

En må tørre å spørre

Tema: Pasienter i selvmordsfare innlagt i psykiatrisk sykehus

Bacheloroppgave i sykepleie

SY 180 H 000

Kull 07 H

Dato for innlevering: 30.04.2010

Kandidatnr.

Innhold

Innhold	1
1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Problemstilling og avgrensing	3
1.3 Begrepsavklaring i problemstilling	4
1.4 Formål med oppgaven	4
1.5 Oppgavens disposisjon	4
2.0 Metode	6
2.1 Metodevalg	6
2.2 Kildesøk	7
2.3 Kildekritikk	8
2.4 Fremgangsmåte	8
2.5 VIVAT	8
2.6 Forskning	9
3.0 Teori	12
3.1 Mitt møte med en pasient i selvmordsfare	12
3.2 Travelbee sin sykepleieteori	12
3.3 Suicidalitet	15
3.4 Historikk	16
3.5 Krisesituasjonen	18
3.6 Kommunikasjon	19
4.0 Drøfting	21
4.1 Mitt første møte med pasienten i selvmordsfare	21
4.2 Hvordan kan jeg oppnå god kommunikasjon med pasienten i selvmordsfare?	23

4.3 Hvordan kan jeg hjelpe den som vil dø til å leve?.....	26
5.0Konklusjon	31
Litteratur.....	32
Selvvalgt litteratur	34

Vedlegg 1 Intervensjonsmodell ved selvmordsfare

1.0 Innledning

Jeg er i siste semester av grunnutdanningen i sykepleie, og på bakgrunn av det skal jeg skrive bacheloroppgave. Gjennom disse tre årene har vi vært i ulike praksis og det gav grunnlag for valg av tema til oppgaven. Oppgaven er skrevet med 9442 ord.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg hadde min psykiatripraksis ved en akuttavdeling på et psykiatrisk sykehus. Mange som ble innlagt på avdelingen hadde forsøkt å ta livet sitt eller hadde truet med å gjøre det. Alle hadde ulike bakgrunn og ulike motiver for hvorfor de ønsket å dø. Jeg fikk etter hvert innblikk i at hver pasient hadde ulike behov for hvilken oppfølging de trengte i avdelingen. På bakgrunn av møtet med disse pasientene ønsker jeg å lære mer om hvordan man kan ivareta pasienter som ønsker å dø og hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe den som ønsker å dø til å leve. Jeg vil lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan bruke min kunnskap til å kommunisere med disse pasientene.

1.2 Problemstilling og avgrensing

Jeg har i bacheloroppgaven valgt å skrive om pasienter som er risikogruppen for å ta selvmord, og har avgrenset oppgavens omfang til pasienter innlagt i psykiatrisk sykehus som er i selvmordsfare. Med pasienter som er i selvmordsfare mener jeg de har forsøkt å ta sitt eget liv, de har sagt at de har et ønske om å dø, har planer om å ta sitt eget liv, eller konkrete planer om å ta livet sitt. Oppgavens tema er pasienter i selvmordsfare innlagt i psykiatrisk sykehus. Oppgavens problemstilling er: *Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta pasienter i selvmordsfare?*

1.3 Begrepsavklaring i problemstilling

I problemstillingen bruker jeg ordet å ivareta. Med det mener jeg hvordan jeg som sykepleier kan legge det til rette for at pasientene skal få den behandlingen som de trenger og hvordan vi kan bruke vår kunnskap slik at pasienter innlagt ved psykiatrisk sykehus kan føle at de blir ivaretatt av personale. Med en pasient i selvmordsfare mener jeg en pasient som er i faresonen eller en pasient som tidligere har forsøkt å ta livet sitt.

''Selvmord kan defineres som selvbeskadigelse med fatal utgang. Selvmordsforsøk er en handling individet bevisst foretar for å skade seg selv, uten at skaden fører til døden'' (Kringelen 2008:375).

I drøftningen bruker jeg ''hun'' for å beskrive pasienten. Jeg beskriver meg selv som ''jeg som sykepleier'' eller ''hjelper''.

1.4 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan ivareta selvmordstruende pasienter. Jeg vil lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan møte pasienter i krise som har som ønske om å dø. Jeg begrenser meg i oppgaven og tar utgangspunkt i at jeg er sykepleier ved et psykiatrisk sykehus. Jeg har hatt praksis ved en akuttpost og vil fortelle i oppgaven hvordan jeg opplevde å møte pasienter i selvmordsfare og hvilke rutiner sykehuset har dersom det kommer inn en suicidal pasient.

1.5 Oppgavens disposisjon

I oppgaven kommer jeg inn på hvordan en kan kommunisere med suicidale personer og hva man som hjelper bør tenke på i møte med denne pasientgruppen. I første del av oppgaven kommer jeg inn på hvilke metoder jeg har brukt for å finne relevant litteratur og forskning på temaet. I teoridelen kommer jeg inn på Travelbee (2007) sin sykepleietenkning, Cullberg (2007) sin definisjon på krisesituasjonen og jeg kommer inn på kommunikasjon og historikk omkring temaet suicidalitet. I drøftingsdelen kommer jeg til å bruke litteratur og forskning fra teoridelen og drøfte dette opp mot min erfaring fra praksis. Jeg håper på å få en bedre

forståelse for hva pasienter med suicidale tanker har behov for og hvordan jeg som sykepleier kan møte behovene til personer innlagt i psykiatrisk sykehus slik at de føler seg ivaretatt. For å finne en bedre forståelse av tema kommer jeg til å bruke relevant litteratur, forskning og egen erfaring.

2.0 Metode

2.1 Metodevalg

Jeg har valgt å skrive oppgaven ut fra en litteratur studie. Med dette tar jeg utgangspunkt i litteratur omkring temaet og drøfter den opp mot problemstillingen. Gjennom en litteraturstudie kan jeg se på sammenhengen mellom litteratur og egen erfaring, og ut fra det se utviklingstrekk gjennom oppgaven, samt belyse temaet jeg har valgt ut fra litteraturen. Ulempene ved en litteraturstudie er at det kan være tidskrevende i forhold til å finne relevant litteratur (Dalland 2007).

Jeg velger å skrive oppgaven ut fra kvalitativ metode fordi jeg ønsker en helhet rundt temaet selvmord, og jeg vil finne ut hvordan jeg sykepleier kan ivareta selvmordstruende pasienter i institusjon på en best mulig måte. Ved å bruke en kvalitativ metode har jeg ikke eksakte tall å gå ut fra slik som ved en kvantitativ metode. Jeg tar gjennom en kvalitativ metode sikte på erfaringer og meninger der man kan få en sammenheng og helhet omkring temaet. Ulempene med å bruke en kvalitativ metode er at det ikke kan trekkes beslutninger ettersom en ikke har eksakte tall å gå ut fra. Ved å bruke en kvantitativ metode tar man utgangspunkt i målbare enheter og man vil kunne regne gjennomsnitt og prosent av det man forsker på. Ut fra de resultater en får fra en kvantitativ metode kan man beskrive fenomener ut fra tall (Thornquist 2003, Dalland 2007).

I tillegg til pensum og selvvalgt litteratur kommer jeg til å bruke forskningsbaserte artikler og kurset VIVAT.

I oppgaven bruker jeg Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Jeg velger hennes teori ettersom hun i sin tenkning er opptatt av håp, mestring og kommunikasjon, samt forholdet mellom sykepleier og pasient (Travelbee 2007).

Det er ulike metoder å forstå informasjon man får. Naturvitenskapen har ulike fortolkningsmetoder. Hermeneutikken er en naturvitenskapelig måte å tolke informasjon på. Den handler om forforståelsen av informasjon man får når det gjelder f. eks pasienter, og hvordan vi som sykepleiere kan forstå den faglige informasjonen vi får. For oss som sykepleiere er det viktig å forstå og tolke grunnlaget for menneskets eksistens, og det er noe av det hermeneutikken belyser. Ved at man fortolker noe kan man skjønne hvordan

fenomener gir mening og dersom noe fremstår som uklart og man setter seg uforstående til noe, kan hermeneutikken være med på komme frem til at dette gir mening (Thornquist 2003, Dalland 2007).

2.2 Kildesøk

For å komme frem til relevant litteratur har jeg valgt pensum litteratur fra alle tre årene ved sykepleierutdanningen. Fra tidligere hadde jeg kjennskap til tidsskiftet *Suicidologi*. Det har tema som migrasjon, minoriteter og selvmordsproblematikk. Det er et tidsskift utgitt av Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, institutt for psykiatri, nasjonalt senter for selvmordsforskning og -selvmordsforebygging. I dette tidsskiftet blir det publisert artikler som er relevant for mitt tema, og har her funnet frem til artikkelen *selvmordsforebyggende arbeid- fagfolks forståelse ved kyndig praksis*, som jeg kommer til å bruke i oppgaven.

For å finne relevant stoff til Joyce Travelbee brukte jeg søkeordet Joyce Travelbee på www.Google.no. Der kom det opp en link fra www.bokkilden.no. Jeg skrev samme søkeord på nytt igjen og da kom Mellommenneskelige forhold i sykepleie opp. For å søke etter annen relevant litteratur har jeg brukt BIBSYS. Det er en felles søkekatalog for norske høyskoler og universiteter. Med denne søkemotoren kan man skrive inn tema og man vil bli veiledet for å finne relevant litteratur eller linker til hjemmesider. Når man skal søke i BIBSYS er det viktig at man vet hva man leter etter, siden man kan få mange treff på søkeordet (Dalland 2007). Da jeg skulle søke opp en bok i forhold til mestring av kriser brukte jeg søkeordet *krise*. Jeg fikk da opp 237 treff. På side 12 fant jeg boken *Mennesker i krise og utvikling* skrevet av Johan Cullberg (2007) som var relevant for mitt tema.

Jeg fikk tips av en psykiatrisk sykepleier som jobber ved Nordlandssykehuset at det finnes en veileder for hvilke rutiner Nordlandssykehuset har for vurdering av selvmordsfare. Veilederen skal fungere som en mal for hvordan selvmordsfare skal vurderes når pasienter blir lagt inn i sykehus. Denne veilederen er laget på bakgrunn av Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern utgitt av sosial og helsedirektoratet og selvmordsrelatert arbeid i psykiatriske avdelinger. I drøftningen kommer jeg også til å bruke disse retningslinjene. (Vurdering av selvmordsfare, Nordlandssykehuset Bodø psykiatri 2008).

2.3 Kildekritikk

Da jeg begynte å søke etter litteratur til oppgaven oppdaget jeg fort at det var mye stoff omkring temaet. Jeg har vært nødt til å sortere og velge ut relevant litteratur og se etter hvilken litteratur som var godt dokumentert. Etter å ha laget et utkast av tema og problemstilling har jeg kunnet søke etter litteratur både i pensum, og gjennom selvvalgt litteratur (Dalland 2007).

Førstehåndskilden er den opprinnelige utgaven av en tekst. Det vil ikke alltid være lett å finne den originale utgaven av litteraturen, men da jeg begynte å søke fant jeg mye førstehåndlitteratur. Jeg valgte å bruke noe annenhånds litteratur, men her var det stoff som var tolket rett ut av den originale boken (Dalland 2007).

2.4 Fremgangsmåte

Jeg begynte skriveprosessen med å søke etter aktuell litteratur, både gjennom pensum, samt gjennom selvvalgt litteratur. Etter at jeg fant relevant litteratur leste jeg meg opp, for så å begynne skriveprosessen. Jeg har brukt de kunnskaper jeg fikk ut fra kurset VIVAT, samt erfaringer jeg fikk fra psykiatripraksis.

2.5 VIVAT

23. og 24. Mars 2010 deltok jeg på VIVAT kurs i regi av Nordlandssykehuset. VIVAT er et kurs i førstehjelp ved selvmordsfare som går over to dager. Det ble først utviklet av LivingWorks, Canada og som senere er oversatt og tilpasset etter norske forhold av VIVAT, universitetssykehuset Nord Norge. Kurset er en veileder til hvordan man kan møte personer i krise og som står i fare for å ta livet sitt. Det er laget i samarbeid mellom senter for selvmord i Nord-Norge ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), og seksjon for selvmordsforskning og - forebygging ved Universitetet i Oslo (UIO).)

Det var to damer som ledet de to kurs. De hadde lang erfaring med personer i selvmordsfare, og den ene av de to jobbet daglig med denne pasientgruppen.

Vi startet dag en med å bli mer bevisst på holdninger i forhold til selvmord gjennom at vi fikk se en film som omfattet flere personer i selvmordsfare. Da vi så filmen fikk vi i oppgave å legge merke til hvilke holdninger de ulike hjelperne hadde. Disse kom godt frem i filmen ved at hjelperne enten var villige til å hjelpe, eller at de var likegyldige til hvordan utfallet av selvmordstankene ble.

Vi ble så delt inn i to grupper med ca åtte-ni personer på hver gruppe, og med hver vår veileder. Denne gruppen jobbet også sammen dag to. Vi arbeidet med ulike rollespill og med drøftinger i etterkant av rollespillene. Vi fikk undervisning i en intervensjonsmodell, som kan virke som en veileder i møte med en selvmordstruet person.

Denne modellen har tre ulike faser. Den første fasen er å få kontakt med personen i selvmordsfare. Her må man undersøke risikoen for selvmord og ta opp faresignaler som at personen er innesluttet, deprimert, ser trist og ustelt ut. Den andre fasen er forståelse. I denne fasen forsøker man å finne ut årsaker til hvorfor personen ønsker å dø. Ved å kartlegge nettverk, fremtidsplaner, hobbyer, drømmer og gleder til personen i selvmordsfare kan man få han på andre tanker. Tredje fase er støtte fasen. I denne fasen forsøker hjelperen å legge en plan sammen med personen i selvmordsfare for å minske risikoen for selvmord.

Vi avsluttet kurset med å gå sammen to og to. Den ene skulle være hjelper og den andre skulle være en person i selvmordsfare. Vi laget historier hvor hjelperen skulle prøve å få personen på andre tanker. Det var to lærerike dager, og jeg fikk utfordret meg og fikk tenkt godt gjennom hvordan jeg skal møte en person selvmordsfare og se hvilke behov de har.

2.6 Forskning

Artikkelen jeg har valgt å bruke er trykket i tidsskriftet *Suicidologi* (2009 Årgang 14. Nr. 3). Artikkelen er gjort ut fra en kvalitativ metode og heter *selvmordsforebyggende arbeid-fagfolks forståelse ved kyndig praksis*. Den er skrevet av Pia Birgitte Jenssen som er ergoterapeutspecialist i psykisk helse og jobber som utviklingsleder ved Nordlandssykehuset i Vesterålen DPS. Hun har skrevet artikkel sammen med Amy Holtan som er sosiolog, og

førsteamanuist ved RBUP Nord ved Universitetet i Tromsø. De ville finne ut om hvordan sosial og helsearbeideres opplevelse av kompetanse er knyttet opp mot selvmordsforebyggende arbeid. Målet med artikkelen var å finne ut hvordan kompetansen rundt feltet var nyttig innen selvmordsforebygging. De tjuefem informantene de brukte rekruttert fra et VIVAT kurs som ble holdt i 2005/2006. Deltakerne ble delt inn i fire fokusgrupper med fem-åtte deltakere på hver gruppe. Deltakerne fikk innblikk i hvordan de kommuniserte rundt temaet. Fordelen med dette var at holdninger og verdier ble synliggjort gjennom refleksjon av temaet i kommunikasjon med andre hjelpere. Det virker positivt at man blir mer bevisstgjort i sin adferd. Det ble gjort intervju med deltakerne og et viktig spørsmål var: *hvordan forholder du deg til et menneske som har gjort eller truer med å gjøre et selvmordsforsøk?* Ut fra studiet har de utarbeidet en typologi. Denne illustrerer forskjeller og variasjoner i hjelpernes kompetanse i forebyggende arbeid mot selvmord. Kompetansen har de delt inn i to deler, *ukyndighet* og *kyndighet*. Dimensjonene er hvordan hjelperen til den personen i selvmordsfare opplever ansvar, hvordan de anvender kunnskap og hvordan samspillet mellom pasient og helper er. Både *ukyndighet* og *kyndighet* som er en beskrivelse av kompetansen er basert på erfaringer og opplevelser av selvmordsforebyggende arbeid, beskrevet av informantene i studiet.

Ved *ukyndighet* tar hjelperen på seg det hele og fulle ansvaret for personen i selvmordsfare. Hjelperen kan da virke utrygg og er redd for å bli ansvarliggjort. Hjelperen er her usikker for når hun skal spørre direkte spørsmål og kan virke taus. Det som kan skje er at dialogen mellom personen i selvmordsfare og hjelperen blir svekket, og det vil da være vanskelig for hjelperen å kartlegge selvmordsfaren.

Ved *kyndighet* forstår hjelperen at hun ikke kan hjelpe alle selv om hun kanskje vil forsøke. Hjelperen er her i stand til å stå i situasjonen fordi hun forstår sitt eget og andres ansvar. Ved *kyndighet* vil hjelperen forstå at en kan spørre personene i selvmordsfare om selvmordet, og det uten å være redd for å fremprovosere det. For mange vil det å si selve ordet selvmord være en barriere å bryte. Når det er gjort kan det gjøre at hjelperen føler seg mer kompetent og føler seg mer meningsfull. Ved *kyndighet* tar hjelperen initiativ og venter ikke på at den andre skal bli direkte. Ved at man tørr å spørre direkte, kan selvmordstanker avverges fordi den som trenger hjelp blir tatt på alvor. Konklusjonen ut fra undersøkelsen var at det var både *kyndighet* og *ukyndighet* i yrkesutøvelsen, men at det ut fra opplæringsprogrammet er viktig å legge vekt

på hva *kyndig* praksis går ut på og at det er viktig med åpen og ærlig kommunikasjon mellom personen i selvmordsfare og hjelperen. (Jenssen og Hotlan 2009).

3.0 Teori

3.1 Mitt møte med en pasient i selvmordsfare

Pasienten jeg har valgt å bruke i oppgaven traff jeg da jeg hadde min praksis ved en akuttavdeling på et psykiatrisk sykehus. Hun var en jente i 20 årene som kom fra en mellomstor kommune. Årsaken til innleggelsen var gjentatte selvmordsforsøk med medikamenter, hvor det mest brukte var Paracet. Årsaken til at jeg har valgt å ta med historien i oppgaven er fordi jeg lærte mye av denne jenta. Jeg var hennes primærkontakt og både faglig og personlig syntes jeg det var en utfordring, som jeg i ettertid ser at jeg har lært mye av. Jeg lærte mye om hvordan jeg kan kommunisere med pasienter i selvmordsfare, og har erfart at det kan ta tid å bygge opp et tillitsforhold til en person i selvmordsfare. Denne jenta hadde en tøff periode i livet sitt. Hun hadde akkurat begynt på ny skole og hun vanskeligheter med å finne seg til rette i et nytt miljø. Foreldrene var skilt. Moren og stefaren bodde utenlands, og jenta som hadde bodd sammen med dem var flyttet tilbake til Norge for å gå på skole. Hun hadde sporadisk kontakt med far og jevnlig kontakt med bestemor.

3.2 Travelbee sin sykepleieteori

Jeg velger Joyce Travelbee sin sykepleieteori fordi hun legger vekt på et menneske til menneskeforhold, noe som gjenspeiler seg i at alle mennesker er unike individer. Et menneske til menneske forhold er godt, konstruktivt og den sykes behov blir ivaretatt (Travelbee 2007).

Travelbee (2007) sin sykepleiedefinisjon:

''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 finne mening i disse erfaringene'' (Travelbee 2007:29).

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i 1926. I 1946 var hun ferdigutdannet som sykepleier og jobbet etter det som psykiatrisk sykepleier og lærer. Boken *Interpersonal Aspects in Nursing* ble første gang gitt ut i 1966 og siste utgave kom i 1971. I 1995 ble boken gitt ut, oversatt til Norsk. Boken legger vekt på at det enkelte individ skal stå i sentrum og at man skal som sykepleier hjelpe andre mennesker. Andre kjennetegn ved hennes sykepleietenkning er at man har pasienten i sentrum og at man forstår at mennesket hele tiden er i vekst,

utvikling og endring. Joyce Travelbee døde i 1971, 47 år gammel. Gjennom sin sykepleietenkning har hun vært med på å hjelpe sykepleierstudenter til å utvikle en forståelse for hva en møter ute i praksis (Travelbee 2007).

I sin definisjon legger Travelbee (2007) vekt på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Hun mener at sykepleie går ut på kontakt direkte eller indirekte mellom mennesker, og at prosessen som foregår er handlinger eller erfaringer mellom sykepleieren og pasienten, sykepleieren og pårørende eller annet helsearbeid. Ved at sykepleieren hjelper et individ enten det er pasient, pårørende eller samfunn er formålet å opprettholde en god helsetilstand. Det gjennom enten forebygging, veiledning eller å mestre erfaringer.

Et annet kjennetegn ved tenkningen til Travelbee (2007) er håp. Hun mener at gjennom håp er menneskene i stand til å takle vanskelige situasjoner som tap, tragedier og ellers vonde situasjoner. Ved at man forbereder seg mentalt på noe enten det er å bli frisk av en sykdom eller har håp om at situasjonen skal bedre seg, kan man finne løsninger som gjør at problemene blir mindre. Ved at vi som sykepleiere hjelper pasienten å få håp kan dette være med på å motivere pasienten til å mestre situasjonen.

Seks kjennetegn Travelbee knyttet opp mot håp:

- *Det er sterkt knyttet til avhengighet til andre*
- *Det er fremtidsorientert*
- *Det er knyttet til valg*
- *Ønsker*
- *Utholdenhet*
- *Og til mot (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug 2005:27).*

. Definisjonen av menneske til menneske forholdet:

''Et menneske til menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt'' (Travelbee 2007:177).

Joyce Travelbee (2007) legger i sin sykepleiertenkning stor vekt på menneske til menneske forholdet. Travelbee (2007) legger stor vekt på at sykepleieren i likhet med pasienten er et menneske og har egne behov som må dekkes. Hun mener også at sykepleiere må få ivaretatt noen av sine behov slik at jobben blir gjort tilfredsstillende. Travelbee (2007) mener at *menneske til menneske forholdet* er en gjensidig prosess, men at det er den profesjonelle sykepleieren sitt ansvar at forholdet blir etablert og opprettholdt.

Travelbee (2007) legger stor vekt på begrepet kommunikasjon. Hun mener at kommunikasjon er en av sykepleierens viktigste redskaper i kontakt med pasienten, og at dette er en de viktigste faktorene i menneske- menneske forholdet. Gjennom å kommunisere med pasienten kan man etablere et menneske til menneske forhold og Travelbee (2007) mener at gjennom kommunikasjon kan man utrykke sine tanker og følelser. Sykepleieren har gjennom kommunikasjon muligheten til å bli kjent med pasienten og vil ut fra det kunne skille han fra de andre pasientene. For å sikre at tiltak som blir gjort er i samsvar med pasientens behov er det viktig med god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.

Ved at man bruker seg selv terapeutisk mener Travelbee at man som sykepleier skal kunne fremme en forandring hos pasienten. Dersom en lindrer lidelse eller reduserer plagene bruker man seg selv terapeutisk. For å kunne gjøre dette må en som sykepleier være oppmerksom i egen adferd i møte med andre mennesker. En har mulighet å utvikle seg gjennom erfaringer og teori, og dette mener Travelbee er viktig for å kunne forstå menneskenes vilkår og for å kunne bruke seg selv bevisst i møtet med andre mennesker (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005).

I sin tenkning hvor Travelbee legger vekt på menneske til menneske forholdet er en målrettet intellektuell tilnærming et viktig punkt. Hun mener at gjennom å bruke sin kunnskap målrettet kan sykepleieren hjelpe pasienten å mestre sin situasjon. Travelbee mener at sykepleieren kan ut fra sine fagkunnskaper forstå hvilke behov pasienten har og ut fra det komme frem til hvordan disse kan ivaretas. For å kunne gjøre dette må sykepleieren kunne planlegge sitt arbeid ut fra de behovene pasienten har (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005).

3.3 Suicidalitet

Verdens helseorganisasjon(WHO) kom i 1986 ut med en definisjon av selvmord: *''Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, men viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandring''* (Mehlum 2005:22).

''Selvmord kan defineres som en handling med fatal utgang med døden til følge, mens selvmordsforsøk er en bevisst handling individet foretar seg for å skade seg selv uten døden til følge'' (Kringelen 2008:375).

I alderen 15-44 år er selvmord en av de tre hyppigste dødsårsakene. Hvert år tar ca. 600 personer livet sitt i Norge. Norge er et av de landene i Europa hvor flest unge mennesker tar livet sitt. Det er spesielt unge menn i alderen 20-30 år som velger å ta livet sitt. Årsaker til dette kan være stoffmisbruk, alkoholavhengighet, depresjon og andre psykiske lidelser. Mens flest menn tar livet sitt gjør flest kvinner selvmordsforsøk. Da er det gjerne årsaker som skilsmisse og par konflikter som er årsakene til dette (Kringelen 2008).

''Risikofaktorer for suicid

Kjønn: Mann

Alder: Eldre og unge menn

Sivilstatus: Ugift, separert, skilt, enkestatus

Boforhold: Bor alene

Arbeid: Usikre arbeidsforhold, pensjonist

Livshendelse: Tap, seperasjon, økonomisk katastrofe

Sosial støtte: Lav eller mangelfull

Psykisk lidelse: Alvorlig depresjon, schizofreni, alkohol og stoffmisbruk

Symptomer: Håpløshet, hjelpeløshet, psykotiske symptomer

Suicidal adferd: Tidligere selvmordsforsøk og suicidale tanker

Fysisk helse: Kreft, arids, kronisk sykdom

Tilgang: Lett tilgang på skytevåpen eller tablett''(Kringelen 2008:376).

Det viser seg ut fra undersøkelser at ca. halvparten av dem som begår selvmord har vært hatt en psykisk lidelse, og at minst 2/3 oppsøkte lege i forkant av hendelsen. Den største risikoen for selvmord er depresjon. En ser at hos personer med depresjon er suicidalfare høyest ved begynnelsen eller slutten av depresjonen, men ikke minst ved høydepunktet da hemninger både psykisk og fysisk er størst. Omentrent 1/3 av de som tar suicid hadde en klar psykose, og omlag 10 % tar livet av seg ved schizofreni. En kan se at suicid skjer rett etter sykehusopphold, noe som kan ha forbindelse med at pasienter blir skrevet ut for

tidlig. Ofte ser man at alkohol er innblandet med selvmordet. Mange drikker seg til mot å ta livet sitt, mens andre får svekket kontroll noe som igjen kan føre til suicid.

I mange tilfeller hvor personer tenker på å ta livet sitt kan personer rundt få et varsel om dette, selv om at det kommer som et sjokk for familie og venner dersom det skjer. Ambivalens er et sentralt begrep rundt selvmordsproblematikk. Mange går med tanker om å ville dø for å få slutt på det de sliter med, mens de egentlig vil leve og få orden på livet sitt igjen. For enkelte kan selvmordsforsøk være en appell eller et rop om hjelp. Gjennom og enten snakke om tankene eller gjøre forsøk på å ta livet sitt er dette en form for kommunikasjon. Om lag ti % av de som er innlagt ved psykiatrisk institusjon etter selvmordsforsøk vil senere begå suicid (Kringelen 2008).

3.4 Historikk

Selvmordsforebygging har de siste hundre år fått økende interesse og det har blitt mer aktuelt med selvmordsforebyggende arbeid. Årsaker til dette er at antall selvmord har økt betraktelig i Europeiske land. En ser nå at flere i Norge dør av selvmord enn i trafikkulykker, men at de forebyggende tiltakene mot selvmord er mye mindre enn tiltak mot trafikkulykker. Dette kan skyldes at mange tror selvmord ikke kan forebygges, men trafikkulykker kan (Mehlum 2005).

Det finnes ulike metoder for selvmordsforebygging. Dette arbeidet ser vi har ingen lang tradisjon for hvordan det skal gjøres. Vi ser at på 1950-1960 årene vokste selvmordsforebyggende arbeid frem og det spesielt i Mellom Europa. Det vokste frem ulike fora for selvmordsforebygging og aktuelle selvmordsforebyggende tiltak ble diskutert. Det ble større fokus på at forskning og praksis måtte gå hånd i hånd. En av de viktigste organisasjonene som har drevet med selvmordsforebyggende arbeid er WHO (verdens helseorganisasjon). Etter et arbeidsmøte i Ungarn i 1989 så WHO at situasjonen rundt statistikken til antall selvmord var bekymringsverdige. Derfor var et av målene for WHO i den europeiske strategi *''helse for alle ved år 2000''* (Mehlum 2005:93). Et av delmålene var å redusere antall selvmord i europeiske land. Strategien som skulle bli lagt for og nå disse målene, var å spre informasjon om suicidalitet, om årsaksforhold og om tiltak som kunne gjøres for å forebygge. WHO sine mål var at det nå måtte økes oppmerksomhet fra både politikere, helsearbeidere, massemedia og det offentlige, på at selvmord har høy sammenheng

med alkohol og stoffmisbruk. Det skulle fokuseres mer på relevant opplæring av helsepersonell og annet personell som møter mennesker i selvmordsfare, samt utvikle retningslinjer for hvordan behandling som blir gitt til suicidale personer, men også hvordan pårørende blir møtt (Mehlum 2005).

I 1990 ble det besluttet at Norge skulle ha sitt eget nasjonale program for å forebygge selvmord. I perioden 1994-1998 kom en prosjekt og handlingsplan mot selvmord på statsbudsjettet. Denne ble utarbeidet av en styringsgruppe oppnevnt av Statens helsetilsyn og består av en tverrfaglig referansegruppe. Etter hvert er det utviklet et kompetansesenter i Oslo som samarbeider nært med forsknings og utdanningscentre rundt omkring i landet. I hvert fylke blir det i regi av fylkes legene avholdt undervisningsprogrammer. Ut fra handlingsplanen er det gitt ut retningslinjer hvordan pasienter i selvmordsfare skal tas vare på under psykisk helsevesen for å forebygge selvmord (Mehlum 2005).

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevesen (2008) er gitt ut av sosial og helsedirektoratet. Det er retningslinjer først og fremst for helsepersonell i det psykiatriske helsevesenet og har som formål å sette fokus på forebygging av selvmord. I retningslinjene er det lagt vekt på at institusjonene skal opptre faglig forsvarlig og det i samsvar med god praksis. Retningslinjene er ikke direkte bindende for institusjonene, men den bør være et hjelpemiddel som blir brukt for å sikre god kvalitet av tjenesten. Dersom de ulike institusjonene følger retningslinjene er helsepersonell med på å drive tjenesten etter lovverket. Denne veilederen kan være et hjelpemiddel for de ulike tjenestene innenfor spesialisthelsetjenesten, slik at de kan lage egne lokale retningslinjer for hver institusjon ut fra de anbefalinger som er gitt i de nasjonale retningslinjene.

Nordlandssykehuset psykiatri har utarbeidet en beskrivelse for hvordan selvmordsfare skal vurderes. Denne er laget på bakgrunn av de nasjonale retningslinjene og selvmordsrelatert arbeid i psykiatriske avdelinger. Denne malen skal fungere som et hjelpemiddel når pasienter blir innlagt ved Nordlandssykehuset psykiatri i Bodø. Det er en kartleggingsdel som bør gjøres i det pasienten kommer i kontakt med sykehuset og den skal kartlegge om pasienten er i selvmordsfare og eventuelt hvilke tiltak som bør settes i gang. Risikoen for at pasienten tar selvmord bør vurderes ved endringer av status og forverring av tilstand, både under innleggelse, ved permisjon og ved utskrivning.

3.5 Krisesituasjonen

Årsaken til at jeg har valgt å ta Cullberg (2007) sin beskrivelse av krisen er fordi pasienten jeg har valgt å skrive om var kommet opp i en vanskelig livs situasjon.

Cullberg (2007) beskriver krisen slik:

_'Vi kan si at vi er i en krisetilstand når vi er kommet i en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske den aktuelle situasjon''(Cullberg 2007:14).

Det finnes ulike psykologiske faktorer som har betydning for utviklingen til en krisetilstand. Det første punktet er hva som uløser krisen. *Traumatiske kriser* er de krisene som kan bli utløst dersom noen nære omkommer i en ulykke, dersom man plutselig blir sagt opp fra jobben og at man går personlig konkurs. Disse traumatiske opplevelsene kan gjøre at man føler at sine trygge omgivelser er truet og man dermed ikke klarer å finne seg til rette i tilværelsen. En *utviklingskrise* eller en *livskrise* kan oppstå dersom det oppstår ting i dagliglivet som er for vanskelig å håndtere. Det kan f. eks være det at man får seg ny jobb, at man blir eldre, og at man får barn.

Det andre punktet er hvordan hver enkelt reagerer i gitte situasjoner. Noen vil kunne ta lett på å miste jobben, mens for andre er dette grunn nok til at en krisesituasjon utløses.

Det tredje punktet er at man har kunnskap til den enkeltes aktuelle livsperiode. Alderen kan ha betydning på krisesituasjonen ved at man reagerer ulikt i de ulike aldrene.

Det fjerde punktet er hvordan de familiære og de sosiale forholdene er. Fordi familien kan virke som et system eller en organisme og er et eget lite samfunn, vil det virke inn på resten av familien dersom andre familiemedlemmer har det vanskelig. For familier som fungerer godt sammen kan det være til god hjelp å ha nære familiemedlemmer som støtte. For familier som ikke fungerer like godt sammen kan det bli enda verre dersom en i familien kommer utfor en krise (Cullberg 2007).

For noen som er i en krisetilstand kan alt virke håpløst. En kan tenke at man er forlatt, ensom, verdiløs og at ingen bryr seg. Mange vil kanskje føle at de aldri kommer seg ut av krisetilstanden. Ved at personer mister jobben eller gjør det dårlig på skolen, kan de få en følelse av at de er unyttige, men samtidig få en følelse av at de er ensomme og at de er blitt

forlatt. Ved slike nederlag kan energien bli dempet slik at man ikke klarer å gå videre. Etter hvert kan de følelsene man møter i en krise gå over til å bli en depresjon (Cullberg 2007).

Målet med krisehjelp er å ivareta pasientens ressurser. For hjelperen er ikke målet å hjelpe pasienten til og f. eks få tilbake jobben sin, men å hjelpe pasienten med å takle omstillingene dette medfølger. Personen i krise skal ha mulighet til å uttrykke sin frustrasjon, sorg og skyld. Det er viktig for den som er i sorg at hjelperen ikke bagatelliserer det som er skjedd, men at hun klarer å sette seg inn i sammenhenger. Målet med å virke terapeutisk er for å unngå at personen skader seg selv med f. eks medikamenter, at man unngår isolasjon og at man unngår at personen tar selvmord (Cullberg 2007).

3.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *comunicare* som er en betegnelse å gjøre noe til felles eller å ha forbindelse med noen andre med å være delaktige. Til daglig bruker vi begrepet kommunikasjon når vi f. eks enten har en samtale med noen, eller gjennom massemedia og chatting. Det finnes ulike former for hvordan vi kan kommunisere. Non verbal og verbal kommunikasjon er to ulike måter å kommunisere på. Ved at man kommuniserer verbalt kan man få frem budskapet på måten man bruker språket. Hvordan en uttaler ord og hvordan en sender ut signaler kan være avgjørende for hvordan mottakeren tolker informasjonen. Hvordan en kommuniserer, kan være et grunnlag for hvordan forholdet mellom de som kommuniserer blir. Grunnlaget kan være avgjørende for om det blir samarbeid med de som kommuniserer og om det oppstår et tillitsforhold (Eide&Eide 2007).

Non verbal kommunikasjon er en stor del av hvordan vi kommuniserer. Vi kommuniserer selv om vi ikke bruker språket, og vi bruker non verbal kommunikasjon når vi kommuniserer via språket ved at vi bruker kroppsspråket. Kroppsspråket er et responderende språk for den eller de vi kommuniserer med. Vi kan gi uttrykk for mange følelser ved at vi f. eks ser skeptiske ut, utilpass, ved at vi smiler eller hvordan vi beveger oss. Ved at non verbal kommunikasjon er responderende, kan den vi kommuniserer med få et inntrykk av hvordan den andre tenker. Dersom vi viser med kroppen at vi er urolige, himler med øynene og rynker pannen kan det gjøre at den vi kommuniserer med føler at vi har dårlig tid. Den non verbale

kommunikasjonen er viktig for oss som profesjonelle yrkesutøvere fordi vi kan bruke den til å tolke kroppsspråket til pasienten, men pasienten kan også føle seg trygg og ivaretatt med at vi viser et kroppsspråk som viser vi bryr oss(Eide&Eide 2007).

I arbeidslivet kommuniserer vi på en annen måte enn i dagliglivet. Som helsepersonell kommuniserer man profesjonelt og målet med den kommunikasjonen er at man skal yte hjelp for de som trenger assistanse, de som er søkt eller henvist og kollegaer som trenger at man samarbeider. Som sykepleiere kommuniserer vi ut fra den rollen vi har. Det stilles krav til oss med at vi skal fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse. Ved profesjonell kommunikasjon har vi mulighet å vise vår faglige kompetanse og vår posisjon. Som profesjonelle yrkesutøvere må en vise respekt og være rettferdig uavhengig om alder, hudfarge, kjønn, trosoppfatning, sykdom og sosial status. En må gjennom profesjonell kommunikasjon ta pasienten alvor og la pasienten selv ha innflytelse på den behandlingen han får (Eide&Eide 2007).

4.0 Drøfting

4.1 Mitt første møte med pasienten i selvmordsfare

En ser at selvmord er av de mest hyppigste dødsårsakene i Norge. Årlig tar om lag 600 mennesker livet sitt. Mens flest menn tar selvmord, gjør flest kvinner selvmordsforsøk. Årsaker til selvmord og selvmordsforsøk kan være stoffmisbruk, alkoholavhengighet, par konflikter og depresjon (Kringelen 2008).

Pasienten jeg har med i oppgaven er en 20 år gammel jente. Hun ble lagt inn på avdelingen etter gjentatte selvmordsforsøk, med bruk av diverse medikamenter, hvor det mest brukte var Paracet. Hun ble frivillig innlagt etter § 2-1 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, Psykisk helsevernloven: *''Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke eller bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her.''*

Vi hadde en samtale med pasienten like etter hun kom til avdelingen hvor jeg som pasientens primærkontakt og behandlende lege var til stede. Under samtalen snakket hun lite. Da hun ble spurt hvorfor hun hadde forsøkt å ta livet sitt trakk hun på skuldrene. Hun fortalte at hun opptil flere ganger hadde vært lagt inn på somatisk sykehus på grunn av stort inntak av Paracet.

Når man *vurderer* selvmordsfaren gjør man en vurdering på om pasienten som blir innlagt er i selvmordsrisiko. Dette gjøres på bakgrunn av aktuell situasjon, bakgrunn for innleggelsen og situasjonen slik den er nå og har vært. Det er viktig og *vurderer* selvmordsrisikoen ut fra den psykiske statusen til pasienten, dette i forhold til risikofaktorer og reelle planer om selvmord. (sosial og helsedirektoratet 2008).

I de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er målet å gjøre helsepersonell i møte med pasienter i selvmordsfare mer kompetente, effektive og trygge på å håndtere disse pasientene. (Sosial og helsedirektoratet 2008). For å kunne forebygge selvmord og selvmordsforsøk må helsepersonell kunne se hvor stor risikoen er for at noe slik vil skje. For å kartlegge hvor stor risikoen er må helsepersonell komme i god dialog med pasienten i selvmordsfare. De nasjonale retningslinjene skiller mellom å *kartlegge* og *vurdere* selvmordsrisiko. Ved at man *kartlegger* om en person er i risiko for å ta selvmord spør man pasienten som er i psykisk helsevern om de noen gang har hatt tanker om å ta

selvmord. Denne kartleggingen gjøres av opplært helsepersonell. Dersom pasienten sier at han har selvmordstanker skal dette følges opp. (Sosial og helsedirektoratet 2008).

For pasienter innlagt ved Nordlandssykehuset er det egne retningslinjer for hvordan selvmordsrisikoen vurderes. Her bør det kartlegges:

- *''Psykisk lidelse*
- *Rusmiddelavhengighet*
- *Tidligere selvmordsforsøk (Antall? Alvorlighetsgrad?)*
- *Brudd i relasjon*
- *Selvmord i familien*
- *Tap av selvaktelse*
- *Manglende nettverk''*. (Vurdering av selvmordsfare. Nordlandssykehuset Bodø psykiatri 2008.)

Ved inntakssamtalen ble punktene som er nevnt kartlagt. Det viste seg at hun hadde bodd utenlands sammen med mor og stefar, men at hun måtte flytte hjem til Norge for å begynne på skolen. Hun jevnlig kontakt med sin bestemor og faren sin av og til.

På spørsmål om hvilken skole hun gikk på svarte hun at hun gikk på en folkehøyskole i mellomstor kommune hvor hun bodde på internat. Hun fortalte at det var vanskelig å komme i kontakt med de andre elevene, og hadde noen få venner ved skolen. På spørsmålet om hun brukte rusmidler, kom det frem at hun hadde prøvd å røyke hasj noen ganger sammen med andre elever på skolen, utover det hadde hun ikke prøvd andre narkotiske stoffer.

Ut fra samtalen ble det tatt en vurdering i samarbeid med pasienten selv og behandlende lege hvorvidt hun skulle ha tett oppfølging. Etersom hun ikke hadde konkrete selvmordsplaner eller tanker nå, ble det gjort en vurdering at hun ikke trengte personale sammen med seg hele tiden. Personale skulle kontakte henne jevnlig. Etter samtalen satt jeg igjen med en usikkerhet om hvordan hun egentlig hadde det og selv om hun sa lite under samtalen fikk jeg inntrykk av at hun var i en krise på grunn av ulike omstendigheter, forandringer med flytting og at hun hadde begynt på ny skole hvor det var vanskelig å finne seg til rette.

En selvmordskrise kan utløses av ulike situasjoner. Det kan være konflikter i et par forhold, at en har mistet jobben, føler en skam, økonomiske problemer, ensomhet som skyldes av lite sosialt nettverk og problemer knyttet opp mot skolegangen (Mehlum 2005). Cullberg (2007) beskriver krisen som at man er i en livssituasjon som gjør at man ikke klarer å beherske den gitte situasjonen. For mange vil ikke lite nettverk og problemer i skolegangen være en utløsende faktor for krisen, mens dette for andre igjen vil være nok til at en kommer i en krisetilstand. Dersom man ikke kommer seg ut av en slik krise kan følelsene gå over til å bli

en depresjon (Cullberg 2007). En ser ofte at depresjon kan være en utløsende faktor til selvmord og selvmordsforsøk (Kringelen 2008).

Pasienten var stille under første samtale, smilte, og svarte på spørsmål, og hun syntes det var helt greit å komme til avdelingen. Da innkomstamtalen var ferdig viste vi henne rommet og vi gikk gjennom bagasjen sammen med henne, for å se om hun hadde tatt med seg medikamenter eller andre ting hun kunne forsøke å ta livet sitt med. Det hadde hun ikke. Hun fikk ha datamaskinen sin på rommet, og det var hun takknemlig for.

4.2 Hvordan kan jeg oppnå god kommunikasjon med pasienten i selvmordsfare?

Som pasientens primærkontakt skulle jeg ha tett oppfølging av henne. Ettersom jeg var sykepleierstudent hadde jeg andre sykepleiere jeg kunne henvende meg til dersom jeg syntes utfordringene ble for store. I begynnelsen syntes jeg det var vanskelig å kommunisere med henne. Dersom jeg spurte om noe svarte hun kort og tok selv liten kontakt de første dagene. Ettersom hun hadde forsøkt å ta livet sitt flere ganger før, og hun var uklar da vi spurte om hvorfor, gikk jeg hyppig inn til henne. Hun satt mye av tiden framfor pc en på rommet, og var ute på stuen og spiste måltidene sammen med de andre.

En dag jeg kom på jobb var ikke pasienten der, og jeg fikk rapport om at hun hadde blitt lagt inn i somatisk sykehus. Årsaken til det var at hun dagen før hadde vært på butikken og kjøpt seg en eske Paracet uten at det ble oppdaget. Da hun kom tilbake til avdelingen hadde hun tatt alle tablettene for så å si fra til personale hva hun hadde gjort. Hun ble sendt til somatisk sykehus for observasjon.

Siden jeg var pasientens primærkontakt fikk jeg i oppgave av den som hadde ansvarsvakt å hente pasienten sammen med en annen student. Når hun satt seg i bilen sa hun lite, hun smilte og virket fornøyd med at vi hentet henne. Hun gjespet og sa hun var trøtt så hun skulle hvile når hun kom til avdelingen. Pasienten gikk rett på rommet å la seg. Etter en stund kom hun ut på stuen og var sammen med de andre pasientene.

For mange som er i selvmordsfare vil de oppleve skam, lite selvtillit og en kan som hjelper se at pasienten er sky og vanskelig å komme i kontakt med. En kan oppleve at mange i selvmordsfare vil være litt på vakt. De kan være redd for at de skal bli avvist og ikke forstått og ved at man som hjelper har det travelt kan denne følelsen bli forsterket. (Mehlum 2005).

Travelbee (2007) legger vekt på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Hennes teori legger vekt på at sykepleie forgår mellom pasient, sykepleier, pårørende og annen helsepersonell gjennom kontakt som er enten direkte eller indirekte. Travelbee (2007) mener at sykepleie er en prosess som har som mål å opprettholde god helsetilstand. Travelbee (2007) mente at menneske til menneske forholdet er et gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient, men at det er sykepleieren sin oppgave at dette blir opprettholdt.

Selv om jeg opplevde at hun ikke tok særlig kontakt i den første tiden følte jeg at det var min oppgave å etablere et forhold til henne. I inntakssamtalen ble det gjort en vurdering at vi som personale skulle ta jevnlig kontakt med henne og på bakgrunn av dette tok jeg hyppig kontakt.

Ved å kommunisere mener Travelbee (2007) at sykepleieren har mulighet å bli kjent med pasienten. Det foregår en kommunikasjon mellom sykepleier og pasient både når de har en samtale og når de er tause. For pasienten er det viktig å kunne uttrykke seg gjennom kroppsspråk og sykepleieren vil ut fra dette ha muligheten til å kunne se pasientens holdninger, ansiktsuttrykk og utseende.

Da vi hentet pasienten på sykehuset så jeg at hun smilte. Hva smilet var uttrykk for er vanskelig å vite.

Gjennom at sykepleieren blir bedre kjent med pasienten vil hun kunne oppnå et menneske til menneske forhold til pasienten og på ut fra det kan pasienten få sine behov ivarett. Ved et menneske til menneske forhold har pasienten og sykepleier mulighet å dele erfaringer og forholdet mellom de to er gjensidige. Selv om sykepleier og pasient ikke oppnår et menneske til menneske forhold kan kommunikasjonen uansett være effektiv. (Travelbee 2007). Travelbee (2007) mener at det er viktig at sykepleieren skjønner hva pasienten uttrykker og det er sykepleieren sitt ansvar å vurdere informasjonen og evaluere mål og hensikten som blir gitt av behandling.

Jeg syntes det var viktig å oppnå kontakt med henne og hadde et håp at hun ville snakke, åpne seg og si hvilke tanker og følelser hun hadde. For å kunne gjøre det måtte jeg forsøke å få

henne til å få tillit til meg. Ettersom jeg var sykepleierstudent hadde jeg bare en pasient hver dag å følge opp og hadde dermed god tid å bruke på pasienten. Når jeg var i kontakt med henne brukte jeg og tid. Jeg lyttet aktiv dersom hun sa noe og opplevde etter hvert at hun åpnet seg mer.

Ved god kommunikasjon kan man oppnå at pasienten i selvmordsfare forstår at vi bryr oss og ønsker å forstå (Mehlum 2005). Gjennom *profesjonell* kommunikasjon i møte med pasienter i selvmordsfare er målet å hjelpe. Vi skal i møte med selvmordsnære pasienter forsøke å forebygge nye selvmordsforsøk og vi skal forsøke å lindre lidelse.

Det kan vi gjøre gjennom at vi som sykepleiere har kompetanse på området og at vi er i stand til å bruke den (Eide&Eide 2007).

Gjennom å være sikker på egne holdninger i forhold til selvmord og selvmordsforsøk vil dette kunne være til hjelp i møte med den selvmordstruende pasient (Mehlum 2005). Ved at hjelperen er usikker og har negative holdninger til selvmord vil dette kunne være med på at man som hjelper får problemer med å se faresignaler og man kan risikere å bli hjelpeløs i møte med disse pasientene. Dersom hjelperen er sikker i sine holdninger og reaksjoner har en mulighet for å kontrollere hvordan en mestrer disse i møte med pasienten (Mehlum 2005).

Hvordan vi som helpere møter pasienten i selvmordsfare kan være avgjørende for hvordan pasienten føler seg ivaretatt (Mehlum 2005). Ved at man som helpere er oppmerksom på egne holdninger og reaksjoner man har i forhold til selvmordsproblematikk kan man ha mulighet til å kontrollere disse. Dersom man ikke er klar over egne holdninger kan den hjelpen man gir bli svekket av de reaksjoner som kommer (Sivola, Tallaksen, Amundsen, Ystgaard, Mehlum, Bjørneset 2001).

For meg var det ikke vanskelig å være bevisst på egne holdninger på bakgrunn av tidligere møte med selvmordsproblematikk.

God *Non verbal* kommunikasjon hvor en viser ut fra kroppsspråket at man lytter, er engasjert og bekræftende, vil være viktig i møte med disse pasientene for at den kan skape trygghet, tillit og motivasjon noe som igjen kan føre til at de åpner seg mer og da kan dele tanker og følelser. Dette igjen kan gjøre at pasienten føler seg ivaretatt (Eide&Eide 2007).

Det viser seg ut fra artikkelen *selvmordsforebyggende arbeid - fagfolks forståelse av kyndig praksis* skrevet av Pia Birgitte Jenssen og Amy Holtan at det virker positivt å ha kunnskap til

hvordan en kan kommunisere med personer i selvmordsfare. Ut fra funn gjort i deres studie viser det seg at dersom helsepersonell er åpen og spør personen i selvmordsfare direkte, føler en større trygget enn de som ikke spør direkte og tar lite initiativ til samtalen. Det viser seg at det kan være enklere for personen i selvmordsfare at de får uttrykke seg lettere dersom dialogen er åpen. Dette i motsetning til dersom de må bruke andre ord som gjør det vanskeligere for hjelperen å forstå. En informant som deltok i studiet sa det slik:

” Jeg tror bare det er å bli klar over at det ikke er farlig å prate, at man har lyst å ta livet sitt, at man tørr å bruke ordene ”ta sitt eget liv”, ”selvmord” og være direkte. Ofte er det en lettelse at noen skjønner hva de sier” (Jenssen og Holtan 2009:26).

4.3 Hvordan kan jeg hjelpe den som vil dø til å leve?

Etter hvert opplevde jeg at hun åpnet seg mer, hun begynte å ta kontakt og snakket nå mer med meg enn hva hun gjorde de første dagene. Jeg tok det som et signal at hun viste meg tillit. Ved at pasienten åpner seg mer kan man få kartlagt de ressurser hun har, noe som kan være nyttig for videre behandlingsopplegg (Eide&Eide 2007).

Da jeg fikk snakket mer med pasienten åpnet hun seg mer og jeg kunne finne mulige årsaker til selvmordstankene. Hun hadde vanskeligheter for å finne seg til rette på skolen hun gikk på og hadde mesteparten av vennene igjen der hun tidligere hadde bodd utenlands. Etter hvert som jeg ble bedre kjent med henne kom det frem at hun hadde flere hobbyer. Hun likte å fotografere og holdt mye på med data. Da hun snakket om den tiden hun bodde utenlands viste hun stor iver. Hun fortalte at hun hadde mange gode venner der de bodde og at det var trist å måtte reise fra dem da hun flyttet tilbake til Norge. Hun fortalte at hun til tider følte seg ensom og savnet tilbake til den byen hun bodde sammen med moren og stefaren. Hun hadde en drøm om å kunne flytte tilbake dit.

I sin sykepleierteori legger Travelbee (2007) stor vekt på håp. Ut fra sin teori mente hun at gjennom håp kan pasienten få motivasjon til å mestre situasjonen. Ved å gi denne jenta håp kunne hun få energi slik at hun var i stand til å kunne mestre situasjonen. Da vi snakket om hva hun hadde til planer senere i livet etter hun var ferdig på skolen sa hun at hun ville en gang flytte tilbake til byen hun bodde sammen med moren og stefaren. Ut fra Travelbee (2007) sin sykepleie teori er det viktig og ikke gi håp til pasienten som er urealistiske. Selv

om en ikke vet om man når målene sine er det viktig at man gir realistiske håp (Travelbee 2007). Gjennom at man har valgmuligheter står man fritt til å velge løsninger som gjør at man mestrer situasjonen (Travelbee 2007).

På VIVAT kurset som jeg deltok ved, lærte vi om en intervensjonsmodell en kan bruke som førstehjelp ved selvmordsfare. Den har tre ulike faser. Den første fasen er kontaktfasen. Her kan man se etter signaler for om personen er i selvmordsfare. Her må man se om personen ser trist ut, ensom, mimikkfattig og er innesluttet. Disse signalene er såkalte invitasjoner man som hjelper kan fange opp for å se om personen er i selvmordsfare. Mennesker som er i denne faren er gjerne deprimerte, kroniske syke og ensomme. I denne fasen tar man kontakt med den som kan være i selvmordsfare. Man undersøker, lytter og en forsøker å snakke åpent og ærlig med personen (Førstehjelp ved selvmordsfare VIVAT 2010).

Den andre fasen i intervensjonsmodellen er forståelse. Her forsøker hjelperen å lytte til personen i selvmordsfare og forsøker å finne årsaker til hvorfor personen ønsker å dø og man forsøker som hjelper og utforske risikoen for at personen vil ta selvmord. I denne fasen prøver hjelperen å finne årsaker som gjør at personen i selvmordsfare kan få et ønske om å leve. Her kartlegger hjelperen nettverket, fremtidsutsikter, jobb situasjon, hobbyer, familie, gleder og drømmer til personen i selvmordsfare. I denne fasen forsøker hjelperen å dempe selvmordfaren og forsøker å få personen på livs siden (Førstehjelp ved selvmordsfare VIVAT 2010).

Den tredje fasen er støtte fasen. Her forsøker hjelperen å legge en plan sammen med personen i selvmordsfare. Hjelperen må i denne fasen lytte til hva personen sier slik at hun kan føle at hun får støtte og føler seg ivaretatt. I disse fasene er det viktig å ta seg god tid, en må lytte til de tanker personen har, og forsøke å legge en plan sammen med personen slik at hun kommer på andre tanker (Førstehjelp ved selvmordsfare VIVAT 2010).

Selv om intervensjonsmodellen er en førstehjelper ved selvmordsfare kan man bruke den i møte med selvmordnære pasienter. Det kan være positiv for hjelperen å bruke den slik at man vet hvordan man skal gå frem og hva man bør kartlegge når man snakker med personer i selvmordsfare (Førstehjelp ved selvmordsfare VIVAT 2010).

I Travelbee (2007) sin sykepleiertenkning hvor hun la vekt på menneske til menneske forholdet var intellektuell tilnærming et viktig punkt. Hun mente at teoretisk kunnskap kunne gjøre sykepleiere i stand til å se pasientens behov og dermed være i stand til å ivareta disse. Ut fra artikkelen *selvmordsforebyggende arbeid - fagfolks forståelse av kyndig praksis* kommer det frem at kyndighet er viktig i møte med selvmordsnære personer. Det er viktig at personer som er i selvmordsfare får uttrykke seg og at dialogen er åpen og ærlig (Jenssen og Holtan 2009). For at pasienten skal føle seg ivaretatt er det viktig at de får uttrykket sine behov. Pasienter i selvmordsfare har behov for at man lytter slik at de kan få støtte og forståelse hos hjelperen (Førstehjelp ved selvmordsfare VIVAT 2010).

Personer i krise må få uttrykke sin frustrasjon. Som hjelper er ikke målet å få personen ut av krisen eller få problemene til og forsvinne. Oppgavene til hjelperen vil være å kartlegge de ressursene pasienten har og prøve å få pasienten til å kunne takle de omstillinger som er nødvendige. Målet vil være å få pasienten bort fra planene om ta selvmord (Mehlum 2005).

I mange tilfeller hvor personer er i selvmordsfare kan det være naturlig å innhente hjelp hos andre. Det vil kunne virke positivt å innhente informasjon hos noen som allerede kjenner personen fra før slik at de kan bidra med å gi informasjon som kan være til nytte for videre behandling. Dette kan være informasjon som ressurser, nettverk og tidligere selvmordsforsøk (Sivola, Tallaksen, Amundsen, Ystgaard, Mehlum og Bjørneset 1999).

''Pårørendes ulike roller:

**Som kunnskapskilde*

**Som omsorgsgiver*

**Som en del av pasientens nærmiljø*

**Som pasientens representant*

**Med egne behov''* (Helsedirektoratet, Pårørende – en ressurs 2008).

Pårørende er en viktig del av den som er syk, men før de involveres bør det kartlegges hvilke betydning dem har for pasienten. De kan virke som en ressurs ved at de kan gi helsepersonell mer kunnskap om pasienten noe som igjen kan virke positivt for pasienten når det gjelder både utredning, behandling og oppfølging av den som er syk.

Pårørende har gjerne kunnskaper om hvilke tiltak som hjelper når pasienten er syk eller ikke, noe som kan være nyttig i et behandling opplegg. Pårørende vet ofte hvilke synspunkter den syke har og kan bidra til at disse blir satt i perspektiv noe som igjen kan være med på å tenke

langsiktig og bevare håpet. Pårørendes kunnskaper kan være med på at samarbeidet med helsepersonellet blir bra. De kan bidra med sine kunnskaper og erfaringer som normalt sett ikke ville vært en del av behandlingen. (Helsedirektoratet, Pårørende - en ressurs 2008). For pårørende av psykisk syke må en være forsiktige. Dette kan virke så følelsesmessig belastende for dem at de selv blir utmattet. Det er derfor ekstra viktig å møte også pårørendes behov for å unngå at den store psykiske påkjenningen blir for stor (Helsedirektoratet, Pårørende- en ressurs 2008).

I dette tilfellet brukte vi ikke pårørende som en ressurs ettersom mor bodde utenlands og hun ikke hadde så mye med faren å gjøre. Pårørende til jenta var heller ikke på besøk slik at vi fikk snakket med dem. Familien var orientert om innleggelsen. De hadde kjennskap til at hun hadde forsøkt å ta livet sitt tidligere. Da hun bodde utenlands sammen med moren og stefaren hadde hun vært lagt inn i psykiatrisk sykehus etter selvmordsforsøk med medikamenter. Da jeg spurte hvorfor hun hadde prøv å ta livet sitt flere ganger trakk hun på skuldrene. Hun sa hun ikke viste. Ut fra hva hun sa virket det som et sårt tema at hun måtte flytte tilbake til Norge. Hun fortalte at hun hadde mange venner hvor hun hadde bodd og at hun enda holdt kontakten med dem.

I Travelbee (2007) sin sykepleierteori legger hun vekt på at sykepleieren skal hjelpe individet, familien eller et samfunn og forebygge sykdom og lindre lidelse. Hun sier man som sykepleiere jobber opp mot at det syke menneske skal gjenvinne helsen sin og at man skal hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom og lidelse. Travelbee (2007) legger vekt på at man skal etablere en tilknytning til pasienten, noe som gjør at hun skal kunne føle seg forstått og ivaretatt. Hun mener at man som sykepleiere skal kunne bruke seg selv terapeutisk ved at man har kunnskap teoretisk, samt at man er oppmerksom på sin egen adferd i møte med andre mennesker. Gjennom at sykepleieren fungerer terapeutisk forsøker hun å gjøre forandringer hos pasienten ved å bruke sine kunnskaper. Dersom kunnskapene til sykepleieren virker positivt på pasienten ved at det lindrer plagene, fungerer dette terapeutisk.

Travelbee (2007) mente at vennlighet ikke er det samme som å bruke seg selv terapeutisk. Hun mente at vennlighet var viktig, men at det ikke veier opp mot det å ha lite kunnskap om temaet og om vitenskapelige teorier og hvordan disse skal anvendes. For å kunne bruke seg selv på en terapeutisk måte mente Travelbee (2007) at man måtte kombinere kunnskaper og måten man tilnærmer seg den syke på.

Jenta var innlagt ved avdelingen i to uker før ble hun utskrevet. I løpet av den tiden hun hadde vært på avdelingen opplevde jeg at hun åpnet seg mer og jeg fikk se viktigheten av å ta seg god tid og se personen bak lidelsen.

5.0 Konklusjon

Etter at jeg har studert litteratur og forskning omkring temaet selvmord har jeg funnet ut at det er et komplisert tema å drøfte. Hadde jeg deltatt ved VIVAT kurset i forkant av min psykiatripraksis ville dette vært en nyttig erfaring å ta med seg, ettersom jeg lærte mye om hvordan en kan kommunisere med personer i selvmordsfare og hvilke behov denne pasientgruppen har. De pasienter jeg har møtt hadde alle ulike behov og det finnes ingen fasitsvar for hvordan en skal håndtere hver enkelt for at de skal føle seg ivaretatt. En ting jeg har lært ut fra oppgaven og fra praksis er at man må tørre å spørre.

Litteratur

- Cullberg,J. (2007). *Mennesker i kriser og utvikling. 3. utgave.* Valdres: Universitetsforlaget.
- Dalland,O.(2007). *Metode og oppgaveskrivning for studenter. 4. utgave.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide,H., Eide,T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jenssen,P.B.,Holtan.A.(2009). *Selvmondsforebyggende arbeid- fagfolks forståelse av kyndig praksis.* Utgitt i *Suicidologi.* (2009. Årg. 14. nr. 3. Tema: Migrasjon, minoriteter og selvmordsproblematikk. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging. UNIVERSITETET I OSLO
- Kringelen, E.(2008). *Psykatri.* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt,F., Skaug,E-A.(2005). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mehlum, L.(2005). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis.* Kristiansand: høyskoleforlaget AS-Norwegian Academic Press.
- Silvola,K., Tallaksen,D.W., Amundsen, K., Ystgaard,M., Mehlum,L.,Bjørneset,T.(2001). *Førstehjelp ved selvmordsfare.* Tromsø: VIVAT. Lundblad Media AS.
- Sosial og helsedirektoratet.(2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helevern.*
- Sosial og helsedirektoratet(2008). *Pårørende- en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester.*
- Thornquist, E.(2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

-Travelbee, J(2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- VIVAT (2010). Deltok ved VIVAT kurs i Bodø 23-24 mars 2010. VIVAT er kurs i forebygging med selvmordsfare. Det er laget i samarbeid mellom senter for selvmord i Nord-Norge ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo (UIO).)

- Vurdering av selvmordsfare, Nordlandssykehuset Bodø psykiatri (2008)

Selvvalgt litteratur

-Cullberg,J. (2007). *Mennesker i kriser og utvikling. 3. utgave.* Valdres. Universitetsforlaget. (70 sider)

-Jenssen,P.B.,Holtan.A.(2009). *Selvmondsforebyggende arbeid- fagfolks forståelse av kyndig praksis.* Utgitt i *Suicidologi.* (2009. Årg. 14. nr. 3. Tema: Migrasjon, minoriteter og selvmordsproblematikk. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging. UNIVERSITETET I OSLO (4 sider)

-Kristoffersen, N.J., Nortvedt,F., Skaug,E-A.(2005). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (8 sider)

-Mehlum, L.(2005). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis.* Kristiansand: høyskoleforlaget AS-Norwegian Academic Press. (100 sider)

-Silvola,K., Tallaksen,D.W., Amundsen, K., Ystgaard,M., Mehlum,L.,Bjørneset,T.(2001). *Førstehjelp ved selvmordsfare.* Tromsø: VIVAT. Lundblad Media AS. (10 sider)

-Sosial og helsedirektoratet.(2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helevern.* (30 sider)

-Sosial og helsedirektoratet(2008). *Pårørende- en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester.* (10 sider)

-Travelbee, J(2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (60 sider)

- VIVAT (2010). Deltok ved VIVAT kurs i Bodø 23-24 mars 2010. VIVAT er kurs i forebygging med selvmordsfare. VIVAT kurset er laget i samarbeid mellom senter for selvmord i Nord-Norge ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og seksjon for selvmordsforskning og - forebygging ved Universitetet i Oslo (UIO).)

- Vurdering av selvmordsfare, Nordlandssykehuset Bodø psykiatri (2008)

