

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 224 + 340

Eksamensnavn: SYBA3900

Dato: 01.06.2017

Klasse: 3B + 3C

Kull: 2014

Antall ord: 10 500

Når livet blir for vanskelig – sykepleierens rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet hos pasienter med alvorlig depressiv lidelse.



”Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge selvmord hos pasienter med alvorlig depressiv lidelse?”

Publikasjonsår: 2017

Antall ord: 10 500

*”Mer enn å forstå
hva som får noen
til å ta sitt liv,
må vi arbeide med
å forstå hva som
får mennesker til å leve”
(Vråle, 2009)*

SAMMENDRAG

Bakgrunn for oppgaven:

Årlig dør rundt 500 mennesker av selvmord i Norge, og en tredel av alle selvmord utføres av mennesker med alvorlig depressiv lidelse. Selvmord er et alvorlig folkehelseproblem, og det er et stort behov for å styrke det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. Som sykepleier skal man jobbe helsefremmende og forebyggende, og sykepleieren står i en strategisk posisjon for å kunne oppdage selvmordstanker og –planer hos pasienter med depresjon. Vi ønsket derfor å se nærmere på hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge selvmord.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge selvmord hos pasienter med alvorlig depressiv lidelse?

Metode:

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie hvor fag- og forskningslitteratur skal belyse og besvare problemstillingen.

Resultater og diskusjon:

Funn viste at sykepleierens holdninger og væremåte i møte med selvmordsnære var av stor betydning for å fremme håp og ønsket om å leve videre. Ved å skape en god relasjon, basert på enkeltindividets opplevelse av sin lidelse, kan sykepleieren og pasienten gjennom likeverdig samarbeid og kommunikasjon lage avtaler og mål der pasienten kan gjenfinne egne ressurser og styrker. Ved å avgrense tidsaspektet og ta sikte på det som tidligere opplevdes som meningsbærende for pasienten, kan sykepleieren bidra til at pasienten velger å holde seg i live én dag til.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Valg av problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaringer.....	2
1.4 Avgrensning.....	2
1.5 Oppgavens oppbygning.....	3
2.0 METODE.....	4
2.1 Begrunnelse for valgt faglitteratur.....	4
2.2 Søkestrategi og begrunnelse for valg av forskningslitteratur.....	5
2.3 Kildekritikk.....	6
3.0 SYKEPLEIEFAGLIG REFERANSERAMME.....	8
4.0 DEPRESSIVE LIDELSER.....	11
4.1 Kjennetegn og symptombylde.....	11
4.2 Behandlingsmetoder.....	12
4.2.1 Psykologiske tilnæringsmetoder.....	12
4.2.2 Medikamentell behandling.....	13
5.0 SELVMORD OG SELVMORDSFOREBYGGING.....	15
5.1 Selvmord som prosess.....	15
5.2 Når selvmord blir en mulig løsning: årsaker og beskyttende faktorer.....	16
5.3 Forebygging av selvmord.....	18
6.0 SYKEPLEIERENS ROLLE I FOREBYGGING AV SELVMORD HOS PASIENTER MED ALVORLIG DEPRESSIV LIDELSE.....	20
6.1 Den gode relasjonens betydning.....	20
6.2 Den gode samtalens betydning.....	22
6.3 Å styrke håp om morgendagen.....	23
6.4 Betydningen av støtte og tilhørighet.....	25
6.5 Betydningen av tid og avtaler.....	26
6.6 Sykepleierens observasjonsansvar.....	27
6.7 Etske og juridiske aspekter.....	30
7.0 AVSLUTNING.....	32
LITTERATURLISTE.....	33

1.0 INNLEDNING

“Å bli møtt av helsepersonell som stimulerer håp, som er tilgjengelige og som tilpasser hjelpen etter den enkeltes behov oppleves som viktig for å styrke ønsket om å leve videre” (Vatne & Nåden, 2014).

Temaet selvmord har i mange år vært preget av tabu, taushet og frykt. Hvert år dør 5-600 mennesker av selvmord i Norge og det er nesten fem ganger så mange som dør i selvmord enn i trafikkulykker (Folkehelseinstituttet, 2015). 25% av selvmordene utføres av pasienter som er eller har vært innlagt i psykisk helsevern de siste tre årene (Helsedirektoratet, 2008). Depressive lidelser peker seg spesielt ut i denne sammenhengen, og en tredel av alle selvmord utføres av mennesker med alvorlig depressiv lidelse (Snoek & Engedal, 2008). Med bakgrunn i at dette er et alvorlig folkehelseproblem både i Norge og på verdensbasis synes vi dette er et tema som det bør rettes mer oppmerksomhet mot (World Health Organization, 2017).

Sykepleiere kan møte selvmordsnære pasienter i mange ulike situasjoner. Sykepleieren har den praktiske oppfølgingen, står ofte pasienten nærmest og kan få mer fortrolig informasjon enn annet helsepersonell (Ekeberg & Dieserud, 2016). Tidlig oppdagelse av selvmordstanker og –planer hos mennesker med psykiske lidelser er viktig for å iverksette tidlige tiltak, og det er et stort behov for å styrke det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge i dag (Helsedirektoratet, 2008; Helsedirektoratet, 2014). Som sykepleier skal man jobbe helsefremmende og forebyggende, og vi ønsker derfor i denne oppgaven å sette et spesielt fokus på sykepleierens rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Inspirasjon for valg av dette tema knytter seg til dokumentaren ”Skuggesida av antidepressiva” fra 2014 som ble først vist på NRK2 i august 2016. Dokumentaren tar opp bruk av antidepressive legemidler og selvmord som mulig bivirkning (Hjortdal & Breinholt, 2014). Dette inspirerte oss til å fordype oss mer i temaet psykiske lidelser og selvmord. Til tross for at det fortsatt er fordommer og stigma knyttet til psykiske lidelser, er dagens mediabilde preget av mer åpenhet rundt temaet (Brenne, 2016).

Selv mord medfører ikke bare for tidlig død for den det gjelder, men resulterer også i store påkjenninger, smerte, sorg og fortvilelse for de etterlatte (Helsedirektoratet, 2014).

Vi har liten erfaring med arbeid med selvmordsnære mennesker, men har selv møtt mennesker som har mistet en nær person i selvmord. I denne oppgaven ønsker vi derfor å se nærmere på hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge selvmord.

1.2 Valg av problemstilling.

Følgende problemstilling er valgt for å besvare denne bacheloroppgaven:

Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge selvmord hos pasienter med alvorlig depressiv lidelse?

1.3 Begrepsavklaringer.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i den britiske psykiateren Erwin Stengel (1967) sin definisjon av selvmord; *"Selvmord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden"* (gjengitt etter Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002, s. 12). Selvmordsnære personer er *"personer som har alvorlige selvmordstanker og hvor det bedømmes at selvmordsrisiko foreligger eller at de befinner seg i risikogruppen for selvmord"* (Retterstøl et al., 2002, s.14). I denne oppgaven defineres suicidal atferd som selvmordstanker, selvmordshandlinger og/eller selvmordsforsøk.

Ifølge internasjonal sykdomsklassifisering, ICD-10, går alvorlig depressiv lidelse under kategorien affektiv lidelse/stemningslidelse, hvor personen opplever gjentatte depressive episoder med fremtredende kjennetegn som tapt selvfølelse, følelse av unyttighet eller skyldfølelse. I de alvorligste tilfellene er det en klar fare for selvmord (ICD-10, 1999).

1.4 Avgrensning.

Vi har valgt å avgrense denne oppgaven til å omhandle voksne mennesker over 25 år med diagnosen alvorlig depresjon og som i tillegg opplever gjentatte depressive episoder (depressiv lidelse). I primærhelsetjenesten finner man ofte personer med milde depressive episoder, mens spesialisthelsetjenesten hovedsakelig har å gjøre med pasienter som lider av

mer alvorlige depressive lidelser (ICD-10, 1999). Fokuset vårt blir derfor på pasienter som er innlagt i en psykiatrisk sykehusavdeling eller institusjon. Dette er også den mest relevante plassen for sykepleieren til å kunne observere, vurdere og iverksette tiltak.

1.5 Oppgavens oppbygning.

I første del av oppgaven har vi beskrevet bakgrunn for valg av tema og presentert problemstilling med avgrensning, i tillegg til relevante begrepsavklaringer. I kapittel 2.0 vil vi ta for oss metode som omhandler søkestrategi, utvalgsriterier, begrunnelse for valgt fag- og forskningslitteratur og kildekritikk. I kapittel 3.0 vil vi presentere Joyce Travelbees sykepleieteori. Som bakgrunn for å kunne svare på problemstillingen vil vi i 4.0 og 5.0 presentere utvalgt litteratur som belyser temaene depressive lidelser, selvmord og selvmordsforebygging. I siste del av oppgaven drøftes funn fra presentert litteratur opp mot problemstillingen. Oppgaven avsluttes med en oppsummering etterfulgt av litteraturliste.

2.0 METODE

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Begrunnelse for valgt faglitteratur.

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie der data fra utvalgte fagbøker og relevant, nyere forskning skal besvare vår problemstilling. Faglitteraturen vi har benyttet er hovedsakelig av nyere dato for å sikre oppdatert kunnskap i oppgaven. Vi har her benyttet oss av pensumlitteratur og annen relevant litteratur innen fagfeltene psykiatri, suicidologi og sykepleie.

Som sykepleiefaglig referanseramme har vi brukt boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee. Bakgrunn for valg av Travelbee knytter seg til hennes forståelse av sykepleierens hensikt og funksjon, relasjon mellom pasient og behandler og fokus på kommunikasjon og terapeutisk bruk av seg selv. Innen fagfeltet psykiatrisk sykepleie og psykisk helse har vi benyttet boken ”Helt – ikke stykkevis og delt” av Hummelvoll (2012). Dette er en klassisk lærebok som løfter frem forskningsbasert, personal- og pasienterfaringsbasert kunnskap om psykiatrisk sykepleie, og gir et godt grunnlag for å belyse vår problemstilling.

Innen fagfeltet suicidologi og selvmordsforebyggende arbeid har vi i hovedsak brukt bøkene ”Praktisk selvmordsforebygging” av Ekeberg og Hem (2016) og ”Møte med det selvmordstruede mennesket” av Vråle (2009). Begge disse bøkene fokuserer på konkrete tiltak innen selvmordsforebyggende arbeid, der sykepleierens rolle trekkes frem.

Som supplement til annen faglitteratur har vi benyttet tre av helsedirektoratets offentlige publikasjoner; *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* utgitt i 2008, *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* utgitt i 2009 og *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning 2014-2017* utgitt i 2014.

Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og kommer med faglige, nasjonale anbefalinger og peker på ønskede og anbefalte handlingsvalg (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Søkestrategi og begrunnelse for valg av forskningslitteratur.

Forskningsartiklene brukt i denne oppgaven ble valgt ut etter søk på databasen PsycINFO. PsycINFO retter seg spesielt mot forskning innen atferd, sosiologi, psykologi og psykisk helse. For å sikre relevante resultater i forhold til oppgavens problemstilling ble det benyttet utvalgte søkeord. Søkeordene ble kombinert med "OR" og "AND" for å utvide søket til å inkludere flere søkeord i ett søk.

Det var ønskelig å finne forskning som fortalte noe om betydning av håp og meningsfulle opplevelser hos pasienter med depresjon. Det ble derfor foretatt søk med søkeordene "*Hope*" AND "*Depression (Emotion) OR Major Depression*". For å sikre ny og oppdatert forskning begrenset vi søket til å kun inkludere artikler utgitt de siste fem årene. Søket ga 54 treff der vi anså én av artiklene som spesielt relevant for å belyse problemstillingen. Etter gjennomgang av abstraktene til de 53 øvrige artiklene kom vi frem til at de ikke passet til oppgavens tematikk, og de ble derfor ekskludert. Den valgte artikkelen er en kvantitativ studie fra Kina som inkluderte pasienter under behandling for moderat til alvorlig depresjon på en psykiatrisk avdeling der gjennomsnittsalderen var 27 år, og passet derfor godt med oppgavens avgrensning (Luo, Wang, Wang & Chai, 2016).

Den valgte faglitteraturen trekker frem bruk av kontrakter som et mye brukt verktøy i det selvmordsforebyggende arbeidet (Vråle, 2009). Det var derfor av interesse å finne forskning som undersøkte i hvilken grad dette kan ha effekt. Søkeordene "*Attempted suicide OR suicide prevention OR suicide*" AND "*Psychological contracts OR behavior contracting OR contracts*" ble benyttet der søket ga 84 treff. Ved å lese overskrifter til artiklene og abstraktene til de mest relevante overskriftene, kunne vi ekskludere de som ikke kunne belyse problemstillingen. Den kvantitative, amerikanske studien som vi valgte, utført av Davis, Williams & Hays (2002), fokuserte på pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling og deres erfaringer med bruk av slike kontrakter. Dette ga derfor en interessant vinkling til tematikken.

Førstelektor og psykiatrisk sykepleier May Vatne og professor Dagfinn Nåden fra Høgskolen i Oslo og Akershus har forsket på opplevelsene rundt suicidalitet og hva som oppleves som meningsfull hjelp i en behandlingssituasjon. Med et ønske om å fremme pasientens subjektive opplevelse av depresjon og suicidalitet i denne oppgaven var deres forskning et viktig bidrag for å sette fokus på dette, særlig da de to foregående artiklene var kvantitative. Vi har i hovedsak benyttet to forskningsartikler av Vatne & Nåden (2014;2016). Artikkelen fra 2014 ble funnet etter søk i PsycINFO. Søkeordene ”*patient experiences*” og ”*Attempted suicide OR suicide prevention OR suicide*” ble kombinert med AND der søket ga 4 funn. Artikkelen overskrift og abstrakt ga umiddelbar interesse da hensikten var å undersøke pasientenes opplevelse av å være selvmordsnær og deres møte med helsepersonell. Etter videre søk i Vatnes publikasjoner fant vi flere artikler som omhandlet samme tematikk og valgte dermed også ut en artikkel fra 2016.

Ettersom antidepressive legemidler er mye brukt i behandlingen av depresjon, ønsket vi å se nærmere på om det kunne knyttes noen sammenheng mellom antidepressive legemidler og selvmordsforsøk, eventuelt hvordan dette kan knyttes opp mot sykepleie (Spigset, 2011). Få studier fokuserte spesifikt på dette, men gjennom referanselisten til en annen studie fant vi en forskningsartikkel av Jick, Kaye & Jick (2004). Forfatterne ønsket i sin studie å se på sammenhengen mellom de mest brukte antidepressive legemidlene på markedet og selvmordsrisiko.

2.3 Kildekritikk.

Travelbees sykepleieteori er opprinnelig fra 1966, men ettersom den fortsatt er anvendelig og mye brukt i dagens sykepleierutdanning har vi valgt å benytte oss av denne. Vi har benyttet den norske oversettelsen fra 1999. Videre har vi også valgt å benytte oss av en hovedfagsoppgave i helsefag fra Universitetet i Oslo skrevet av May Vatne.

Hovedfagsoppgaven er fra 1998, men ettersom det blir referert til denne i annen brukt faglitteratur valgte vi å gå til primærkilden, til tross for at den er eldre. Hennes hovedfagsoppgave er en kvalitativ studie med intervju som metode, der psykiatriske sykepleiere med minimum fem års erfaring ble intervjuet om bruk av kontrakt som verktøy i selvmordsforebygging (Vatne, 1998).

Det har vært utfordrende å finne nyere forskning som setter seg inn tematikken vi ønsker å belyse, og det synes som om det trengs mer forskning på området. Som følge av dette har vi valgt å benytte oss av to artikler fra henholdsvis 2002 og 2004. Cutcliffe & Barker (2002) sin fagartikkel var en av få som la vekt på elementer som relasjonen mellom pasient og behandler og hvordan sykepleieren gjennom sine holdninger og væremåte kan fremme håp hos pasienten, og vi ønsket derfor å bruke denne. Studien til Jick et. al (2004) er benyttet til tross for at den ikke er av nyere dato, da den var en av få studier vi kunne finne som viste at det kunne være økt risiko for suicidal atferd i oppstartsfasen med antidepressive legemidler.

Flere av studiene vi har benyttet i denne oppgaven er gjennomført i andre land, men vi ser en overføringsverdi til det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. Studien til Luo et al. (2016) trekker frem håp som beskyttende faktor og ettersom håp er en sentral faktor i alle menneskers liv, uavhengig av kultur, ser vi på denne forskning som relevant også i Norge (Rustøen, 2001). Davis et al. (2002) sine funn om bruk av kontrakter som selvmordsforebyggende tiltak er like aktuell i Norge som i USA, da denne metoden er brukt i begge land. Forskningsartiklene som vi har benyttet er engelskspråklige og det benyttes faglige ord og uttrykk som ikke lar seg direkte oversette. I arbeidet med å tolke funnene kan derfor noe av betydningen ha gått tapt og det kan være aspekter vi ikke har forstått eller fanget opp.

I denne oppgaven har vi i størst mulig grad forsøkt å benytte primærkilder. Når det benyttes sekundærkilder er det viktig å være klar over at den opprinnelige forståelsen av teksten kan ha blitt endret i lys av synsvinkelen til den som refererer til den opprinnelige teksten. Vi har derfor så langt det lar seg gjøre forsøkt å unngå bruk av dette, men i tilfeller hvor det er benyttet begrunnes det med at det har vært for tidkrevende å finne den opprinnelige litteraturen.

3.0 SYKEPLEIEFAGLIG REFERANSERAMME

Joyce Travelbees sykepleieteori legger vekt på mellommenneskelige forhold der sykepleieren har som mål og hensikt å *”hjelp individet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 1999, s. 41). Det som vil vektlegges i denne oppgaven knytter seg til hennes syn på relasjon mellom behandler og pasient, kommunikasjon og håp. Videre benyttes i tillegg Rustøen (2001) og Vråle (2009) for å beskrive den sykepleiefaglige referanserammen. Som sykepleier arbeider man etter Norsk sykepleierforbunds gjeldende yrkesetiske retningslinjer (2011) og lover og forskrifter der Helsepersonelloven [hpl] (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl] (1999) er spesielt viktige. De yrkesetiske retningslinjene og relevant lovverk gir grunnlaget for etiske refleksjonsprosesser i arbeidet med selvmordsnære mennesker (Hummelvoll, 2012).

Travelbee tillegger den subjektive opplevelsen av helse stor betydning, der et menneske kan oppleve god helse til tross for sykdom, men også oppleve seg som syk uten diagnostisert sykdom. Hun trekker frem at sykepleieren må være oppmerksom på pasientens opplevelse av sin helsetilstand, og ikke kun basere seg på objektive vurderinger av sykdom og helse. Å lide beskrives som det å være utsatt for fysisk eller psykisk smerte eller å være i en tilstand av maktesløshet. Lidelse er opplevelsen hos personen som føler denne smerten (Travelbee, 1999). Lidelse kan gå gjennom flere stadier der den syke til slutt vil være preget av det hun kaller *”apatisk likegyldighet”* (Travelbee, 1999, s. 100). Travelbee anser dette som en øyeblikkelig-hjelp-situasjon på lik linje med medisinske og kirurgiske akutsituasjoner. På dette stadiet er ofte ropet om hjelp stilnet og personen har mistet viljen til å leve, og det er derfor av avgjørende betydning at sykepleieren griper inn (Travelbee, 1999). På samme måte som at opplevelsen av helse er subjektiv, trekker Travelbee frem at opplevelsen av en lidelse vil være høyst personlig og at de fleste mennesker på en eller annen måte vil oppleve dette i løpet av livet (Travelbee, 1999).

Å skulle forutse hvem som kommer til å ta livet sitt kan være vanskelig. Det trekkes frem at *”med bred klinisk erfaring og godt kjennskap til den enkelte pasient kan man få et bedre grunnlag for å vurdere risikoen”* (Ekeberg, 2016, s. 118). I møte med selvmordsnære mennesker må kommunikasjonen derfor være tydelig samtidig som at hjelperen må være

ivaretagende og hensynsfull (Ekeberg, 2016). Gjennom kommunikasjon lærer sykepleieren pasienten å kjenne, hun kan bedre identifisere særegne behov og dermed oppfylle sykepleierens mål og hensikt (Travelbee, 1999). Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et menneske-til-menneske-forhold, som er et vesentlig begrep i Travelbees sykepleieteori (Travelbee, 1999). Et menneske-til-menneske-forhold oppstår når sykepleieren lærer den syke å kjenne, finner frem til og ivaretar vedkommendes behov. Sykepleieren må være bevisst på hva som gjøres og sies, og må utnytte og anvende all sin kunnskap i møte med pasienten. Å bruke seg selv terapeutisk handler om å bevisst bruke sin egen personlighet i et målrettet forsøk på å skape forandring hos den syke (Travelbee, 1999). Helsedirektoratet (2009) trekker frem at empati, forståelse, respekt og engasjement samt formidling av trygghet og realistisk optimisme fra hjelperens side er avgjørende for et godt behandlingsresultat i forbindelse med depresjon.

I møte med selvmordstruede mennesker møter man ofte mennesker som opplever håpløshet, de kan ikke forestille seg noen valgmuligheter og mangler motivasjonskraft og initiativ (Travelbee, 1999). For å kunne forstå håpløsheten som disse menneskene ofte føler må man også forstå begrepet håp. Rustøen (2001) trekker frem at håp er en sentral faktor i alle menneskers liv og at alle kan oppleve å miste håpet i perioder av livet. Dette kan vise seg i form av tap av sosiale relasjoner og roller, tap av selvfølelse og kontroll eller tap av kroppsfunksjoner. Sykepleierens rolle vil være ”å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet, eller å hjelpe den som opplever håpløshet til å gjenvinne håp” (Travelbee, 1999, s. 123). Så hvordan kan sykepleieren egentlig hjelpe pasienten til opprettholde håp og unngå håpløshet? I følge Travelbee (1999) kan dette oppnås ved å være tilgjengelig og villig til å hjelpe, for eksempel ved å være villig til å lytte til det pasienter forteller. I den kvalitative studien til Vatne & Nåden (2016) hvor deltakere som hadde forsøkt å ta livet sitt ble intervjuet om sine opplevelser i etterkant av selvmordsforsøket, kom det frem at det å bli sett og forstått i møte med helsepersonell syntes å være viktig for å fremme håpet og for å føle seg som en del av et fellesskap. Ved at helsepersonellet var tilgjengelig og villig til å lytte gjorde at den selvmordsnære fikk følelsen av at andre mennesker kunne hjelpe de med å leve videre (Vatne & Nåden, 2016).

Håp kan deles inn i ulike dimensjoner, og de vi finner relevante for tema i vår oppgave omhandler *"tilknytning til andre"* og *"tidsaspektet i håp"*. Gjennom å ha relasjoner til andre mennesker som kan vise støtte og lytte kan det selvmordstruede menneske få en påminnelse om at en har noe å leve for (Rustøen, 2001). Å ha noe meningsfylt som skal utføres der og da vil kunne styrke håpet uten at en bevisst bruker begrepet håp ovenfor pasienten (Rustøen, 2001). For selvmordsnære pasienter kan begrepet håp og det å skulle ha store, fremtidige mål bli for omfattende. En viktig oppgave sykepleieren har her er å skulle gjøre dette mindre og mulig å nå innen kort tid (Vråle, 2009). Dette vil det utdypes mer om senere i oppgaven.

4.0 DEPRESSIVE LIDELSER

”Forekomsten av depressive lidelser i befolkningen er høy, det er anslått at hver femte person i løpet av sitt liv vil oppleve depresjon” (Helsedirektoratet, 2009, s. 1). Depresjon rangeres på en fjerdeplass av de ti lidelsene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår, og i sin mest alvorlige form kan depresjon føre til selvmord (Helsedirektoratet, 2009). I de neste avsnittene vil vi gå nærmere inn på depresjonens kjennetegn og symptombilde og om de ulike behandlingsmetoder som benyttes.

4.1 Kjennetegn og symptombilde.

Ifølge den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 går depressive lidelser under kategorien affektive lidelser/stemmingslidelser (ICD-10, 1999). Når en person utvikler en depressiv tilstand kalles det for en depressiv episode (F32) (ICD-10, 1999). De vanligste kjennetegnene ved denne tilstanden er *”depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet”* (ICD-10, 1999, s. 116).

Andre vanlige symptomer viser seg i form av redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse, søvnforstyrrelser, redusert appetitt, håpløshet og tanker/planer om eller utførelse av selvskading eller selvmord (ICD-10, 1999). Pessimistiske tanker om fremtiden og mangel på håp om at livet skal bli bedre er et fremtredende mønster i hvordan en depressiv person oppfatter livet sitt (Håkonsen, 2014).

Uttalt bekymring, agitasjon, tapt selvfølelse, håpløshet og skyldfølelse er fremtredende symptomer ved alvorlig depressiv episode, og personen har ofte somatiske symptomer som smerter, psykomotorisk retardasjon og tap av libido (ICD-10, 1999). Tankeprosessene kan være ulogiske og vurderingsevnen er meget svekket fordi personen ikke bryr seg om konsekvensene av sin atferd. Personen kan oppleve vrangforestillinger der realitetsoppfatningen er forandret så mye at ekstrem derealisasjon og depersonalisasjon kan forekomme (Hummelvoll, 2012). Det er stor fare for selvmord i de alvorligste tilfellene og 70 % av de som opplever en enkeltstående depressiv episode vil få en eller flere slike episoder til i løpet av livet (Snoek & Engedal, 2008). Gjentatte depressive episoder kalles for tilbakevendende depressiv lidelse (F33) (ICD-10, 1999). En annen betegnelse på denne tilstanden er unipolar stemningslidelse, depressiv type (Snoek & Engedal, 2008).

Episodenes alvorlighetsgrad og frekvens varierer, men gjennomsnittlig varighet er rundt seks måneder (ICD-10, 1999). De fleste individuelle depressive episoder har ofte en belastende livshendelse som utløsende årsak (ICD-10, 1999).

De disponerende årsakene til depresjon er sammensatte og til dels ukjente, men biologiske, psykososiale forhold og arvelige faktorer ser ut til å spille en rolle (Snoek & Engedal, 2008). Tidligere opplevelser som har gjort en person sårbar for de aktuelle problemene og livssituasjonen her og nå er faktorer som kan være grunnlaget for utvikling av en depresjon (Håkonsen, 2014). Hvilke biologiske prosesser som er forstyrret ved ulike psykiske lidelser er fortsatt noe uklart, men ifølge Lingjærde og Aarre (2015) har man gjennom de siste årene med forskning innen psykofarmakologi og biologisk psykiatri begynt å kunne se en sammenheng. Transmittersubstansen serotonin, som overfører impulser mellom nerveceller i hjernen, har viktige roller knyttet til regulering av smerteoppfatning, aggressivitet, søvn og stemningsleiet. Mangelfull omsetning eller funksjon av denne nevrotransmitteren antas å være en av årsakene til depresjon (Lingjærde & Aarre, 2015).

4.2 Behandlingsmetoder.

”Målet med behandling av depresjon skal være frihet fra depressive symptomer samt å hjelpe pasienten til å vinne tilbake full funksjon sosialt og yrkesmessig” (Helsedirektoratet, 2009, s. 49). Ettersom årsaksforholdene til depresjon er sammensatte, vil det være naturlig å tilby pasienten ulike kombinasjoner av behandlingsformer (Snoek & Engedal, 2008). Ved første forekomst av alvorlig depresjon hos en pasient anbefales en kombinasjon av medikamentell behandling med antidepressive legemidler og strukturert psykologisk behandling. Uansett valg av terapiform eller legemiddelbehandling er det viktig å ta hensyn til pasientens og eventuelt pårørendes ønsker (Helsedirektoratet, 2009; Snoek & Engedal, 2008).

4.2.1 Psykologiske tilnæringsmetoder.

Det finnes flere strukturerte psykologiske tilnæringer som kan være effektive i behandlingen av moderat til alvorlig depresjon. Her trekkes spesielt kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi med målrettet aktivisering og interpersonlig terapi frem. Kognitiv atferdsterapi har som mål å bevisstgjøre pasienten på sammenhengen mellom tanker, handlinger og følelser

og dermed endre negative tankemønstre som bidrar til å opprettholde depresjonen (Helsedirektoratet, 2009; Snoek & Engedal, 2008). *”En viktig side med målrettet aktivisering er å begrense tiden som brukes til gjentakende og demoraliserende grubling”* (Helsedirektoratet, 2009, s. 38). Ved interpersonlig terapi fokuseres det på pasientens relasjoner til andre mennesker, der en ønsker å identifisere ubearbeidede tapsopplevelser som skilsmisse, konflikter med pårørende og rolleoverganger, og hjelpe pasienten med å løse disse problemene (Helsedirektoratet, 2009). Familie- eller parterapi kan være hensiktsmessig i tilfeller der depresjonen opprettholdes av familiære konflikter eller i tilfeller der pasientens depresjon skaper store ringvirkninger i familien (Snoek & Engedal, 2008). Slike psykologiske tilnæringsmetoder forutsetter at det er et velfungerende tverrfaglig samarbeid mellom de ulike profesjonene, og sykepleieren har en vesentlig rolle i dette samarbeidet (Hummelvoll, 2012).

4.2.2 Medikamentell behandling.

Ettersom det er påvist lave nivåer av serotonin og noradrenalin i visse områder av hjernen hos mennesker med depresjon, kan det å øke nivåene av transmittersubstansene i synapsene mellom nervecellene i hjernen øke stemningsleiet. Det er på denne måten de fleste antidepressive legemidlene virker (Lingjærde & Aarre, 2015; Spigset, 2011). Selektive serotoninopptakshemmere (SSRI) er også kjent på folkemunne som ”lykkepiller”. Dette er den legemiddelgruppen som benyttes oftest i behandlingen av depresjoner, og står for hoveddelen av det totale forbruket av antidepressive legemidler (Spigset, 2011). Trisykliske antidepressiva (TCA) ble mye brukt i behandlingen av depresjon tidligere, men er i dag normalt ikke førstevalg i behandlingen da det er svært toksisk ved overdose (Spigset, 2011).

Sykepleieren har et ansvar for å informere pasienten om de legemidlene som blir gitt, herunder hensikt, hvordan de skal tas, virkning og mulige bivirkninger (Bielecki & Børdahl, 2011). Dette er blant annet nedfelt i Pasientrettighetslovens § 3-2 som knytter seg til rett til informasjon om helsehjelp (pbrl, 1999, § 3-2). Psykologiske faktorer spiller en rolle for virkningen av legemidler, og i følge Lingjærde og Aarre (2015) er pasientmedvirkning det viktigste tiltaket for å sikre at behandlingen gjennomføres. Ved bruk av antidepressiva må pasienten bli forklart at *”bedringen kommer langsomt og gradvis, slik at det ikke forventes*

noen merkbar forandring før det har gått en uke – i beste fall” (Lingjærde & Aarre, 2015, s. 43). På en annen side vil bivirkningene komme raskt, men vil etter hvert avta. Slik brukermedvirkning og informasjon vil kunne unngå unødige bekymringer hos pasienten (Lingjærde & Aarre, 2015).

5.0 SELVMORD OG SELVMORDSFOREBYGGING

I følge Ekeberg (2016) kommer selvmord sjelden som lyn fra klar himmel, men snarere som følge av en prosess. I det følgende vil vi utdype mer om selvmord som prosess, hvorfor noen mennesker velger å ta sitt eget liv samt beskyttende og forebyggende faktorer.

5.1 Selvmord som prosess.

En selvmordsprosess betegnes som den mentale utviklingen som finner sted fra selvmordstankene oppstår til selve handlingen utføres (Vråle, 2009). Selvmordsprosessen kan ofte knyttes tilbake til tidligere opplevelser i livet der negative hendelser kan være uheldige for personlighetsutviklingen og dermed disponere for senere psykisk lidelse (Retterstøl et al., 2002). Å oppleve omsorgssvikt eller overgrep kan bli starten på en prosess der det blir vanskelig å skape gode og trygge relasjoner. Av dette kan det oppstå en følelsesmessig og sosial usikkerhet og ustabilitet, som i sin tur kan føre til en krise som kan utløse et selvmordsforsøk (Retterstøl et al., 2002).

Selvmordsprosessen kan også beskrives ut fra tre faser, utarbeidet av den østerrikske selvmordsforskeren Erwin Ringel (1976). Han kaller dette det presuicidale syndrom. Den første fasen kaller han *innsnevring og isolasjon* som er preget av passivitet, idéløshet og resignasjon. Personens oppfatning av omverden blir mer og mer ensidig og innsnevring i den menneskelige kontakten gjør at personen søker å unngå andre og dermed isolerer seg selv (Ringel, 1976). Andre fase kaller han *aggresjon* der aggresjonen er rettet mot en selv eller andre nære personer i form av anklagelser. I noen tilfeller kan denne fasen gå over i en rolig og avklart fase, der alt fokus rettes mot planlegging av selvmordet. Når valget om å forlate livet er tatt kan energien som frigjøres gi en følelse av kontroll. Dette er en fase som ofte mistolkes som en forbedring og dermed først forstås i ettertid (Ringel, 1976). I den tredje fasen *flukt fra virkeligheten* preges personen av dagdrømmer og fantasier der personen føler seg elsket og betydningsfull. Fantasiene kan også dreie seg om selve selvmordshandlingen, hvor prosessen til slutt avsluttes med døden (Ringel, 1976).

Vråle (2009) hevder at dersom en klarer å se selvmord som en prosess og vite om hvilke kjennetegn som kan tyde på at en person går igjennom en slik prosess åpnes muligheter for å

gripe inn på et tidlig tidspunkt. *”En selvmordsprosess må ikke nødvendigvis ende i selvmordsforsøk og selvmord. Dersom man kan identifisere og forstå tegnene underveis, er det gode muligheter for å stoppe prosessen og igjen få pasienten til å vende oppmerksomheten mot livet”* (Vråle, 2009, s. 34).

5.2 Når selvmord blir en mulig løsning: årsaker og beskyttende faktorer.

”Selvmord er ofte et resultat av et komplekst samspill mellom en rekke risikofaktorer og belastende livshendelser” (Helsedirektoratet, 2014, s. 12).

Selvmord må forstås ut fra en rekke sammensatte forhold. Ut fra Retterstøl et al. (2002) sin forståelse av selvmordsprosessen kan sårbarheten for selvmord i noen tilfeller forklares ut fra medfødte eller tidligere psykologiske forhold som aggressivitet, impulsivitet eller følelsesmessig ustabilitet (Helsedirektoratet, 2014; Retterstøl et al., 2002). Kjønn og alder spiller også en rolle når det gjelder økt risiko for selvmordsatferd. Det er flere menn enn kvinner som dør ved selvmord og raten er 3-4 ganger høyere hos menn. Selvmordsraten for kvinner er høyest i aldersgruppen 45-64 år, mens den for menn er lik i aldersgruppene over 25 år (Folkehelseinstituttet, 2015).

Det er alltid mer enn én risikofaktor tilstede ved et selvmord og disse risikofaktorene kan deles inn i tre hovedgrupper; biologiske, psykiske og psykososiale (Ekeberg, 2016). Lavt nivå av serotonin i sentralnervesystemet er forbundet med aggressiv og impulsiv atferd samt selvmordsforsøk og selvmord, og er derfor en biologisk risikofaktor for selvmord. Målinger av dette krever invasiv metode og er ikke en rutine i vanlig klinisk praksis (Ekeberg, 2016; Helsedirektoratet, 2014). Psykiske risikofaktorer knytter seg til psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelse, bipolar lidelse og særlig affektive lidelser. Som tidligere nevnt kan symptomer ved alvorlig depresjon være tomhetsfølelse, håpløshet og tanker eller planer om å utføre selvmord (Ekeberg, 2016).

Tidligere selvmordsforsøk regnes som en av de viktigste risikofaktorene for selvmord. Å skulle forklare selvmord med psykisk lidelse som eneste årsak er ikke tilstrekkelig og derfor må selvmordsatferd ses i lys av både individ og livshendelser (Helsedirektoratet, 2014).

Utløsende årsaker knytter seg ofte til kriser som *”kjennetegnes ved at det foreligger en ny situasjon, hvor viktige verdier trues, og vanlige mestringsmetoder ikke er tilstrekkelige eller blir overbelastet”* (Ekeberg, 2016, s. 34).

Krenkelse fra nære mennesker og ensomhet kan forbindes med tap av selvfølelse og være en utløsende årsak til selvmord. Følelsen av å ikke strekke til i livet kan påføre psykiske smerter og hos enkelte mennesker være den største drivkraften til selvmordsatferd, også der det ikke foreligger noen underliggende psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2014; Ekeberg, 2016).

Belastende livshendelser som familieproblemer, vansker i kjærlighetsforhold og andre hendelser som kan føles uløselige kan føre til en opplevelse av skam, skyld, psykisk smerte, manglende evne til å kontrollere følelser og gi en følelse av håpløshet – som igjen kan føre til økt risiko for selvmordsatferd. Svært belastende hendelser som seksuelle overgrep og annen fysisk eller psykisk mishandling kan føre til mer emosjonell avflatning, mer håpløshet og et større ønske om å skulle gjøre slutt på livet (Håkonsen, 2014). Sosial støtte, personlighet samt tidligere erfaringer er med på å avgjøre i hvilken grad en belastende livshendelse oppleves som vanskelig og uoverkommelig (Håkonsen, 2014). Mangel på støtte og tilhørighet til familie, venner, kolleger eller lokalsamfunn er en viktig risikofaktor for selvmord (Helsedirektoratet, 2014). Av andre mennesker kan man få trøst og omsorg, sympati og råd, og sosial støtte gjør det derfor lettere å kunne mestre store belastninger (Håkonsen, 2014). Personlige egenskaper som optimisme og personlig kontroll, som har betydning for hvordan man opplever og reagerer på ulike hendelser, kan bidra til at man selv kan iverksette endringer dersom noe oppleves som utilfredsstillende. Personer med negative erfaringer om at det for eksempel ikke nytter å kjempe imot når man møter motgang vil kunne ha vansker med å overvinne håpløsheten. En selvmordstruet person er som regel alltid preget av håpløshet (Håkonsen, 2014).

Sosiologen Aaron Antonovsky undersøkte hva som gjør at noen mennesker klarer seg bra til tross for store belastninger. Han peker på at en opplevelse av at livet er betydnings- og meningsfylt og at man opplever kontroll over eget liv og har ressurser i seg selv til å møte utfordringer er grunnlaget for meningen man skaper med sitt eget liv. I tillegg vil det å ha en følelse av at det er verdt å engasjere seg i utfordringene man møter være grunnlaget for å mestre vanskeligheter (gjengitt etter Håkonsen, 2014). I sine verk tar Antonovsky også opp

begrepet *opplevelse av sammenheng (sense of coherence)*. Dette innebærer at alle de stressfaktorer og belastninger man opplever settes i en sammenheng slik at de senere kan benyttes som motstandsressurser for å mestre belastende hendelser i livet (Antonovsky, 2012).

5.3 Forebygging av selvmord.

I følge Helsedirektoratet (2008) viser erfaring at mennesker med selvmordstanker eller -planer ikke alltid forteller om dette spontant. Et viktig aspekt i arbeidet med å forebygge selvmord er derfor å sette helsepersonell i stand til å oppdage selvmordsrisiko.

”Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon” (Helsedirektoratet, 2008, s. 14). De nasjonale faglige retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern skiller mellom *kartlegging* og *vurdering* av selvmordsrisiko. Kartlegging innebærer å spørre alle pasienter som søker hjelp i psykisk helsevern om hvorvidt de har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort et selvmordsforsøk (Helsedirektoratet, 2008). En slik kartlegging bør gjøres av helsepersonell som har fått opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko, og som vurderes som kvalifisert i henhold til Helsepersonellovens krav om forsvarlighet (hpl, 1999, § 2-4). Om kartleggingen viser at pasienten er selvmordstruet, skal det gjøres en mer omfattende vurdering. En slik vurdering omfatter både person, situasjon og tidsperiode, og helsepersonell som utfører en slik vurdering må ha tilstrekkelig kompetanse (Helsedirektoratet, 2008). Helsedirektoratet (2008) anbefaler som et utgangspunkt at lege eller psykolog, med bakgrunn i sin utdanning, foretar en slik vurdering. Når det gjelder spørsmål om annet helsepersonell, for eksempel sykepleier, kan foreta en slik vurdering vil det bero på en vurdering av deres reelle faglige kvalifikasjoner.

Hvis en person, etter omfattende kartlegging og selvmordsrisikovurdering, er vurdert til å være i en akutt livstruende selvmordskrise vil det kunne settes vedtak om kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon (Vråle, 2009). Kontinuerlig observasjon handler om at noen er sammen med pasienten gjennom hele døgnet i alle situasjoner og at omgivelsene er så trygge som mulig for å hindre selvskade. Intervallobservasjon innebærer at et bestemt personale har ansvar for hyppig tilsyn av pasienten (Vråle, 2009). Disse tiltakene skal sikre

pasientens liv og helse og kan samtidig gi grunnlag for å skape en terapeutisk allianse mellom pasient og sykepleier. Dette gjøres gjennom invitasjon til samtale om viktige temaer og gjennom personlig engasjement, vilje til å by på seg selv og omsorg fra sykepleierens side (Vråle, 2009).

Etter erfaring fra psykiatrisk praksis har vi sett at sykepleieren er en av de som står pasienten nærmest i det daglige og er den som har mest løpende kontakt med pasienten. Da sykepleieren i utgangspunktet ikke har et selvstendig, endelig ansvar for å vurdere selvmordsrisiko, er det likevel en viktig sykepleieoppgave å kunne foreta en foreløpig kartlegging av om pasienten bør bli vurdert av lege eller psykolog. Sykepleierens ansvar for å identifisere tegn på forverring av tilstand er derfor viktig for å kunne sikre tidlig intervensjon og helsehjelp (Ekeberg & Dieserud, 2016).

6.0 SYKEPLEIERENS ROLLE I FOREBYGGING AV SELVMORD HOS PASIENTER MED ALVORLIG DEPRESSIV LIDELSE

Sentralt i psykiatrisk sykepleie står det å søke å forstå pasientens aktuelle situasjon ut fra pasientens perspektiv, og det å få frem deres subjektive, levde erfaring med en lidelse. *”Det er nettopp denne levde erfaringen som representerer virkeligheten for vedkommende”* og må gi utgangspunkt for en individuell og tilpasset sykepleie (Hummelvoll, 2012, s. 32). Som tidligere nevnt står sykepleieren i en strategisk posisjon når det gjelder å forebygge selvmord. I en psykiatrisk avdeling eller institusjon deler sykepleieren mye av pasientens hverdag, noe som gir mulighet for å danne en sterk og tillitsfull relasjon som det kan bygges videre på (Hummelvoll, 2012). I denne delen av oppgaven vil vi besvare problemstillingen i lys av funn fra fag- og forskningslitteratur.

6.1 Den gode relasjonens betydning.

I møte med selvmordsnære mennesker med alvorlig depressiv lidelse vil det å danne en nær relasjon til pasienten, basert på dens individuelle behov, være et svært betydningsfullt grunnlag for den videre sykepleien (Travelbee, 1999). Helsedirektoratet (2009) vektlegger også relasjonen mellom pasient og sykepleier, der dannelsen av et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet som oppmuntrer til et målrettet samarbeid er viktig. Dannelsen av denne relasjonen, et menneske-til-menneske forhold, oppstår ikke av seg selv, men bygges opp dag for dag gjennom samhandling med pasienten (Travelbee, 1999).

Ettersom depresjon ikke bare er en personlig erfaring, men også et mellommenneskelig fenomen, vil samarbeidet med deprimerte pasienter være en utfordring. Personen kan ha en tendens til å isolere seg og si lite, og for sykepleieren kan det oppleves vanskelig å samarbeide med en person som ikke er i stand til å gi et positivt gjensvar. Tilnærmingen bør derfor være preget av tålmodighet, varme, aksept og kunnskap om depresjonens kjennetegn og sykdomsbilde (Hummelvoll, 2012). Til tross for pasientens nedsatte evne til positiv respons vil det være av stor betydning at sykepleieren tilbringer tid med pasienten. På denne måten kan sykepleieren vise at pasienten oppfattes som en verdifull person (Hummelvoll, 2012).

I det første møtet med det selvmordsnære mennesket bør sykepleieren nullstille seg ved å legge egen forforståelse og egne fordommer til side. I starten av relasjonsdannelsen vil det å lytte til pasientens historie, samtidig som man gir tid og rom, legge til rette for at pasienten kan komme frem som person. Dermed kan man bli kjent med det unike ved denne personen (Hummelvoll, 2012). Hvert individ reagerer på påkjenninger på ulike måter, og dersom sykepleieren ikke har innsikt i hvordan den enkelte er vant med å takle slike påkjenninger og oppfører seg under vanskeligheter, vil sykepleieren i følge Travelbee (1999) ikke kunne gi meningsfylt hjelp. For å kunne søke å forstå den andres opplevelse av sin situasjon, kreves det empati. Empati kan i følge Hummelvoll (2012) beskrives som å oppfatte mest mulig presist den andres subjektive verden med dens emosjonelle komponenter og meninger, som om man var den andre personen. Dette blir beskrevet som det ideelle, men *”i virkeligheten vil det aldri være mulig å sette foten på det stedet pasienten okkuperer. Det stedet er allerede opptatt av den andre”* (Hummelvoll, 2012, s. 423).

Cutcliffe & Barker (2002) legger også vekt på dannelsen av den gode relasjonen. De trekker frem to interpersonlige prosesser som ser ut til å være spesielt relevante i omsorgen for det selvmordsnære mennesket. Dette er det de kaller *”engagement”* og *”inspiring hope”*, der *”engagement”* innebærer å danne et menneske-til-menneske forhold, formidle aksept og toleranse samt å lytte og forstå. De hevder videre at andre intervensjoner som tilbys selvmordsnære mennesker må ha bakgrunn i nettopp denne relasjonen. *”This relationship not only serves as the grounding for other interventions, but is a powerful intervention in itself”* (Cutcliffe & Barker, 2002). I likhet med Hummelvoll (2012) mener Cutcliffe & Barker (2002) at denne relasjonen kan formidle at sykepleieren oppriktig bryr seg om pasienten og at hans eller hennes liv har verdi. De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern peker lite på den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient (Helsedirektoratet, 2009). I en kritikk mot retningslinjene trekkes det frem at muligheten for å se enkeltindividet drukner i de standardiserte risikobaserte vurderingene som vektlegges og derfor kan ha uheldige konsekvenser for klinisk praksis. Forfatterne hevder videre at kommunikasjon som verktøy vil være bedre egnet til å fange opp subjektive meninger rundt pasientens opplevelse av suicidalitet (Hjelmeland, Hagen & Knizek, 2014). Det kan altså se ut til at et av hovedelementene i dannelsen av relasjonen mellom pasient og sykepleier i stor grad knytter seg mer til hvordan sykepleieren er, i motsetning til hva som gjøres. Cutcliffe &

Barker (2002) sier at å bli møtt med negative holdninger, forakt og mangel på forståelse vil kunne forsterke den allerede eksisterende følelsen av håpløshet og verdiløshet som førte til pasientens suicidale atferd i utgangspunktet. Funn fra Vatne & Nåden (2014) viste imidlertid at det å bli møtt av helsepersonell som viste respekt, ga deltakerne en følelse av å være likeverdig og at sykepleieren og pasienten var sammen om dette, var viktig for å styrke ønsket om å leve videre. Dersom sykepleieren er bevisst på å bruke seg selv terapeutisk kan sykepleieren evne å skape forandring som lindrer pasientens plager (Travelbee, 1999). I Ringel (1976) sin forståelse av selvmordsprosessen trekkes som tidligere beskrevet innsnevring og isolasjon, aggresjon og flukt fra virkeligheten frem som prinsipielle komponenter. Ved å bli kjent med pasienten og ha en forståelse av selvmord som prosess kan sykepleieren gjennom samtale og observasjon lettere forstå og fange opp signaler som kan tyde på at pasienten går igjennom en slik prosess (Retterstøl et. al, 2002).

6.2 Den gode samtals betydning.

Mye av det psykiatriske arbeidet med denne pasientgruppen knytter seg til bruk av samtaler - både spontane og avtalte. Det er gjennom disse samtalerne man lærer hverandre å kjenne (Hummelvoll, 2012). Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren søke å få informasjon om hvordan sykdomserfaringen fremstår for pasienten, og oppleve og respondere på det unike ved akkurat denne pasienten (Travelbee, 1999). Gjennom vår erfaring i psykiatrisk praksis har vi opplevd at det kan være vanskelig å vite hva man skal snakke med pasientene om, og at man ofte ønsker å fylle stillheten som oppstår. Hva skal man snakke om og hvor dypt skal man gå uten å skape en ubehagelig situasjon, der en føler at en mangler konstruktive svar som kan være til hjelp for den andre? Hummelvoll (2012) sier at stillheten kan brukes som en pause som gir begge parter tid til å tenke over hva som er sagt og få kjenne på følelsene samtals tema bringer. Videre sier han at det er en vanlig misoppfatning at psykiatriske pasienter må møtes på en spesiell måte, der samtalen ikke har verdi med mindre den dreier seg om pasientens problemer. Dybden i samtalen vil komme som følge av kontakt og tillit, når pasienten selv føler tiden er moden (Hummelvoll, 2012). Dette poengterer Travelbees (1999) utsagn om at relasjonen må bygges opp dag for dag, og kan også fremheve hvorfor en terapeutisk relasjon er så viktig.

”En pasient med selvmordsproblemer beveger seg i spenningspunktet mellom liv og død” (Vråle, 2009, s. 108). I noen tilfeller kan det være livreddende å fjerne fokuset fra døden, men på en annen side kan det være nødvendig å snakke om selvmordstankene og døden. Vi må tørre å se det, høre det og snakke om det (Vråle, 2009). Dette kan være spørsmål som ”hvordan alvorlige er tankene?” og ”har du noen konkrete planer om hvordan du skal ta livet ditt?”. Ved å snakke åpent om dette vil sykepleieren vise vilje til å arbeide med pasientens selvdestruktivitet (Hummelvoll, 2012). I lys av Antonovskys (2012) tenkning kan det å minne den alvorlig deprimerte pasienten på deres egne ressurser være nødvendig for å få pasienten til å selv gjenfinne sine egne styrker og til å reflektere over tidligere erfaringer. I følge Helsedirektoratet (2009) kan man stille spørsmål som; ”hva er dine sterke sider?” og ”når du har lyktes å overkomme problemer før, hva gjorde du og hvilke sider av deg viste seg å være viktige?”. Ved å gjøre dette kan pasienten være bedre rustet til å takle nåværende og fremtidige belastende hendelser. Å lære av tidligere erfaringer kan altså skape motstandsdyktighet i møte med nye situasjoner (Antonovsky, 2012).

6.3 Å styrke håp om morgendagen.

”Hva skal til for å få mot og lyst til å leve?” er et spørsmål det rettes oppmerksomhet mot for å kunne møte pasienten med bevisst og tydelig holdning (Vråle, 2009, s. 52).

Rustøen (2001) sier at man trenger håp for at livet skal oppleves som godt å leve. Håpet gir oss styrke til å mestre vanskelige situasjoner, tap, tragedier, nederlag, ensomhet og lidelse og gir oss evnen til å løse hindringene vi møter. Alt vi gjør er i forskjellige grader basert på håp, og uten håp blir det i følge Rustøen (2001) meningsløst å foreta seg noe som helst. Luo et al. (2015) trekker frem at det er få studier som har undersøkt hvorvidt håp kan fungere som en beskyttende faktor mot selvmord. Studien er i følge forfatterne den første som har sett nærmere på hvilken rolle håp har i overgangen fra selvmordstanker til selvmordsforsøk. De benyttet fire ulike spørreskjemaer; Beck depression inventory, Snyder hope scale, Reasons for living inventory og Adult suicidal ideation questionnaire. Forfatterne undersøkte deretter sammenhengen mellom de ulike komponentene fra spørreskjemaene der analyse av resultatene viste at håp kan fungere som en beskyttende faktor hos selvmordsnære med depresjon, og dermed forhindre at selvmordstanker utvikler seg til handling (Luo et al., 2015).

Ettersom sykepleierens rolle i møtet med selvmordsnære mennesker som opplever håpløshet, er å hjelpe pasienten med å gjenvinne håpet, er det av stor betydning å vite hvordan sykepleieren faktisk gjør dette (Travelbee, 1999).

Cutcliffe & Barker (2002) legger i likhet med Vråle (2009) vekt på at det å inspirere til håp må gjøres på en diskret og subtil måte. Ved å ta utgangspunkt i den enkeltes identitet og opplevelse av mening og håp, kan sykepleieren få en mer personsentrert forståelse av selvmordsproblemet. Det kreves derfor at sykepleieren evner å være personlig (Vråle, 2009). Å skulle klare å inspirere pasienten til å gjenvinne håp ser ut til å være nært knyttet sammen med ulike kvaliteter hos sykepleieren og hvordan sykepleieren bevisst bruker disse både i omgivelsene og i møtet med pasienten (Cutcliffe & Barker, 2002). Sykepleieren er en viktig del av pasientens miljø og dersom sykepleieren *”virker uinteressert og lite empatisk, kan det oppfattes dit hen at pasientens situasjon er håpløs og ikke verdt videre innsats. Er hun derimot engasjert og medfølende kan engasjementet smitte over på andre. Dette kan gi nye krefter og aktivisere håp”* (Rustøen, 2001, s. 101). Dette understøttes også av Travelbee (1999) som vektlegger at holdninger som trygghet, tillit, forventninger til fremtiden, utholdenhet og mot kan bidra til håp. I studien til Vatne & Nåden (2016) kom det frem at det å bli møtt av helsepersonell som viser sympati og forstår pasienten gjennom både kroppsspråket og det verbale, inspirerte pasientene til et videre håp. Som sykepleier kan det derfor se ut til at å være oppmerksom på egne holdninger og væremåte i møte med disse pasientene er av stor betydning for å fremme håp. *”The nurse inspires hope by what she is more than what she does. . . It is a salutary effect on the patient from the fact that it is an expression of the nurse’s caring.”* (Cutcliffe & Barker, 2002).

Håp kan videre knyttes til forventninger og mål, der håp kan karakteriseres som en fornemmelse av det mulige (Travelbee, 1999). Luo et al. (2015) sier at håp er forankret i et mål, og når man er motivert til å oppnå noe vil en føle seg selvsikker og full av forventninger til fremtiden. Som nevnt tidligere kan det å sette store fremtidige mål ofte bli for omfattende i møte med alvorlig deprimerte pasienter. Håp er en god forventning når det er knyttet til mål som det er mulig å oppnå med det motet og de ressursene man har (Vråle, 2009).

Målene som settes kan derfor innebære så lite som håpet om god natts søvn eller en god samtale med et familiemedlem. Rustøen (2001) sier at *”håpet er viktig om det er ”stort” eller*

”lite”, kort- eller langsiktig” (Rustøen, 2001, s. 53). Dersom man setter for høye og langsiktige mål kan det føre til motløshet og oppgitthet hos pasienten. Luo et al. (2015) benytter begrepet ”goal blockages” der de trekker frem at mennesker som stadig møter hindringer på veien mot å nå et mål til slutt vil miste håpet. Sykepleierens oppgave blir derfor å legge til rette for at den deprimerte pasienten får gjenvunnet det som tidligere opplevdes som meningsbærende (Hummelvoll, 2012). For eksempel kan et mål om å holde seg i live til datterens bursdag både gi en følelse av håp fordi man betyr noe for andre og også forpliktelse til den man har satt målene sammen med. I studien til Vatne & Nåden (2014) ble familieforhold spesielt vektlagt som en beskyttende faktor mot selvmord, der en av deltakerne forklarte at forståelsen av å være ansvarlig for en annens liv (sin datter) klarte å vekke han fra det han beskrev som en nær komatøs tilstand.

6.4 Betydningen av støtte og tilhørighet.

Helsedirektoratet (2014) skriver at mangel på støtte og tilhørighet kan være en risikofaktor for selvmord. Det kan derfor se ut til at å ha tilknytning til andre kan være en viktig beskyttende faktor for å forebygge selvmord og for å gjenvinne eller opprettholde håpet. Ved å la familie og venner besøke den syke kan sykepleieren påminne pasienten om at han eller hun er viktig og betydningsfull (Rustøen, 2001). Deprimerte pasienter har ofte et stort behov for nærhet, respekt og fortrolighet i forhold til de som står den nær (Hummelvoll, 2012). Ettersom en depresjon kan føre til at pasienten trekker seg tilbake fra familie og venner vil en viktig sykepleieoppgave derfor være å invitere pårørende til samtale og samarbeid (Hummelvoll, 2012). En forutsetning for dette samarbeidet er at de pårørende får tilstrekkelig informasjon (Vråle, 2009). Dette knytter seg spesielt til informasjon om lidelsen, dens uttrykk og hvordan de pårørende kan bidra til å støtte pasienten gjennom depresjonen (Hummelvoll, 2012). På en annen side kan samspillet i en familie være destruktivt og være årsak til belastende livshendelser som har ført pasienten inn i den alvorlige depresjonen. Det vil da stilles store krav til den som skal få til et konstruktivt arbeid. Samarbeid med pårørende kan ikke skje etter en oppskrift, men må vurderes i hvert enkelt tilfelle (Vråle, 2009). Funn fra Vatne & Nåden (2014) viste at flere av deltakerne i studien anså opplevelsen av å bety noe for noen som spesielt viktig i en selvmordskrise. Å føle tilhørighet til andre ble for mange av deltakerne beskrevet som et vendepunkt som styrket ønsket om å holde seg i live.

At familien viste bekymring, stilte spørsmål og var tilgjengelig ble beskrevet som en viktig kilde til støtte. Samtidig beskrev en av deltakerne denne typen omsorg som spesielt utfordrende; *”Mum worries so much [...] on the other hand it’s alright that they are informed about the situation, but then they get stressed about it, and I don’t like to be a burden on them”* (Vatne & Nåden, 2014, s. 301). I tilfeller der familiære relasjoner var begrensede eller ustabile var forhold til venner spesielt viktig for å styrke håpet (Vatne & Nåden, 2014).

6.5 Betydningen av tid og avtaler.

En metode som er mye benyttet i det selvmordsforebyggende arbeidet er bruk av skriftlige kontrakter eller muntlige avtaler. Samarbeid og en terapeutisk allianse mellom pasient og sykepleier er i seg selv en viktig beskyttelse for selvmord, og en avtale eller kontrakt vil fungere som en forsterkning eller støtte til dette terapeutiske forholdet (Vråle, 2009). I Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern trekkes det frem at elementer som det å vurdere selvmordsrisiko sammen med pasienten, ha en avtale om hva man gjør hvis pasienten ikke møter til planlagt tid, eller hvordan pasienten kan beskytte seg dersom selvmordsfaren akutt øker kan være innholdet i slike skriftlige kontrakter eller muntlige avtaler (Helsedirektoratet, 2008). Det å skulle skrive en kontrakt kan for noen gi en avstand til det daglige strevet, noe som kan gi pasienten rom for bevisstgjøring og refleksjon over det som er vanskelig. I tillegg kan det fungere som en konkret huskeliste for samtaler i en prosess. For andre vil det være nok med muntlig avtale (Vråle, 2009). Vråle (2009) trekker frem et eksempel der en pasient viste til *”betydningen av å ha tatt terapeuten i hånden og lovet å ikke skade seg under en behandlingsperiode, både fordi selve det å holde en avtale var viktig, men også av hensyn til terapeuten”* (Vråle, 2009, s. 83). I May Vatnes kvalitative studie (1998) viser hun til kontrakter som et samarbeidsprosjekt der det er en gjensidig forpliktelse om et samarbeid om selvmordsproblemet og hvor pasienten avtaler å ikke ta sitt eget liv i en bestemt periode.

Å skulle avgrense tidsperspektivet og gjennom avtaler og kortsiktige mål få en oversikt over de neste timene, døgnet eller dagene kan være livreddende for den selvmordsnære pasienten. Disse avtalene trenger ikke nødvendigvis å dreie seg direkte om å ikke ta livet sitt, men som å skulle lage en avtale med sykepleieren om en god frokost neste dag (Vråle, 2009).

Å ha klare gjøremål for den nærmeste tiden vil kunne minne pasienten på at det finnes muligheter i tiden en har foran seg, samtidig som gjøremålene er mulig å nå innen kort tid (Rustøen, 2001). Gjennom prosessen med forarbeid, utarbeidelse og oppfølging av kontrakten kan også det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient styrkes slik at det åpner for en direkte dialog om pasientens selvmordsproblemer (Vatne, 1998). Kontrakten kan beskrives som *”noe konkret å møtes på; en slags omvei å gå for å komme inn i et vanskelig landskap”* (Vatne, 1998, s. 135).

Funn fra studien utført av Davis, Williams & Hays (2002) viste at deltakerne var generelt positive til bruk av skriftlige avtaler om å ikke begå selvmord. Imidlertid viste resultatene at deltakerne med flere tidligere selvmordsforsøk ikke anså disse avtalene som like terapeutisk som de med ingen eller ett tidligere forsøk. Forfatterne forklarer dette med at pasienter som har forsøkt å ta sitt eget liv flere ganger opplever en mer alvorlig psykopatologi, mer håpløshet og har nedsatt evne til problemløsning (David, Williams & Hays, 2002). På en annen side viste en fagartikkel utarbeidet av Puskar & Urda (2011) fra USA, hvor hensikten var å vurdere effekten av verbale og skriftlige avtaler om å ikke utføre selvmord, at disse avtalene hadde liten selvmordsforebyggende effekt. Det pekes på at det kan være vanskelig for pasienten å inngå en slik avtale og å være åpen om sine innerste tanker med en sykepleier en ikke nødvendigvis har en tillitsfull relasjon med. I tilfellene hvor disse avtalene kunne være effektive var det allerede etablert en terapeutisk allianse mellom pasient og sykepleier (Puskar & Urda, 2011). Puskar & Urda foreslår at det er viktig å se på andre strategier enn å bruke konkrete avtaler om å ikke skulle ta sitt eget liv for å forebygge selvmord hos pasienter i psykiatriske sykehusavdelinger eller institusjoner. Vråle (2009) skriver at denne metoden med bruk av avtaler og kontrakter kan kritiseres med at det ikke er mulig å garantere at et menneske ikke skal ta livet sitt og at avtalene dermed kan bli en falsk trygghet.

6.6 Sykepleierens observasjonsansvar.

”Når depresjonen svinger, øker ofte initiativet og handlekraften før pasienten har fått tilbake livsmotet. I denne fasen er faren for at pasienten skal ta sitt eget liv, særlig stor” (Snoek & Engedal, 2008, s. 86).

Ved en alvorlig depresjon kan drifter og impulser være så undertrykte at den motoriske aktiviteten vil stoppe opp. Pasienter med depressive lidelser vil spesielt være i risikozonen for å gjennomføre et selvmord når personen er på vei ut av depresjonen fordi energien og evnen til å gjennomføre handlingen da er tilstede (Hummelvoll, 2012). Vurdering av selvmordsrisiko er en av de vanskeligste oppgavene helsepersonell står ovenfor, og en slik kartlegging og vurdering vil være spesielt viktig i tilfeller der spørsmål om mulig permisjon kan innvilges (Ekeberg, 2016). Det finnes eksempler der det er begått selvmord under helgepermisjoner, hvor dårlig selvmordsrisikovurdering i forkant, mangelfull oppfølging, sikring og tilsyn trekkes frem som mulige årsaker (Bergaplass, 2014). Seniorrådgiver og spesialist i psykiatri Unni Rønneberg i Statens helsetilsyn sier i en artikkel at spørsmål om suicidalitet alltid må stilles, og at man ikke skal slå seg til ro med at pasienten benekter slike tanker eller planer. Det må gjøres en kartlegging av risikofaktorer og beskyttende faktorer og veie disse opp mot hverandre. Hun sier at pasienten er mest sårbar i en overgangsfase – når pasienten flyttes fra en avdeling til en annen eller skal på permisjon (Nilssen & Svendsen, 2012). I følge Ekeberg (2016) så man tidligere et symptombilde hvor pasienter kunne ta sitt eget liv i perioder hvor depresjonen var i bedring. Det var en oppfatning av at *“den kroppslige hemningen løsnet før den psykiske, slik at pasienten ble i stand til å ta livet sitt, noe vedkommende ikke hadde hatt energi til i en dårligere fase”* (Ekeberg, 2016, s. 30). Dette var et kjent symptombilde før da psykiatrien var preget av lange innleggelsesperioder og mye passivitet. Selv om dette var en kjent del av det kliniske bildet tidligere, skal man fortsatt være spesielt oppmerksom i bedringsfasen og ikke avslutte oppfølgingen for tidlig, da det kan ta lang tid å komme ut av en dyp depresjon (Ekeberg, 2016).

Vråle (2009) sier at de fleste som jobber med selvmordsnære mennesker over en lengre periode vil utvikle en intuitiv evne til å vurdere selvmordsfare. Denne evnen er ikke nevnt som ledd i kvalitetsbeskrivelser for hva som skal inngå i en selvmordsvurdering, men brukes likevel (Vråle, 2009). Den intuitive evnen beskrives ofte som en magefølelse der man merker kroppslig hvordan noe er eller ikke er. Dette kan vise seg gjennom unnvikende blikkontakt og en væremåte som kan beskrives som manglende tilknytning (Vråle, 2009). Man kan stille spørsmål ved om noen av de uønskede hendelsene ved selvmord i psykiatrien skyldes at den intuitive evnen har fått en for stor rolle i forhold til andre kunnskapsformer og metoder som benyttes ved vurdering av selvmordsfare (Bergaplass, 2014). Det har vært flere tilsynssaker

der svikt i selve selvmordsvurderingen har ført til uønskede hendelser som selvmordsforsøk eller selvmord. I flere saker har risikovurderingen blitt gjort av personale som ikke har fått tilstrekkelig opplæring i kartlegging og vurdering (Nilssen & Svendsen, 2012). Det er derfor av stor betydning at sykepleieren er oppmerksom på egen evne til å vurdere selvmordsrisiko og handler etter Helsepersonellovens krav om forsvarlighet (hpl § 2-4, 1999).

Ettersom behandling med antidepressive legemidler er en vesentlig del av behandlingstilbudet for alvorlig deprimerte pasienter, ønsker vi å trekke frem sykepleierens observasjonsansvar i forhold til dette (Ekeberg, 2016). Behandling med antidepressive legemidler kan være forbundet med økt forekomst av selvmordstanker og selvmordsforsøk hos voksne, spesielt i de første ukene (Helsedirektoratet, 2009). I følge Felleskatalogen oppfordres det til at pasienter som står på Cipralex, som er blant de mest brukte SSRI-preparatene i Norge, skal følges nøye opp i perioden frem til klinisk effekt oppstår (Felleskatalogen, 2013; Reseptregisteret, 2017). Det pekes også på at generell klinisk erfaring viser at risikoen for selvmord kan øke også i de første fasene av bedringen (Felleskatalogen, 2013). Da sykepleieren har et faglig ansvar med å observere virkning og bivirkning krever det kunnskap om de legemidlene man administrerer. Evnen til korrekte observasjoner om legemidlets virkning på pasienten er helt avgjørende for at behandlingen skal være vellykket (Børdahl & Bielecki, 2011).

Studien til Jick et al. (2004) fra Storbritannia viser at det kan være økt fare for selvmord den første måneden etter oppstart med antidepressive legemidler. Dette gjaldt særlig de første ni dagene med behandling (Jick et al., 2004). Likevel er det solid evidens for at antidepressive legemidler bør benyttes ved alvorlig depresjon og selvmordsfare (Ekeberg, 2016). Jick et al. (2004) oppgir et spesifikt tidsaspekt som kan tolkes som en periode der en bør være ekstra oppmerksom. Dette bør likevel ikke overstyre at sykepleieren bør være oppmerksom gjennom hele behandlingsløpet, og det er av stor betydning at pasienten informeres om mulige bivirkninger og at de oppfordres til å ta kontakt med lege dersom de skulle oppleve økt uro eller påtrengende selvmordstanker (Helsedirektoratet, 2009). Hos den alvorlig deprimerte pasienten kan kommunikasjonsevnen være så betydelig redusert at en tilstand av tilnærmet stumhet kan inntre (Hummelvoll, 2012). Slik vi forstår det bør man derfor ikke forvente at pasienten tar kontakt på egenhånd, og i en psykiatrisk sykehusavdeling eller institusjon vil det

derfor være en viktig sykepleieroppgave å observere pasienten. Sykepleieren bør her både bruke sitt kliniske blikk og kommunikasjonsevner.

6.7 Etske og juridiske aspekter.

”En grunnnorm i helsetjenesten er at sykepleie og behandling skal bygge på respekt for pasientens rett til autonomi og integritet” og dette fremstår som de grunnleggende verdiene i helseetikken (Hummelvoll, 2012, s. 85). Når vi snakker om pasienters rettigheter legges det vekt på både det som allment forstås som å ivareta et menneskes verdighet i tillegg til de rettighetene som er nedfelt i lover og forskrifter for å skulle sikre en god behandling (Hummelvoll, 2012).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier følgende; *”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet”* (Norsk sykepleierforbund, 2011). Gjennom Helsepersonelloven er sykepleieren forpliktet til å gi den helsehjelpen de evner når hjelpen er nødvendig og har på den måten forpliktelse til å redde liv (hpl § 2-7, 1999). På en annen side sier Pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten har rett til medvirkning og gjennom denne loven skal den enkelte pasients integritet sikres (pbrl § 3-1, 1999). Mange av menneskene som sykepleieren møter i psykisk helsearbeid kan oppleve at sin autonomi er begrenset, og derfor blir det viktig at helsepersonellet bistår slik at denne rettigheten blir ivaretatt (Hummelvoll, 2012). Pasientens stemme og vilje skal i størst grad råde over dens liv – så hvorfor skal ikke pasienten få ta sitt eget liv når han selv vil det? Det blir et spørsmål om å ivareta integritet og gi pasienten et selvstendig ansvar eller å beskytte pasientens liv (Vråle, 2009). I arbeid med selvmordsnære mennesker møter man situasjoner preget av etiske dilemmaer og problematiske utfordringer som sykepleieren må forholde seg til og bør reflektere over. Det finnes ingen løsning på det etiske dilemmaet i møte med de selvmordsnære menneskene, hvor man må sette et verdisett opp mot et annet, men det krever en kritisk refleksjon for å kunne håndtere det (Hummelvoll, 2012).

Videre vil en bevissthet rundt egne verdier og standpunkter hos sykepleieren være vesentlig for å kunne møte pasienten med respekt for deres integritet og hjelpe pasienten frem mot egne livsverdier (Vråle, 2009). Å reflektere over vanskelige spørsmål er ikke kun nødvendig for

sykepleieren, men også for pasienten selv. Ved at pasienten og sykepleieren sammen kjenner på og reflekterer over de dilemmaene et selvmord kan medføre, kan man ta sikte på å øke bevissthet og selvrefleksjon hos pasienten (Vråle, 2009). I dette møtet må sykepleieren være selvavgrenset, som i følge Vråle (2009) betyr å sortere ut hva som er ens egne og hva som er andres holdninger, slik at pasientens egne moralske anliggender kommer til uttrykk.

7.0 AVSLUTNING

I denne oppgaven har vi sett på sykepleierens rolle i det selvmordsforebyggende arbeidet hos pasienter med alvorlig depressiv lidelse. Depresjon er en av de lidelsene som fører til størst tap av livskvalitet, og en alvorlig depressiv lidelse kan blant annet føre til redusert selvtillit og selvfølelse, skyldfølelse og verdiløshet. Disse menneskene opplever ofte en forvridd virkelighetsoppfatning, bunnløs tomhet og en sterk håpløshet der all tro om en bedre fremtid har forsvunnet. I depresjonens alvorligste form er det derfor en stor fare for at pasienten har tanker eller planer om å ta sitt eget liv.

Ut fra denne litteraturstudien kommer det frem at dannelsen av en god og tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier utgjør et viktig grunnlag for den videre sykepleien. Gjennom å opparbeide seg tillit hos pasienten kan sykepleieren gjennom samtale søke å forstå hvordan lidelsen oppleves hos akkurat den pasienten. Videre vil sykepleierens holdninger og væremåte i møte med den selvmordsnære være viktig både for å skape en god terapeutisk relasjon og for å styrke håpet om å leve videre. Å begrense tidsaspektet og sette kortsiktige mål basert på pasientens ressurser kan bidra til at pasienten velger å holde seg i live én dag til. Bruk av kontrakter og avtaler, både små og store, kan gi pasienten tro på at det ligger muligheter i fremtiden. Våre funn viser at støtte og tilhørighet oppleves som viktig i en selvmordskrise, og sykepleieren bør derfor legge til rette for samarbeid med pasientens nettverk. Tiltakene beskrevet tar bevisst sikte på å trekke frem det som tidligere ga mening og håp for akkurat den pasienten. Sykepleieren må være oppmerksom på egen observasjonsevne når det gjelder kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, og har et vesentlig faglig ansvar for å sikre vellykket legemiddelbehandling gjennom observasjon av virkning og bivirkning.

Arbeid med selvmordsnære mennesker er utfordrende og medfører flere etiske situasjoner det er nødvendig å reflektere over. Det har vært utfordrende å finne oppdatert forskning som legger vekt på sykepleierens rolle i møte med det selvmordsnære mennesket, og det kan derfor synes som det trengs mer forskning på akkurat dette. Avslutningsvis ønsker vi å konkludere med at sykepleieren må arbeide med å forstå det selvmordsnære mennesket, og gi tid, rom og innhold i hverdagen til disse menneskene. Vi må våge å ta tak i det som er vondt og vi må våge å se det.

LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bergaplass H. (2014, 13. november). Flest selvmord i psykiatrien på fredager. *Drammens tidende nyheter*. Hentet fra <https://www.dt.no/nyheter/nyheter/flest-selvmord-i-psykiatrien-pa-fredager/s/2-2.1748-1.8652875>
- Bielecki, T. & Børdahl, B. (2011). *Legemiddelhåndtering* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brenne, M. L. (2016, 5. september). Den viktige åpenheten om psykisk helse. *VG meninger*. Hentet fra <http://www.vg.no/nyheter/meninger/psykisk-helse/den-viktige-aapenheten-om-psykisk-helse/a/23783657/>
- ClipArt Best Holding Hands. [Bilde] (udatert). Hentet fra: <http://www.clipartbest.com/clipart-yTk6zkL4c>
- Cutcliffe, J. R. & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for engagement and inspiring hope or observations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 611-621. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00515x
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davis, S. E, Williams, I. S., & Hays, L. W. (2002). Psychiatric inpatients' perceptions of written no-suicide agreements: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 51-66. doi:10.1521/suli.32.1.51.22180
- Ekeberg, Ø. (2016). Vurdering av selvmordsrisiko. I Ø. Ekeberg & E. Hem (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 117-134). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ekeberg, Ø. & Dieserud, G. (2016). Behandling og oppfølging. I Ø. Ekeberg & E. Hem (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 135-160). Oslo: Gyldendal akademisk.

Felleskatalogen. (2013). Cipralex. Hentet 4. april 2017 fra <http://www.felleskatalogen.no/medisin/cipralex-lundbeck-547489>

Folkehelseinstituttet. (2015). Selvmord og selvmordsforsøk i Norge. Hentet 24. mars 2017 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/selvord-og-selvordsforsok-i-norge/#stabile-selvordstall>

Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Veileder IS-1511/2008). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvord-i-psykisk-helsevern>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (Veileder IS-1561/2009). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (Veileder IS-2182/2014) Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf

Helsedirektoratet. (2016). Metoder og verktøy. Hentet 27. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hjelmeland, H., Hagen, J. & Knizek L. B. (2014). Selvmordsforebygging i psykisk helsevern – på tide å tenke nytt? *Tidsskr Nor Legeforen*, 12, 134:1222. doi:10.4045/tidsskr.14.0479
- Hjortdal, O. & Breinholt, T. (Produsent). (2014, udatert). *Skuggesida av antidepressiva* [TV-program]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/program/KOID35004714/skuggesida-av-antidepressiva>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- ICD-10. (1999). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jick, H., Kaye J. A. & Jick, S. S. (2004). Antidepressants and the Risk of Suicidal Behaviors. *JAMA*, 292 (3), 338-343. doi:10.1001/jama.292.3.338
- Lingjærde, O. & Aarre, T. F. (2015). *Psykofarmaka. Medikamentell behandling av psykiske lidelser* (6. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Luo, X., Wang, Q., Wang X. & Cai T. (2016). Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 16, 252. doi: 10.1186/s12888-016-0960-0
- Nilssen, D. & Svendsen, S. H. (2012, 11. juli). Dette går ofte galt i psykiatri – selvmord. *VG forbruker*. Hentet fra <http://www.vg.no/forbruker/helse/psykisk-helse/dette-gaar-ofte-galt-i-psykiatri-selvmord/a/10066141/>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 2. mai 2017 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Puskar, K. & Urda, B. (2011). Examining the Efficacy of No-Suicide Contracts in Inpatient Psychiatric Settings: Implications for Psychiatric Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 785-788. doi:10.3109/01612840.2011.599476.
- Reseptregisteret. (2017). Statistikk fra reseptregisteret. Hentet 4. april 2017 fra <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ringel, E. (1976). The Presuicidal Syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6(3), 131–149. doi:10.1111/j.1943-278X.1976.tb00328.x
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe.
- Spigset, O. (2011). Legemidler ved psykiske sykdommer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg.). (s. 217-232). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, M. (1998). *Kontrakten som samarbeidsprosjekt*. (Hovedoppgave til hovedfagseksamen i helsefag). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Vatne M. & Nåden D. (2014). Crucial resources to strengthen the desire to live: Experiences of suicidal patients. *Nursing ethics*. 23(3), 294-307. doi:10.1177/0969733014562990

Vatne, M., & Nåden, D. (2016). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicide patients. *Nursing Ethics*, 1-14. doi:10.1177/0969733016658794

Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

World Health Organization. (2017). Suicide. Hentet 27.april 2017 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>