



KANDIDAT

148

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:19
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

 JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

 JA, jeg samtykker NEI, jeg samtykker ikke

Besvart.

1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

↓ Last ned

× Fjern

↻ Erstatt

Filnavn: Bacheloroppgaven - kandidatnr. 148.pdf

Filtype: application/pdf

Filstørrelse: 409 KB

Opplastingstidspunkt: 08.04.2021 10:11

Status: Lagret

Besvart.



„Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever“

Hvordan kan gode relasjoner forebygge selvmord hos pasienter innlagt i psykiatrisk institusjon etter selvmordsforsøk?

„I wanted to die, but I'm happy to be alive“

How can good relations prevent suicide in patients admitted to a psychiatric institution after a suicide attempt?

Kandidatnummer: 148

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2018

Antall ord: 9897

8.4.2021

«Så det at jeg har kommet hit, at jeg nå kan si at jeg er skamfull og flau over det,

kontra når jeg var ... sinna og irritert fordi jeg ikke hadde klart det,

det er jo liksom som å gå fra svart til hvitt, som jeg sier da.

Hvor jeg nå ... ser at det går an å komme ut av det, og ..., per i dag så er jeg jo sjeleglad for

at jeg ikke klarte å gjennomføre det.»

(Vatne & Nåden, 2018, s. 34)

Sammendrag

På verdensbasis er det noen som tar livet sitt hvert 40. sekund, og for hver person som tar livet sitt, er det flere enn 20 personer som forsøker. Sykepleiere er en yrkesgruppe som er sterkt berørt, og står i front i møte med det selvmordstruede mennesket i psykiatriske institusjoner. En av de største risikofaktorene for selvmord, er de som tidligere har prøvd å ta livet sitt. I denne litterære oppgaven skal jeg ta for meg hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge selvmord i psykiatrisk institusjon hos de pasienter som tidligere har gjennomført et selvmordsforsøk. Hvordan sykepleiere møter selvmordstruede pasienter ser ut til å ha stor betydning for pasienters mentale helse under innleggelse. Viktigheten av å møte pasienter på en respektfull måte som ser det hele mennesket, er like viktig som å ha gode kunnskaper om selvmordsatferd. En god relasjon mellom sykepleier og pasient, er betydningsfullt for å hjelpe pasienten til å se håp og finne mening med livet.

Abstract

Worldwide, someone attempts suicide every 40 seconds, and for every person who attempts suicide, there are more than 20 people who tries to take their life. Nurses are heavily affected by this and stand at the frontline when meeting suicide-threatened patients in psychiatric wards. Prior suicide attempts are one of the biggest risk factors for suicide. In this literary thesis, I will address how nurses can help prevent suicide in a psychiatric institution among those who have previously attempted to commit suicide. How nurses meet suicidal patients seems to have a major impact on the patients' mental health during hospitalization. The importance of meeting the patient in a respectful and understanding way, is just as important as having good knowledge off suicidal behavior. Establishing a good relationship between nurse and patient is significant in helping the patient to find hope and the meaning of life.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning og bakgrunn for valg av tema	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Avgrensninger	1
1.3 Begrepsavklaringer	2
2 Metode	3
2.1 Litteraturstudie	3
2.2 Litteratursøk.....	3
2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	5
2.3 Kildekritikk.....	6
2.4 Litteratur	7
2.5 Etske overveielser.....	7
3 Teori	8
3.1 Selvmord og selvmordsforsøk.....	8
3.2 Selvmordsprosessen.....	8
3.3 Risikofaktorer for selvmord.....	9
3.3.1 Beskyttende faktorer	9
3.4 Innleggelse i psykisk helsevern.....	10
3.5 Selvmordsforebygging	10
3.6 Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging.....	11
3.7 Etikk og tvang	12
3.8 Sykepleieteori: Joyce Travelbee	13
3.8.1 Menneske-til-menneske-fellesskapet.....	13
3.8.2 Lidelse	14
3.8.3 Håp og håpløshet	15
4 Resultat og presentasjon av forskningsartikler	16
4.1 «Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor»	16
4.2 «Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies».....	17
4.3 «Former suicidal inpatients experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway».....	18
4.4 «Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever»	18
5 Drøfting.....	20
5.1 Håp i møte med håpløsheten.....	20
5.2 Ambivalens og lidelse.....	21
5.3 En god relasjon.....	23
5.3.1 Relasjon under kontinuerlig observasjon	25
5.4 Kommunikasjon i møte med den selvmordstruede	27
5.5 Sykepleierens kunnskap og erfaringer	28

5.6 Utskrivelse.....	30
6 Konklusjon	31
7 Litteraturliste	32

1 Innledning og bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis er det flere som dør av selvmord, enn av drap og krig til sammen. Omtrent 800 000 mennesker dør i løpet av et år som følge av selvmord, noe som tilsvarer at et liv går tapt hvert 40. sekund (FN, u.å). I 2018 ble det registrert 674 selvmordstilfeller i Norge, og tallene har holdt seg stabilt de siste årene (Folkehelseinstituttet, 2020). Til tross for økt politisk satsing innen selvmordsforebygging og økt åpenhet rundt psykisk helse i løpet av de siste årene, går fortsatt ikke selvmordstallene ned (Dyregrov & Songe-Møller, 2021). I 2015/2016 ble det registrert 58 selvmord og 310 selvmordsforsøk knyttet til innleggelse i psykiatrisk helsevern (Helsedirektoratet, 2017). Dette er urovekkende tall. Jeg vil i denne oppgaven belyse hvor viktig sykepleiers innsats er i møte med selvmordstruede mennesker innlagt i psykiatrisk institusjon.

Inspirasjon til valgt problemstilling er også hentet fra egne erfaringer. En sommer jeg jobbet på en observasjonsavdeling, ble en og samme pasient innlagt på avdelingen i gjennomsnitt en gang i uken grunnet selvmordsforsøk. Jeg observerte at flere sykepleiere uttrykte irritasjon og dårlige holdninger til denne pasienten, som til slutt førte til at hun ikke ønsket å snakke med dem. Det fikk meg til å lure på sykepleiers forebyggende funksjon i møte med pasienter som utfører flere selvmordsforsøk. Da jeg ikke har mye erfaring innen psykiatri, ønsket jeg å få mer kunnskap rundt dette. Jeg har derfor valgt å knytte min problemstilling opp mot pasienter som er innlagt i psykiatrisk institusjon.

1.1 Problemstilling

«Hvordan kan gode relasjoner forebygge selvmord hos pasienter innlagt i psykiatrisk institusjon etter selvmordsforsøk?»

1.2 Avgrensninger

I oppgaven har jeg valgt å fokusere hvordan man generelt kan møte selvmordstruede mennesker i psykiatrisk institusjon, uavhengig av kjønn eller psykiatrisk diagnose.

Pasientgruppen er voksne i en alder av 18-55 år. Oppgaven tar for seg pasienter som både er innlagt frivillig og under tvang. På grunn av oppgavens omfang vektlegges ikke fysiske sikringstiltak, medikamenter, pårørende, rusproblematikk eller utløsende faktorer knyttet til et selvmordsforsøk, selv om dette har stor betydning for selvmordstruede pasienter (Ekeberg, 2016).

1.3 Begrepsavklaringer

Selvord: «En handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv har foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de forandringer den avdøde ønsket» (WHO, sitert i Ekeberg, 2016, s.11).

Selvordsforsøk:

En ikke-vanemessig handling med ikke-dødelig utgang, som frivillig er i igangsatt og utført av individet selv, som forårsaker skade på individet selv, eller ville ha forårsaket skade hvis ikke andre hadde grepet inn, eller som består i frivillig å innta en overdose medisin eller annet stoff utover det som er forutsatt å være en vanlig terapeutisk dose. (WHO, sitert i Ekeberg, 2016, s. 11)

Selvordsatferd: Selvord, selvordsforsøk og alvorlige selvordstanker (planer og forberedelser) (Ekeberg, 2016, s. 12).

Selvordstruet: At en person har tanker og planer om selvord, og ser på selvord som en nærliggende løsning på sine problemer. Det er en trussel mot personens liv og eksistens (Vråle, 2018, s. 13-14).

Suicidal: En person er i overhengende fare for å ta livet sitt og har planer om det (Ekeberg, 2016, s. 13).

2 Metode

I dette kapitlet presenteres valgt metode, etterfulgt av litteratursøk og inklusjons- og eksklusjonskriterier. Videre presenteres kildekritikk knyttet til valgte artikler. Annen valgt litteratur vil også bli presentert, og til slutt etiske overveielser.

2.1 Litteraturstudie

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Oppgaven min er en litteraturstudie, og systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Det går ut på å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom disse, og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten er å beskrive hvordan man har kommet frem til kunnskapen som skal besvare problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 77-78).

Man kan skille mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitative studier og data kan innebære tall, og gir data i form av målbare enheter. Dataene baserer seg oftest på et gjennomsnitt som for eksempel ved bruk av spørreskjema eller systematiske og strukturerte observasjoner. Kvalitativ metode tar heller sikte på å fange opp mening og opplevelser, som ikke lar seg tallfeste eller måle. Denne metoden baserer seg på å gå i dybden og finne det særegne for å få en forståelse av et tema (Dalland, 2017, s. 52-53). Den baserer seg altså på et hermeneutisk syn, som innebærer fortolkningslære (Dalland, 2017, s. 45). Jeg skal i denne oppgaven fokusere på kvalitative studier for å få en dypere forståelse rundt selvmord.

2.2 Litteratursøk

Artiklene som brukes i oppgaven er funnet i CINAHL og Svemed+. CINAHL er en database egnet for tidsskriftartikler innenfor sykepleie og helse. Databasen har også vært mye brukt i undervisning, og jeg har derfor blitt godt kjent med denne. Svemed+ inneholder artikler fra norske tidsskrifter innen medisin, helsefag og sykepleie. Videre valgte jeg å inkludere andre databaser som PubMed og PsychINFO for å utvide søket, og eventuelt finne andre artikler

som kunne være relevante for å besvare min problemstilling. På søk i andre databaser var det i hovedsak mye av de samme resultatene som dukket opp, som ved søk i CINAHL.

For å finne relevante ord og uttrykk på engelsk, har jeg benyttet meg av MeSH. Dette for å få en så korrekt engelsk oversettelse som mulig. Jeg endte opp med å bruke og kombinere søkeordene: suicide, suicide attempt, suicide ideation, psychiatric hospital, psychiatric ward, nurse experiences, patient experiences og inpatient. Jeg har også ved flere anledninger brukt "protection and control" som subheading ved søk i CINAHL for å få mer relevans i søket.

For hvert søk, har jeg brukt samme strategi for å utpeke de mest relevante artiklene. Jeg så først på artikkelens tittel, og leste deretter sammendrag av de artiklene som jeg tenkte kunne være relevante. Jeg endte deretter opp med syv artikler som ble lest i fulltekst, og valgte til slutt fire artikler basert på inklusjonskriterier og relevans.

«Mental health nurses experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards – an emotional endeavour»

Ved søk i CINAHL kombinerte jeg søkeordene suicide or suicide attempted or suicide ideation. Jeg brukte også prevention and control som subheading. Jeg ønsket å utforske sykepleiers perspektiv, og brukte derfor nurses experiences. Jeg endte opp med 26 treff, hvor valgt artikkel var nummer 3.

«Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies»

Jeg brukte her samme fremgangsmåte som artikkelen nevnt ovenfor, men erstattet nurses experiences med patient experiences. Dette endte med 41 treff, hvor artikkelen var nr. 4. Jeg har valgt denne artikkelen da jeg ønsket å utforske pasienters perspektiv knyttet til innleggelse.

«Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway»

Videre brukte jeg samme søkestrategi, men innså etter hvert at resultatene ikke stemte overens med ønsket tema og relevans. Jeg måtte derfor utvide søket og benytte meg av

andre søkeord. Jeg valgte derfor å kombinere søkeordene suicide or suicide attempt or suicidal, med experiences and inpatient. Dette resulterte i 32 treff etter jeg begrenset søket til artikler publisert mellom 2011-2021, var fagfelleverderte, og voksne deltakere mellom 19-44 år. Artikkelen var nummer 11 på lista. Jeg valgte artikkelen da jeg ønsket å se på pasienters erfaringer knyttet til pleie og behandling i norske psykiatriske avdelinger.

«Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever»

Ved søk i Svemed+ benyttet jeg meg av norske søkeord i ønske om å finne en norsk-språklig artikkel. Jeg kombinerte selvmord or selvmordsforsøk, begrenset søket til norske fagfelleverderte artikler. Jeg endte opp med 228 treff, og sortere deretter artiklene etter nyest publiserte. Valgt artikkel var nr. 8. Jeg ønsket å bruke denne da den tar opp refleksjoner etter utført selvmordsforsøk, noe som godt belyser min problemstilling.

2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier skal tydeliggjøre litteratursøk og avgrense mengden litteratur. Dette kan bidra til å gjøre søket mer hensiktsmessig ut fra ønsket kunnskap (Thidemann, 2019, s. 83).

Et av mine inklusjonskriterier var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år. Årsaken til dette er svekket tabu og mer åpenhet omkring selvmord og selvmordsatferd, og mer kunnskap og forskning omkring temaet det siste tiåret (Grøm, 2021, s. 9). Videre ønsket jeg å finne artikler fra Norden for å øke overføringsgraden, og da helst fra land med mest mulig lik kultur og helsevesen som Norge. Oppgaven er også begrenset til voksne, da i en alder av 18-55 år. Jeg ønsket også at deltakerne i studiene skulle ha erfaring knyttet til innleggelse i psykiatrisk sykehus, og som tidligere hadde gjennomgått selvmordsforsøk. Jeg begrenset søket videre til engelskspråklige og norske artikler, med fulltekst. Fagfelleverderte artikler var også et kriterium som jeg syntes var viktig for kvalitetssikring.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å finne frem til litteratur som belyser problemstillingen, og gjøre rede for valgt litteratur i oppgaven (Dalland, 2017, s. 152). Man foretar så en vurdering og karakterisering av valgt litteratur, ut fra relevans og gyldighet (Dalland, 2017, s. 158). Jeg har brukt helsebibliotekets sjekklister for å kritisk vurdere oversiktsartikler og kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016).

Det var utfordrende å finne artikler som kun innebar deltakere som hadde utført selvmordsforsøk. De fleste artikler inneholder deltakere som både hadde forsøkt og ikke forsøkt, og som var suicidale under innleggelse. Jeg har likevel valgt å bruke disse artiklene, men forholder meg likevel kritisk.

Tre av fire artikler har et eget avsnitt om etiske hensyn, og er blitt etisk godkjent. Dette vurderer jeg som en styrke, da det er viktig at etiske hensyn er tatt til betraktning ved gjennomført studie. Deltakerne i disse studiene har signert et skriftlig samtykkeskjema, og er anonymiserte. Av studiene som innebar pasienters erfaringer, hadde de mulighet til å ta kontakt med intervjuerne i etterkant dersom de hadde spørsmål. Dersom intervjuet vekket behov for samtale, hadde de også tilgang til behandler i etterkant av intervjuet. Dette ser jeg på som en styrke.

En artikkel mangler eget avsnitt som beskriver etiske hensyn. Ifølge artikkelen er etisk godkjenning ikke aktuelt. Studien inneholder artikler som er publisert før 2011, som innebærer at disse artiklene ikke støtter mine inklusjonskriterier. Likevel ser jeg på denne artikkelen som relevant, da flesteparten av artiklene publisert før 2011 konkluderte med mye av de samme resultatene som artikler publisert etter 2011. Dette gjaldt ikke artikler som omhandlet konstant observasjon. Da det per dags dato ikke finnes relevant og oppdatert forskning innenfor dette, vil jeg derfor se på disse artiklene som relevante, men likevel forholde meg kritisk. Noen av artiklene i denne studien var også utført utenfor Norden. Dette innebærer land som Australia, USA, Taiwan og Storbritannia. Dette vil jeg anse som en svakhet i studien. Likevel velger jeg å inkludere artikkelen, da disse landene er land som i stor grad har vestlig kultur.

To av artiklene er også skrevet av samme forfattere. Likevel er artiklene skrevet på to forskjellige tidspunkt, og hvor en tar utgangspunkt i pasienters erfaringer, og den andre sykepleiers. Dette er relevante artikler for min problemstilling, og er derfor brukt i denne oppgaven.

Tre av fire artikler er på engelsk. Jeg vil selv påstå at mine engelskspråklige kunnskaper er gode, men stiller meg likevel kritisk til oversettelse av artiklene.

2.4 Litteratur

Store deler av oppgaven er basert på bøkene «Møte med det selvmordstruede mennesket» av Gry Bruland Vråle, og «Praktisk selvmordsforebygging» av Øivind Ekeberg og Erlend Hem. Dette er to bøker som belyser min problemstilling godt. Begge bøkene omhandler, som tittelen tilsier, hvordan man kan møte selvmordstruede mennesker og forebyggende selvmordsarbeid. Dette anser jeg som svært relevant for å besvare min oppgave. Begge bøkene er også basert på nyere kunnskap og forskning, noe jeg anser som en styrke da utviklingen innen psykisk helse de siste årene har utviklet seg.

2.5 Ethiske overveielser

I oppgaven har jeg benyttet meg av VID's retningslinjer for oppgaveskriving. Alle kilder er sitert etter APA 7. Arbeidet mitt er ikke plagiert, og jeg har derfor vist en akademisk redelighet (Dalland, 2017, s.164). Artiklene jeg har valgt er etisk godkjent, med unntak hvor dette ikke er relevant. Deltakerne i artiklene er også anonymisert, noe som er viktig da problemstillingen min belyser et svært sårbart tema med sårbare situasjoner. I beskrivelsen av inspirasjon til valgt problemstilling, er pasienten anonymisert.

3 Teori

I dette kapittelet beskrives teori som er relevant for å besvare problemstillingen.

Selvordsprosessen og risikofaktorer for selvmord vil bli presentert, i tillegg til ulike selvmordsforebyggende tiltak og nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging. Videre belyses Joyce Travelbee's sykepleieteori, og sentrale begreper innen teorien hennes som er relevant for min problemstilling.

3.1 Selvmord og selvmordsforsøk

Selvord som fenomen kan beskrives på flere ulike måter. Verdens helseorganisasjon definerer selvmord som «en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv har foranstaltet og gjennomført det formål å fremkalle de forandringer den avdøde ønsket» (WHO, sitert i Ekeberg, 2016, s.11). Et selvmordsforsøk, blir videre definert som:

En ikke-vanemessig handling med ikke-dødelig utgang, som frivillig er igangsatt og utført av individet selv, som forårsaker skade på individet selv, eller ville ha forårsaket skade hvis ikke andre hadde grepet inn, eller som består i frivillig å innta en overdose medisin eller et annet stoff utover det som er forutsatt å være en terapeutisk dose. (WHO, sitert i Ekeberg, 2016, s. 11)

3.2 Selvmordsprosessen

Selvordsprosessen kan beskrives på flere måter. Lars Mehlum, norsk professor i suicidologi, beskriver selvmordsprosessen som en prosess fra når noen utvikler selvmordstanker, til å så utføre et selvmordsforsøk eller et fullbyrdet selvmord. Han beskriver hvordan ulike faktorer som psykiske traumer, belastende livshendelser, sårbarhet og/eller psykiske lidelser kan utvikle seg til selvmordstanker. Disse faktorene, sammen med mangel på sosial tilhørighet og støtte, kan videre utvikle seg til selvmordstanker som også kan innebære en følelse av håpløshet og meningsløshet. Andre faktorer som også kan påvirke den videre prosessen, er tilgang på metode, sosial smitte, rusbruk og impulsivitet (Vråle, 2018, s. 31).

3.3 Risikofaktorer for selvmord

Hvorfor et menneske utfører selvmord, er i mange tilfeller komplekse med flere ulike årsaker og risikofaktorer til grunn. 90% av de som har prøvd og tatt sitt eget liv, har en psykisk lidelse (Ekeberg, 2016, s. 29). Lidelsene man hyppigst ser i forbindelse med selvmordsforsøk, er depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Risikoen er spesielt stor dersom depresjonen er forbundet med håpløshet (Ekeberg, 2016, s. 120). Behandling av grunnlidelsen bør derfor behandles så godt som mulig for å redusere selvmordsrisikoen (Bjørnaas, 2016, s.72). Biologiske faktorer som somatisk sykdom og genetikk kan også være risikofaktorer. Psykososiale faktorer som alder, kjønn, sosial isolasjon og arbeidsledighet kan også spille inn (Ekeberg, 2016). Jeg skal videre nevne risikofaktorer som er mest relevant for min problemstilling.

Tidligere selvmordsforsøk er den viktigste risikofaktoren for selvmord (Bjørnaas, 2016, s. 122). Risikoen for å utføre et nytt selvmordsforsøk er størst den første tiden etter innleggelse og utskrivelse fra psykiatrisk avdeling (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 21). Selvmordsforsøk blir definert som et rop om hjelp (Snoek & Engedal, s. 165). En forventet lettelse ved død, er også et faresignal (Ekeberg, 2016, s. 121)

Mangel på et sosialt nettverk og sosial isolasjon er også risikofaktorer (Ekeberg, 2016, s. 122). Mennesker som mangler sosialt nettverk og sosial støtte, kan være adskilt fra andre og oppleve ensomhet. Ensomhet trenger nødvendigvis ikke være en årsak til selvmordsfare, da toleransen og den individuelle sårbarheten for ensomhet varierer fra person til person (Vråle, 2018, s. 35). Andre utløsende faktorer kan være kriser og relasjonsproblemer, arbeidsledighet, eller økonomiske problemer (Ekeberg, 2016, s. 36-37).

3.3.1 Beskyttende faktorer

Flere av disse psykososiale faktorene som nå er nevnt, kan gjenspeiles i det som kalles beskyttende faktorer. Selvmordsrisikoen reduseres dersom det finnes beskyttende faktorer til stede fordi mennesket da blir mer rustet til å mestre vanskelige livssituasjoner (Ekeberg, 2016, s. 42). Blant de viktigste beskyttende faktorene finner man: en trygg familiesituasjon,

tilfredsstillende sosioøkonomisk situasjon, godt sosialt nettverk og tillit til egen mestringsevne (Ekeberg, 2016, s. 124).

3.4 Innleggelse i psykisk helsevern

Ulike opplevelser knyttet til å ha en psykisk lidelse, og krenkelser i forhold behandling og tvang under innleggelse kan være en selvmordstrussel. Selvmord er et tabubelagt tema, og selv om det er større åpenhet rundt det å snakke om psykiske lidelser, kan det fortsatt henge igjen ulike fordommer og holdninger. Fordommene kan kommuniseres på ulike måter, og kan videre oppleves som stigmatisering, nedvurdering og avvisning (Vråle, 2018, s. 43). De nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern skal gjøre det lettere å forstå den suicidales livssituasjon, og hva de eventuelt trenger videre av oppfølging. Retningslinjene blir beskrevet senere i dette kapittelet.

3.5 Selvmordsforebygging

Helsepersonell som arbeider med selvmordstruende mennesker er forpliktet til å yte den hjelpen de evner for å hjelpe en livstruet person. Forebyggende tiltak varierer ut fra psykiatriske diagnoser, personlighet, livssituasjon og utløsende årsaker (Dieserud & Ekeberg, 2016, s. 137). Det viktigste formålet er å sikre pasientens liv og helse (Vråle, 2018, s. 84-85). Mennesker som opplever selvmordstanker og som tidligere har gjennomgått selvmordsforsøk, skal oppleve et trygt og tilgjengelig helsevesen. Det kan være komplekst og utfordrende både faglig og følelsesmessig for helsepersonell som arbeider med pasienter som ønsker å ta sitt eget liv (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 3-4). Åpne samtaler krever tillit mellom pasient og hjelper, og det må dannes en terapeutisk allianse. Allianzen gjenkjennes med et positivt og emosjonelt bånd mellom klient og bruker, enighet om mål, og enighet om metode for å nå målet (Vråle, 2018, s. 69).

Man kan dele selvmordsforebygging inn i primær, sekundær og tertiære tiltak.

Primærforebyggende tiltak iverksettes av befolkningen. Det er viktig at helsepersonell har god og nok kunnskap om risikofaktorer og aktuelle tiltak for pasienter innlagt i psykiatrisk institusjon. Undervisning er et eksempel på et primærforebyggende tiltak. Pasienters

mulighet for tilgjengelig hjelp i form av ulike tjenester som legevakt, Kirkens SOS og ulike nettsteder er også viktig, sammen med å begrense tilgang til skadelige midler. Sekundære tiltak innebærer forebygging hos personer som har økt risiko for selvmord, som for eksempel mennesker med en psykiatrisk lidelse (Ekeberg, 2016, s. 162-165).

Tertiære tiltak iverksettes overfor mennesker som har forsøkt å ta livet sitt, eller som har snakket om dette (Ekeberg, 2016, s. 165). Tiltakene blir godt beskrevet i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Tiltak som bedre kontinuitet, samhandling og tett oppfølging ved utskrivelse er også tertiære tiltak, og innebærer blant annet godt samarbeid mellom psykiatrisk institusjon, kommunehelsetjenesten, fastlege eller distriktpsykiatriske sentre (Ekeberg, 2016). Kvalifiserte vurderinger av selvmordsfare, i tillegg til iverksetting av beskyttelsestiltak er også viktige forebyggende tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

3.6 Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging

I januar 2008 publiserte sosial- og helsedirektoratet «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern». Retningslinjene henvender seg først og fremst til helsepersonell i psykisk helsevesen og fokuserer på, som tittelen tilsier, forebygging av selvmord innen psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør kartlegges for selvmordsrisiko. Dette innebærer spørsmål omkring selvmordstanker, tidligere selvmordsforsøk eller selvmordsplaner. Dersom det foreligger en risiko, vurderes det ut fra denne kartleggingen i tillegg til risikofaktorer om det skal iverksettes tiltak. Det er som regel lege eller psykolog som utfører slike vurderinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 16-17). Likevel er det viktig at sykepleiere skal kunne foreta en foreløpig vurdering og sikre at pasienter blir vurdert. Sykepleiere er ofte de som møter selvmordstruede, og tar seg av den praktiske oppfølgingen av pasienten under innleggelse (Dieserud & Ekeberg, 2016, s. 149-150).

Kontinuerlig observasjon er et tiltak som iverksettes når selvmordsrisikoen er overhengende. Beslutningen gjøres gjennom en risikovurdering. Det anbefales at tiltaket iverksettes og avsluttes av psykiater eller spesialist i klinisk psykologi. Helsepersonellet skal da til enhver tid være så fysisk nær pasienten at farlige situasjoner, selvskade eller selvmord kan avverges. Man skal aldri la pasienten være alene eller snu ryggen til (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 21-22). Det er viktig å bevare åpenhet i relasjonen til pasienten, og imøtekomme pasientens rett til medvirkning ved beslutning om konstant observasjon. Pasienten kan trenge å få vite at det er en kontroll, i tillegg til at nærværet gir en anledning til kontakt, men at pasienten selv bestemmer omfanget av kontakten (Vråle, 2018, s. 88-89).

3.7 Etikk og tvang

Etisk bevisstgjøring er viktig i forhold til å utvikle en god handlingskompetanse i selvmordsforebygging. Det er viktig at man som sykepleier er bevisst på egne etiske verdier og holdninger for å møte pasienten på en ikke-dømmende måte (Vråle, 2018, s. 52-53).

Et menneske som har et sterkt dødsønske, kan ha et etisk standpunkt som motstrider sykepleiers egen etikk og yrkesetikk. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier respektere pasientens rett til å selv foreta valg, og en skal heller ikke hjelpe pasienter til å begå selvmord (Norsk sykepleierforbund, 2019). Samtaler som innebærer bevisstgjøring av egne etiske og moralske prinsipper, kan tydeliggjøre pasientens egne verdier og holdninger, og hva pasientens valg bygges på. Å snakke om valgmuligheter kan bringe inn andre perspektiver enn døden. Dette er også viktig knyttet til ambivalensen som alltid oppstår ved selvmord (Hem, 2016, s.201). Hjelperen trenger da en høy bevissthet over egne holdninger, og være avgrenset i møte med den selvmordstruede (Vråle, 2018, s. 52-53).

Sykepleiere har en plikt til å redde liv (Helsepersonelloven, 1999). Pasienten skal samtykke til all helsehjelp på bakgrunn av informasjon og en tilstrekkelig forståelse av situasjonen (Larsen & Pedersen, 2017, s. 240). Tvang i psykiatrisk institusjon utføres etter §3-3 dersom pasienten utgjør en nærliggende fare for eget eller andres liv og helse, og har en underliggende alvorlig sinnslidelse (Psykisk helsevernloven, 1999). Innen etikken innebærer autonomiprinsippet at pasienten har rett til å bestemme selv. Dette skal i hovedsak

respekteres, men noen ganger kan det hende at sykepleiere må handle på tross av pasienters autonomi. I alvorlige situasjoner hvor hjelperen må overta ansvar og passe på at pasienten ikke skader seg, er det viktig med åpne dialoger med pasienten (Vråle, 2018, s. 53-54).

3.8 Sykepleieteori: Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) arbeidet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleieutdanningen (Travelbee, 2001, s. 5). Travelbee definerer sykepleie som: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29). Hun hadde stort fokus på mellommenneskelig sykepleie, noe som er sentralt for min oppgave.

3.8.1 Menneske-til-menneske-fellesskapet

Et menneske-til-menneske-forhold skal bidra til å muliggjøre å hjelpe et individ til å forebygge og mestre ulike sykdommer og lidelser (Travelbee, 2001, s. 179-180). Travelbee tar avstand i begrepene «sykepleier» og «pasient». Et menneske-til-menneske-forhold karakteriseres ved at sykepleieren og den syke skal oppfatte hverandre som to unike menneskelige individer (Travelbee, 2001, s. 171). Å bruke begrepene «sykepleier» og «pasient» bidrar til en stereotyp oppfatning av begge parter. Dette vil sette en stopper for utviklingen og oppbyggingen av et menneske-til-menneske-forhold, da den sykes behov skal dekkes gjennom at sykepleien er konsekvent og betingelsesløs (Travelbee, 2001, s.173). Det er også sykepleierens oppgave å legge til rette for å etablere og opprettholde, men likevel er det begge parter som initierer i forholdet. Sykepleieren kan likevel ikke ivareta den sykes behov, uten at hennes egne blir ivaretatt (Travelbee, 2001, s.177-178).

Et menneske-til-menneske-forhold utvikles gjennom fire faser, hvor man ikke kan gå videre før hver fase er oppfylt. Første møte innebærer at partene ikke skal oppfatte hverandre stereotypisk, og er ofte basert på bakgrunns erfaringer. Andre fase innebærer fremvekst av identiteter, og at man verdsetter hverandre som menneskelige individer. Grunnlaget for

empati legges her, som utgjør empatifasen. Tillit er nødvendig for å føle empati. Den siste fasen, sympati og medfølelse, er et resultat av empatifasen. Forskjellen ligger i at det foreligger et virkelig ønske om å lindre plager hos den syke. Her er sympati, medfølelse og medlidenhet sentrale begreper. Gjensidig forståelse og kontakt er det overordnede målet for all sykepleie (Travelbee, 2001, s. 211).

Kommunikasjon muliggjør etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Prosessen betraktes som en måte å meddele eller overføre tanker og følelser mellom individer. Man kommuniserer ikke, eller meddeler noe meningsfylt til andre før en relativt er sikker på at det en meddeler vil bli mottatt og ikke ignorert, avvist, nedvurdert eller latterliggjort (Travelbee, 2001, s.137). Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men det er et viktig middel å oppnå sykepleierens mål og hensikt (Travelbee, 2001, s.140). Det kan ikke foregå meningsfylt kommunikasjon dersom den ene parten ikke oppfatter den andre som et unikt, menneskelig individ (Travelbee, 2011, s. 158).

3.8.2 Lidelse

Lidelse er en erfaring som oppleves ulikt for alle. Den varierer i intensitet, varighet og dybde, og kan dreie seg om lidelse knyttet til tapsopplevelser, sykdom og fysisk eller psykisk smerte. Lidelse kan forekomme fordi en føler seg avskåret fra andre, eller at en ikke er engasjert eller involvert i livet. Lidelse kan gå fra å oppleves som et enkelt ubehag, til en ekstrem angst og kval. Vanligvis ønsker en person å komme ut av lidelsen. Travelbee mener at det finnes to stadier et menneske som opplever en ekstrem angst og kval går gjennom: det skadelige stadiet og det ytterste stadiet. Begge stadiene utvikles dersom et menneske har lidd psykisk, fysisk eller åndelig over lengre tid (Travelbee, 2001, s.99).

Det skadelige stadiet, også kalt «ikke bry seg»-holdningen, kjennetegnes av at personen ofte er dominert av sinne og hjelpeløshet. Dette kan uttrykkes i at personen «gir blaffen» i alt. Dette kan tolkes som en indikasjon på lidelse over lenger tid og et rop om hjelp. Dersom personen ikke får hjelp under dette stadiet, kan det utvikles til en apatisk likegyldighet. I denne fasen virker mennesket utilgjengelig og upåvirket av lidelsen. Mennesket gir ikke lenger uttrykk for sinne eller håpløshet, og ropet om hjelp er stilnet. Årsaken kan være at

mennesket ikke lenger tror at noen kan hjelpe. Mennesket kan videre være fylt av en absolutt håpløshet, og miste lysten av å leve (Travelbee, 2001, s. 99-101). Det er svært vanskelig å hjelpe en person i dette stadiet, og man bør derfor forebygge utviklingen til stadiet ved å høre på pasientens rop om hjelp. I en slik situasjon, må hjelperen spørre hva den syke er villig til å leve for (Travelbee, 2001, s. 252).

3.8.3 Håp og håpløshet

Travelbee mener at håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, som blant annet tap, ensomhet og lidelse. Håp kan gjøre livet mer meningsfullt (Travelbee, 2001, s. 117)

Sykepleiere kan hjelpe syke mennesker til å oppleve håp og mestring. Travelbee mener at håp er relatert til valg og det å ha alternativer i ulike situasjoner. Ved at et menneske opplever å ha valg, kan det gi en følelse av frihet og autonomi, og igjen skape følelse av kontroll. Håp er også fremtidsorientert, og innebærer et håp om å endre livssituasjonen. Håp har også en relasjon til tillit, og at man gjennom tillit har tro på at andre mennesker er i stand til å hjelpe i vanskelige situasjoner. Travelbee mener videre at mennesker som tidligere har blitt avvist eller oversett, kan miste tilliten til andre (Travelbee, 2001, s. 119-120).

Håpløshet oppstår når den syke har opplevd lidelse over lenger tid, uten hjelp eller opphør i lidelsen. Som sykepleiere skal vi hjelpe en person som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp (Travelbee, 2001, s. 122-123). Håpløshet innebærer å ikke ha håp, og dermed ikke se løsninger på eventuelle vanskeligheter i livet (Travelbee, 2001, s. 118). Mennesket tenker ikke på fremtiden og kan ha manglende tro på at det er mulig å få til forandringer. Selv om det kan foreligge valgmuligheter for å løse vanskeligheter, kan et menneske uten håp likevel være overveldet av en følelse av at problemet er nytteløst å løse. Mennesket kan ha vansker med å tro og forstå at andre ønsker å hjelpe, og at det ikke vil gjøre nytte. Et menneske som bærer følelse av håpløshet, kan føle seg hjelpeløs som igjen kan føre til en «ikke bry seg-holdning» eller apatisk likegyldighet, som også forklart under lidelse (Travelbee, 2001, s.122).

4 Resultat og presentasjon av forskningsartikler

I dette kapitlet presenteres resultatene fra forskningsartiklene.

4.1 «Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor»

Artikkelen er skrevet av Julia Hagen, Birthe Loa Knizek og Heidi Hjelmeland og ble publisert i 2017. Hensikten med studien var å undersøke psykiatriske sykepleieres erfaringer knyttet til å gjenkjenne og utføre tiltak til suicidale pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling. I tillegg skulle det undersøkes emosjonelle utfordringer knyttet til omsorg for suicidale pasienter. Det er en kvalitativ studie basert på semi-strukturerte intervju. Åtte sykepleiere ble intervjuet, med varierende profesjonell erfaring mellom 5-25 år fra ulike psykiatriske avdelinger.

Studiens resultater belyste viktigheten av sykepleiers oppgave å hjelpe pasienter til å lette på psykisk smerte og lidelse, og inspirere til håp gjennom å hjelpe pasienten til å se andre perspektiv på livet og fremtiden. Som sykepleier må man være våken etter å fange opp ulike selvmordstegn, og det kan være en utfordring dersom personalet ikke har slik kompetanse eller erfaring.

Det kunne vekke sterke og emosjonelle reaksjoner knyttet til å jobbe med suicidale. Sykepleierne regulerte disse følelsene gjennom å balansere emosjonell involvering og profesjonell distanse til pasientene. Det så ut til at selvavgrensning var viktig for å regulere emosjonelle reaksjoner hos helsepersonell, i tillegg til å reflektere over ulike situasjoner i etterkant. Å snakke med kollegaer om ulike utfordringer, og bearbeide å skille pasienters følelser fra egne så også ut som positive tiltak for å unngå sterke og emosjonelle reaksjoner.

4.2 «Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies»

Artikkelens forfattere er Siv Hilde Berg, Kristine Rørtveit, Karina Aase. Artikkelen ble publisert i 2017, og hensikten var å få bedre innsikt i pasientsikkerhet gjennom å lytte til selvmordspasienters opplevelser rundt det å være innlagt. Valgt metode er en systematisk studie av 20 kvalitative studier. Artiklene ble hentet fra MEDLINE, the Academic Search Premier, CINAHL, SocINDEX og PsycINFO. Alle deltakerne i studien hadde opplevd selvmordskriser.

Studien resulterte i tre ulike tema som var viktig for pasienters sikkerhet: connection (relasjon), protection (beskyttelse) and control (kontroll). Relasjon mellom pasient og helsepersonellet var viktig i forhold til behandling, og for at pasientene skal føle trygghet under innleggelse. En god relasjon innebar at pasientene følte seg verdsatt som menneske, og at dette ble forsterket gjennom å møte noen som virkelig brydde seg. Deltakerne ønsket å få bekreftelse og anerkjennelse av følelsene knyttet til selvmordsforsøket, i tillegg til å føle seg respektert og betrodd. Det viste seg at manglende relasjoner og tilknytning kunne føre til fatale konsekvenser, som for eksempel utvikling av selvmordstanker og symptomer.

Resultatene knyttet til beskyttelse ble sett i lys med pasienters erfaringer under konstant observasjon, og deres vanskeligheter ved å føle seg trygge ovenfor seg selv og selvmordsimpulser. Under observasjonen var det viktig å få støtte fra observatørene. De fleste pasientene følte seg trygge og beskyttet fra å dø under konstant observasjon. På en annen side kunne mangel på støtte føre til at pasientene følte seg objektifisert, og forverring av symptomer. Noen pasienter løy til observatørene for å slippe konstant observasjon, grunnet mangel på privatliv.

Kontroll innebar pasientenes evne til å få kontroll over livet. Flere pasienter uttrykte en følelse av å ikke ha kontroll under selvmordskriser. Det ble beskrevet som en overveldende emosjonell lidelse, hvor en ikke klarte å mestre livet. Helsepersonell kunne bidra til at pasientene opplevde kontroll gjennom å hjelpe dem å få innsikt og mestre vanskeligheter og symptomer. Fravær av kontroll, kunne øke selvmordstanker og symptomer.

4.3 «Former suicidal inpatients experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway»

Artikkelens forfattere er Julia Hagen, Birthe Loa Knizek og Heidi Hjelmeland og ble publisert i 2018. Hensikten var å undersøke tidligere selvmordstruendes erfaringer knyttet til behandling og pleie i psykiatriske avdelinger i Norge etter publisering av de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Valgt metode er individuelle intervju av fem deltakere. Alle var mellom 33-54 år, og hadde tidligere vært innlagt i psykiatrisk sykehus.

Studiens resultater innebar viktigheten av en god kjemi og relasjon til helsepersonellet. Relasjonen burde være preget av nærhet og tillit, da det representerte en trygghet for pasientene. En god relasjon var viktig får at deltakerne skulle åpne seg og snakke om selvmordstanker, og ikke holde dette for seg selv. Fravær av relasjonen kunne gjøre skade for pasienters mentale helse og trygghet. Det var også viktig at helsepersonellet turte å snakke om selvmord.

Deltakerne uttrykte viktigheten av å bli anerkjent som menneske og få individualisert behandling. Dette innebar at helsepersonell behandlet dem med respekt, var sensitive og gjenkjente pasienters behov. Å få støtte gjennom behandlingsprosessen ble også verdsatt av deltakerne. Dette gjaldt også etter utskrivelse. Noen deltakere uttrykte å bli sett på som en diagnose, og at deres egne erfaringer rundt selvmord burde bli tatt i større betraktning. Noen stilte også spørsmålstegn knyttet til nytten av medisiner og manglende oppfølging etter henvisning til konsultasjoner etter utskrivelse.

4.4 «Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever»

Artikkelens forfattere er May Vatne og Dagfinn Nåden, og ble publisert i 2018. Hensikten var å få en dypere forståelse av pasienters erfaringer av selvmordskriser og deres kontakt med helsepersonell og hjelpeapparatet. Valgt metode var individuelle intervju av 10 deltakere i en alder mellom 21-52 år som tidligere hadde gjennomgått selvmordsforsøk. Studiet tok for

seg hvilke tanker og refleksjoner som har oppstått hos mennesker som har utført selvmordsforsøk.

Resultatene viste at noen utførte et selvmordsforsøk i et ønske om å avslutte en uutholdelig lidelse, og så forsøket som den eneste løsningen. Flere opplevde lettelse over å ha overlevd forsøket et par uker etter, i motsetning til direkte i etterkant av forsøket. Noen så på forsøket som skremmende, men også en forlokkende. I hovedsak var engstelse og frykt de mest fremtredende følelsene knyttet til at selvmordstanker skulle ta overhånd på et senere tidspunkt. Frykten var ofte knyttet til tidligere selvmordsforsøk. I motsetning til frykt og engstelse, var det noen av deltakerne som beskrev selvmordsforsøket som en trygghet. En av deltakerne opplevde selvmordsforsøket som et fravær av ubehag etter å ha tatt overdose av tabletter. Døden var ikke da like skremmende. En annen beskrev likegyldighet ovenfor liv og død. Det ble også stilt spørsmål til om selvmordsforsøket var reelt, eller et rop om hjelp. Flere av deltakerne var flau og syntes det var pinlig å snakke om forsøket. I tillegg uttrykte flere irritasjon ovenfor seg selv, knyttet til det å ikke klare å ta sitt eget liv. Noen opplevde å bli sett på som tapere om en prøver å begå selvmord, og andre savnet tid og rom for å prate med helsepersonell etter selvmordsforsøket. En deltaker uttrykte at det var et såpass intimt tema, som krevde fortrolighet å snakke om.

5 Drøfting

Da årsaker og risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk er svært sammensatte og varierer fra person til person, finnes det derfor ikke én riktig løsning i selvmordsforebyggende arbeid. Det er viktig at man i arbeidet er klar over at det må iverksettes akutte tiltak som skal minimere umiddelbar selvmordsfare, og at oppfølgingen må ha et langsiktig perspektiv (Bjørnaas, 2016, s. 74). Jeg skal i dette kapittelet bruke tidligere beskrevet teori og resultat fra forskningen til å utforske problemstillingen.

5.1 Håp i møte med håpløsheten

Håpløshet er en risikofaktor og en del av selvmordsprosessen. Pasienten kan finne meningen med livet gjennom håp (Vråle, 2018, s. 118). Sykepleiere har en viktig forebyggende oppgave når det gjelder å skape håp hos pasienter som opplever håpløshet knyttet til selvmordsatferd (Hagen et al., 2017).

Håp er beslektet med tillit. Sykepleier må vise at en er til å stole på, og at man virkelig ønsker å hjelpe den syke (Travelbee, 2001, s. 124). Det er avgjørende at den syke selv også opplever dette, og at det foreligger en terapeutisk allianse (Travelbee, 2001; Vråle, 2018, s. 69).

Travelbee mener at sykepleiers oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet, og hjelpe en som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp. På en annen side, kan mennesker som opplever håpløshet ha utviklet en apatisk likegyldighet. Da kan den syke ha vansker med å tro at andre vil hjelpe, eller at hjelpen ikke vil gjøre noe nytte. Det kan være vanskelig å hjelpe en person i dette stadiet, men Travelbee belyser likevel viktighet av at sykepleier prøver (Travelbee, 2001).

Håp er fremtidsrettet, og håpløsheten kan reduseres dersom sykepleier hjelper pasienten til å finne noe han eller hun kan se frem til. Sykepleier må gjennom en relasjonsbasert tilnærming prøve å finne noe som den syke kan etablere en emosjonell tilknytning til, og villig til å leve for. Dette kan være venner, familie, en uoppfylt drøm eller annet som den syke er interessert i. Deretter kan sykepleier bringe den syke i kontakt med noen som betyr noe for ham, som for eksempel personer eller gjenstander som en setter pris på (Travelbee, 2001, s. 252).

Travelbee (2001) mener også at håp er beslektet med valg (s.124). Deltakerne i studien til Vatne og Nåden (2018) fortalte at den eneste løsningen for å unnsnippe en utholdelig tilstand, var å ta selvmord. Det så ut til at det var det eneste valget pasientene tenkte de hadde der og da. Håp er som sagt fremtidsrettet, og kan innebære håp om å endre en livssituasjon (Travelbee, 2001, s.119). Dette kan også bidra med at pasienten får et bredere perspektiv på tanker og følelser knyttet til døden (Vråle, 2018, s. 52-53). Det kan derfor tenkes at en viktig sykepleieroppgave vil være å snakke med pasienten om valgmuligheter, og hjelpe pasienten til å se andre perspektiver enn døden.

Opplevelsen av håp og håpløshet kan også knyttes til mestringserfaringer. En beskyttelsesfaktor mot selvmord, er tillit til egen mestring og gode problemløsningsferdigheter (Vråle, 2018, s. 124). Håp fremkalles blant pasienter som har opplevd at ting ordner seg, og som har fått hjelp under livets tunge perioder. Personer som ikke har slike erfaringer, kan på en annen side oppleve en større håpløshet (Vråle, 2018, s. 113). Håpløsheten kan være knyttet til livets utfordringer som kriser, arbeidsledighet eller økonomiske problemer, og kan øke selvmordsrisikoen (Ekeberg, 2016). Mestring av sosioøkonomiske situasjoner kan øke beskyttelsesfaktorer, og dermed være selvmordsforebyggende. Videre er en opplevelse av å ha kontroll over egen mentale helse og symptomer, mestringsøkende (Berg et al., 2017, s.10). Kontroll kan også gi en følelse av autonomi og valgmuligheter (Travelbee, 2001, s.199). Sosial støtte, fra pårørende eller helsepersonell, kan bidra til at pasienten opplever økt mestring, og dermed redusere håpløsheten (Vråle, 2018, s.118). Områder innen psykoedukasjon og veiledning, som for eksempel psykoterapi, kan bidra til problemløsning- og mestringsstrategier, som videre kan gi økt følelse av kontroll og mestring (Vråle, 2018, s.118-119). Dette er noe psykologer ofte gjør, og vil derfor ikke belyses videre i denne oppgaven.

5.2 Ambivalens og lidelse

Mennesker som opplever selvmordsproblemer kan kjenne på en betydelig ambivalens omkring det å leve eller dø (Vråle, 2018, s. 57). Vatne og Nåden (2018) beskriver at håp ligger i kjernen til ambivalensen (s.35). Når noen overlever et selvmordsforsøk, kan man lure

på om forsøket var basert på tvil eller «uflaks» (Vråle, 2018, s. 57). I studien til Vatne og Nåden (2018) beskriver deltakerne at de hadde tenkt på overdosen som tilstrekkelig til å kunne dø av den. Det kan derfor se ut til at deltakerne hadde et virkelig ønske om å dø. På en annen side, opplevde flere av deltakerne lettelse over å ha overlevd selvmordsforsøket. Lettelsen oppstod et par uker etter. Vatne og Nådens intervju foregikk ca. fire uker etter selvmordsforsøket, og en av deltakerne vurderte intervjuet som en mulighet til å bearbeide følelser og tanker omkring forsøket (Vatne & Nåden, 2018). Det kan tyde på at slike refleksjoner, og å prate med andre, kan redusere ambivalensen og hjelpe pasienter til å finne noe å leve for.

Tidligere selvmordsforsøk er en av de største risikofaktorene for å utføre et nytt (Bjørnaas, 2016, s. 64). I studien «Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever» kom det frem at tanken på å utføre et nytt selvmordsforsøk både var skremmende og forlokkende. De aller fleste deltakerne følte på engstelse og frykt knyttet til å komme i en liknende situasjon igjen (Vatne & Nåden, 2018). Det kan derfor tenkes at det forelå et håp og et ønske om å leve i kjernen av denne frykten, på grunnlag av redselen for at det skulle skje igjen. På en annen side beskrev en annen deltaker at forsøket representerte en form for trygghet, og at døden ikke lenger var like skremmende. Dette på grunnlag av at han opplevde en form for fravær av ubehag da han var i en sovende tilstand etter overdosen (Vatne & Nåden, 2018, s.33). En forventet lettelse ved død, er et faresignal, og man bør være obs på pasienter som opplever selvmordsforsøket slik (Ekeberg, 2016, s. 121).

Man kan stille spørsmål til hvilken form for ubehag pasienten følte på før forsøket. Travelbee belyser lidelse som en erfaring ulik for alle. Apatisk likegyldighet oppstår når mennesket mister lysten til å leve, og innebærer en følelse av absolutt håpløshet. Dette kan oppstå når mennesket har følt på lidelse over lenger tid, uten å få hjelp (Travelbee, 2001, s. 100). Man kan stille spørsmål til om ubehaget deltakeren opplevde var knyttet til en lidelse, eventuelt en lidelse over lenger tid som han ønsket å unnslippe. Det kan også hende at selvmordsforsøket ikke var knyttet til et ønske om å dø, men å unngå lidelsen. Som sykepleier, kan man prøve å snakke med pasienten for å undersøke om det er en lidelse som kan lettes på, og eventuelt prøve å hjelpe pasienten til å gjenvinne håp, og mestre vonde og vanskelige situasjoner (Travelbee, 2001). For å gjøre dette kreves en relasjon, og at

pasienten har mot til å dele lidelse (Vatne & Nåden, 2018, s. 36). Like viktig som pasienten åpner seg, er det viktig at sykepleiere er åpne for å ta imot lidelsen til den syke (Vråle, 2018, s. 122). Dette vil belyses videre i oppgaven.

5.3 En god relasjon

Da sykepleiere ofte tar seg av den praktiske oppfølgingen av pasienter i en psykiatrisk institusjon, har sykepleiere en sentral forebyggende rolle (Dieserud & Ekeberg, 2016, s. 149). I følge selvmordsprosessen kan mangel på sosial støtte føre til utvikling av selvmordstanker (Vråle, 2018, s. 31). En god relasjon mellom helsepersonell og pasient ser ut til å være en forutsetning i selvmordsforebyggende arbeid (Ekeberg, 2016). Det er flere faktorer som bidrar til å eventuelt styrke eller begrense utviklingen av en god relasjon, og dette skal drøftes videre her.

Sykepleiere som møter de selvmordstruede gjennom å verdsette dem, reelt bry seg og bekrefte følelsene den syke har knyttet til selvmord, ser ut til å ha stor betydning for relasjonsbyggingen. Dette innebærer også å få oppfylt grunnleggende behov som mat, søvn og hygiene under innleggelse. Det at sykepleiere viste medfølelse, og var aktive og empatiske lyttere, bidro til å redusere selvmordstanker hos deltakerne. Like viktig var det at sykepleiere aksepterte og forstod situasjonen omkring selvmordstanker og selvmordsforsøket (Berg et al., 2017, s. 8). Travelbee (2001) mener at pasienter som tidligere har blitt oversett eller avvist, kan miste tilliten til andre (s. 120). Tillit har derfor stor betydning for relasjonsbygging (Hagen et al., 2018, s. 5)

Det finnes flere faktorer som kan hindre utviklingen av en relasjon, og dermed være lite selvmordsforebyggende. Ifølge studien til Berg mfl. (2017) så det ut til at selvmordsproblematikken økte hos deltakerne som opplevde å bli møtt av helsepersonell som ikke bekreftet følelsene deres, og ikke så dem som verdifulle mennesker. Deltakerne følte seg mindre verdifulle når helsepersonell neglisjerte, fornektet følelsene eller unngikk samtaleemner deltakeren ønsket å snakke om. Slike holdninger kunne fremkalle skam og ydmykelse, og kunne sette en stopper for utviklingen av en god relasjon (Berg et al., 2017, s.8)

Joyce Travelbee mener at et menneske-til-menneske-forhold er en gjensidig prosess, men at ansvaret for å etablere og opprettholde forholdet ligger hos sykepleieren. For å utvikle et menneske-til-menneske-forhold er det en forutsetning at sykepleier ved det første møtet med den syke, er klar over holdningene sine omkring stereotype oppfatninger. Holdninger som deltakerne ble møtt med i artikkelen ovenfor, er holdninger som bidrar til avhumanisering, og dermed ikke ser hele *mennesket* i den syke. Avhumanisering vil i følge Travelbee stoppe utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, 188).

Deltakerne i studien nevnt ovenfor, verdsatte en relasjon til sykepleiere basert på medfølelse, empati og tillit. Dette er begreper som også Travelbee mener er viktige i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Forholdet vil muliggjøre forebygging og mestring av sykdommer og lidelser, og er relevant i selvmordsforebyggende arbeid. Når dette er sagt, er det så klart avgjørende at den syke også ønsker å bygge relasjon til sykepleieren. Ved det første møtet kan den syke være preget av en stereotyp oppfatning av sykepleieren, og dermed hindre utviklingen av relasjonen. Når sykepleieren ser bort fra stereotype oppfatninger, og ser den syke som et unikt individ, kan den syke deretter begynne å respondere og utviklingen av forholdet kan fortsette (Travelbee, 2001, s. 187-188).

I studien til Vatne og Nåden, beskrev deltakerne at det var «flaut» og «pinlig» å snakke om selvmordsforsøket. En annen deltaker understreket at selvmord krevde fortrolighet til å snakke om (Vatne & Nåden, 2018, s. 34). Selv om vi i dag har en mer aksepterende holdning knyttet til selvmord, er det likevel et tema som er svært tabubelagt og preget av skam (Dieserud & Ekeberg, 2016, s. 212). Det ser ut til at pasienter åpner seg mer for helsepersonell de har en god relasjon til, og som møter følelsene deres på en sympatisk måte. Dette støtter Travelbee og hennes mening om at man ikke kommuniserer eller meddeler noe meningsfylt med andre før en er relativt sikker på at det en meddeler, vil bli mottatt og ikke ignorert, avvist, nedvurdert eller latterliggjort (Travelbee, 2001, s. 137). Dette belyser viktigheten av at sykepleiere bør møte pasienter med holdning som ikke fremkaller skam eller ydmykelse.

Videre ser det ut til at tid er en avgjørende faktor når det gjelder å skape håp og en gjensidig relasjon. I flere studier belyses viktigheten av at helsepersonell tar seg tid til å snakke om selvmord med pasienten (Berg et al., 2017; Hagen et al., 2018; Vatne & Nåden, 2018). Sykepleier må vise at en er tilgjengelig og villig til å hjelpe. Det må også være helt klart at den syke ikke vil be om noe som helst fra en sykepleier, fordi de tror sykepleieren «har det for travelt» (Travelbee, 2001, s. 124).

5.3.1 Relasjon under kontinuerlig observasjon

Kontinuerlig observasjon (KO) er et forebyggende tiltak når det innebærer høy selvmordsrisiko, og perioden rett etter innleggelse er en høyrisikoperiode (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 21). Deltakerne i studien til Berg mfl. følte at KO beskyttet livet deres på grunn av observante observatører og begrensede muligheter til å utføre selvmordsforsøk på avdelingen. Det belyses videre at kontinuerlig observasjon kan ha selvmordsforebyggende effekt, så lenge personalet hadde en støttende og optimistisk holdning og anerkjente deltakerne som mennesker (Berg et al., 2017, s. 9).

Konstant observasjon kan være en god mulighet for å skape en terapeutisk relasjon, som videre kan bidra til å skape håp (Vråle, 2018, s.93). Dette forutsetter selvfølgelig at pasienten også er villig til å ta kontakt. Viktigheten av å inkludere pasienter i behandlingen, ble understreket i studien til Berg mfl. (2017). På denne måten kan pasienten få dele tanker og opplevelser knyttet til behandling, og dermed kanskje oppleve mer kontroll og medbestemmelse. Man kan gi pasienten anledning til å ta opp sentrale tema knyttet til livet, lidelse eller behandling. Små ting, som å drøfte hvordan KO skal gjennomføres, eksempelvis hvor fastvakten sitter i rommet, kan gi pasienten en viss grad av frihet (Vråle, 2018, s. 91). Å spørre når pasienten ønsker mat eller å dusje, kan også bidra til at pasienten opplever valgmuligheter.

Kontinuerlig observasjon kan hindre utviklingen av en god relasjon. Observatører som oppførte seg respektløst i den grad at de ikke anerkjente pasientene, eller fikk dem til å føle seg som objekter, ga deltakerne en følelse av angst og håpløshet. Håpløshet kan i følge

Travelbee føre til en apatisk likegyldighet, som innebærer at mennesket kan miste livsviljen (Travelbee, 2001, s. 251). Observatører som oppførte seg respektløst, støttet deltakernes egen oppfatning om at livet ikke lenger var verdt å leve (Berg et al., 2017, s. 9). Man kan anta at de observatørene som blir beskrevet som respektløse ikke har klart å legge til rette for å etablere et menneske-til-menneske-forhold, noe som er viktig i dannelsen av en relasjon. Andre fase av denne utviklingen innebærer en fremvekst av identiteter, hvor man skal verdsette hverandre som menneskelige individer. Å være respektløse, eller få pasienter til å føle seg lite verdsatt, strider imot utviklingen av forholdet. Sett i lys av Travelbees teori kan derfor ikke sykepleiere bidra til selvmordsforebygging uten å ha etablert et menneske-til-menneske-forhold.

Konstant observasjon kan bidra til en reduksjon av privatliv og frihet, og ser ut til å øke faren for selvmordsatferd. Ifølge studien til Berg mfl. uttrykte flere deltakere glede ved opphevet observasjon. Noen av deltakerne løy til observatørene og sa de ikke lenger hadde selvmordstanker for å slippe KO, selv om de i realiteten hadde slike tanker (Berg et al., 2017, s.9). Da KO er et selvmordsforebyggende tiltak når det innebærer høy selvmordsrisiko, kan det tenkes at fatale konsekvenser oppstår dersom en pasient får opphevet KO til tross for selvmordstanker. Det kan altså hende at det fortsatt foreligger høy risiko, til tross for oppheving.

Autonomiprinsippet baserer seg på at pasienten skal få bestemme selv og bør respekteres også under KO, selv om det kan medføre begrensede valgmuligheter. Pasienter skal som hovedregel samtykke til all helsehjelp, da på bakgrunn av informasjon og en tilstrekkelig forståelse av situasjonen (Larsen & Pedersen, 2017, s. 240). Pasienter under KO er ofte innlagt under tvang, og da er det viktig at sykepleier legger til rette for å gi god informasjon om hva som skal skje, hvorfor og hvordan. Pasienten trenger også å få vite at KO er en type kontroll, og at det gir en anledning til kontakt i den grad pasienten selv ønsker (Vråle, 2018, s. 89). Det kan videre tenkes at en slik inkludering i behandling kan bidra til bedre samarbeid, og en tryggere terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient.

5.4 Kommunikasjon i møte med den selvmordstruede

Kommunikasjon er ifølge Travelbee et viktig virkemiddel for å bygge en god relasjon, og muliggjør etableringen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001). En god relasjon er ifølge Travelbee basert på tillit, noe som også støttes av studiene (Berg et al., 2017; Hagen et al., 2018). Det er viktig at pasienter er trygge nok på sykepleieren for å kunne åpne seg og fortelle om innerste tanker og følelser (Berg et al., 2017; Hagen et al., 2018). For å bygge tillit og trygghet, må sykepleier virkelig ha et ønske om å lindre plager hos den syke. Dette innebærer å se den syke som et unikt individ, og se vekk fra stereotype oppfatninger. Gjensidig forståelse og kontakt, er også viktig i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 217).

Det viser seg at pasienter ikke åpner seg til hvem som helst (Hagen et al., 2018; Vatne & Nåden, 2018). En deltaker fortalte at hun prøvde å kvele seg selv på rommet, men lot være å fortelle det til helsepersonellet på grunnlag av at de ikke representerte trygghet eller tillit for henne (Hagen et al., 2018, s. 5). Fravær av en god relasjon, kan medføre at pasienter holder vonde tanker og følelser for seg selv (Berg et al., 2017; Hagen et al., 2018). Det kan fremkalle selvmordstanker og handlinger som er skadelig for pasienters mentale helse og trygghet, og dermed true pasientsikkerheten (Hagen et al., 2018, s. 5). Å snakke om følelser med en som forstår, kan bidra til at pasienten får et bredere perspektiv på følelsene, og redusere et følelsesmessig trykk som kan være knyttet til selvmordstanker. På en annen side er det da en forutsetning at den som lytter, ikke er krenkende, avvisende eller bagatelliserende (Ekeberg, 2016, s. 127).

Å møte mennesker som ønsker å ta sitt eget liv, kan oppleves som emosjonelt og følelsesmessig anstrengende for helsepersonell (Hagen et al., 2017). I studien til Hagen (2017) viste det seg at flere av sykepleierne følte irritasjon og sinne, men samtidig tristhet knyttet til pasienter som utførte selvmord, eller gjentatte ganger utførte selvmordsforsøk (s. 33). Det så ut til at disse følelsene var knyttet til at sykepleierne følte de hadde et ansvarlig behov for pasienters selvmordsatferd. Slike følelser kunne skape en følelsesmessig uro over lenger tid, som videre kunne gå ut over behandlingen og pleien til pasientene (Hagen et al., 2017). For å bevare pasientsikkerheten og redusere selvmordsrisikoen, bør sykepleiere være

i stand til å forholde seg til pasienters følelser (Ekeberg, 2016, s. 128). Videre er det like viktig at sykepleier ivaretar og prioriterer egne behov like så godt som pasienters, for å kunne ivareta den sykes behov (Travelbee, 2001, s. 178).

Sykepleierne belyser viktigheten av å være emosjonelt involvert, men likevel holde en profesjonell avstand (Hagen et al., 2017, s. 34). For å balansere følelsesmessig uro, mente sykepleierne at selvavgrensning var viktig. Dette innebar blant annet å reflektere med kollegaer om vanskelige situasjoner, bearbeide opplevelser og forsøke å skille sine egne følelser fra pasientens. Ved å reflektere, kan man få en høyere bevissthet over egne holdninger, og dermed være selvavgrenset i møte med pasienter som snakker om selvmord (Vråle, 2018, s. 52).

Det kan være vanskelig å møte mennesker med et stort dødsønske. Spesielt kan det være etisk utfordrende. Det kan stilles spørsmål til om mennesker har rett til å ta sitt eget liv, og om man som sykepleier har rett til å hindre det. For å utvikle en god handlingskompetanse i selvmordsforebygging, er det viktig at sykepleier er etisk bevisst på egne verdier og holdninger. En slik bevisstgjøring, kan bidra til å møte pasienten med respekt for hans eller hennes integritet, og hjelpe pasienten med å finne svar på sine verdispørsmål (Vråle, 2018, s. 50-52). Det kan tenkes at pasienten gjennom refleksjon kan få et bredere perspektiv på følelsene, og dermed finne verdier pasienten ønsker å leve for.

5.5 Sykepleierens kunnskap og erfaringer

Travelbee mener at dersom sykepleieren mangler vesentlig kunnskap, vil ikke sykepleieren kunne avdekke eller ivareta behovene til den syke på en konsistent måte. Videre sier hun at gode hensikter og vennlighet ikke kan erstatte innsikt og ferdigheter i sykepleieprosessen (Travelbee, 2001, s. 184). Sykepleier bør ikke bruke mangelen på kunnskap som en unnskyldning til å ikke forsøke å hjelpe mennesker. En profesjonell sykepleier ønsker virkelig å hjelpe, og gjør alt hun kan for å gjøre det (Travelbee, 2001, s. 124).

Når man skal kommunisere rundt et så sårbart tema som selvmord, er det viktig at man tenker over måten man snakker om det på. Å snakke om selvmord kan se ut til å øke risikoen

dersom det ikke blir snakket om på riktig måte (Ekeberg, 2016, s. 128). Selv om pasienter foretrekker å bli spurt direkte angående selvmordstanker (Berg et al., 2017, s. 8), kan selvmordsrisikoen øke dersom hjelperen ikke føler seg i stand til å forholde seg til følelsene den suicidale har (Ekeberg, 2016, s. 128). Det kommer frem i studien til Hagen mfl. (2017) at en av deltakerne ikke følte seg kvalifisert, utdannet, eller selvsikker nok til å snakke med pasienter om selvmord (s. 33). Det kan ha negativ effekt for selvmordsforebyggingen (Berg et al., 2017, s. 8).

Undervisning om selvmordsatferd innen psykiatriske avdelinger er et godt primærforebyggende tiltak for selvmordsforebygging (Ekeberg, 2016, s. 163). Det påpekes i nasjonale retningslinjer at alle enheter burde ha nødvendige rutiner for opplæring i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 19). God kunnskap blant helsepersonell om risikofaktorer og tiltak er viktige for å blant annet gjenkjenne selvmordsatferd, og iverksette riktige sykepleietiltak. En av deltakerne i studien til Hagen mfl., mente det burde være mer fokus på pleie og behandling for suicidale pasienter i sykepleier-utdanningen (Hagen et al., 2017, s.163). Undervisning, både innenfor den psykiatriske institusjonen og i utdanning, ser derfor ut til å være gode forebyggende tiltak. Dette kan kanskje medføre at sykepleiere vil føle seg mer kvalifisert og trygge i møte med mennesker med selvmordsatferd.

Å vurdere selvmordsrisiko er et viktig tiltak innen selvmordsforebygging (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 14). Det er ofte leger eller psykologer som utfører risikovurderinger, men det er likevel viktig at sykepleier har kunnskap rundt dette. Sykepleiere er ofte de som tar seg av den praktiske oppfølgingen av pasientene (Dieserud & Ekeberg, 2016, s. 149), og kan dermed gjenkjenne tegn til økt selvmordsfare. Det kan være en utfordring dersom helsepersonell har manglende kompetanse eller klinisk erfaring i arbeid med selvmordsproblematikk. Det er lite selvmordsforebyggende dersom helsepersonell mangler dyktighet omkring å se etter suicidale tegn hos pasienter, eller tegn som indikerer forverring i pasientens tilstand (Hagen et al., 2017, s. 33). Dette underbygges i studien til Hagen mfl., hvor en av deltakerne utførte flere selvmordsforsøk på grunnlag av at sykepleier ikke gjenkjente behovene hennes. Deltakeren lurte på om forsøkene kunne blitt

forebygget dersom helsepersonellet hadde gjenkjent tegn på forverringen av tilstanden hennes (Hagen et al., 2018, s. 6).

5.6 Utskrivelse

Sikring av kontinuitet, samhandling og tett oppfølging er et viktig tertiært tiltak for selvmordsforebygging (Ekeberg, 2016, s. 167). De første ukene etter utskrivelse, er en høyrisikoperiode for pasienter til å utføre selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 21). Det tyder på at pasienter savner oppfølgingstimer knyttet til medikamenter og utskrivelse (Hagen et al., 2018, s. 6). Sykepleiere i psykiatrisk institusjon har en viktig oppgave å legge til rette, og sikre god kommunikasjon og kontinuitet med andre behandlingsnivå og tjenester. Dette for å sikre at pasienter ikke faller ut av behandlingen. Ved utskrivelse, bør det foretas en risikovurdering (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 23-24). Det er ofte leger eller psykologer som utfører dette, men det er viktig at sykepleier sørger for at dette blir gjort (Dieserud & Ekeberg, 2016, s. 150)

6 Konklusjon

I denne oppgaven skulle jeg undersøke hvordan gode relasjoner kan bidra til selvmordsforebygging hos pasienter som tidligere har gjennomført selvmordsforsøk, og er innlagt i en psykiatrisk institusjon. Allerede ved søk etter artikler ble jeg oppmerksom på at relasjon og håp var nøkkelbegreper innen selvmordsforebygging. Dette gjaldt både å forhindre selvmord hos suicidale som tidligere hadde prøvd å ta livet sitt, og blant de som ikke hadde prøvd. Det ser ut til at trygghet og tillit i relasjonen til sykepleier er en viktig faktor for å redusere selvmordsatferd. For at pasienter skulle bygge en relasjon og føle seg trygge under innleggelsen, var det en forutsetning at sykepleierne hadde gode holdninger i møte med dem. Holdninger som fremkalte skam og ydmykelse kunne resultere i brutte relasjoner og øke selvmordsatferd.

Like viktig som å møte pasientene på en respektfull måte, er det at sykepleiere har god nok kunnskap omkring selvmord. Lite kunnskap og erfaring så ut til å være lite selvmordsforebyggende, i den grad at sykepleiere da ikke gjenkjente symptomer på forverring av pasientens tilstand. Å møte selvmordstruede kan også være emosjonelt belastende for sykepleiere, og det er viktig at disse følelsene blir bearbeidet på en slik måte at det ikke går ut over pasientsikkerheten.

Det ser ut til at de aller fleste som har prøvd å ta livet sitt, opplever lettelse over å ha overlevd selvmordsforsøket. Likevel bør man være oppmerksom dersom mennesket opplevde forsøket som forlokkende eller hadde en likegyldig holdning til døden. Å hjelpe pasienten til å finne håp og lette lidelse, kan være selvmordsforebyggende i den grad at pasienten kan finne mening med livet og noe å leve for. Dette synes å være spesielt viktig hos mennesker som har prøvd å ta livet sitt, og opplevde forsøket som forlokkende.

Avslutningsvis undrer jeg meg over om selvmordsforsøkene til pasienten jeg møtte den sommeren, kunne vært forhindredd dersom hun under innleggelse fikk snakket med en sykepleier som representerte tillit og trygghet for henne.

7 Litteraturliste

Berg, S. H., Rørtveit, K. & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2023-8>

Bjørnaas, M. A. (2016). Hvordan går det etter selvmordsforsøk? I Ekeberg, Ø. & Hem, E. (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 60-74). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

De forente nasjoner. (u.å). *Verdensdagen for selvmordsforebygging (WHO)*. Hentet 26. mars 2021 fra: <https://www.fn.no/om-fn/fn-dager/kalender/verdensdagen-for-selvmondsforebygging-who>

Dieserud, G. & Ekeberg, Ø. (2016). Behandling og oppfølging. I Ekeberg, Ø. & Hem, E. (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 135-159). Gyldendal akademisk.

Dieserud, G. & Ekeberg, Ø. (2016). Hvordan virker selvmordsatferd på andre? I Ekeberg, Ø. & Hem, E. (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 208-231). Gyldendal akademisk.

Dyregrov, K. & Songe-Møller, V. (Red.). (2021). *Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd*. Cappelen Damm.

Ekeberg, Ø. (2016). Definisjoner. I Ekeberg, Ø. & Hem, E. (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 11-13). Gyldendal akademisk.

Ekeberg, Ø. (2016). Generell selvmordsforebygging. I Ekeberg, Ø. & Hem, E. (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 161-169). Gyldendal akademisk.

Ekeberg, Ø. (2016). Risikofaktorer. I Ekeberg, Ø. & Hem, E. (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 28-43). Gyldendal akademisk.

Ekeberg, Ø. (2016). Vurdering av selvmordsrisiko. I Ekeberg, Ø. & Hem, E. (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 1117-133). Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (13.05.2020). *Selvord i Norge*. Hentet 26. mars 2021 fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvord-i-norge/>

Grøm, T. (2021). Forord. I Dyregrov, K. & Songe-Møller, V. (Red.), *Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (1. utg., s. 9-12). Cappelen Damm

Hagen, J., Knizek, B. L & Hjelmeland, H. (2017). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Elsevier*, 31(1) 31-37.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>

Hagen, J., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *Taylor & Francis Group*, 13(1), 1-11.

<https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>

Helsebiblioteket. (03.06.2016). *Sjekklistor*. Hentet 26. mars 2021 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2010). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580). <https://helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (2017). *Selvord og selvmordsforsøk under innleggelse* (IS-2675).

<https://www.helsedirektoratet.no>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hem, E. (2016). Spesielle selvmordsformer. I Ekeberg, Ø. & Hem, e. (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 195-205). Gyldendal akademisk.

Larsen, K. & Pedersen, R. (2017). Selvmord, etikk og tvang. I Pedersen, R. & Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 229-253). Gyldendal akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Cappelen Damm.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511). <https://www.helsedirektoratet.no/>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Vatne, M. & Nåden, D. (2018). "Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 27-39. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04>

Vråle, G. B. (2018). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. (4. utg.). Gyldendal akademisk.