning (Hummelvoll, 2012).

Mange pasienter føler seg ensomme, hjelpeløse og isolerte, og den alliansen sykepleie-pasient-fellesskapet bygger på kan være av stor betydning for mange. Kanskje gir det pasienten bedre grunnlag for å se sin egen situasjon med andre øyne som igjen kan gi utgangspunkt i at han selv kan se egne muligheter. Dette igjen kan gi pasienten pågangsmot til å prøve nye mestringsstrategier og en annen måte å løse problemer på (Hummelvoll, 2012).

#### **4.5 Egostyrkende sykepleie**

Liv Strand (1990) skriver om prinsipper for egostyrkende sykepleie. Vi velger å legge fokus på disse da de er viktige for sykepleierens holdninger og handlinger på en døgnpsykiatrisk avdeling. Som skrevet tidligere har selvmordstruede pasienter ofte svekket selvfølelse og identitet. Prinsippene kan ses på som et verktøy for at sykepleieren skal kunne styrke pasientenes ego, slik at pasienten selv mestrer hverdagens krav. Killingmo mener at “Alle terapeutiske intervensjoner som bidrar til å øke personenes evne til egenbestemmelse (autonomi) og til å befeste identiteten, representerer egostøtte” (Strand, 1990, s.128).

Med autonomi mener vi retten til selvbestemmelse og medbestemmelse. Integritet kan nærmest forklares med begrepet menneskeverd. I denne sammenhengen bruker vi integritet som en forklaring på pasientens rett til verdighet uansett situasjon. Vi skiller på integritet og autonomi ved at pasienten ikke alltid har evnen til autonomi på grunn av mangel på kunnskap, eller har psykiske og/eller fysiske begrensninger, så som ved alvorlig psykose. Integriteten skal alltid respekteres og eies av pasienten selv. For å ivareta verdigheten er det viktig at sykepleieren viser respekt og omsorg for individet og at hun overholder taushetsplikten. Alle



avgjørelser i forhold til samarbeid og behandling skal drøftes sammen med pasienten selv. Det er en selvfølge at pasienten skal få en pedagogisk tilnærming til sin behandling (Hummelvoll, 2012). Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 sier at: ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (NSF, 2011, s. 8).

For at vi skal kunne gi en helhetlig behandling til psykisk syke pasienter er det nødvendig å integrere fysisk omsorg i den psykiatriske tjenesten (Strand, 1990). ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (NSF, 2011 s.8) Pasienten kan ha et unormalt forhold til søvn, ernæring, røyking, stell og bekledning. Hygiene påvirker selvbildet, derfor ser vi det nødvendig å kartlegge disse forholdene (Strand, 1990).

Av og til kan det være nødvendig for pasienten at sykepleieren setter grenser. En god grunn for grensesetting kan være atferd hvor individer kan komme til skade eller av andre grunner er svært uheldige. Strand (1990) definerer grensesetting med at “Grensesetting er aktivt, med terapeutisk hensikt og på en terapeutisk måte, å markere at her er et ytterpunkt som man ikke bør eller må overskride”. Grensesetting skal gi pasienter muligheten til å leve i et sosialt fellesskap. Autoriteten til sykepleieren skal bygge på faglig kompetanse, etikk og begrunnelser, hun skal unngå bruk av makt og fiendtlighet ovenfor pasienten. Forebyggende grensesetting kan foregå ved at man sammen med pasienten lager ulike avtaler. Disse avtalene gir trygghet og forventninger til hva som skal skje. Grensesettingens umiddelbare virkning vil være sikkerhet, da man bevarer liv, helse og lindrer lidelse. Skjerming kan ses som en form for grensesetting. Ved skjerming begrenser man krav og inntrykk fra omgivelsene. Skjerming foregår i et begrenset miljø med pleier til stede. Også bruk av antipsykotiske medikamenter ses på som en form for skjerming av pasienten. Grensesetting og skjerming er en vanskelig oppgave for sykepleieren da det er fare for overgrep og tvang mot pasienten (Strand, 1990).

For å unngå tvang og misbruk av makt bør sykepleieren benytte seg av teorien om empowerment. Tanken med empowerment er at sykepleieren skal kunne styrke pasientens maktposisjon, uten at hun selv taper makt. Grunnlaget for dette er ideen om likeverd, menneskeverd og respekt. Empowerment er derfor avhengig av relasjonen mellom sykepleier

og pasient. Denne relasjonen skal bygge på et språk som er oppmuntrende, medfølende, bekræftende, rosende, observant, støttende, aktivt lyttende og med åpne spørsmål (Starrin, 2010). I motsetning til empowerment skal sykepleieren unngå bruk av den paternalistiske tankemodellen der hun utnytter sin maktposisjon. Paternalisme kan ses på som en hierarkisk ordning ved at sykepleieren står som overordnet ovenfor pasienten. Relasjonen ved denne tanken vil bygge på negative ord som moraliserende, truende, dømmende, snokende, forelesende, kategoriserende/stemplende og skyld- og skampåførende (Starrin, 2010). Her brukes empowerment både som en målsetting og et virkemiddel mot avmaktsposisjonen. For å komme seg ut av denne negative situasjonen må sykepleieren hjelpe pasienten til å opparbeide seg styrke, kraft og makt til å ta styring og kontroll over eget liv (Askheim, 2010).

Strand (1990) legger videre vekt på sykepleiefunksjonene Containing – function og realitetsorientering. Containing – function beskriver sykepleieren som en beholder for pasientens kaos, der hun tar i mot projeksjoner fra pasienten som hun beholder i sin egen psyke. Deretter gir hun projeksjonene form og mening før hun gir de gradvis tilbake. Realitetsorientering vil si at sykepleieren lærer pasienten om virkeligheten. Dette vil styrke pasientens ego ved at det gir identitet og autonomi (Strand, 1990). I tillegg til realitetsorientering vil praktiske gjøremål bidra til en følelse av å komme seg ut i “verden”. Disse aktivitetene skal gi mestring, motivasjon, være avgrensede, oversiktlige og konkrete, gjerne i form av samhandling (Strand, 1990). Ved at sykepleiere og pasienter tar seg av de praktiske gjøremålene innad i en avdeling vil det virke som et lite samfunn og kan derfor ses som en form for miljøterapi. Miljøterapi defineres i følge Larsen og Selnes (1978) som “en systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med dette er å fremme deres muligheter til læring, mestring og personlig ansvar” (Strand, 1990, s. 115).

Strand (1990) skriver at en forutsetning for å kunne tåle mental smerte, angst, skyld og frustrasjoner er å kunne sette ord på følelser, tanker, konflikter og sammenhenger. I tillegg viser hun til et sitat av Satir (1985) “Kommunikasjon er for samspillet det som pusten er for å opprettholde liv”. Kommunikasjon inneholder mye mer enn det å kunne uttrykke seg verbalt,

men for pasienter med psykisk sykdom vil det være til stor hjelp å kunne uttrykke seg med ord for å finne mening. Tidligere skriver vi at selvmordstruede pasienter ofte ser selvmord som eneste alternativ. Strand (1990) skriver at man ved egostyrkende sykepleie skal hjelpe pasienter i å foreta valg. Følelsen av å være uten valg gjør pasienten bundet og livsutfoldelsen og selvfølelsen synker. Sykepleieren kan i gitte situasjoner samarbeide med pasienten ved å belyse ulike handlingsmuligheter, hun kan hjelpe pasienten med å tenke gjennom hvilke konsekvenser de ulike alternativene gir. Pasienten vil muligens oppleve dette som autonomi, fremfor tvang eller "skjebne".

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven drøfter vi hvordan sykepleieren kan danne relasjon med den selvmordstruede pasienten. Videre vil vi drøfte hva denne relasjonen bør inneholde slik at sykepleieren kan støtte den selvmordstruede pasienten ved å fremme håp og mestring. I tillegg vil vi drøfte noen tiltak sykepleieren kan iverksette som er relevante for den selvmordstruede. Avslutningsvis vil vi drøfte om det er praktisk gjennomførbart at det autonome mennesket velger livet ut ifra teorien vi har vektlagt.

### 5.1 Kartlegging av selvmordsfare

Ut ifra erfaring og teori vet vi at det er viktig at sykepleieren har en god evne til å se og forstå pasienten i sin helhet. For at sykepleieren skal kunne danne seg et helhetlig bilde av hvem pasienten er, vil kartlegging være det første steget i relasjonsbyggingen. Dette er en typisk oppgave for sykepleieren i en døgnpsykiatrisk enhet. Selve vurderingen av selvmordsfare gjennomføres av lege eller psykolog, men dersom annet personale har tilstrekkelig kompetanse kan de gjøre en vurdering (Vråle, 2009). Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) punkt 1.7 sier at: ”Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner”. Slik vi ser det kan man lett starte en vurdering av pasienten tross at dette ikke er sykepleierens oppgave. Dette punktet mener vi er noe sykepleieren bør tenke på i forhold til kartlegging, grunnen til det er at det enkelte ganger kan være vanskelig. Sykepleieren må da tenke over hva hennes oppgaver er, og handle deretter. Skulle det være situasjoner utenfor hennes kompetanseområde eller en vanskelig situasjon, er det mest forsvarlig ovenfor både pasient og sykepleier at hun søker veiledning og hjelp. Mottak, risikovurdering, behandling og forebygging av selvmord fremkommer som sentralt i studier av sykepleieres holdninger til selvmord (Vatne, 2006). Det er ikke bare den psykiske statusen til pasienten som bør kartlegges, for å få et helhetlig inntrykk er det nødvendig å kartlegge den fysiske statusen. Dette siden det blant annet kan avdekke hvorvidt pasienten er i stand til å ta vare på seg selv. Etter vår mening vil det være en tydelig indikator på at pasienten har det vanskelig da han ikke mestrer fysisk egenomsorg. Vi har i praksis sett pasienter under psykiatrisk behandling som ikke har kledd seg etter forhold, vært ustelte eller

for eksempel latt være å dusje på lang tid. Det har da fremkommet at pasienten ikke orker å bry seg om dette, da det er uviktig for han.

Slik vi ser det bør god kartlegging foreligge før en vurdering kan foretas, og med dette ser vi viktigheten av tverrfaglighet i arbeidet. Det som da kan bli en utfordring er å være bevisst sin profesjon og rolle. Vi mener at sykepleieren må inneha bred kunnskap og forståelse for hvilke risikofaktorer som vil gjøre en pasient selvmordstruet, og ut ifra dette være bevisst på hvilke observasjoner man bør vektlegge. For eksempel må antall og alvorlighetsgrad vurderes dersom pasienten har hatt tidligere selvmordsforsøk (Hummelvoll, 2012). Sykepleieren må derfor være nøye i dokumentasjonen av disse slik at videre behandling og eventuelt vurdering kan utføres av kompetent personale. Pasienten kan for eksempel føle at det kun er sykepleieren han vil dele sine tanker med, og dersom sykepleieren ikke dokumenterer det pasienten forteller kan dette utebli fra vurderingen legen eller psykologen skal gjennomføre. Et av sykepleierens kunnskapsområder er medikamenters virkninger og bivirkninger. Vi anser at denne kunnskapen er viktig i forhold til kartlegging og observasjon av den psykisk syke pasienten. Det er mange virkninger av medikamenter, og det at pasienten for eksempel opptrer rolig og behersket kan være en virkning. Sykepleieren må da ta med i betraktning at det kan være medisiner som gir pasienten uttrykk for en annen sinnsstemning enn det han føler. Som skrevet i teoridelen kan en bivirkning av antidepressiv gi selvmordstanker. Vi mener det da er viktig at sykepleieren rapporterer dette videre til lege eller psykolog dersom hun ser at disse tankene har kommet etter oppstart av dette. I følge Sun (2011) er opplæring i selvmordskartlegging viktig for alle sykepleiere, og vi mener det da er spesielt viktig at alle sykepleiere som arbeider på en psykiatrisk avdeling skal få opplæring i kartlegging. På denne måten kan de oppdage eventuell selvmordsfare hos alle pasienter som legges inn under psykisk helsevern. Slik vil det bli lettere for systemet å fange opp pasienter som har behov for videre oppfølging. Ut ifra teorien forstår vi at selvmordsatferd kan være så mangt, og at uansett hvilken intensjon pasienten har skal man ta selvmordstrusselen på alvor. Vi tenker at jo tidligere i selvmordsprosessen man klarer å oppdage tanker om selvmord, jo lettere er det å hindre at pasienten flykter fra virkeligheten.

Hvordan sykepleieren opptrer ovenfor pasienten kan være avgjørende for hvilke svar hun får. Det vil si hvordan kroppsspråk hun har og hvilke spørsmål som stilles. En rolig fremtreden, åpen kroppsholdning og en varm tone er essensielt. Da pasienten forteller at det eneste han ønsker er å avslutte livet, er dette en tillitserklæring ovenfor sykepleieren. Denne tilliten bør behandles varsomt og med respekt. Videre må sykepleieren se nærmere på pasientens dødsønske, og det innebærer spørsmål som må stilles. Foreligger det en reell selvmordsplan? Er planen dødelig? Har pasienten begynt å gi bort eiendeler eller har planer om dette? Hvor og når har pasienten tenkt til å gjennomføre planen? Har pasienten satt en dato for når selvmordet skal gjennomføres? Hvis dette er tilfelle, bør sykepleieren finne ut om dette er en signifikant dato for pasienten. Det vil si om det for eksempel er fødselsdag for vedkommende eller nærstående, eller om det er annen betydelig merkedag (Stacy, 2011). Slik vi ser det kan det være vanskelig å stille veldig direkte og konkrete spørsmål til et menneske som er selvmordstruet. Redselen for å si noe feil for så å gjøre det verre for pasienten er noe vi reflekterer rundt. Allikevel tenker vi at dersom man lar være å stille spørsmålene vil kanskje pasienten tenke at sykepleieren ikke bryr seg. Vi forstår ut ifra litteratur og forskning at kunnskap og erfaring vil være til hjelp for sykepleieren i slike situasjoner. I enhver kontakt med pasienter, herunder kartlegging, mener vi det er viktig at sykepleieren tar seg god tid. Dersom man ikke har god tid, bør man ikke vise eller si dette ovenfor pasienten. Dette tenker vi kan gjøre at pasienten føler seg i veien, til bry eller føler at sykepleieren ikke bryr seg nok til å ta seg den tiden det trenger. Etter vår mening vil dette være med på å svekke pasientens selvfølelse ytterligere.

Ut ifra erfaring og teori vet vi at man er nødt til å ha et godt forhold til pasienten for best mulig kartlegging. Vi ser derfor at relasjonsbyggingen starter allerede ved første møtet med pasienten og at man må være bevisst sine holdninger og handlinger. Vi mener at den enkelte sykepleiers holdninger og erfaringer vil påvirke hvordan relasjonen til pasienten vil være. Vatne (2006) mener at både yrkesmessige og private erfaringer påvirker sykepleierens holdninger. Dersom sykepleieren trekker inn tidligere erfaringer i så sterk grad at det svekker opplevelsen av nåværende situasjon vil dette være mer skadelig enn til hjelp for pasienten. Men vi tenker også at tidligere erfaring er viktig for å få en bredere forståelse av det selvmordstruede mennesket. Man kan som sykepleier ha opplevd selvmordsforsøk eller

selvmord i nære relasjoner, og det kan gjøre det vanskelig å forholde seg profesjonelt. Trekker sykepleieren inn negative egenopplevde situasjoner mener vi at dette kan påvirke pasienten i negativ forstand.

## **5.2 Relasjonsbygging**

”Mennesket forstås som selvstendig, men samtidig avhengig av relasjonen” (Vatne, 2006, s. 31).

I teorien tok vi for oss Travelbee sin sykepleieteori og hennes menneske-til-menneske-forhold, som er et betydningsfullt forhold i den forstand at begge parter fyller sine behov (Travelbee, 1999). For enkelte kan det virke rart at sykepleieren skal fylle sine behov, men vi tenker at det behovet absolutt er der. Uten oppfyllelse av behov vil arbeidet bli mindre betydningsfullt, slik vi ser det. Som eksempel kan vi trekke inn sykepleierens pedagogiske funksjon i arbeidet, men det må ikke glemmes at pasienten også lærer sykepleieren noe (Travelbee, 1999). Blant annet på denne måten mener vi at relasjonen viktig for begge parter.

Travelbee mener at begrepene sykepleier og pasient bør viskes ut, og at det på denne måten vil være lettere å skape et mellommenneskelig forhold. Hummelvoll skriver om sykepleie-pasient-fellesskapet og tydeliggjør rollene mer på denne måten. Slik vi ser det er det absolutt gunstig at sykepleieren og pasienten møtes menneske-til-menneske, men vi reflekterer noe rundt om dette er helt riktig. Grunnen til vår tvil er at sykepleieren kan miste deler av sin profesjonelle rolle, og at det lett kan bli et vennskap fremfor en hjelpende relasjon. Travelbee kommenterer akkurat dette med at det ikke skal bli et vennskap, og begrunner dette med at et vennskap inneholder andre aspekter enn et menneske-til-menneske-forhold. Hun påpeker at det uansett vil være en forskjell da venner er noe man velger. Sykepleiere velger ikke sine pasienter, og pasienter velger heller ikke sin sykepleier. Allikevel mener vi at når en tett relasjon bygges, kan andre følelser dukke opp. Etter vår mening må da den profesjonelle sykepleieren lage et klart skille, dette både for pasienten og sin egen del.

Allikevel mener vi at et slikt forhold kan dannes, men dette forutsetter at sykepleieren er bevisst sitt ansvar. Hummelvolls sykepleie-pasient-fellesskap ser vi er en mer konkret og

praktisk fremgangsmåte å danne en relasjon til pasienten på, og muligens enklere for sykepleieren å forholde seg til. Dette fordi man da er mer bevisst sine roller som sykepleier og pasient. Slik vi ser det er fellesnevneren for begge fremgangsmåtene at sykepleieren er nødt til å danne et godt fundament som først og fremst bygger på tillit. I tillegg ser vi at både Travelbee og Hummelvoll har fokus på at sykepleier og pasient møtes som likeverdige individer. Med likeverdige individer mener vi at det skal være en gjensidig respekt og tillit til grunn for relasjonen.

Når vi reflekterer rundt det å møte pasienten på en profesjonell måte, tenker vi på hvilket språk man benytter seg av og hvordan man formidler budskap. Språket bør etter vår mening være menneskelig, slik at pasienten forstår det vi sier. Medisinske ord og uttrykk vil muligens skremme pasienten, eller gjøre at han føler avmakt i situasjonen da han kanskje ikke forstår det sykepleieren forteller. Formidlingen av budskap bør skje på en varm, oppmuntrende og oppmerksom måte slik at pasienten føler seg sett. Sykepleieren bør formidle respekt fremfor å være moraliserende og lytte aktivt til det pasienten har å fortelle. Alt pasienten har å fortelle er av stor betydning både for pasienten og sykepleieren. For at relasjonen skal være betydningsfull er det viktig at grunnlaget er dannet av gjensidig tillit og åpenhet. Sykepleieren har et lovverk å følge, pasienten har lover som gir han rettigheter. Disse er nevnt i teoridelen, og har blant annet som hensikt at pasienten skal føle tillit til helsepersonell.

Møtet med den selvmordstruede pasienten er møtet med et menneske som er i ferd med eller har mistet håpet. Da pasienten uttrykker sterk håpløshet vil det si at han ikke ser noen sjanse til forbedring eller forandring i livet, og heller ikke noen løsning på problemene sine. I tillegg vil ønsket om forbedring være borte. Grunnen til dette er nettopp fordi han ikke ser noen løsning, og klarer ikke å forestille seg alternativer eller valgmuligheter. Dersom han er klar over at det finnes et valg er ofte initiativet eller motivasjonen manglende, og han klarer ikke å gå inn for endring. Følelsen av å prøve føles nytteløs, og pasienten vil tenke at det ikke finnes noen som vil hjelpe han i lidelsen og ser ikke nytten av hjelpen. Vi tenker at det vil være viktig for pasienten at han kan sette ord på følelsene og problemene sine. Tidligere har vi skrevet at dette er en forutsetning for å tåle den psykiske smerten pasienten opplever. Den håpløse har ikke fokus rettet mot fremtiden, men mot hva som skjer her og nå. Opplevelsen av



en slik håpløshet kan føre til pessimisme, apati, desperasjon, aggresjon eller den fortvilte «ikke-bry-seg»- holdningen eller den apatiske likegyldigheten som er beskrevet i teoridelen (Travelbee, 1999).

I relasjonen med den selvmordstruede pasienten ser vi at det er en forutsetning at sykepleieren har god evne til empati (Strand, 1990). Hummelvoll skriver: “Empati er evnen til å kunne leve seg inn i en annens følelsesliv” (2012, s.104). Det er viktig at sykepleieren skiller på å leve seg inn i pasientens situasjon og å identifisere seg med han. Vi ser igjen at dette handler om rollene man har, og at dette støtter opp under teorien vår om å være forsiktige med å gi slipp på rollene slik Travelbee ønsker.

Ut i fra den teorien vi har studert ser vi at respekt, omsorg og ansvar er tre grunnleggende faktorer som er essensielle i relasjonen til pasienten. Hummelvoll (2012) støtter dette ved sin fremvisning av hvordan dette henger sammen. Han mener at disse er avhengige av hverandre. For eksempel vil det lett bli et overgrep mot pasienten om man gir omsorg uten respekt for individet og dets integritet. I teoridelen skriver vi om viktigheten av pasientens selvaktelse, identitet, integritet og autonomi. Dersom sykepleieren ivaretar respekten ovenfor pasienten, og viser omsorg vil dette bidra til ivaretagelse av pasientens verdighet. Dette er spesielt viktig å tenke over med den selvmordstruede pasienten da selvaktelse ofte er et grunnleggende problem. Hvordan man viser respekt for et menneske som ikke lenger ønsker å leve er et komplisert spørsmål. Skal man respektere pasientens ønsker ved å gi forståelse for det valget pasienten står ovenfor? Eller skal man uttrykke sine meninger om at pasienten bør velge livet?

Vi velger å ta utgangspunkt i det Vatne (2006) skriver om at pasienten er en ansvarlig person, og at sykepleieren ikke kan ta over ansvaret for hans liv. Vi kan vise forståelse, omsorg og respekt, men “sykepleieren kan aldri overta den andres ansvar for seg selv”(ibid, 2006 s. 31). Det vi mener at sykepleieren kan gjøre er å bruke sin kompetanse til å lære pasienten om hvilke konsekvenser selvmordet vil ha, og hvordan dette vil påvirke de etterlatte. Samtidig støtter sykepleieren pasienten i de valgene han tar. Ut i fra dette ser vi at pasienten tar alle valg selv, men at sykepleieren kan bruke sin kunnskap og erfaring til å styrke pasientens identitet og forståelse slik at han velger “å gi livet en sjanse”.

I teoridelen skrev vi litt om hvordan sykepleieren kan virke som en beholder for pasientens problemer og lidelser. Vi tenker at sykepleieren vil trenge mye kunnskap og erfaring for å finne den balansen som gjør at pasientens problemer ikke overføres sykepleieren i så stor grad at hun selv ser håpløsheten pasienten opplever. Vi ser faren ved at den empatiske evnen sykepleieren har kan bli for nær. Strand (1990) beskriver balansen mellom nærhet og avstand. Da tenker vi både på det fysiske og psykiske ”rommet” pasienten og sykepleieren har. Både pasienten og sykepleieren står i fare for en overbelastning av ord, følelser og handlinger. Vi ser at ved en slik overbelastning vil både ord og handlinger kunne miste sin betydning.

### **5.3 Temaer med den selvmordstruede**

Vi ser at det grunnleggende problemet hos den selvmordstruede pasienten er synet på seg selv og selvaktelsen som fører til videre selvødeleggelse. Tidligere har vi skrevet at den ytterste konsekvensen av selvødeleggelse er selvmordet. Vi tenker da at det er essensielt at sykepleieren viser respekt og forståelse for hvordan pasienten føler det. Travelbee mener at sykepleieren bør rette fokuset mot hva pasienten er villig til å leve for, ikke hvorfor han ønsker å dø. Ut i fra dette belyser hun viktigheten av å samle utfyllende data om pasienten, og videre se hvilke opplysninger som vil ha størst verdi i denne sammenhengen. Informasjonen som kan være til hjelp er hvilke interesser pasienten har, uoppfylte drømmer, ufullført arbeid eller om det er en spesiell sak pasienten er villig til å leve for. Dersom det finnes lite eller ingen informasjon om pasienten må sykepleieren gjøre det hun kan for å motivere pasienten til å leve videre. Hun mener at dette muligens vil innebære prøving og feiling, men at det er denne muligheten som foreligger. Vatne (2006) skriver derimot at pasienten har behov for forståelse av hva som skjer med han om han er langt frem i selvmordsprosessen og at sykepleieren ikke skal være redd for å belyse de konsekvenser som følger om pasienten velger døden som utgang. Vi mener ut i fra dette at sykepleieren bør ha en balanse mellom fokuset på hva som gir livet mening og hva som bryter pasienten ned. Det vanskelige er derfor å finne denne balansen, og å vite hvilke temaer man skal snakke med pasienten om. Vi velger derfor å trekke inn Vråles (2009) teori om å se problemene opp mot de positive motsetningene. For eksempel kan man snakke med pasienten om å være verdiløs, for deretter å rette samtalen mot verdig og verdifull. Vi ser da at en kombinasjon av direkte spørsmål sammen med en positiv

retning vil være virkningsfullt. Som skrevet i teorien utviser ofte pasienter kontroll mot avslutningen av selvmordsprosessen, dette kan sees på som at de er på bedringens vei. Grunnen til denne oppfattelsen er at symptomene snues fra den passive holdningen til en mer kontrollert energi. Det er da viktig at sykepleieren viser at hun er der for pasienten, og minner han på at han er verdig.

Da selvmordstruede pasienter ofte ser seg selv som uverdige og har en oppfatning av at de ikke er verdt noe, mener vi at det å snakke med pasienten om temaer som døden og konsekvensen av dette muligens vil hjelpe han mot en bedre forståelse av virkeligheten, og til å finne en mening og retning mot livet. Vatne (2006) skriver at det å trekke inn viktige personer i den selvmordstruedes liv, slik at de kan uttrykke sin fortvilelse kan fungere som en konfrontasjon med realiteten. Pasienten kan på denne måten oppleve at det er noen som bryr seg. Strand (1990) trekker frem realitetsorientering som en del av det egostyrkende arbeidet. Vi ser oss enige i at realitetsorientering vil være viktig for at pasienten skal få styrket sin autonomi og integritet.

For at pasienten skal ta ansvar, ha selvrespekt og ivareta egen omsorg er det en forutsetning at sykepleieren klarer å formidle dette til pasienten. Dette gjøres ved at sykepleieren ser pasienten som en autonom person og at hun lar pasienten ta styring over eget liv. Vi ser at sykepleieren ved hjelp av de egostyrkende prinsippene kan øke pasientens styrke, vilje og kunnskap. Prinsippene kan ses som en metode for å kunne gi helhetlig sykepleie, der sykepleieren finner en balanse mellom bruken av handlinger og holdninger. For å kunne gi omsorg på en hjelpende måte skiller hun på det moderlige og faderlige prinsipp. Det moderlige prinsipp handler om at pasienten skal føle seg trygg og beskyttet. Når sykepleieren handler ut i fra dette prinsippet unngår hun å stille krav, hun er trofast og forholdet er preget av kontinuitet. På den andre siden handler det faderlige prinsipp om å stille krav til utvikling, læring og egen styrke (Strand, 1990).

#### **5.4 Det autonome mennesket**

Spørsmålet om vi har rett til å hindre det autonome mennesket i å ta sitt eget liv står sentralt i arbeidet med den selvmordstruede. Og hvordan dette kan gjøres uten å skade pasientens

integritet. Dersom vi foreslår tiltak for å forhindre selvmord, men pasienten motsetter seg disse vil sykepleierens holdninger settes opp mot hverandre. Vi ønsker å bevare pasientens autonomi og verdighet, samtidig som vi skal styrke pasientens vilje til å leve videre (Vatne, 2006). Som sykepleier tenker vi at man står i en maktposisjon man ikke skal utnytte, men heller bruke for å styrke pasientens makt over eget liv. Sykepleierens autoritet kan påvirke pasienten positivt om den benyttes riktig. Dette ved at man overfører sine positive syn vedrørende pasientens betydning og verdighet. Sykepleieren kan formidle til pasienten at han betyr noe for omverden ved å vise respekt og å tydeliggjøre for pasienten at han har ansvar for seg selv.

Vi har i teoridelen hatt fokus på at pasienten er et autonomt menneske, noe vi mener enhver sykepleier må huske på i alle pasientsituasjoner. Vi lurer på om det er mulig for sykepleieren å fremme håp og mestring hos den selvmordstruede. Det er et autonomt menneske med mulighet for å fatte egne beslutninger. Sykepleierens oppgave vil fra vårt synspunkt være å så positive frø hos pasienten. Som tidligere skrevet skal sykepleieren lytte til pasientens negative tanker og vise forståelse for disse. Da en god relasjon ligger til grunn vil tilliten til sykepleieren være fundamentet for at pasienten deler sine innerste, mørkeste tanker. Ut ifra disse opplysningene er det den profesjonelle sykepleierens oppgave å finne ut hva som kan gi pasienten håp.

Ut i fra teorien kan vi se at det er mange psykiske risikofaktorer til grunn hos det selvmordstruede mennesket. Disse psykiske lidelsene kan ses som pasientens smerte. Derfor tenker vi at ved å lindre denne smerten og ta tak i de psykiske diagnosene som ligger til grunn vil pasienten kunne se andre utveier, muligens en utvei som fører pasienten mot livet. Vatne (2006) skriver at sykepleierne ofte erfarer dette, og at smertene ofte kommer av skam, skyldfølelse og håpløshet. Igjen kan vi se hvor viktig det er å ha respekt for pasienten. Vi ser at respekt fremmer pasientens selvfølelse. Vatne (2006) bekrefter dette ved at sykepleiere erfarer at det er grunnleggende å vise respekt fremfor å være moraliserende mot det selvmordstruede mennesket. Ved at sykepleieren viser respekt for pasienten, og arbeider mot at pasienten skal finne sin identitet mener vi at dette vil styrke selvet hos pasienten. Får pasienten god innsikt i sine gode sider, håp og uoppfylte drømmer vil han muligens finne sin

plass i verden. Dette kan gi den selvmordstruede mening, og ved å føle at man er meningsfull vil ha stor betydning for selvet.

Som et tiltak for å fremme pasientens selvfølelse tenker vi at man kan gå ut i fra de egostyrkende prinsippene som omhandler samhandling og fysiske gjøremål. På denne måten kan sykepleieren legge til rette for at pasienten oppnår mestring. Mestring har vist seg å gi pasienten en følelse av mening i tilværelsen (Vatne, 2006). Vi tenker at dersom pasienten i samhandling med sykepleieren deltar i miljøterapi kan dette fremme mestring hos pasienten. Da pasienten er delaktig i behandlingen vil dette styrke hans maktposisjon og det vil svekke avmaktposisjonen. Pasienten ser kanskje sin egen evne til å fatte valg, og dermed ta sikte på et oppnåelig mål. Eksempelvis kan målet være at pasienten etter hvert skal kunne gå på butikken alene. Dette er noe de fleste ser på som en selvsagt oppgave, men for en pasient som for eksempel sliter med angst kan dette være en stor måloppnåelse. Et slikt oppnåelig mål vil muligens gi pasienten håp, og dermed et fotfeste i virkeligheten. Her ser vi viktigheten av kunnskap og erfaring for å kunne opptre terapeutisk ovenfor den selvmordstruede.

Uansett hvor mye kunnskap og erfaring sykepleieren sitter inne med, vil ikke behandlingen virke terapeutisk dersom man ikke tar utgangspunkt i pasientens syn på situasjonen og hva han selv mener er virkningsfullt. Slik vi ser det er hensikten med relasjonen å skape et fellesskap som styrker pasientens håp og mestring i forhold til livet. Allikevel skal ansvaret bæres av pasienten selv for å ivareta hans rett til selvbestemmelse. Sykepleieren vil ikke nå frem ved hjelp av håp og mestring om pasienten ikke har et ønske om å leve eller komme seg ut av de destruktive tankene. Da vil ikke sykepleieren mestre å kartlegge en virkningsfull behandling tilpasset pasienten. Relasjonen bør bygges på pasientens opplevelse av situasjonen og hva han mener er til hjelp (Burheim & Biong, 2013). Slik vi ser det er sykepleieren derfor avhengig av at pasienten gir uttrykk for hva som vil være til hjelp. Dette er etter vår mening en krevende oppgave for sykepleieren, og hun er nødt til å prøve seg frem for å finne ut hva som kan være holdepunkter i pasientens liv. Vi ønsker igjen å nevne viktigheten av at sykepleieren og pasienten etablerer et godt fundament bygget på gjensidig tillit og respekt. Dette fordi da pasienten føler at han betyr noe for sykepleieren, vil han muligens føle ekte hengivenhet til henne (Travelbee, 1999).

## 6 Konklusjon

Vi startet oppgaven med problemstillingen: *Kan sykepleieren gjennom relasjonsbygging bidra til at den selvmordstruede velger livet?* Vi vil her belyse de svarene vi har kommet frem til gjennom arbeidet med dette temaet.

Selv mord er ikke et enkelt fenomen, arbeidet med selvmordstruede pasienter er et arbeid som krever mot og handlekraft fra sykepleieren. Slik vi ser det kan ikke sykepleieren direkte forebygge selvmord. Det er individet selv som bestemmer over egne valg, men vi ser at sykepleieren kan være med på å påvirke den selvmordstruede i positiv retning. Dette ved å styrke selvfølelsen og bidra til å finne holdepunkter i livet. Det krever mot av sykepleieren da hun må våge å snakke med pasienten om eksistensielle temaer rundt livet og døden. Hun må våge å stille ubehagelige spørsmål, og være forberedt på de svarene hun ikke ønsker. Den selvmordstruede har behov for at sykepleieren viser mot og kunnskap. Dette uttrykker at sykepleieren kan gi forståelse og trygghet. Dersom sykepleieren mestrer å uttrykke sin kompetanse og formidle sin kunnskap til pasienten vil han få en bredere forståelse av den situasjonen han befinner seg i. Deretter kan pasienten med støtte fra sykepleieren komme frem til holdepunkter i livet som styrker håpet, og pasienten kan se i retningen mot livet.

For at sykepleieren skal kunne formidle sin kompetanse og handlingsmuligheter må hun først etablere en relasjon som bygger på gjensidig respekt og tillit. Slik vi ser det oppnår sykepleieren respekt hos pasienten da hun viser forståelse. Dette understreker viktigheten av sykepleierens kunnskap, holdninger og handlinger.

Skal pasienten se relasjonen som virkningsfull er det av stor betydning at sykepleieren formidler kontinuitet og støtte i kontakten. Denne kontakten skal vedlikeholdes i den grad det er mulig. Relasjonen skal ikke brytes uten en klar avslutning.

Vi har gjennom hele oppgaven sett hvordan håpet og meningen med livet skal styrke pasienten. Når alt håp er ute og den autonome selvmordstruede pasienten ikke har vilje til å

komme seg ut av de destruktive tankene, må sykepleieren være mentalt forberedt på at han ser døden som eneste løsning på sine smerter. Det selvmordstruede mennesket har selv ansvaret for sine handlinger, og sykepleieren på sin side har ansvar for å bevare hans autonomi. At den selvmordstruede snur og velger livet er avhengig av pasientens vilje til å leve. Relasjonen kan bare hjelpe i den grad pasienten lar den gjøre det. Sykepleierens viktigste oppgave blir derfor å styrke pasientens identitet gjennom fellesskapet.

La pasienten velge, så fremt dette er mulig, skriver Travelbee (1999). Og det er nettopp det sykepleieren må huske, at pasienten er et autonomt menneske med egne valg og ansvar for eget liv.

## Litteraturliste

Askheim, O.E. (2010). Empowerment- ulike tilnærminger. I O.E. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 21- 33). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Burheim, O., Biong, S. (2013). Orker ikke mer- Selvmord etter avsluttet døgnbehandling i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 10(1), 5-14.

Brinchmann B. S. (red) (2008). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>

\*Hetfield, J., Burton, C., Ulrich, L., Hammett, K. (1984). Fade to black. [Innspilt av Metallica]. På *Ride the Lightning*. [LP]. [Utgivelsessted ukjent]: Megaforce.

Håkonsen, K.M. (2010). *Innføring i psykologi* (4. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt* (7.utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

\*Kirkevold, M. (2010). *Sykepleieteorier- Analyse og evaluering* (3. utg.). [København]: Munksgaard Danmark.

\*Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Lokalisert på [http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Løken, K.H. (2010). «Lave stemmer skal også høres». I O.E. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 140-153). Oslo: Gyldendal Akademisk.



Mathisen, J. (2010). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I Mekki, T.E. (Red.), *Sykepleieboken 1 Grunnleggende sykepleie* (3. utg., s. 67-86). Oslo: Akribe AS.

Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget AS.

Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer, ICN kodex. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdato.no>

Lov om psykisk helsevern. LOV-1999-07-02-62. Lokalisert på <http://www.lovdato.no>

Nordvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

\*Ribe, K. (2012). Er det kaffe i himmelen? *Suicidologi*, 17 (3), 38-39.

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

\*Snoek, J.E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri Kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg.). [Trondheim]: Akribe Forlag 2000.

\*Stacy, P. (2011). Suicide: A Permanent Solution to an Often Temporary Situation. *Academy of Medical-Surgical Nurses* 20 (3), 9-12.

Starrin, B. Empowerment som livsinnstilling- kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe? I O.E. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 59- 71). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stänicke, L. (2010). Selvmord og selvmordsvurdering. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke. (Red.), *Psykiatriboken* (s. 354- 369). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strand, L. (2010). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Styron, W. (1991). *Synlig mørke*. Drammen: H. Aschehoug & Co.

\*Sun, F.K. (2011). A Concept Analysis of Suicidal Behavior. *Public Health Nursing*, 28 (5), 458- 68. doi: 1525-1446.2011.00939

\*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

\*Vatne, M. (2006). Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter. *Vård i Norden*, 26(1), 30-35.

\*Vråle, G.B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (3. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Westerlund, H. (2010). Det er bruk for alle- empowerment utenfor arbeidsmarkedet? I O.E. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 85- 96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

## **Sammendrag**

Pasienter i psykisk helsevern innehar ofte flere risikofaktorer for selvmordstanker.

Sykepleieren vil være en støttespiller for denne pasientgruppen. Vi har i denne oppgaven lagt fokus på om sykepleieren gjennom relasjonsbygging kan bidra til at den selvmordstruede pasienten kan komme seg ut av håpløsheten og de destruktive tankene. Pasienten har lovverk og retningslinjer som understreker hans autonomi. Sykepleieren på sin side har som ansvar å lindre lidelse og redde liv. Vi har valgt å legge Travelbee sin teori om det mellom menneskelige forholdet som grunnlag for relasjonsbyggingen. Sykepleieren og pasienten møtes som to likeverdige individer der fokuset på pasientens autonomi er grunnleggende. Fellesskapet skal ha til hensikt å styrke pasientens identitet, slik at pasienten selv snur og velger livet. Vi har benyttet oss av litteratur og forskning som grunnlag for oppgaven. Det fremkommer at det er avgjørende at pasienten selv ønsker å finne en alternativ løsning på den smerten han føler. Samt at sykepleieren må øke sin forståelse for den selvaktelsen og avmakten denne pasientgruppen opplever, slik kan hun lettere skape en relasjon med pasienten og oppnå et fellesskap bygget på respekt og tillit.

## Vedlegg 1 - PICO Skjema

<b>Patient/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison/Control</b>	<b>Outcome</b>
<b>Selvordstruet (Pasienter i psykisk helsevern)</b>	<b>Relasjonsbygging</b>		<b>Forebygging av selvmord</b>

## Vedlegg 2 – Søketabell

### Søk i CINAHL

Søk nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Resultat (antall)
S1	Suicide	2008- 2013, full text	2134
S2	S1 AND Nursing	2008- 2013, full text	319
S3	S1 AND Communication	2008- 2013, full text	42
S4	S2 AND Relations	2008- 2013, full text	34
S5	Suicide risk AND nursing care AND Communication	2008- 2013, full text	2
S6	Suicide behavior	2008- 2013, full text	312
S7	S2 AND psychiatry	2008- 2013, full text	3
S8	Communication AND Suicide patient	2008- 2013, full text	19

### Søk i SveMED+

Søk nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Resultat (antall)
S1	Selvmord		926
S2	S1 AND Sykepleie		36
S3	S2 AND Kommunikasjon		5
S4	Selvmordsatferd		7
S5	S4 AND Psykisk helse		0