

SPL 3901
Bacheloroppgave
Litteraturstudie

06HBSPLH
Gruppe 645

Tema: Selvmordsforsøk

**Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe den selvmordstruede
pasienten til å ville leve?**



Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie
Mai 2009
Antall ord: 10402

Vi vil gjerne takke alle som har hjulpet oss i vårt arbeid med oppgaven, spesielt de vi møtte i vår hospiteringspraksis.

Ensomheten

Hvert sekund er en evighet

Og tiden er selve ensomheten

Jeg sitter her, lammet og teller sekunder

Den stjeler av livet mitt, men jeg klarer ikke bry meg om det nå

Ensomheten forteller meg iallfall at jeg er i live enda

(G.R 2005)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Innledning og problemstilling.....	5
1.2 Avgrensning av oppgaven.....	6
2.0 Valg av metode	6
2.1 Kilde kritikk.....	7
3.0 Teoridel	7
3.1 Case.....	7
3.2 Sykepleieteori.....	8
3.2.1 Joyce Travelbee.....	8
3.2.2 Katie Eriksson	9
3.3 Fakta om selvmord	10
3.3.1 Selvmord - Hvordan forstå fenomenet.....	10
3.3.2 Kjennetegn ved det selvmordstruede mennesket...	12
3.4 Etikk.....	13
3.4.1 Yrkesetikk.....	13
3.4.2 Noen etiske utfordringer.....	14
3.5 Møtet med pasienten.....	15
3.5.1 Å være hjelper for et selvmordstruet menneske.....	15
3.5.2 Depresjon og sorg.....	16
3.5.3 Katie Eriksson om lidelse.....	17
3.5.4 Joyce Travelbee om håp.....	18
3.5.5 Kommunikasjon og allianse.....	19
3.5.6 Selvbilde og skam.....	20
3.5.7 Ambivalens.....	20
3.5.8 Mestring og forsvarsmekanismer.....	21
3.5.9 Trygghet.....	22
4.0 Drøftingsdel	24
4.1 Det teoretiske grunnlaget og begrunnelse for valg av teori...	24
4.2 Etikk – Sykepleiers grunnlag.....	25

4.3 Hva gjør at noen ønsker å dø? Vil de egentlig dø?.....	26
4.4 Hva var målet med vår pasient sitt selvmordsforsøk?.....	28
4.4.1 Pasientens ambivalens.....	29
4.4.2 Sorg og depresjon.....	30
4.4.3 Å føle seg usynlig.....	31
4.5 Hva skaper pasienten sitt dårlige selvbilde?.....	32
4.5.1 Håp og lidelse.....	33
4.5.2 Mestring og forsvarsmekanismer.....	33
4.5.3 Kommunikasjon.....	35
4.5.4 Trygghet.....	36
5.0 Konklusjon.....	37
6.0 Etterord.....	39
7.0 Litteraturliste.....	40
8.0 Vedlegg.....	41
8.1 Vedlegg 1- Referat fra samtale med barnevernspedagog på Ungdomskontakten.....	41
8.2 Vedlegg 2 - Referat fra samtale med Enhet for Selvmord og Sorgstøtte (ESS) v/ helsesøster.....	43

1.0 Innledning

1.1 Innledning og problemstilling

Selv mord krever mange liv hvert år. I 2007 var det registrert ca 480 selvmord i Norge, og selvmordsforsøkene er trolig over ti ganger så hyppig, samtidig som mørketallene antas å være store. Dette er et alvorlig tema som berører mange mennesker i en eller annen form. Likevel er temaet svært tabubelagt, og med tanke på hyppigheten av selvmord er det et paradoks at det ikke er større åpenhet om emnet. Som forskningsobjekt er selvmord et utfordrende område, da man ikke har mulighet til å spørre den avdøde om bakgrunnen for selvmordet. Da man ikke har tilgang på konkret data, kan man bare anta årsaken (<http://www.selvmord.no>).

Som helsepersonell er det stor sjanse for at vi vil komme til å møte disse pasientene. Vi har valgt å skrive om den selvmordstruede pasienten fordi vi synes det er et viktig og utfordrende tema. Målet med oppgaven er å ufarliggjøre dette tabubelagte emnet og skape åpenhet og innsikt gjennom å belyse det medmenneskelige aspektet.

Med bakgrunn i dette har vi valgt følgende problemstilling;

Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe den selvmordstruede pasienten til å ville leve?

As professional nurses, how can we manage to help the suicidal patient to choose life and go on living?

1.2 Avgrensning av oppgaven

På grunn av oppgavens omfang har vi sett oss nødt til å gjøre en del begrensninger. Det finnes uendelig mye stoff om emnet; teori, forskning, statistikker, faglitteratur samt skjønnlitteratur. Vi har måttet være svært selektive for å holde oss innen retningslinjene for oppgavens omfang. Vi har likevel prøvd å begrunne våre begrensninger og valg av stoff på best mulig måte.

Når vi i oppgaven bruker *pasienten* eller *jenta*, mener vi pasienten vi møtte i vår hospiteringspraksis. I tillegg til å bruke begrepet *pasient*, bruker vi også *selvmordstruet menneske* og *suicidal person*. Dette har vi i hovedsak gjort for å få litt variasjon i språket. Når vi snakker om *hjelper* mener vi *sykepleier*.

Vi velger å fokusere på møte med mennesket i seg selv, og utelukker derfor medikamentell behandling på tross av at vi ser dette som en del av helheten for å kunne hjelpe pasienten best mulig. Vi utelukker også sykepleieprosessen, da vi ser på dette som en selvfølge at sykepleier bruker denne prosessen i sitt arbeid, og fordi vi allerede har foretatt en datasamling da vi bruker case som utgangspunkt for oppgaven. Vi har utelukket individuell plan og andre tiltak som handler om oppfølging av pasienten. Vi ser på dette som en viktig og helt nødvendig faktor i behandlingen, men har sett oss nødt til å utelukke dette på grunn av oppgavens omfang. Vi fokuserer på den valgte casen og møte med pasienten innlagt i sykehus. Vi mener at mye av det som kan hjelpe pasienten til å ville leve også bør skje på utsiden av sykehuset fordi det er her pasienten etter hvert skal møte hverdagen igjen.

2.0 Valg av metode

I Dalland blir metode definert slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2007, s. 81).

Metoden vi har valgt å bruke i oppgaven er basert på litteraturstudie. En slik studie innebærer systematisk og kritisk granskning av aktuell litteratur som kan bidra til å belyse en problemstilling. I følge Dalland skal en litterær studie drøfte problemstillingen opp mot allerede eksisterende litteratur. Vi valgte denne metoden på grunn av tidsbegrensningen vi har hatt i tid om omfang. I tillegg var det i vår interesse å tilegne oss mer teoretisk kunnskap om temaet vi valgte, og litteraturstudie ble dermed naturlig for oss.

I oppgaven har vi brukt både pensumlitteratur og annen litteratur vi føler har vært relevant for vår oppgave. En del av vår selvvalgte litteratur, er tips vi fikk i vår hospiteringspraksis. I tillegg har vi brukt erfaringer fra praksisen og koblet teori opp i mot dette.

2.1 Kildekritikk

Kildekritikk er den metoden som brukes for å fastslå om en kilde er sann (Dalland 2007, s. 64). En litteraturstudie krever at man ser kritisk på det andre har skrevet. I vår oppgave har vi brukt mest primærkilder, men også noen sekundærkilder. Siden vi for det meste har brukt forfatterens egne bøker må man kunne si at kildene er sanne. I oppgaven har vi blant annet brukt teori av Lars Mehlum. Han er psykiater og en av Norges fremste når det gjelder forskning på selvmord. Han er også leder av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (SSFF) (www.selvmord.no) Således kan man si at kildene er ganske sikre.

3.0 Teoridel

3.1 Case

I denne oppgaven har vi anonymisert pasienten med tanke på taushetsplikten. Vi har valgt å gjøre om på pasientens alder, og vi sier ingenting om hvilket sykehus hun har vært innlagt på.

Pasienten er en jente i begynnelsen av tyveårene, som ble frivillig innlagt på psykiatrisk avdeling for et suicidforsøk. Pasienten har en kjent depresjon, som hun ikke ønsker medikamentell behandling for.

Pasienten har hatt en problematisk barndom. Hun forteller om mobbing, og hun har isolert seg på grunn av dette. Hun har utviklet dårlig selvbilde og hun forteller at hun sliter med å stole på folk. Videre forteller hun at far er alkoholmisbruker, og har vært det siden mor døde i selvmord da hun var barn. Hun har stort sett måttet klare seg selv, og det har vært hennes ansvar å ta vare på far når han er ruset.

Hun uttrykker depressive tanker og har en stor følelse av likegyldighet, håpløshet og fortvilelse. Hun synes livet er slitsomt og hun er lei av stadig å bli skuffet. Hun varslet selv om suicidforsøket. Hun er ambivalent og sier at hun er skamfull for å ha overlevd og brydd andre, samtidig som hun er glad for endelig å få hjelp.

Pasienten bor fremdeles hjemme sammen med sin far. Hun forteller at hun har lyst til å flytte men sier det er vanskelig å forlate han. Hun føler fremdeles ansvar for han, men har vanskeligheter med å mestre situasjonen rundt han og hans rusmisbruk.

3.2 Sykepleieteori

I denne oppgaven har vi valgt å ta utgangspunkt i to sykepleieteoretikere vi føler er relevante for problemstillingen og oppgaven vår, Joyce Travelbee og Katie Eriksson. Det kunne ha vært både spennende og utfordrende å ha trukket inn flere sykepleieteoretikere, men på grunn av oppgavens omfang har vi valgt å konsentrere oss om disse to.

3.2.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i New Orleans, USA, i 1926.

Hun har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og retter spesielt oppmerksomheten i sin sykepleietenkning mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien.

Hennes bok, *Interpersonal Aspects of Nursing*, kom ut første gang i 1966. Travelbee hevder at sykepleier må ha en forståelse av hva som skjer i møte med pasienten, hvordan interaksjonen kan oppleves, og hvilke konsekvenser denne kan ha for pasienten og hans tilstand. Hennes ideer er sammenfattet i hennes definisjon av sykepleie:

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

(Travelbee, 1997, s.7).

Teoriens viktigste begreper er mennesket som individ, lidelse, mening, kommunikasjon og mellommenneskelige forhold. Det innebærer at den profesjonelle sykepleier bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienten og de pårørende. Travelbee forholder seg til ethvert menneske som et unikt individ. Hun understreker at menneske har en tilbøyelighet og evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte. Fordi en slik mening vil være individuell og personlig, kan sykdom og lidelse derfor gi mennesket en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling (Kristoffersen, 2000, s. 405–407).

3.2.2 Katie Eriksson

Katie Eriksson er en finsk sykepleier født i 1943. Hun har skrevet flere bøker, blant annet *”Introduktion til vårdvetenskap”* (1983) og *”Den lidande människan”* (1994). Hun skriver om barmhjertelighet og nestekjærlighet, og har sitt utgangspunkt i det kristne trosbegrepet. Hun mener at tro og håp er drivkraften i omsorg. Omsorgsyrket beskrives også som et kall (Kristoffersen 2006, bind 4, s.52-59, s.88-90).

Eriksson er opptatt av hvordan mennesker forholder seg til seg selv og andre. Mennesket har en bevissthet og en selvbevissthet, som danner den indre virkeligheten som aldri fullt ut kan forstås av andre. Dette beskrives som det konkrete og abstrakte andre, som skaper livsvilje og er det primære begjæret hos et menneske (ibid).

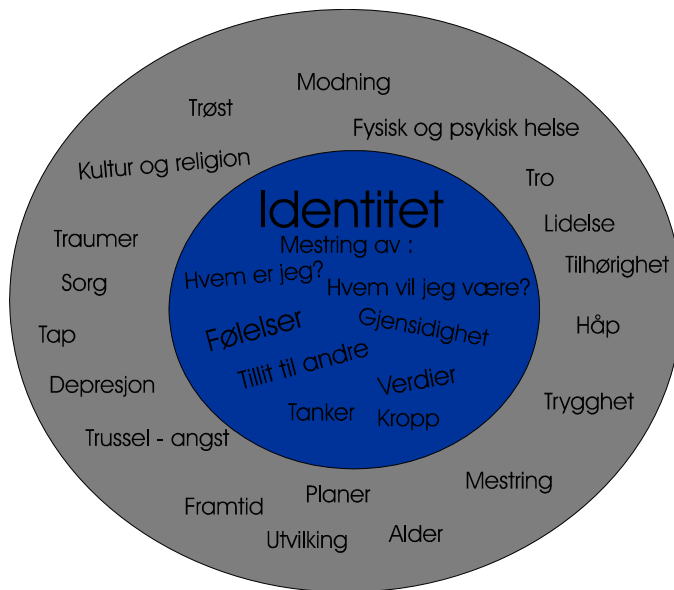
Mennesket beskrives også som dobbelt. Det ønsker å være unikt og realisere seg selv, samtidig som det passer inn i helheten og blir bekreftet for dets eksistens. Eriksson beskriver behov som en drivkraft, men ikke nødvendigvis en drivkraft som skaper utvikling. Begjær derimot, vil øke så fort det aktiveres. Håp, ønsker og lengsel vil være drivkraft for utvikling og vekst. Det samme vil bekreftelse fra andre være, da det gir styrke og mot. Disse faktorene gir mennesket noe å strekke seg etter, noe utenfor seg selv som hun beskriver som det kosmiske livssyn. Hun mener at det krever mot å være menneske. Hennes omsorgsteori baserer seg på at sykepleiere skal støtte oppunder den naturlige omsorgen pasienten har (Kristoffersen 2006, bind 4, s.52-59, s.88-90).

3.3 Fakta om selvmord

For å få en forståelse av hvor sammensatt selvmord er føler vi det er viktig å kjenne til noen av faktorene som går igjen i teorien. Vi mener at denne teorien er viktig for å kunne forstå pasienten best mulig, og utøve god sykepleie.

3.3.1 Selvmord – hvordan forstå fenomenet

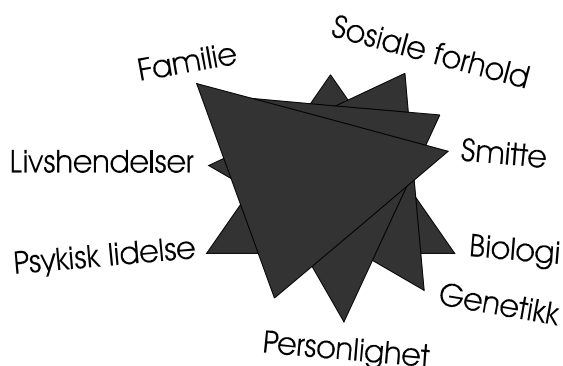
Årsakene til et selvmord beskrives som multifaktorelle, og i de aller fleste tilfeller er det mer enn en faktor som er i ubalanse. Det kan være faktorer som er direkte eller indirekte selvmordstruende. Alle faktorene påvirker hverandre, og det viktige blir å se helhetsperspektivet (Mehlum 1999, s.58). Vråle (2004) ser på mennesket som sammensatt og helhetlig. Hvert enkelt selvmordstruet menneske må møtes individuelt. Hun beskriver et individuelt helhetsperspektiv på denne måten.



(Vråle 2004, s.32).

Identiteten er sammensatt. Christoffersen (2005) mener at et individ har behov for å være seg selv, og at det kun er i et fellesskap med andre mennesker at dette kan skje. Individet trenger annerkjennelse og bekreftelse fra andre, samtidig som det har behov for at sin egen godkjennelse skal kunne annerkjenne andre på samme måte (Christoffersen 2005, s.101-103).

Figuren vi har laget ut i fra Vråle (2004) sin tolkning av helhetsprespektivet fokuserer mest på individet, mens den vi har valgt å hente fra Mehlum (1999), illustrerer årsakeforholdene til selvmord satt i sammenheng med flere ytre faktorer;



(Figur hentet fra Mehlum 1999, s.59).

Noen sosiale faktorer som påvirker mennesket er fellesskap, tilhørighet, kultur, og press. Arv kan være en genetisk faktor for overføring av psykisk lidelse, samtidig som dette kan påvirkes av sosiale eller psykologiske risikomekanismer. Livshendelser og påkjenninger i livet er en annen faktor, så vel som smitteeffekt (Mehlum 1999, s.58-78). Ut i fra denne figuren ser man at *identiteten* påvirkes av *helheten*, og at disse to figurene former mennesket i sin væremåte.

3.3.2 Kjennetegn ved det selvmordstruede mennesket

Det finnes noen fellestrekk hos selvmordstruede mennesker.

I Lars Mehlum sin bok "Tilbake til livet" blir selvmord sett på som en morderisk reaksjon, innadrettet raseri og en selvstraff. Dette kommer hos noen som et svar på tap og skuffelser, og en reaksjon av forstyrret sorgarbeid. Tap av menneskelige relasjoner eller krenkelser, fysisk eller psykisk, kan være med å plassere mennesker i risikozonen for suicid, eller utløse selvmordstanker. Selvmord beskrives også som en måte å gjenvinne kontroll over livet på (Mehlum 1999, s.67).

Det selvmordstruede mennesket beskrives som både lidende og ambivalent. Hvis suicidforsøk eller suicid skjer i forbindelse med en konflikt kan målet like gjerne være å "drepe" situasjonen, som å drepe seg selv (Kringlen 2006, s.369). Det er ikke nødvendigvis et mål å dø, men det må forandring til for at en skal orke å leve videre. Ambivalensen beskrives som et spill. Den suicidale kan tenke at livet er verdt å leve hvis jeg blir funnet i tide. Eller at hvis "jeg" ikke blir funnet så er ikke livet verdt å leve. Uansett utfall på situasjonen så vinner pasienten. Enten fordi pasienten oppnår døden eller oppnår å bli funnet (Hoff 1986 s.192-195).

Edwin Shneidman (1986) er en kjent amerikansk suicidolog som forklarer selvmord med kognitiv teori. Han mener at selvmordshandlinger er resultat av en krisetilstand med uutholdelig smerte og lidelse. De kognitive prosessene preges av fastlåste tankemønstre med feilpersepsjon og feiltolkninger. Håpløshet og negative tanker om framtiden gjør at individet mister sin mestringsevne og går inn i en ond sirkel preget av

lidelse. Shneidman (1986) mener at mangelfull mestring sammen med livsbelastninger øker sjansen for å bli suicidal. Mange suicidale får også en dikotom tenkning der alt er svart hvitt, eller alt eller ingenting. Denne reduserte kontrollen over livet skaper suicidalitet (Mehlum 1999, s.69).

Vråle (2004) mener at det selvmordstruede mennesket har behov for å utvikle større selvstendighet og øke selvbilde gjennom å mestre. Hun mener det er en fin balansegang mellom det å være et selvstendig individ og det å motta omsorg. I akutte selvmordskriser vil mange ha behov for å bli tatt vare på og slippe å ha ansvar (Vråle 2004, s.15).

For barn som har opplevd omsorgssvikt kan man ofte se at den aggresjonen som ikke har fått utløp mot omsorgspersoner i barndommen, rettes innad og skaper selvmordsrisiko. Her er det snakk om selvstraff eller straff mot omgivelsene.

”Nå må dere iallfall se meg, selv om dere aldri har gjort det før...” (Vråle 2004, s.33). Andre kjente fellestrekk kan være konflikter, kriser, tap og sorg. Store omveltninger i livet kan gjøre at problemer hopper seg opp, og terskelen til selvmord senkes etter hvert som lidelsen øker (Vråle 2004, s.38).

3.4 Etikk

I møte med selvmordstruede mennesker dukker det opp en del etiske spørsmål. Vi har valgt å ta med etikk fordi vi mener at dette er noe sykepleier bør ha et avklart forhold til, for å kunne være en god hjelper for det selvmordstruede mennesket.

3.4.1 Yrkesetikk

Profesjons/ yrkesetikk er et annet begrep som bør nevnes. Profesjon er en utdanning som personen skaffer seg. Studiet er langvarig og innehar krav til studenten. Man skal oppnå resultater og vise til at en er kvalifisert til å utøve yrket. Dette gjelder både kunnskaper og holdninger til andre mennesker (Christoffersen 2005, s.10). Det er personlig kompetanse.

Profesjonsetikken styres igjen av yrkesetiske retningslinjer. Dette blir sykepleiers *plikt-etikk*.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det:

Sykepleieren skal i all sin tjeneste ta utgangspunkt i respekt for livet og det enkeltes menneskets egenverd

(Vråle, 2004, s. 43).

En utfordring i yrkesetikken kan være at vi på den ene siden skal bevare liv, samtidig som vi skal ha respekt for pasientens verdier, ønsker og autonomi. Pasienter har både rett til og behov for å bestemme over eget liv (Vråle 2004, s.43).

3.4.2 Noen etiske utfordringer

Personlige etiske standpunkt bør være avklart før en møter selvmordstruede mennesker. Vråle (2004) påpeker at uavklarte holdninger kan gjøre både pasienten og hjelper motløse (Vråle 2004, s.40-42). En får heller ikke vært en god hjelper i en akutt selvmordskrise hvis disse etiske holdepunktene ikke er avklart på forhånd (Vivat 2001, s.82). Mehlum (1999) beskriver en ambivalens hos hjelper som et problem da dette kan fremme dødsprosessen hos pasienten (Mehlum 1999, s.172-173).

Vråle (2004) påpeker spesielt to spørsmål som utfordrer sykepleier i møte med disse pasientene. Det ene er *om mennesker har rett til å ta sitt eget liv?* Og det andre er *hvilken plikt og rett vi har til å hindre at pasienten tar sitt eget liv?* Flere suicidale uttrykker en oppfatning om at de har rett til å bestemme om de vil leve eller dø. Vråle (2004) påpeker at man bør ansvarliggjøre pasienten. Dette kan skape refleksjon og ny innsikt (Vråle 2004, s.46-47).

3.5 Møtet med pasienten

For å utøve god sykepleie til selvmordstruede mennesker mener vi det er viktig å vite noe om hvordan man skal møte disse pasientene. Vi vil begynne dette kapitlet med å si litt om dette, før vi går videre på aktuelle temaer knyttet til vår pasient.

3.5.1 Å være hjelper for et selvmordstruet menneske

Et menneske i selvmordskrise preges som regel av mye skam, skyld og lavt selvbilde. Det er en sammensatt situasjon hvor pasienten kan føle seg hjelpesløs og ”naken”, og ofte vil ikke pasienten bry andre med sine problemer. I noen tilfeller kan man se at pasienten er avventende og på vakt i forhold til hjelperen. Pasienten har kanskje hatt negative erfaringer med hjelpeapparatet i fortiden, og pasienten kan være svært følsom for avvisning. Fordømmende eller overstyrende reaksjoner hos hjelper, kan skape en sperre hos pasienten som gjør at vi ikke oppnår full tillitt. Slike negative erfaringer kan skape tilbaketrekning.

Hjelper må vise pasienten at en *ønsker å forstå*, og at en har *tid*. Mehlum (1999) mener at det første møtet bør finne sted så fort det er somatisk forsvarlig. I starten er pasienten motivert for å motta hjelp, og kan gi en realistisk fremstilling av hva som førte til selvmordsforsøket. Dersom det går for lang tid før dette skjer er det fare for at pasienten lukker seg (Mehlum 1999, s.140-143).

I det videre arbeidet med pasienten mener Mehlum det er noen viktige spørsmål å få svar på;

- Hvorfor ble det gjort et selvmordsforsøk? Årsak, utløsende faktor og motiv.
- Hvilke problemer har pasienten å stri med?
- Er pasienten fortsatt suicidal?
- Hvilke tiltak kan iverksettes, og hvor mottagelig og motivert er pasienten for denne hjelpen?
- Hvilke indre og ytre ressurser har pasienten? (Mehlum 1999, s.144-145).

Alle mennesker trenger å være selvstendige, samtidig som de trenger å passe inn i et fellesskap. Den selvmordstruede pasienten kan slite med selvdestruktiv adferd, og for stor avhengighet. Vråle (2004) mener at sykepleiers rolle blir både å avlaste pasienten for ansvar, og gi rom til å gjenvinne selvstendighet i andre perioder. Denne balansen beskrives som vanskelig. Autonomi beskrives som å være noe positivt for pasientene, men akkurat i en selvmordskrise kan det være behov for at sykepleier setter klare grenser (Vråle 2004, s.16-17). I Kristoffersen (2006) blir det sagt at sykepleier må fungere som livselsker for den suicidal pasienten.

3.5.2 Depresjon og sorg

Blant de ulike psykiske problemområdene er det depresjon som skaper den største faren for selvmord. Faren er størst før depresjonen når sitt dypeste, og på vei ut av depresjonen. Dette forklares med at pasienten i begge disse perioder har en aktiv fase. Inngangen og utgangen til depresjonen blir derfor ansett som farlige tidspunkt som krever god kontroll og god omsorg for pasienten (Vråle 2004, s.35).

Ofte kan det være vanskelig å skille mellom depresjon og sorg. Den depressive grunnstemningen preges av fortvilelse og pessimisme. Pasientene opptrer ofte tause og innesluttede, og kan synes at kontakt med andre mennesker er vanskelig. Lavt selvbilde har en helt sentral plass i depresjonen. Ofte vil også den deprimerte pasienten få ”bekreftet” et slikt lavt selvbilde gjennom måten han oppfatter verden på. Pasienten kan bli ensidig opptatt av andres mennesker avvisning og uvennlighet, og overser dermed andres omsorg og vennlighet (Kringlen 2005, s.338).

Depresjon krever ofte medikamentell behandling. I tillegg brukes også kognitiv terapi. Slik terapi tar sikte på å fjerne negative tanker, eller utfordre disse tankene ved å se på alternativer til tankemønstrene (Kringlen 2005, s.446-448).

Tap, nedsatt vitalitet, mangel på livslyst og fortvilelse preger både depresjon og sorg. Det kan ofte føles som om smerten og tristheten ingen ende vil ta, og begge har vansker med å interessere seg for det som skjer rundt dem (Hummelvoll, 2005, s.172).

Likevel, mener Hummelvoll, er det forskjell på sorg og depresjon. En person som mister et menneske han har hatt nær, vil oppleve sorg. Videre hevder han at for å kunne frigjøre seg fra denne nære og uavbrutte tilknytningen, og for på nytt kunne involvere seg i andre mennesker og livet, er sorgen helt nødvendig. Men sorgarbeidet krever både tid og krefter, samtidig som det fører med seg mye smerte. Dersom man ikke får gjennomarbeidet tapet tilstrekkelig kan sorgarbeidet "låse seg fast", og dette, mener Hummelvoll, kan videre føre til depresjon. Et annet moment som skiller sorg fra depresjon er innslaget av skyldfølelse og selvbebreidelse. Den *sørgende* vil som oftest ikke preges av dette. Hos den *deprimerte* derimot, vil disse to følelsene være fremtredende. Videre vet som oftest den sørgende hvorfor han sørger, mens den deprimerte vil ha mer uklare forestillinger om hvorfor han føler seg så trist (Hummelvoll, 2005, s.172).

3.5.3 Katie Eriksson om lidelse

"Lidelsen kan gi helsen en mening, samt frarøve den all sin mening"
(Eriksson 1993, s.52).

Eriksson beskriver lidelsen som individuell, og en kamp mellom det onde og gode, lidelse og lyst. Som om både djevelen og gud, kjærlighet og hat sitter rundt samme bord. Lidelse og lyst, liv og død utgjør kjernen i mennesket. Uten denne kampen ville livet vært frarøvet sin helthet. Hun sier også at lidelsen må ha en mening, når livet har det. Lidelsen beskrives som en dødskamp som kan skape forandring, omdanning eller oppløsning. Begrepene smerte, sorg, skyld, ensomhet, håpløshet, og manglende verdighet er noe av innholdet i lidelsen. Og hvis et menneske ikke bekreftes for det indivet det er, vil manglende egenverd skape lidelse hinsides en annen verden. Å ikke bli sett beskrives som den største lidelsen av alle (Eriksson 1993, s.13-18).

Hun sier videre at det krever mot å være menneske, og at å leve er det samme som å velge lidelsen. Lidelse er noe de fleste mennesker møter gjennom livet, noe som er med å utvikle oss som individer. Hun mener at det ikke nytter å bedøve seg fra lidelsen, da dette ikke løser noen problemer. Hun påpeker at så lenge det er bevegelse i lidelsen så finnes det håp for mennesket (Eriksson 1993, s.15-33).

Eriksson mener at håp blir en drivkraft som skaper mot og krefter til å kjempe videre. Trøst blir lindrende, og skaper tillitt som kan inneholde både livshåp og livsglede. Mennesket må møtes med respekt og ydmykhet. Som hjelper må en trå varsomt og sørge for at pasienten får ivaretatt sin verdighet (Eriksson 1993, s.62-64).

"Håp som tennes som en blafrende lengsel i en sønderrever sjel"

(Eriksson 1993, s.62).

3.5.4 Joyce Travelbee om håp

"Håpet er det stoff vårt liv er laget av. Det kan være ille medtatt og tilredt, men ligger likevel i sjelens kjerne og kan bare utryddes sammen med livet selv".

Gabriel Marcel

I følge Travelbee er håpet sterkt relatert til avhengighet av andre, og hjelp eller samarbeid er nødvendig for at vi som mennesker skal kunne overleve. Hun beskriver seks kjennetegn ved håp:

Håpet er fremtidsorientert, det er knyttet til valg, ønsker, tillit og utholdenhet og til mot. Et menneske som håper har en viss frihet og autonomi gjennom muligheten til å velge. Når Travelbee hevder at håpet er relatert til valg mener hun at den som har håp tror at visse valg står åpne for ham. Tillit kommer til uttrykk i troen på at man vil motta hjelp fra andre når en trenger det. Evnen til å prøve på nytt, om og om igjen for å oppnå det vi håper på viser utholdenhet. Mot kreves for at vi skal erkjenne våre vansker og tap ved sykdom og lidelse. Det er også viktig med mot for ikke å gi opp, og å kunne holde ut selv om lidelsen er stor (Kristoffersen 2006 s.406-408).

Mennesker som opplever håpløshet er uten håp. De forsøker verken å løse problemer eller mestre vanskeligheter i livet, fordi de egentlig ikke tror på muligheten til forandring. Men i følge Travelbee er ingen mennesker født med følelse av håpløshet.

For å oppleve håpløshet må en ha opplevd, en eller flere ganger i livet, å ha hatt håp og deretter ha mistet det. I følge Travelbee er sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å gjenvinne og holde fast ved håpet, og unngå håpløshet (Travelbee, 1997).

I Kari Vevatne sin doktoravhandling ”Selvmordsforsøket – søken mot livet” er håpet et sentralt tema. Hun har, gjennom en kvalitativ undersøkelse, satt fokus på hvordan det er å leve videre etter et selvmordsforsøk. Data i studien er basert på 47 samtaler med 21 personer, som alle har overlevd et selvmordsforsøk. Håpet om forandring i livet var et tema som mange i undersøkelsen ville snakke om. Dette gjaldt håpet - troen på at det ville skje en forandring, og håpløsheten – troen på at det ikke ville skje en forandring. I flere av samtalene kom det frem at håpet var knyttet til angst, spesielt for fremtiden. Deltagerne uttrykte ofte håp om at fremtiden skulle bli bedre, men de var samtidig redde for at det ikke vil bli slik fordi de var blitt skuffet mange ganger tidligere. Håpet om en bedre fremtid vekslet på denne måten med redselen for at alt skulle fortsette som før (Vevatne 2006, s.141-143).

3.5.5 Kommunikasjon og allianse

I samhandling mellom mennesker er kommunikasjon en nødvendig forutsetning for fellesskap (Hummelvoll, 2005, s.381). Kristoffersen (2006) beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess der et menneske formidler sine tanker og følelser til et annet menneske. Partene kan kommunisere verbalt eller nonverbalt – som ved hjelp av mimikk, tonefall, bevegelser og berøring (Kristoffersen, 2006, s.411).

Kommunikasjon blir ofte betraktet som en prosess der tanker og følelser blir utvekslet. Travelbee mener at vi mennesker sjelden utveksler disse personlige tankene og følelsene før vi er relativt sikre på at den vi deler det med vil akseptere det (Travelbee, 1997, s.94-95). Fordi situasjonen og omstendighetene rundt kommunikasjonen vil variere, er det viktig at deltagerne gjensidig klarer å tilpasse seg situasjonen og hverandre. Travelbee mener denne forståelsen er vesentlig å ha når en allianse mellom sykepleier og pasient skal utvikles (Hummelvoll, 2005, s.381).

3.5.6 Selvbilde og skam

Begrepet selvbilde henger sammen med identitet og er et av de viktigste temaene hos psykiatriske pasienter. Vråle (2004) beskriver selvbilde som *den personlige oppfatningen eller ideen et menneske har om seg selv, sin væremåte (karakter) og sitt utseende (kropp)* (Vråle 2004 s.90). Her er fokuset på individet, men det er viktig å huske på at selvbildet også formes av ytre faktorer.

I Kari Vevatne sin studie "Selvmordsforsøket – søken mot livet" er begrepene selvbilde, selvfølelse og skam sentrale temaer blant deltagerne. De fleste av deltagerne uttrykker liten tiltro til seg selv og skam ovenfor andre. Skammen deltagerne uttrykker gjelder ens eget selvbilde og identitetsfølelse. Den er knyttet til den andres blikk, eller hvordan deltagerne tolkes den andres blikk (Vevatne 2006, s.125-129).

Et selvbilde skapes altså både gjennom andres anerkjennelse og ved følelse av egen mestring (Vråle 2004 s.91).

3.5.7 Ambivalens

"Ambivalens er en opplevelse av motstridende følelser som opptrer samtidig i forhold til en person, et objekt, en handling eller en situasjon"

(Wilson og Kneisl (1996) i Hummelvoll, 2005, s.330).

Det stor grunn til å tro at mange selvmordsforsøkere *egentlig* ikke ønsker å dø. For mange er det et ønske og et håp om endring, og i Kringlen (2005) blir det sagt at kanskje bare halvparten av dem som gjør et selvmordsforsøk egentlig vil gjøre slutt på livet sitt. Han påpeker at hos de fleste eksisterer en betydelig ambivalens, med et ønske om å dø, og å leve. De fleste selvmordsforsøk er et element av appell om trøst og hjelp. Dette skjer både bevisst og ubevisst, og er i følge Kringlen (2005) en form for kommunikasjon (Kringlen 2005, s.369).

I Vevatne sitt studie er det fokusert på ambivalens, både før men også i stor grad etter selvmordsforsøket. Det å komme til seg selv igjen på sykehuset for å oppdage at man fremdeles var i live inneholdt ambivalente følelser hos deltagerne. Noen av de spurte sier at de var skuffet over å være i live, samtidig som at det også var godt. En av deltagerne forteller at han først og fremst ønsket en *endring* med sitt selvmordsforsøk (Vevatne 2006, s.114-116).

3.5.8 Mestring og forsvarsmekanismer

Mestring beskrives som psykologiske mekanismer som har karakter av realitetsorientering, bevisst valg, og fleksibilitet. Et individ som står overfor angst og påkjenning vil prøve å skaffe seg best mulig informasjon om situasjonen, for deretter forsøke å handle rasjonelt (Kringlen, 2005, s.79). I en mestringsprosess er det flere viktige faktorer som spiller inn. I Kringlen blir *alder* nevnt som en sentral faktor. Påkjenninger kan bli lettere å mestre jo eldre vi blir på grunn av bredere livserfaring (ibid s.270).

Mestring er et begrep som står sentralt i mange teorier om selvmord. I Mehlum deles mestringsstrategier inn i to hovedkategorier: problemløsende og følelsesfokuserte. Handlinger som har som mål å gjøre noe konstruktivt med den situasjonen man er i, kalles problemløsende. Følelsesfokuseret mestring derimot har som mål å regulerer de følelsesmessige konsekvensene av hendelsen. To viktige faktorer i mestring er sårbarhet og motstandsdyktighet. Tidlige opplevelser fra barndommen, spesielt tap og traumer vil kunne gi personen en sårbarhet som vil forsterke reaksjonen ved nye taps – og traumeopplevelser. På den andre siden kan dette også gi styrke til å tåle lignende hendelser senere i livet. En slik mestringsprosess vil innholde læring, og kan bli en beredskap i nye stressituasjoner hos personen over tid. Dette, sammen med individuelle mestringsressurser som selvtillit, sosial integrasjon og tilhørighet samt et godt nettverk vil gjøre personen motstandsdyktig (Mehlum 1999, s.321).

Studier har vist at selvmordsforsøkere har mindre evne til fleksibel og tilpasset mestring. De har færre forslag til løsning på personlige konflikter, og er mindre

fleksible når de skal forsøke å løse problemene. I et slikt perspektiv kan selvmordatferd forstås som et forsøk på å finne en løsning, eller å unngå smerte når de vanlige mestringsmåtene bryter sammen. Følelsen av mestring og kontroll har gått over i en opplevelse av maktesløshet og håpløshet (Ibid, s.322).

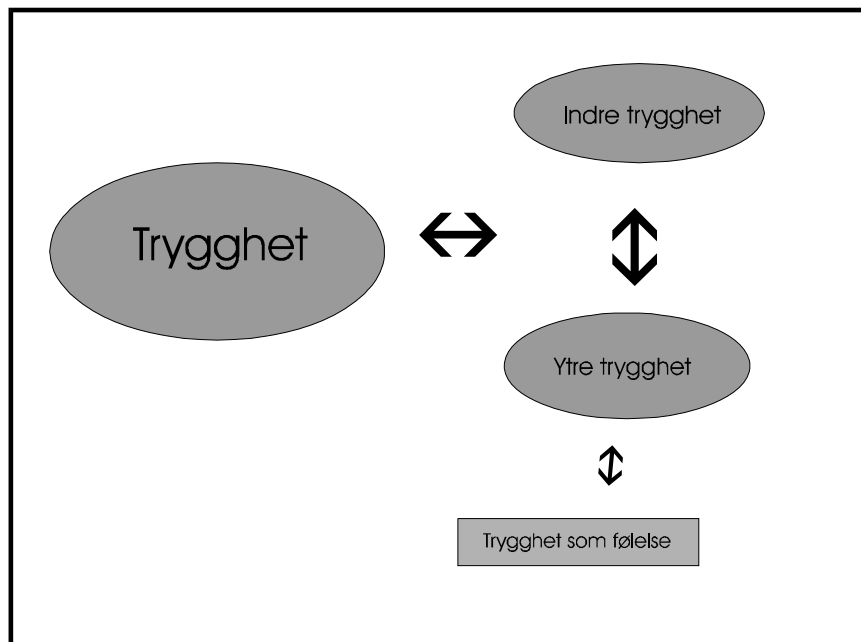
Grensen mellom *mestring* og psykologiske *forsvarsmekanismer* kan være uklar. Forsvarsmekanismene trer i kraft for å beskytte personen mot ubehagelige tanker og smerter, og bidrar til å opprettholde selvbilde, gjennom at de fordreier virkelighetsoppfatningen. Moderat bruk av disse forsvarmekanismene er nødvendig for alle mennesker slik at vi kan overleve konflikter og skuffelser, og mekanismene oppfattes kun som sykkelig dersom de blir avgjørende for personens tilpasningsproblemer (Nielsen og Raaheim, 2001, s.458-459).

Forsvarsmekanismer kan kanskje sees på som mestringsstrategier som har gått i vranglås (Kringlen 2005, s.80).

3.5.9 Trygghet

Trygghet beskrives som relasjonell og kan knyttes til noe. Maslow beskriver trygghet som et grunnleggende behov, etter mat, drikke og søvn. Trygghet har mange nyanser og hva mennesker opplever som trygghet varierer. Tryggheten og utryggheten kan også være tilstede på samme tid, fordi den har så mange nyanser. Det kan være trygghet til å prøve noe nytt, trygghet til å tørre å feile, eller trygghet til bare å være (Kristoffersen 2006, bind 3, s.14-20, s.24-25).

Vi velger å bruke sykepleier Kerstin Segesten (1984) sin beskrivelse av trygghet, fordi vi synes hun har en god inndeling av begrepet. Hun deler tryggheten i tre aspekter.



Tryggheten kan være indre og ha en positiv forankring i barndom og tilhørighet. Den ytre tryggheten står i forhold til andre mennesker og kan knyttes til livserfaringer. Disse faktorene påvirker hverandre gjensidig. Som et eksempel kan positiv tilbakemelding på ens kunnskaper virke positivt for den indre tryggheten, og øke den ytre samtidig. Omvendt kan skuffelser i fortiden slå tilbake som en redusert indre trygghet, og svekke individet. Trygghet som følelse beskrives som summen av tryggheten. Segesten deler den ytre tryggheten i relasjonstrygghet, stole-på-andre trygghet, og kunnskaps og kontroll trygghet. *Relasjonstryggheten* dannes ofte innenfor familie ved at en opplever aksept, gjensidighet og forståelse. *Stole-på-andre trygghet* er den tryggheten vi trenger i truede situasjoner som vi ikke har kontroll over og hvor vi trenger andres hjelp. I *kunnskaps og kontroll tryggheten* ligger kunnskaper som gjør at individet kan handle selvstendig når det trengs eller ønskes (Kristoffersen 2006, bind 3, s.14-34).

4.0 Drøftingsdel

Så langt i oppgaven vår har vi beskrevet en del teori som vi mener er relevant i forhold til denne problemstillingen, samt for pasienten og hennes situasjon. Videre i oppgaven vil vi drøfte denne teorien. I drøftinga vil vi i tillegg til teorien trekke inn egne synspunkt og erfaringer fra vår hospiteringspraksis.

4.1 Det teoretiske grunnlaget og begrunnelse for valg av teori

I denne oppgaven har vi tatt utgangspunkt i to sykepleieteoretikere, Katie Eriksson og Joyce Travelbee, og deres teori om henholdsvis lidelse og håp. Vi mener at disse to faktorene er helt essensielle når vi snakker om et selvmordsforsøk. Samtidig har vi valgt å vektlegge begrepet trygghet, da vi tenker på dette som en forutsetning for å i det hele tatt kunne *hjelp*e noen til å ville leve. Vi ser på lidelse til å romme alle de følelser og erfaringer pasienten streber med. *Håpet* er det vi streber etter å gjenvinne, og *trygghet* er ”verktøyet” vi velger å bruke. Vi tror tryggheten er redskapet som kan hjelpe pasienten til å overleve lidelsen, føle håp, og kunne opparbeide seg vilje til å ville leve.

Lidelsen beskrives av Katie Eriksson som både god og ond. Lidelsen kan være roten til forandring, vekst og utvikling, samtidig som lidelsen kan føre til individets undergang og oppløsning. Hun mener at det krever mot å leve, og at å leve er det samme som å velge lidelsen, fordi lidelse er noe alle mennesker møter på i løpet av livet. Hun understreker at det ikke nytter å bedøve seg fra lidelsen, men at denne må mestres for å skape noe nytt. Eriksson sier også, at så lenge det er bevegelse i lidelsen finnes det håp for mennesket.

Håpet kan være ille medtatt og tilredt, men det ligger uansett i sjelens kjerne. Den eneste måten håpet kan utryddes på, er sammen med livet i seg selv. Ut ifra dette ser vi på lidelsen og håpet som tett knyttet, og at dem på en eller annen måte alltid står i forhold til hverandre. Ut ifra denne teorien mener vi at det selvmordstruede menneske må ha håp på en eller annen måte. For at vi skal kunne hjelpe pasienten må vi da finne dette håpet, og skape ny glød i det. Travelbee mener at samarbeid og hjelp

fra andre er essensielt for at håpet skal tennes på ny. Håpet er framtidsrettet, og knyttes til ønsker.

Nettopp på grunn av denne teorien mener vi at lidelse og håp er viktige elementer i denne oppgaven. Fordi Eriksson sier at mennesker må *mestre* lidelse, mener vi det blir riktig å trekke inn *tryggheten*. Trygghet blir verktøyet vi må bruke for å eliminere lidelse, og gjenskape håpet. Trygghet beskrives som et grunnleggende behov av Maslow. Kristoffersen (2006) sier at tryggheten og utryggheten kan være tilstede på samme tid, og at tryggheten finnes i mange nyanser. Vi velger å bruke sykepleierteoretiker Kerstin Segesten sin teori om trygghet i denne oppgaven, fordi hennes inndeling passer godt overens med vår egen overbevisning. Tryggheten finnes i de fleste nyanser og deles i; indre trygghet, ytre trygghet eller trygghet som følelse. På samme måte som håpet kan være ille tilredt mener vi at tryggheten også kan være det. Tryggheten kan finnes om det så er i små nyanser. Vi mener derfor at trygghet kan gi mestring, og mestring kan gi økt trygghet. Begge står i forhold til hverandre, og kan brukes som verktøy oppmot lidelse og håp.

For å kunne drøfte teorien vår, og på denne måten kunne svare på problemstillingen, føler vi det er noen spørsmål vi må stille oss underveis. Først tar vi for oss etikk, fordi vi mener dette er svært viktig i arbeidet med disse pasientene. Noe annet vi vil drøfte innledningsvis er hva som kan være årsaken til at noen vil dø. Og vil de egentlig dø? Vi tror at dette er noen viktige faktorer i møte med disse pasientene. Som Katie Eriksson sier, så har pasienten en bevissthet og en selvbevissthet. Disse to danner den indre virkeligheten som aldri fullt ut kan forstås av andre.

4.2 Etikk - Sykepleiers grunnlag

I teorien har vi nevnt noen etiske utfordringer i møte med den selvmordstruende pasienten. Dette har vi valgt å ta med, for selv om hjelperen har gjennomført en sykepleierutdanning, er ikke dette ensbetydende med at vedkommende er en god hjelper. Vi vil med dette få frem den forskjellen vi mener det er på lovverket og personlig egnethet. Pliktetikken er våre yrkesetiske retningslinjer som regulerer vår

praksis, og vi er også lovpålagt å hjelpe disse pasientene. Det er forskjell på å være pålagt en oppgave, og å være egnet for å utføre den. Som Vråle (2004) sier, så bør hjelperen ha en avklart holdning oppmot det å begå selvmord. Hvis det råder tvil om hjelperens holdninger kan dette skape forvirring både for hjelper og pasienten.

Mehlum (1999) påpeker også at ambivalens vil kunne fremme en dødsprosess hos pasienten. Fordi de yrkesetiske retningslinjene pålegger oss å møte pasienten med respekt og ivarata egenverd, involverer dette også personlig egnethet da pasientene er svært sårbare, og bør møtes på en varsom måte. Joyce Travelbee sier at den profesjonelle sykepleier må ha en forståelse av hva som skjer i møte med pasienten, og hvordan dette påvirker hans tilstand. Mange tar det som en selvfølge at hjelper er ”egnet” til å hjelpe pasienten, men utifra praksis så føler vi at nettopp dette punktet er viktig å understreke for å vise våre holdninger oppmot dette temaet. Som Eriksson sier om lidelse, så må sykepleier trå varsomt for å hjelpe disse pasientene, og sørge for at pasienten får ivaretatt sin verdighet.

4.3 Hva gjør at noen ønsker å dø? Vil de egentlig dø?

For å kunne hjelpe noen med å *ville leve*, føler vi det er viktig å vite noe om hva det er som gjør at noen mennesker *ønsker å dø*. Vi spør oss også om pasientene som foretar selvmordsforsøk egentlig ønsker å dø, eller om det er forandring dem vil oppnå? Joyce Travelbee sier at sykepleiers oppgave er å *hjelpe* individet med å mestre erfaringer ved sykdom og lidelse, og om nødvendig, finne mening i disse erfaringene. Vi velger å se på dette som en annen bakgrunnskunnskap sykepleier må ha for å forstå selvmordstruede pasienter best mulig.

Det er som regel flere faktorer som spiller inn når et menneske ser på døden som en utvei. Både Mehlum (1999) og Vråle (2004) beskriver mennesket som sammensatt og individuelt. Helhetsperspektivet sier at det er mange faktorer som påvirker hverandre, og skaper ubalanse hos et individ. Det selvmordstruede mennesket beskrives å være i ubalanse på en eller flere måter. Som regel er det mer enn en årsak til et selvmord.

Teorien vi har sett på gjennom oppgaven stemmer godt overens med de erfaringer vi har fra praksis. Samtlige av pasientene vi har snakket med uttrykker *flere* grunner til at de har tenkt på selvmord som en utvei. Siden ingen av dem vi pratet med oppga kun *en* spesifikk årsak til tanker om selvmord, kan det tyde på at teorien stemmer godt overens med hvordan det er i praksis. Vi opplevde også at det var store individuelle forskjeller i hvordan pasientene mestret ulike påkjenninger og utfordringer. Noen opplevde *mange* store påkjenninger som ble for mye på en gang, mens andre kun opplevde ”*mindre*” og færre årsaker som utløsende faktorer.

Grunnen til at mennesker kommer i ubalanse kan være så mange. Det kan være flere faktorer og følelser som ligger bak; Fellesskap, tilhørighet, press, påkjenninger, fortvilelse, tomhet, ensomhet, håpløshet, kriser, tap, sorg, lavt selvbilde, konflikter, sårbarhet, motstandsdyktighet, mestring samt psykiske lidelser er alle kjente faktorer og fellesnevne. Vi tror at alle mennesker kan oppleve noe av dette i løpet av livet. Mange av oss ser på dette som en vanlig del av livet og løser utfordringen på en grei måte. Men for andre oppleves dette som en så stor påkjenning at døden tilsynelatende er eneste utvei. Dette viser oss hvor viktig det er å tenke på enkeltmennesket, og hvor store individuelle forskjeller det kan være.

Vi tror at mestring kan være et av de viktigste momentene når et menneske prøver å ta sitt eget liv. Mange pasienter beskriver at de ikke orker å lide mer, og heller vil dø. Mehlum (1999) deler mestringen inn i to hovedkategorier. Problemløsende mestring gjør at pasienten klarer å snu situasjonen og løse den på en hensiktsmessig måte. Den følelsesfokuserte pasienten, som vi beskriver som selvmordstruet, vil prøve å slippe unna lidelsen ved å foreta et selvmordsforsøk. Grensen mellom mestring og forsvarsmekanismer beskrives i teorien som vanskelig å definere. Kringlen (2005) beskriver forsvarsmekanismene som en mestringsstrategi som har gått i vranglås. Kan det være dette som skjer da den selvmordstruede pasienten velger å foreta et selvmordsforsøk? Kan dette være fordi pasienten ikke har krefter til å opprettholde normale forsvarsmekanismer som holder verden på avstand? Blir lidelsen så stor at selvmord sees på som en utvei?

Edwin Schneidman (1986) mener at den selvmordstruede pasienten opplever feilpersepsjoner og feiltolkninger. Pasienten sirkler seg inn i fastlåste tankemønstre og mister vidvinkelen på livet. Sirkelen preges av lidelse med *dikotom tenkning*. Svart eller hvitt. Er dette pasientens ”problemløsende mestring”?

Nå har vi gjennomgått noen av de kunnskaper vi mener sykepleier må ha. Nå skal vi gå nærmere inn på den valgte casen, og drøfte denne. Tiltak vil vi foreslå etter hvert for å så oppsummere litt til slutt.

4.4 Hva var målet med vår pasient sitt selvmordsforsøk?

Pasienten vår har opplevd både tap og påkjenninger, og det er ikke vanskelig å forstå at hun befinner seg i en viss ubalanse. På grunn av mobbing har hun både isolert seg, og samtidig utviklet *et lavt selvilde*. Hun har opplevd et stort tap da hun mistet sin mor som ung jente. Det at mor valgte å ta sitt liv vil uten tvil bringe med seg mange vonde tanker, følelser og kanskje ikke minst spørsmål, samtidig som det utgjør en viss risiko for *smitteeffekt*. Jenta er utsatt for omsorgssvikt på grunn av fars alkoholmisbruk, i tillegg til at hun har stort press på seg i forhold til å ha ”ansvaret” for far. Hun har også en kjent *depresjon*, og man kan stille seg spørsmålet om depresjonen har oppstått som følge av alt dette?

Som det tidligere er påpekt i oppgaven mener Mehlum (1999) at kun halvparten av de som prøver å ta sitt eget liv har et genuint ønske om å dø. Motivet kan like ofte være et ønske om å oppnå en forandring, eller også heller ”drepe situasjonen” like gjerne som å drepe seg selv. Hva var motivet til vår pasient? Har hun ett oppriktig ønske om å dø, eller holder hun bare ikke ut situasjonen slik den er i dag? Er depresjonen skyld i selvmordsforsøket?

Vi lurer på om hennes selvmordsforsøk er relatert til konflikten med far. Er dette et forsøk på å ”drepe situasjonen”, og å løse konflikten? Dette bringer oss inn på hennes ambivalens.

4.4.1 Pasientens ambivalens

Vi har tidligere vært inne på aspektet ambivalens hos den parasuicidale pasienten. Vi kan si med ganske stor sikkerhet at det også hos vår pasient har vært en tydelig ambivalens til stede, både før og etter selvmordsforsøket. Ambivalens beskrives som motstridende følelser som opptrer samtidig. Kringlen (2005) mener at ambivalensen er en viktig del av selvmordsforsøket. Pasienten kommuniserer med omverdenen, og selve selvmordsforsøket er en appell om hjelp og trøst.

I våre samtaler med jenta har det kommet frem at hun både ønsket og død, men også at hun ønsket å leve. Hun orket ikke lenger ha det slik hun hadde det, men ville heller egentlig ikke dø fra sin far, som hun til tross for situasjonen har et meget sterkt forhold til. Teorien vi har om ambivalens blir sådan i stor grad bekreftet av vår pasient. Jenta stiller oss spørsmål om hva som er vitsen med å leve når det gjør så vondt. Hun har tydelige tanker om døden, og følelser av håpløshet, men samtidig var det også en del av henne som ville leve. Disse motstridene følelsene bevises også gjennom hennes handlinger den dagen selvmordsforsøket fant sted. Hun inntok tablettene i den intensjon om å dø, men ringte selv legevakten og varslet, noe som forteller oss at hun på ett eller annet plan i bevisstheten også ønsket å leve. Dette er hun også enig i selv, og forklarer at hun hadde delte tanker og følelser om det å dø. Kan vi se på denne varslingen og anta at pasienten fortsatt har håp?

Håpet beskrives av Travelbee til å være fremtidsorientert. Ut i fra denne teorien, kan vi konkludere med at hun har noen ønsker for framtiden? Mehlum (1999) mener at det selvmordstruede mennesket bør møtes tidligst mulig.

Pasienten er sårbar, åpen og kan gi oss nyttig informasjon i denne perioden. I disse første møtene må sykepleier være interessert, og vise at en vil forstå og har tid til pasienten. I vår hospiteringspraksis, kom det frem at ambivalensen er gull verdt i møte med en selvmordstruet pasient. Ambivalens beskrives å være et godt tegn, fordi pasienten ikke har tatt dødsvalget enda. Ambivalensen kan derfor brukes til å skape refleksjon og innsikt. Jmf. Vedlegg fra ungdomskontakten og Enhet for Selvmord og Sorgstøtte.

4.4.2 Sorg og depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som ofte blir behandlet med medikamenter. I vårt tilfelle var det ikke satt i gang tiltak med medisiner, fordi jenta ikke ønsket det. Det at pasienten ikke ønsker medisiner skaper en utfordring for oss. Som nevnt i teorien skal vi bevare liv samtidig som vi ivaretar pasientens autonomi og hennes egenverd. Vråle (2004) mener at det selvmordstruede mennesket kan preges av selvdestruktiv adferd, og at det er sykepleiers oppgave å avlaste pasienten, og gi rom til å gjenvinne selvstendighet. Blir det da rett at hun bestemmer dette selv? Eller bør vi her gå inn og overstyre hennes valg om medisiner, siden vi mener at medisiner kanskje kan hjelpe henne gjennom den verste depresjonen? Siden pasienten allerede har bestemt seg for ikke å ta i bruk medikamenter, mener vi at det blir viktig å respektere dette valget.

Mehlum (1999) sier at hjelper ikke må fordømme eller overstyre pasientens valg, da dette kan skape tilbaketrekning og gjøre at vi ikke oppnår full tillitt hos pasienten. Som vi har begrunnet i oppgavens innledning, går vi ikke nærmere inn på medikamentell behandling. Vi synes det allikevel var viktig å nevne dette med tanke på pasientens autonomi og vår yrkesetikk.

Som vi har vært inne på er det ofte vanskelig å skille depresjon fra sorg. I vår pasients situasjon er dette et meget aktuelt moment. I teorien beskrives forstyrret sorgarbeid som en faktor som kan utløse suicidalitet. Er hennes depresjon egentlig ubearbeidet sorg? Er depresjonen rett og slett en sorg som har ”gått i vranglås”?

Det er ikke sikkert det er riktig å hevde verken det ene eller det andre, men ut i fra slik vi har lært vår pasient å kjenne, mener vi det er mye som tyder på at det egentlig er ubearbeidet sorg det dreier seg om i hennes tilfelle. I og med at pasienten var ung da moren døde kan det være nærliggende å tro at hun ikke fullt ut har klart å bearbeide denne sorgen.

Noe av det første som bør iverksettes er å bearbeide hennes sorg. Gjennom en slik bearbeidelse kan kanskje depresjonen etter hvert bli mindre fremtredende.

Vi tror at kognitiv terapi vil være av stor nytte for vår pasient. På denne måten kan hennes fastlåste tankemønster og feilpersepsjoner endres.

4.4.3 Å føle seg usynlig

Pasienten føler ingen bekreftelse på seg selv, verken av far eller omgivelser. Som vi har vært inne på i teorien om lidelse, er det å ikke bli sett antatt å være en av de største lidelser. Selv om det er vanskelig for vår pasient å ”innrømme” det, får vi følelsen av at det råder et visst ønske om oppmerksomhet bak overdosen. Kommunikasjon beskrives som en forutsetning for fellesskap mellom mennesker. Er dette pasientens måte å kommunisere med omverdenen på? Har pasienten kommunisert ved hjelp av et selvmordsforsøk fordi det mangler gjensidighet i kommunikasjonsprosessen? Eller kan det være at pasienten ikke klarer å sette ord på følelser i utgangspunktet?

For å hjelpe pasienten til å ville leve, ser vi det derfor som viktig å bedre hennes kommunikasjonsevner og gi henne bekreftelse som menneske. For å få hjulpet pasienten med dette må vi klare å opprette en *allianse*. Travelbee mener at en person *ikke* utveksler sine innerste tanker og følelser før en tror at den andre vil godta informasjonen. Vi vil derfor legge kommunikasjonen til rette ved å være tilgjengelig, være på tilbudsiden, ha tid og bekrefte henne for den hun er. Det blir også viktig å være bevisst sin non verbale kommunikasjon; ha rolig tonefall, ikke gjøre brå bevegelser og ikke virke stresset. Dette kan skape en relasjon og bygge tillitt og gradvis kunne bli en sterkere allianse.

Etter hvert som denne relasjonen vokser kan et tiltak være at hun skal skrive ned hva hun føler, og senere vise dette til noen ettersom tillit og trygghet er tilstede. Trening på kommunikasjon, og det å kreve å bli sett kan også være et mål for pasienten. Som nevnt i casen så sliter hun med å stole på noen. Kan denne tryggheten øke etter hvert som hun opplever bekreftelse? Kan et delmål være at hun gir et lite vink når hun har det vanskelig i avdelingen, for og senere kunne klare å si ifra med ”rene ord”? Utifra teorien

har pasienten vår en viss ”stole på andre trygghet”, siden hun er frivillig innlagt. Kan vi si at hun har håp, ettersom hun er frivillig innlagt og blir i avdelingen? Travelbee nevner at håpet er framtidsrettet. For å kunne hjelpe henne til å ville leve må vi derfor finne det håpet.

Hvis hun gjennom dette opplever styrket selvbilde og trygghet, så tror vi at dette kan være noe som kan hjelpe henne til å ville leve. Vi kommer nærmere inn på selvbilde nedenfor.

4.5 Hva skaper pasienten sitt dårlige selvbilde?

Vevatne (2006) beskriver selvbilde som den personlige oppfatningen en har om seg selv. For mange psykiatrisk pasienter rommer ofte selvbilde mye skam. Vevatne sier også at selvbilde skapes gjennom blant annet mestring og annerkjennelse fra andre. Vi undrer oss da om pasientens ansvar for far, og selvstendighet på grunn av omsorgssvikten har gjort at det ikke har vært nok rom for annerkjennelse?

Kan pasienten rett og slett ha vært *for selvstendig* på grunn av livets belastninger?

Vråle (2004) hevder at det selvmordstruede mennesket trenger å utvikle større selvstendighet gjennom mestring. Kan dette sees på som en positiv type selvstendighet? Gjennom omsorgen og ansvaret for far kan pasienten ha utviklet en ”negativ” selvstendighet? Som nevnt i teorien ovenfor har ikke pasienten hatt mulighet for mestring som gir læring, fordi fars rusmisbruk har pålagt henne mer ansvar enn hennes modenhet kanskje har stått i forhold til.

Ansaret for far, tross den belastningen hun sier det har vært og er, kan dette ha gitt henne et styrket selvbilde i den forstand at hun har fått indirekte bekreftelse på at hun er god på noe? Pasienten har jo mestret situasjonen med far. Vi ser det som viktig at hun får tilbakemelding på dette. Som nevnt over så skapes selvbilde utfra bekreftelse fra andre, og gjennom følelse av mestring. Kan denne inndirekte bekreftelsen fra far, eller hennes egen følelse av mestring ha hjulpet henne til å opprettholde selvbilde tilstrekkelig slik at hun har klart å se håp for fremtiden?

4.5.1 Håp og lidelse

Joyce Travelbee beskriver håpet som fremtidsorientert, det kan knyttes til ønsker, og det gir mennesker noe å strekke seg etter. Kan hennes ønske om at far skal slutte å drikke være årsaken til at hun har holdt ut så lenge? Kan dette ønske om forandring være en ting som har gitt pasienten utholdenhet og styrke til å fortsette frem til nå? Travelbee mener at håp gir utholdenhet. Eriksson beskriver behov som en drivkraft. Hun nevner også begjær, at det er noe som knyttes til håp, ønsker og lengsel. Begjæret vil øke så fort det aktiveres. Ut i fra denne teorien kan vi si at pasienten har et håp. Vi mener at det blir viktig å finne dette håpet, kartlegge hva det består av gjennom samtale, og lage tiltak for å styrke det. I forhold til far og ønske om forandring, så kan et tiltak være å kalle inn til pårørendesamtale når pasienten føler seg klar for det. Vi mener at dette kan være et skritt på veien for å oppnå forandring, slik at hun kan føle at livet er verdt å leve.

Vi ser på pasientens lave selvbilde som en lidelse for henne, da denne lave selvfølelsen påfører henne smerte. Eriksson beskriver at lidelsen er en kamp i mennesket, og at uten denne kampen ville livet vært frarøvet sin helhet. Eriksson påstår også at lidelsen må ha mening så lenge livet har det. Lidelsen gir grobunn for forandring, utvikling eller oppløsning. Hvordan kan vi hjelpe pasienten til å se mening i denne lidelsen, og hindre at hun går i oppløsning? Vi ser dette som essensielt i forhold til problemstillingen vår. Eriksson mener at det ikke nytter å bedøve seg, da dette ikke løser noen problemer. Ut ifra dette mener vi at mestring blir essensielt.

4.5.2 Mestring og forsvarsmekanismer

Mestring beskrives i teorien som bevisste valg og fleksibilitet. I en utfordrende situasjon vil individet prøve å skaffe seg mest mulig oversikt og handle rasjonelt. Hvis individet klarer dette snakker vi om problemløsende mestring. Da blir resultatet læring gjennom å ha klart denne utfordringen. Hvis mestringen blir følelsesfokuset, gjør individet handlinger for å begrense smerten det kjenner på. I situasjonen nevnt over, om hennes ansvar for far, så mestrer pasienten dette ansvaret hun føler – til en viss grad. Det kan

også ligge noe positive bekreftelser for hennes selvbylde og identitet i det hun gjør. Ut ifra teorien om mestring mener vi at dette blir problemløsende mestring. Kan tapet av mor i barndommen ha gitt henne en viss sårbarhet, samtidig som det har gitt henne motstandsdyktig på akkurat dette området? Teorien sier at tap og traumer kan påføre individet sårbarhet som vil forsterke ”negative” reaksjoner når det skjer lignende ting på nytt. Hvis motstandsdyktighet blir resultatet av mestringen vil individet få styrke til å takle lignende opplevelse senere i livet. Vi ser det som viktig at pasienten får bearbeidet sitt tap av mor, og satt ord på det for å redusere henne sårbarhet. Ved å opparbeide motstandsdyktighet mener vi at hun vil stille sterkere når det gjelder å mestre livet fremover.

Som nevnt i casen har pasienten isolert seg på grunn av mobbing og utviklet et dårlig selvbylde. Hvis vi ser dette i sammenheng med mestring, så kan vi se på denne reaksjonen som en følelsesfokusert mestring. Den følelsesfokuserte mestringen går ut på å begrense den smerte og ubehag individet kjenner på. Er pasientens isolasjon en forsvarsmekanisme mot mobbingen, fordi hun ikke klarer å bruke problemløsende mestring? Kan det ligge trygghet i hennes tilbaketrekning? Vi kommer tilbake til trygghet litt lenger ned i drøftingen om selvbylde.

Grensen mellom mestring og psykologiske forsvarsmekanismer beskrives som uklar, og trer i kraft for å beskytte individet mot smerte. Forsvarsmekanismene fordreier virkelighetsoppfatningen for å hjelpe individet å opprettholde selvbylde. Mekanismene regnes å være sykelige dersom individet får tilpasningsproblemer på grunn av dette. Eriksson hevder at det ikke nytter å bedøve seg fra lidelsen, og at en må trå varsomt for å hjelpe et menneske som lider for å ivareta dets verdighet. Ut ifra denne teorien mener vi at vi må hjelpe pasienten å mestre. Vi må finne metoder som gjør at pasienten kan mestre ting på en mer problemløsende måte. Ved å bruke sykepleieprosessen kan vi kartlegge hennes ressurser, og bygge videre på dem slik at hun opplever mestring. Vi kan også skape mestring gjennom å utfordre henne ved små oppgaver. Det at hun klarer en oppgave og får bekreftelse vil være med på å øke hennes selvbylde. Vi kan også hjelpe pasienten å finne mestringsstrategier som hun kan bruke på egenhånd når hun har det vanskelig. Et eksempel kan være å bruke musikk eller skrive ned tanker.

4.5.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon beskrives i teorien som en nødvendig forutsetning for fellesskap. Vi mener at det blir viktig at hun får trent opp sine kommunikasjonsferdigheter, slik at hun klarer å delta i fellesskapet. Etter hvert som hennes selvbilde vokser seg sterkere tror vi at kommunikasjon vil bli essensielt for henne for at hun skal kunne kreve sin plass i fellesskapet i større grad enn det hun gjør nå.

Som nevnt i teorien, kan mange selvmordstruede pasienter streve med å balansere mellom selvstendighet, og avhengighet. Sett i sammenheng ved å kreve sin plass i fellesskapet, så tror vi at vi må hjelpe pasienten ved å sette noen grenser her. Vi tror at pasienten kan klare å komme tilbake i fellesskapet, hvis denne prosessen foregår gradvis. Som nevnt i teorien er selvmordstruede pasienter svært vare for avvisning. For å hjelpe pasienten inn i fellesskapet mener vi derfor at hennes trygghet, både indre og ytre bør styrkes. Og vi som sykepleiere bør gå sammen med henne inn i fellesskapet med andre. Det at vi er til stede kan gi trygghet i seg selv. Vi tror at pasienten kan gjenvinne sin selvstendighet gradvis, hvis dette skjer i trygge rammer.

Kari Vevatne sitt studie "Selvmordsforsøket" viser at mange parasuicidale har svekket selvbilde og kjenner på mye skam i forhold til seg selv. Skammen kan knyttes til det at pasienten ikke er den en skulle ønske at en var, eller at en skammer seg fordi en mener bestemt at en skulle klart og gjort noe annerledes. For å hjelpe pasienten å styrke sitt selvbilde, som et ledd i det at hun skal ville leve, mener vi at det blir viktig å finne ut om skam er et tema for vår pasient. Føler hun skam fordi hun ikke klarer å hjelpe far til å bli rusfri? Skulle hun egentlig ønske at hun var en annen, eller at hun kunne ha gjort mer? Vi tror at et viktig sykepleietiltak her vil være å sette ord på følelser, og at pasienten får bekreftelse på den hun er. Vi mener at dette kan gi henne mer indre trygghet og et styrket selvbilde.

Kan det ligge skam i hennes manglende trygghet og selvstendighet også?

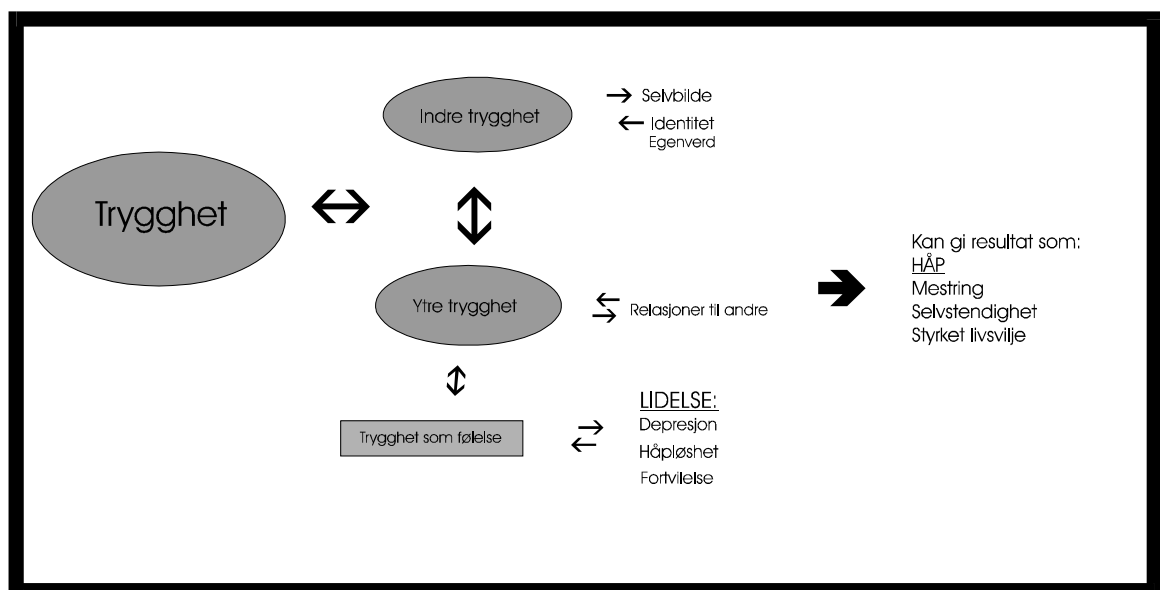
Utifra teorien til Kerstin Segesten, så vil et menneske som innehar kunnskaps- og kontrolltrygghet være i stand til å handle selvstendig. Pasienten har sagt at hun ønsker å

flytte hjemmefra, men ikke tørr dette på grunn av far og ansvaret hun har for han. Hvis vi klarer å hjelpe pasienten til å gjenvinne trygghet kan pasienten ta selvstendige valg utfra det hun selv ønsker, uten å føle seg forpliktet til far på samme måte.

4.5.4 Trygghet

Trygghet beskrives å være svært individuelt og alltid stå i forhold til noe. Maslow beskriver tryggheten som et grunnleggende behov. Tryggheten formes blant annet gjennom en positiv barndom. En positiv barndom kan forankre en viss tilhørighet i oss, noe som Kerstin Segesten omtaler som den indre tryggheten. Den ytre tryggheten knyttes til andre mennesker og deles først inn i en relasjonstrygghet. Har pasientens oppvekst gitt henne en manglende indre trygghet? Barndommen til pasienten har vært preget av omsorgssvikt, og blitt opplevd som vanskelig. Ut ifra Segestens teori vil denne manglende indre tryggheten også påvirke den ytre tryggheten, som står i forhold til andre mennesker. Teorien sier at alle aspekter av trygghet vil svekkes ved negativ balanse.

Vi har laget denne figuren utfra Kerstin Segestens trygghetsteori.



Ved at vi som sykepleiere bekrefter pasienten for den hun er, så tror vi at dette vil styrke hennes indre trygghet. Vi ser på selvbilde som en del av denne indre tryggheten. Siden den indre og ytre tryggheten står i forhold til hverandre, så tror vi at positive tilbakemeldinger vil skape vekst på både den indre og den ytre tryggheten. Siden alt står i forhold til hverandre så tror vi at følelsen av trygghet vil øke, og dermed redusere hennes lidelse. Som illustrert i figuren så er det mange faktorer som påvirker hverandre. Vi tror at det å skape vekst på et område vil bringe med seg de andre også. En positiv opplevelse, kan skape håp for framtida, som kan øke hennes trygghet til både seg selv og andre. Vi mener det blir viktig å bruke denne teorien og tilføre henne gode opplevelser, og resultat av det tror vi kan bli økt trygghet.

5.0 Konklusjon

Vi har prøvd å belyse temaet rundt det selvmordstruede mennesket og besvare vår problemstilling;

Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe den selvmordstruede pasienten til å ville leve?

Det er mange aspekter rundt det selvmordstruede mennesket. Gjennom arbeidet har vi fått tilegnet oss en del ny kunnskap, både gjennom teori og i praksis. De nye kunnskapene gjorde at vi kunne stille oss spørsmål underveis, drøfte og reflektere. Vi mener at vår pasient vil klare å velge livet dersom hun opplever å bli tatt på alvor i sitt rop om hjelp. Ofte er det ikke så mye som skal til for å få begrenset den umiddelbare risikoen betydelig. Oppmerksomhet, tid og omsorg blir viktige elementer som vi mener at pasienten vår bør møte tidlig. Det første møtet med sykepleier legger mye av grunnlaget for pasientens tillitt til verden. Pasienten må møtes med respekt og sykepleier må være bevisst på pasientens vare følelse for avvisning. Sykepleier må ikke overstyre, fordømme, avdramatisere eller bagatellisere pasientens opplevelse av tilværelsen. Vi mener det er viktig å tørre å stille seg ved pasientens side, og være et medmenneske i relasjonen. Sykepleier må tørre å være ekte, da dette vil skape tillitt som igjen vil skape håp hos pasienten. Vi mener at dette etterhvert vil minske lidelsen hun kjenner på.

Et annen viktig faktor blir å bruke hennes ambivalens til å skape refleksjon og prøve å frembringe ønsker, lengsel eller håp som det kan bygges videre på. Hun har jo et ønske om at ting skal forandre seg til det bedre. Hun ønsker å flytte hjemmefra, og hun har et ønske om at far skal få det bedre i forhold til sitt rusmisbruk. Ved å etterhvert trekke inn far til samtale mener vi at hennes trygghet og håp kan styrkes ytterligere slik at hun kan få lyst til å leve.

Vi tror at gode samtaler, bearbeiding av sorg, og kognitiv terapi vil kunne hjelpe henne til og redusere sin sårbarhet, opparbeide motstandsdyktighet, redusere skam og skape håp for fremtiden. Ved å hjelpe henne å finne egne mestringsstrategier, og bygge videre på hennes ressurser tror vi at hennes selvbilde vil styrkes. Selvbilde vil kunne skape en sterkere indre trygghet, som igjen vil forsterke tryggheten i forhold til andre.

Vi mener at opparbeiding av håp og trygghet skjer gjennom mestring og bekreftelse fra andre. Mestring kommer etter økende trygghet. Vi ser på dette som en lang prosess og at det må tas gradvis. Gjennom å stå ved hennes side mens hun er innlagt, mener vi at disse faktorene etterhvert vil styrke hverandre og skape nok lys i tilværelsen slik at hun vil ønske å leve videre.

6.0 Etterord

Grappa vår består av to personer. Vi kjenner hverandre godt, og samarbeider på en god og effektiv måte. Når vi nå skulle skrive vår avsluttende oppgave var det naturlig for oss å skrive en oppgave om selvmord, da dette var noe vi hadde snakket om en god tid på forhånd og begge var enige i. Således var temaet bestemt allerede før arbeidet tok i gang, og det viktigste var å få avklart og formulert en tilfredsstillende problemstilling. Deretter begynte vi i praksis. Hospiteringspraksisen vår gjennomførte vi delvis sammen og litt hver for oss. Arbeidet med oppgaven utover hospiteringspraksisen har også foregått litt hver for oss, men mest sammen for å få en fin flyt gjennom oppgaven.

Vi føler dette har vært en svært lærerik prosess. Det finnes mye litteratur om emnet så vi har brukt mye tid på å velge ut teori og begrense oss. Vi føler at vi har klart dette på en god måte, men har tatt lærdom av at vi kunne ha begrenset teoridelen litt før. Dette er erfaringer som er verdt å ta med seg videre. Vi er svært fornøyd med vårt sluttprodukt, og håper oppgaven vil vekke refleksjon og ettertanke hos leseren.

7.0 Litteraturliste

- Bok *Førstehjelp ved selvmordsfare – Suicid interventionhandbook*, utgitt ved kurs av Vivat (2001). Oversatt av Kirsti Silvola, Dag Willy Tallaksen, Kirsti Amundsen, Mette Ytsgaard, Lars Mehlum, og Tove Bjørneset *
- Christoffersen, Svein Aage (2005) *Profesjonsetikk*, Oslo Universitetsforlaget *
- Eriksson, Katie (1995) *Det lidende mennesket*, Otta. Tano As *
- Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utgave, Oslo: Gyldendal Akademiske
- Hoff, Lee Ann (1986) *Kriser*, Oslo: Gyldendal Akademisk *
- <http://www.selvmord.no>
Hentet 05-05-09, kl.12.42
- Hummelvoll, Jan Kåre (2004) *HELT- ikke stykkvis og delt*, 6. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og Eli Anne Skaug (2006) *Grunnleggende sykepleie bind 3*, Oslo Gyldendal
- Kringlen, Einar (2006) *Psykiatri*, 8.utgave. Oslo: Gyldendal
- Mehlum, Lars (1999) *Tilbake til livet*, Kristiansand: Høyskoleforlaget *
- Raaheim, Kjell og Geir Høstmark Nielsen (1997) *Psykologiboka, - en innføring i psykologi for universiteter og høyskoler*, Oslo, Cappelen Akademiske Forlag *
- Travelbee, Joyce (1996) *Interpersonal Aspects of Nursing*, 8. Opplag, Oslo Pensumtjeneste *
- Vråle. Bruland, Gry (2004) *Møte med det selvmordstruede mennesket*, 3.opplag. Oslo: Gyldendal
- Vevatnet, Kari (2006) *Selvmordsforsøket - søken mot livet* (En kvalitativ undersøkelse), Universitetet i Bergen *

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Referat fra samtale med barnevernspedagog på Ungdomskontakten

Ungdomskontakten har fire 100 % stillinger (barnevernspedagog, sosionom, førskolelærer), og seks 9,61 % stillinger. (rettet mot fritidsgruppene).

Tjenesten er underlagt barnevernstjenesten, og inngår i kommunens helsefremmende arbeid. Åpningstidene er fra klokken 08 – 22 mandag til torsdag, og delt inn i 2 skift. Fredag er åpningstiden fra klokken 08 – 16.

Deres målgruppe er ungdommer med ekstra livserfaring, eller ungdommer som trenger psykososial støtte. Bevisst kalles ikke ungdommene problem-ungdom da dette er negativt ladet.

Tjenesten dekker hele kommunen som har om lag 32000 innbyggere. Det drives lite oppsøkende virksomhet da det henvises mange ungdommer fra lærere, barneverntjeneste, helsesøstere, politi og bekymret foreldre.

I forhold til selvmordsproblematikk sier barnevernspedagogen at det går veldig periodevis. I hennes fartstid på ungdomskontakten (siden 2000) har hun opplevd 2 selvmord blant ungdom som har vært brukere hos dem.

De har ingen faste prosedyrer i forhold til ungdom med selvmordsproblematikk, men i alle tilfeller blir det sørget for at vedkommende får hjelp. Så lenge dem kjenner ungdommene sine godt, sier Brodalen at det er lettere å gjøre en vurdering ettersom man kjenner helheten og litt til bakgrunn. I noen tilfeller, når det kjennes forsvarlig, gjøres det avtaler med ungdommen. Å ringes senere på dagen, sende sms, eller lignende påfølgende dag. Dette handler mye om å legge ansvaret tilbake på ungdommen selv. Bevisstgjøring og ansvar. I de tilfeller ungdommen ikke klarer å ta dette ansvaret selv, skaffes det en vurdering av lege. I noen tilfeller vurderes ungdommen av lege på

helsestasjonen for ungdom som ligger like ved. Andre ganger følges ungdommen til legevakt eller sykehus. Det kan også være snakk om å kontakte pårørende. Alt skjer fra samtykke fra ungdommen. I de tilfeller ungdommen nekter, må de i verste fall kontakte politiet og vurdere tvunget psykisk helsevern. Barnevernspedagogen understreker at dette ikke er noen god løsning, og at man som oftest kan skape refleksjon i ungdommen og etter samtale komme til enighet om at legevurdering kan være det beste.

I det siste har ungdomskontakten blitt veldig bevisst sin rolle i dette arbeidet. Det skal ikke være ungdomskontakten sin rolle å drive med slike situasjoner, men i noen tilfeller står man plutselig der, og må ta tak i ting.

Barnevernspedagogen har noen tanker om hva som er viktig i møte med selvmordstruet ungdom:

- Å være åpen for kontakt, tilgjengelighet, og interesse
- Se dybden og helheten
- Tørre å snakke om håpløsheten, fortvilelsen
- Skape refleksjon slik at ungdommen selv kan se årsak og sammenheng
- Skape mestringsberedskap – hva kan ungdommen gjøre neste gang disse følelsene dukker opp? (Kognitiv terapi – endre tankemønster og vaner).
- Ønsker vedkommende å dø, eller er livet overveldende og det trenges forandring?
- La ungdommen tømme seg og sette ord på følelsene
- Skape allianse, trygghet og tillit med ungdommen
- Bekrefte, se, ha tid.
- Ta vedkommende på alvor. Skaffe nødvendig hjelp.
- Bevisstgjøre og ansvarliggjøre ungdommen

Barnevernspedagogen understreker at alle tilfeller er forskjellige, og at en må trå varsomt. Det er absolutt et vanskelig område. Hennes erfaring er at de fleste med selvmordstanker og evt planer ikke nødvendigvis ønsker å dø, men søker etter den rette personen som kan hjelpe dem til å skape forandring som gjør livet verdt å leve.

8.2 Vedlegg 2

Referat fra samtale med Enhet for Selvmord og Sorgstøtte (ESS)

v/ helsesøster.

Enhet for selvmord og sorgstøtte er tilknyttet sykehuset, underlagt spesialisthelsetjenesten, og har 14 kommuner som faller innunder dem. ESS var et pilotprosjekt som ble opprettet i 1995, med målsetting at alle innlagte med suicidproblematikk skulle tilbys samtale med dem første virkedag etter innleggelse.

ESS blir en forlengelse av kommunes POSOM-team (Psykisk og sosial omsorgs team), tidligere kalt kriseteam. Dette teamet består ofte av sosionom, prest og politi.

Målet med å opprette ESS var at pasienten skulle møtes tidligst mulig av noen som tørr å gå inn i ting og den pasienten på alvor. Helsesøster understreker at man må trå varsomt i dette arbeidet, og prøve å skape en allianse med pasienten. Hun opplever at de fleste pasientene er ambivalente, og ikke nødvendigvis ønsker å dø selv om de er suicidale. For mange oppleves livet som for slitsomt, og de fleste utfører suicidforsøk som er skrik om hjelp. Det viktige for ESS blir å nå gjennom til pasienten og bekrefte at pasienten blir sett. Videre blir arbeidet å kartlegge hva som førte til tilstanden og få et bilde av helheten i situasjonen. Det blir viktig at pasienten får lov å sette ord på ting, og har noen å gå sammen med på veien tilbake til livet. Hjelpers rolle her er å være tilstede, tilgjengelig og stå i dette sammen med pasienten.

Helsesøster forteller at mange pasienter opplever stor skam etter et suicid forsøk. Det at vedkommende har ”brydd” noen, og ikke lykkes med å dø oppleves svært vondt for mange. Samtidig blir det kanskje ekstra vanskelig å vende tilbake til livet, med en skam å ha vist verden sin lidelse. Kanskje spesielt med tanke på pårørende.

Det viktige for ESS i denne sammenhengen blir å avvæpne situasjonen. Skammen må snus og ikke forsterkes. Da øker bare lidelsen enda mer. I mange tilfeller opprettes det samarbeid med pårørende.

Det finnes mange myter og tabuer rundt selvmorsproblematikken. Helsesøster nevner spesielt dette med å samtale med slike pasienter. En myte er at samtale om selvmord ofte fører til selvmord, da det gir ekstra ideer og tanker hos pasienten. Dette stemmer ikke. Men mange hjelpere vegrer seg ved å ta opp slike tema. Dette sees ofte, og er veldig synd. De allers fleste suicidale pasienter ønsker nettopp hjelp fordi livet oppleves svart.

Det finnes også ulike grader av rop om hjelp for selvmordstruede personer. Det er ikke alle som klarer å si med rene ord, at jeg har tenkt å ta selvmord. Ofte kommer slike tanker frem i samtale som små rød tråder pasienten håper at noen skal kunne lese og ta tak i. For noen pasienter er slik små hint det de klarer å formidle til omverdenen. Det knyttes mye skam til temaet selvmord og selvmordstanker.

ESS kobles også inn i saker etter fullbyrdet selvmord. Det viktige blir da å ikke forgylle et selvmord. Man vet ut fra statistikker og teori at pårørende kan bli selvmordstruet da slike kriser kan oppleves som for vanskelig å takle. Også miljøet rundt kan smittes etter selvmord. Et viktig etterarbeid etter suicid blir derfor å kartlegge, og mobilisere nettverk rundt involverte, og i nærmiljøet. Og sist men ikke minst nevner helsesøster dette med å være tilgjengelig og være på tilbudsiden. Pårørende er ofte for slitne til å ta kontakt og oppsøke hjelpere selv.

