



# Selvmondsforebygging ved førstegangsspsykose

*Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av selvmord hos unge  
voksne innlagt med førstegangsspsykose?*

Kandidatnummer: 773  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9368  
Dato: 16.04.18



|   |  |
|---|--|
| ABSTRAKT  | Lovisenberg diakonale høgskole<br>Dato: 16.04.18 |
| Tittel: Selvmordsforebygging ved førstegangpsykose  |  |
| <p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av selvmord hos unge voksne innlagt med førstegangpsykose?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter er anvendt som det sykepleiefaglige perspektivet, med fokus på de tre første interaksjonsfasene for opprettelse av et menneske-til-menneske-forhold. I teorikapittelet presenteres det teoretiske kunnskapsgrunnlaget om pasientgruppen, psykose, selvmord og selvmordsforsøk, selvmordsforebygging, samt relevante etiske perspektiver og juridiske rammer.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litteraturstudie. Her belyses og besvares problemstillingen ved bruk relevant fag – og forskningslitteratur. Forskningsartiklene ble funnet via databasene CINAHL med fulltekst, MEDLINE og PubMed. Faglitteratur ble funnet gjennom databasen Oria og på LDHs bibliotek og via <a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a>. Deler av lovverket er hentet fra <a href="http://www.lovdatabasen.no">www.lovdatabasen.no</a>. Egenerfaring fra praksis er også inkludert.</p> <p><u>Drøfting:</u> Problemstillingen drøftes opp mot teori fra den valgte fag – og forskningslitteraturen og i forhold til de tre første interaksjonsfasene i Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet. Punktene som drøftes er: relasjonene til mennesket, å bli kjent med pasienten, vurdering av selvmordsfare, selvmordsforebygging og bearbeiding av pasientens lidelser. Det er lagt vekt på hvordan sykepleieren kan bygge en relasjon til pasienten med førstegangpsykose for å kunne forebygge selvmord.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Fag – og forskningslitteraturen og teorier viser ulike fremgangsmåter og metoder sykepleieren kan anvende for å forebygge selvmord blant pasientgruppen. Sykepleier bør ha kunnskaper om; psykose, selvmord og selvmordsforsøk, selvmordsforebygging, identifisering av risikofaktorer for selvmord og teorier om selvmordsvurdering. Tiltak som kan gjøres er; selvmordsvurdering etter gjeldende prosedyrer og retningslinjer, begrense faremomenter ved sikring av lokaler og farlige gjenstander og ta i bruk kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon. I dette arbeidet kan Joyce Travelbees teori anvendes som grunnlag for relasjon og samarbeid mellom sykepleieren og pasienten.</p> |  |

(Totalt antall ord:300)

## Innholdsfortegnelse

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innledning .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1      | Bakgrunn for valg av tema .....   | 1         |
| 1.2      | Problemstilling .....   | 2         |
| 1.3      | Avgrensning og presisering av problemstilling.....  | 2         |
| 1.3.1    | Pasientgruppen .....  | 3         |
| 1.3.2    | Psykiatrisk langtidsavdeling.....   | 3         |
| 1.3.3    | Førstegangpsykose og selvmordsforebygging.....  | 3         |
| 1.4      | Begrepsavklaring .....  | 3         |
| 1.5      | Oppgavens oppbygging .....  | 4         |
| <b>2</b> | <b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>   | <b>5</b>  |
| 2.1      | Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter .....   | 5         |
| 2.2      | Pasientgruppen unge voksne med førstegangpsykose og selvmordsrisiko .....   | 6         |
| 2.3      | Fakta om psykose.....   | 7         |
| 2.3.1    | Førstegangpsykose.....  | 8         |
| 2.4      | Selv mord og selvmordsforsøk.....   | 9         |
| 2.4.1    | Risikofaktorer for selvmord i psykiatrien .....   | 9         |
| 2.5      | Teorier om selvmordsforebygging .....   | 11        |
| 2.5.1    | Kartlegging av selvmordsfare .....  | 11        |
| 2.5.2    | Sykepleierens ansvarsområde ved selvmordsforebygging.....   | 12        |
| 2.6      | Etiske perspektiver .....   | 12        |
| 2.6.1    | Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....  | 12        |
| 2.6.2    | De fire prinsippers etikk .....   | 13        |
| 2.7      | Juridiske rammer .....  | 13        |
| 2.7.1    | Faglig forsvarlighet .....  | 13        |
| 2.7.2    | Bruk av tvang .....   | 14        |
| 2.7.3    | Pasientens rett til brukermedvirkning og informasjon .....  | 14        |
| <b>3</b> | <b>Metode.....</b>  | <b>15</b> |
| 3.1      | Valg av litteraturstudie som metode .....   | 15        |
| 3.2      | Litteratursøket .....   | 15        |
| 3.3      | Kildekritikk.....   | 16        |
| <b>4</b> | <b>Forskningsartiklene.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>5</b> | <b>Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av selvmord hos unge voksne innlagt med førstegangpsykose?.....</b> | <b>20</b> |
| 5.1      | Relasjonen til mennesket.....   | 20        |
| 5.1.1    | Det innledende møtet.....   | 21        |
| 5.1.2    | Kommunikasjonen med pasienten.....  | 22        |
| 5.2      | Å bli kjent med pasienten.....  | 23        |
| 5.2.1    | Fremvekst av identiteter .....  | 23        |
| 5.2.2    | Oversikt over pasientens situasjon .....  | 24        |
| 5.2.3    | Empatifasen som forståelsesperspektiv .....   | 24        |
| 5.3      | Vurdering av selvmordsfare ved førstegangpsykose .....  | 25        |
| 5.4      | Selv mordsforebygging av pasienten med førstegangpsykose .....  | 26        |
| 5.4.1    | Begrensning av faremomenter.....  | 27        |
| 5.4.2    | Observasjon av pasienten .....  | 27        |
| 5.5      | Bearbeiding av pasientens opplevelser .....   | 29        |
| <b>6</b> | <b>Avslutning .....</b>   | <b>30</b> |
|          | Referanseliste:.....  | 31        |

# 1 Innledning

Denne oppgaven tar for seg sykepleierens forebyggende funksjon ved førstegangpsykose og selvmordsrisiko. Hvert år begår mellom 500 til 600 mennesker selvmord i Norge, og det estimeres at det er opptil ti ganger så mange selvmordsforsøk (Sosial – og helsedirektoratet, 2008, s. 7). Av disse er ca. 50 pasienter innlagt for psykiatrisk behandling når selvmordet begås (Folkehelseinstituttet, 2017). Det forekommer i tillegg et større antall selvmord blant pasienter som er i poliklinisk behandling eller som nylig er utskrevet fra psykiatrisk institusjon (Folkehelseinstituttet, 2017). I 2015 og 2016 mottok Meldeordningen 283 meldinger om selvmord og 595 meldinger om selvmordsforsøk i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Så mange som 90% har på det tidspunktet selvmordet begås én eller flere psykiske lidelser. (Øksendal Haaland, Bjørkholt, Freuchen, Ness, Walby, 2017). Psykose og psykotiske symptomer er et kjent faremoment for økt selvmordsrisiko - spesielt i ung alder, og det bør derfor rettes særlig fokus på selvmordsforebygging til denne gruppen pasienter. (Helsedirektoratet, 2013).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Førstegangpsykosener, også kalt førsteepisode-psykosener, er ikke en egen diagnosegruppe slik som f.eks. schizofreni, men det viser til en persons første psykose eller psykotiske symptomer i hvilken som helst psykiatrisk diagnose (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke. 2010). Blant pasienter med psykoselidelser regnes selvmord som den viktigste årsaken til for tidlig død, og selvmordsfaren er høyest i ung alder og tidlig i sykdomsfasen (Helsedirektoratet, 2013, s.39).

Selvmord og selvmordsforsøk er en stor påkjenning for de etterlatte og pårørende, og det er en stor utfordring for helsepersonell som skal behandle pasienten. I helsevesenet kan man dessverre aldri helt unngå at suicidale tanker blir gjort om til konkrete handlinger (Sosial og helsedirektoratet, 2008). Likevel finnes det en rekke metoder, både kartleggende og forebyggende tiltak, som man som sykepleier kan anvende for å redusere faren for og forekomsten av selvmord i psykisk helsevern.

Som sykepleierstudent og fremtidig sykepleier ønsker jeg å rette fokuset på hvordan man som sykepleier kan verne om denne sårbare gruppen pasienter som tidlig i voksenlivet opplever en

psykose og økt risiko for selvmord. Sykepleierne er en av de yrkesgruppene av helsepersonell som har mest kontakt med pasienter under innleggelse. Det er da avgjørende at sykepleier i møte med slike pasienter utøver sykepleie målrettet, kunnskapsbasert og på en faglig oppdatert måte.

## **1.2 Problemstilling**

Problemstillingen min er som følger: *Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av selvmord hos unge voksne innlagt med førstegangspsykose?*

## **1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling**

I denne oppgaven avgrenses problemstillingen til å handle om sykepleierens møte med pasienter innlagt med førstegangs psykoselidelse - i oppgaven kalt førstegangspsykose, som står i fare for å utvikle selvmordstanker og forsøker å begå selvmord under innleggelse.

Joyce Travelbees mellommenneskelig prosess, hvor sykepleier hjelper individet til å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, legges til grunn som sykepleieteoretisk perspektiv i denne oppgaven (Kirkevold, 2009). I teorien fremlegges de fem interaksjonsfasene (nærmere beskrevet under punkt 2.1) hvor jeg avgrenser til de tre første fasene: (1) Det innledende møtet, (2) fremvekst av identiteter og (3) empati. (Kirkevold, 2009). Disse fasene er idealer og er ikke nødvendigvis statiske. Rekkefølgene kan i det virkelige møte med pasienten kan variere.

Kartlegging, observasjon og utføringen av aktuelle tiltak gjøres altså av sykepleier, mens ansvarlig behandler, lege og psykolog, står for beslutninger og den medisinske behandling. Selvmordskartlegging og vurdering er ofte en lege/psykolog-oppgave, men kan også være innenfor oppgavene til kvalifisert sykepleier (Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Jeg går ikke nærmere inn på medikamentell behandling og tiltak, men jeg påpeker samtidig at dette er en viktig del av sykepleierens funksjon.

### **1.3.1 Pasientgruppen**

Oppgaven avgrenses til å omhandle unge voksne med førstegangpsykose i alderen mellom 18 og 30 år, som da blir innen voksenpsykiatri. Denne aldersbegrensningen er satt fordi er flest innenfor denne aldersgruppen opplever psykose for første gang (Skårderud et al. 2010, s.302). Jeg vil i oppgaven ta utgangspunkt i at de fleste unge som blir innlagt med førstegangpsykose blir innlagt på tvang eller blir overført på tvang under innleggelsen. Jeg går i midlertid ikke i dybden på temaet tvangsinnleggelse. Grunnen til at jeg tar utgangspunkt i dette er fordi jeg av egen erfaring i praksis har opplevd at de fleste med psykose ikke klarer å ta imot helsehjelp på frivillig grunnlag. Jeg utelukker likevel ikke at pasienter med førstegangpsykose også kan bli innlagt eller overføres på frivillig innleggelse.

### **1.3.2 Psykiatrisk langtidsavdeling**

Det kliniske området er pasienter som er innlagt på et lengre oppholdt på psykiatrisk sengepost med døgnplasser, som er å betegne som langtidsavdeling, hvor pasienter har et annet behov oppfølging og helsehjelp enn hva akuttavdelinger eller intermediaeravdelinger tilbyr. Det gjelder da innleggelsesopphold på langtidsavdeling på ca. 1-3 måneder.

### **1.3.3 Førstegangpsykose og selvmordsforebygging**

Denne oppgaven fokuserer på førstegangpsykose generelt, og derfor avgrenses det til å ikke gjelde spesifikke psykiatrisk diagnoser, men det vil gjelde psykiske lidelser som kan medføre en psykotisk tilstand for første gang. I oppgaven er førstegangpsykose et begrep som omhandler en gruppe pasienter, og jeg vil se på førstegangpsykose som risikofaktor for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord. Samarbeid med og inkludering av pårørende går jeg ikke nærmere inn på i oppgaven, selv om jeg anerkjenner at dette også er en viktig del av pasientens behandling. Selvmordsforebyggingen er rettet mot tiden frem mot utskrivelse, men oppgaven tar primært for seg hvordan man forebygger selvmord blant pasientgruppen innlagt på psykiatrisk avdeling.

## **1.4 Begrepsavklaring**

Selv mord er en bevisst og villet handling hvor en person påfører seg selv skade som medfører død (Skårderud et al., 2010).

Selvmondsforebygging innebærer kartlegging, vurdering, tiltak, prosedyrer og behandling rettet mot pasienter med selvmordsfare (Sosial – og helsedirektoratet, 2008).

Førstegangpsykose innebærer alle førstegangs episode av de fleste psykoselidelser eller psykiske lidelser som gir psykose (Fedyszyn et al., 2011).

## **1.5 Oppgavens oppbygging**

I kapittel 2 (teoridelen) fremlegges det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som er relevant for å belyse problemstillingen. Her gjøres det først rede for sykepleierteorien, hvor Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige aspekter blir beskrevet. Videre beskrives pasientgruppen, og samt faglig anerkjent kunnskap om temaet for oppgaven. Dette inneholder beskrivelse av psykose og førstegangpsykose, selvmord, selvmordsforsøk og selvmordsforebygging. Deretter beskrives relevante etiske teorier og juridiske rammer. Metoden som er benyttet for oppgaven beskrives i kapittel 3. I kapittel 4 legges forskningsartiklene frem. I drøftingsdelen i kapittel 5 drøftes det hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge selvmord blant unge med førstegangpsykose, hvor sykepleierteori, faglitteratur og forskningslitteratur anvendes for å besvare dette. I avslutningen oppsummeres oppgaven.

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for teori som er relevant for å belyse problemstillingen. Dette innebærer først en redegjørelse av Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Deretter vil jeg inkludere teoretisk rammeverk som omhandler pasientgruppen, psykotiske tilstander, selvmord og selvmordsforsøk, selvmordsforebygging, kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, samt etiske perspektiver og juridiske rammer til slutt.

### **2.1 Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter**

I denne oppgaven blir Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter lagt til grunn som sykepleiefaglig perspektiv. Teorien hennes fokuserer på pasientens egne opplevelser og erfaringer og på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon (Kirkevold, 2009). Man må ha en forståelse av hva som foregår mellom pasient og sykepleier for å forstå hva sykepleie er og bør være, hevder Travelbee (Kirkevold, 2009, s.113). Ideene i Travelbees teori 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, 1971, s. 7; Kirkevold, 2009, s. 113).

Travelbee sier at sykepleierens mål er å hjelpe mennesket å mestre eller håndtere sin erfaring fra sykdom og lidelse, også gjennom bevisstgjøring av disse erfaringene, og slik også forebygge sykdom og lidelse, og fremme helse (Travelbee, 1971, s. 8). Utgangspunktet til Travelbee er at mennesket er enestående og uerstattelig som individ. Men det fellesmenneskelige for individet er erfaringer som f.eks. sykdom, lidelse og tap (Kirkevold, 2009, s. 114). Travelbee er imot å bruke begreper som pasient og sykepleier. Det som er enda viktigere å forholde seg til enn diagnosen til personen eller objektive vurderinger fra helsepersonellet, er personens egen opplevelse av sykdom og lidelse (Travelbee, 1971, s.52; Kirkevold, 2009).

Hensikten med sykepleie er overordnet å hjelpe pasienten til å mestre hans eller hennes lidelse og sykdom, og hensikten oppnås ved etablering av et menneske-til-menneske forhold (Kirkevold, 2009). Dette forholdet går ut på erfaringer mellom den som er sykepleier og det



syke individet som har behov for sykepleie. For Travelbee er dette forholdet en prosess og et middel til å oppfylle pasientens behov for pleie (Kirkevold, 2009, s. 116). Sykepleie utøves ved et menneske-til-menneske-forhold bestående av fem faser, som starter med (1) det innledende møtet mellom to personer og som utvikler seg gjennom stadier til (2) fremvekst av identiteter, til (3) empati, videre til (4) sympati og inntil den siste fasen, som kjennetegnes av (5) gjensidig forståelse og kontakt mellom de to personene (Alligood, 2018, s. 19; Kirkevold, 2009).

Det innledende møtet mellom sykepleieren og personen, eller pasienten, er preget av at man ikke kjenner hverandre (Eide & Eide, 2007; Kirkevold, 2009). Her bygger førsteinntrykket, forventningene og oppfatningene til hverandre i stor grad på generalisering og stereotypier (Travelbee, 1971, s.130). Samtidig får begge parter, ut ifra vurderinger og observasjoner, en første fornemmelse eller et inntrykk av hvem den andre er (Kirkevold, 2009, s. 117). Etter hvert som det er mer interaksjon mellom sykepleieren og pasienten kommer hverandres personligheter til syne og det blir en fremvekt av identiteter (Travelbee, 1971; Kirkevold, 2009). Oppfatningen av hverandre blir mindre kategoriske og stereotypien forsvinner, og sykepleier kan begynne å få en forståelse av pasientens oppfatning av sin situasjon (Eide & Eide, 2007; Kirkevold, 2009). Videre kommer som nevnt empatifasen, som kjennetegnes av at man tar del i og forstår hverandres meninger ved og relevans av følelser og tanker (Kirkevold, 2009, s. 117). Empati forstås som evnen til å forstå og sette seg inn i et annet menneskes psykiske og psykologiske tilstand på et gitt tidspunkt (Travelbee, 1971, s. 136). Empati er ikke en kontinuerlig prosess, men skjer av og til, og når empati har forekommet forandrer det interaksjonen og forholdet mellom to mennesker (Travelbee, 1971; Kirkevold, 2009, s.117).

## **2.2 Pasientgruppen unge voksne med førstegangpsykose og selvmordsrisiko**

Psykose kan forekomme i alle aldre, men det er vanligst at den først forekommer i ung alder, for personer mellom 15 og 30 år. Psykose kan opptre i ulike former, og noen forløper over lengre perioder, mens andre mer kortvarige og forbigående. Felles for psykotiske tilstander er at de ofte medfører et stort fall i sosial funksjon og generell funksjon i det daglige liv. (Skårderud et al., 2010, s.302). Det er store forskjeller på alder og kjønn i forhold til selvmordsrisiko, hvor menn mellom 15 og 64 år har to til tre ganger så høy risiko for selvmord enn kvinner i samme aldersgruppe (Helsedirektoratet, 2014, s. 10).

Unge voksne pasienter med førstegangpsykose har særlig høy risiko for å begå selvmord (Helsedirektoratet, 2013). Her påvirker generelle faktorer faren for selvmord, som; opplevelser og følelser av håpløshet, mindreverdighet, ensomhet, negative antagelser om egen lidelse og håpløshet/negative tanker for egen fremtid (Helsedirektoratet, 2013, s. 39). Psykosen skaper ofte slik engstelse hos pasienten. Han eller hun lever i sin egen virkelighet som er svært annerledes fra de fleste rundt seg. Her er kan angsten være fremtredende og verden oppleves truende, hvor pasienten kan både føle seg ensom og ha grunnleggende mistillit til de rundt seg (Hummelvoll, 2012, s.339).

### **2.3 Fakta om psykose**

Å være psykotisk eller å ha en psykotisk tilstand går ut på å ha en annen virkelighetsoppfatning enn de rundt en, også kalt en realitetsbrist, hvor man har havnet i en «privat» oppfatning av verden rundt seg som kan være både forvrengt, usammenhengende og kaotisk. (Skårderud et al.,2010, s.302, 303). Kliniske kjennetegn ved psykose kan være: brudd med virkeligheten eller vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, følelsesmessige forstyrrelser, sanseforstyrrelser (hallusinasjoner), forvirring og både fysisk og psykisk isolasjon (Hummelvoll, 2012; Håkonsen, 2014, s.352). Psykose er også en tilstand hvor den mentale evnen til å kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er redusert, noe som svekker personens evne til å opprettholde et normalt funksjonsnivå i livet sitt (Hummelvoll, 2012, s. 337). Mange i psykose greier ikke å forstå eller erkjenne at de er syke eller trenger hjelp, og å motta hjelp frivillig kan ofte vise seg å bli vanskelig (Hummelvoll, 2012).

Den psykotiske har av ulike grunner falt ut av subjektiviteten som gjør at man opplever seg selv som seg, og at tankene er sine egne, og at verden rundt er virkelig og at man eksisterer i denne. Man har altså mistet en slags forståelses-selvfølghet med andre mennesker og en felles menneskelig oppfatning med andre av virkeligheten. (Skårderud et al., 2010, s.303,304). Tapet av disse normale evnene og forståelser for det en opplever rundt seg og at den psykotiske opplever seg alene med sine tanker og uten bekreftelse av disse, medfører ofte tilbaketrekking, opphengt i interesser ingen andre er med på, angst, depresjon og forandret opplevelse av kropp og sanser (Møller & Husby, referert i Skårderud et al., 2003, s.303).

### 2.3.1 Førstegangpsykose

Begrepet førstegangpsykose, også kalt tidlig psykose, viser til den første gangen en person opplever psykotiske symptomer. Det kan typisk være symptomer som; vrangforestilling, hallusinasjoner, uberegnelig oppførsel, sosial avsløring eller blamering, apati, selvneglisjering og forstyrrede tanker. (van Dusseldorp, Goossens & van Achterberg, 2011, s. 2 ). Vrangforestillinger er feilaktige ideer om en selv, andre personer eller omgivelsene rundt, hvor man er overbevist over at ens egne vurderinger er riktige, og man er svært lite mottagelig for motargumenter (Hummelvoll, 2012, s. 343). Hallusinerer kan affisere alle sansene og har en sterk innflytelse på personen - som påvirker selve eksistensfølelsen. Å oppleve hallusinasjoner kan hindre eller umuliggjøre hverdagslige gjøremål og funksjoner (Hummelvoll, 2012).

Førstegangpsykose er et viktig tema for både behandlingsprogram og for forskning (Skårderud et al., 2010, s.321). Fagmiljøer som er ledende på området, slik som i Australia, viser viktigheten og virkningene av tidlig, kvalifisert og behovstilpasset behandling for å forhindre at psykosen blir et tilbakevendende sykdomsforløp (Skårderud et al., 2010, 321). Det skilles ofte mellom tre risikogrupper innen førstegangpsykose:

- Risikogrupper (som barn, tenåringer vokst opp med psykotiske foreldre)
- Høyrisikogrupper (unge med tegn på sosial tilbaketrekning og andre kjente tegn på psykose/schizofreni)
- Ultrahøyrisikogrupper (unge som har vokst opp med psykotiske foreldre, i tillegg til å ha utviklet tegn psykose/schizofreni eller hatt flyktige psykoseepisoder)

(Skårderud et al., 2010, s.321)

Det er også mye som kan tyde på at personer som opplever psykose for første gang nylig har opplevd en traumatisk hendelse i livet (Hummelvoll, 2012, s. 354). I den engelske forskningslitteraturen er førstegangpsykose (first-episode psychosis) omfatter betegnelsen alle førstegangs utbrudd av de fleste psykoselidelser eller lidelser som gir psykose (Fedyszyn, Harris, Robinson, Edwards & Paxton, 2011). Fedyszyn et al viser i sin studie om selvmordsforsøk blant unge at; «Majoriteten (79.4%) var diagnostisert med henholdsvis ikke-afektiv psykose, dvs. schizofreni, schizofreniform lidelse, forbigående psykose, uspesifisert psykose, vrangforestillingspsykose, rusutløst psykose» (2011, s.840; ICD-10, 2018). I tillegg

viser denne studien at tilleggsdiagnosene ofte kan være; depresjon, rusmisbruk, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser (Fedyszyn et al., 2011, 840).

## **2.4 Selvmord og selvmordsforsøk**

Skårderud et al. definerer selvmord som «en bevisst og villet handling en person har gjort for å skade seg selv der skaden har ført til døden» (2010, s. 355). Som sykepleier kan man møte mennesker med selvmordsrisiko i både somatikken og så vel som i psykisk helsevern. Den selvmordstruede, eller den som selv avslutter livet sitt, bærer oftest på mye lidelse og fortvilelse. For mange er selvmord eller selvmordsforsøk som regel ikke plutselige handlinger som oppstår, men heller et uttrykk for en lengre prosess hvor vedkommende har gått gjennom en rekke faser. (Håkonsen, 2014, s.367, 368). Det er likevel store individuelle forskjeller på hva selvmord eller selvmordsforsøk skyldes i en persons liv. Selve forsøket kan være styrt av både impulsivitet så vel som langvarig besluttomhet, og ofte en kombinasjon av disse. Det er også ulikheter i hvilken grad selvmordstankene er utviklet til konkrete planer eller valg av selvmordsmetode (Skårderud et al., 2010). Det er få tilfeller hvor man som sykepleier blir mer utfordret av sine profesjonelle forpliktelser enn i møte med pasienter i dyp krise slik som den som har mistet lysten til å leve.

### **2.4.1 Risikofaktorer for selvmord i psykiatrien**

Selvmord er ofte utløst av personlig belastende livshendelser eller perioder i livet (Håkonsen, 2014). Ved å bruke kunnskap om risikofaktorer og vurdere disse for hver enkelt person, kan man ikke forutse, men heller anslå en sannsynlighet for selvmordsfare (Skårderud et al., 2010). Risikofaktorer for selvmord kan være: depresjon, schizofreni/psykose og annen psykisk lidelse, rus, svik eller brudd i relasjoner, plutselig endret og vanskeligstilt livssituasjon, sosial degradering eller fremmedgjøring, ærekrenkelse og tap av selvaktelse og manglende nettverk (Sosial -og helsedirektoratet, 2008, s.36; Håkonsen, 2014, s. 371).

Det antas at 2/3 av de som begår selvmord har gitt uttrykk for dette til noen på forhånd (Hummelvoll, 2012). En trussel om selvmord skal alltid tas på alvor og skal alltid føre til at man som helsepersonell og fagperson foretar de riktige vurderingene av vedkommende. (Håkonsen, 2014). Videre sier faglitteraturen at f.eks. personer med schizofreni har en vesentlig større risiko for selvmord enn resten av befolkningen, samt at tidlig intervensjon og behandling av psykose generelt minsker risikoen for selvmord (Skårderud et al., 2010, s. 315,

316). Dette er altså noen generelle eksempler på årsaker eller utløsere som kan ligge bak at en pasient står i fare for selvmord.

Trygge fysiske rammer er helt avgjørende for å forebygge selvmord på en psykiatrisk avdeling, og som sykepleier viktig å ha gode kunnskaper om beskyttelsestiltak (Helsedirektoratet, 2017). Det er en del risikosituasjoner som kan være medvirkende for at selvmordsforsøk skjer på en avdeling. Blant hendelser som har skjedd på psykiatriske institusjoner så omhandler mange bygning- og interiørmessige forhold som ikke har gitt tilstrekkelig beskyttelse av pasienten (Helsedirektoratet, 2017). Blant de hyppigst beskrevne selvmordsforsøkene er strangulering ved bruk av pasientens egne klær, skolisser, sengetøy, dusjforheng, gardiner og medbrakt ladeledning til mobil eller PC (Helsedirektoratet, 2017, s. 2). Man har også sett sprang fra vindu eller veranda, grunnet manglende sikringsmekanismer, hvor pasienter har fått tilgang til vinduer, trapper eller avsatsler. I tillegg kommer også overdose eller forgiftning ved bruk av medisiner som pasienter hadde med seg ved innleggelse og som ikke var blitt kontrollert av institusjonen (Helsedirektoratet, 2017. s. 2).

I følge statistikken varierer de mest brukte selvmordsmetodene mellom menn og kvinner (Helsedirektoratet, 2017). Den vanligste metoden ved fullbyrdet selvmord hos menn er skyting, henging forgiftning og intenderte trafikkulykker. For kvinner er det vanligste metodene forgiftning, henging og drukning (Skårderud et al., 2010. s. 356).

Læringsnotatet fra Meldeordningen publisert av Helsedirektoratet viser denne statistikken som lå bak registrerte selvmord og selvmordsforsøk innen spesialisthelsetjenesten 2015 og 2016:

| <b>Metode:</b>                         | <b>Selvmord:</b> |         | <b>Selvmordsforsøk:</b> |         |
|--|------------------|---------|-------------------------|---------|
|  | Menn             | Kvinner | Menn                    | Kvinner |
| Strangulering                          | 19               | 8       | 30                      | 92      |
| Forgiftning                            | *                | *       | 16                      | 73      |
| Sprang fra høyt sted                   | *                | *       | 14                      | 16      |
| Kutting/skjæring                       | *                | *       | 7                       | 18      |
| Annet (skyting, gass, bil-/togtrafikk) | 9                | 12      | 17                      | 25      |
| <b>Sum:</b>                            | 58               |         | 310                     |         |

\*= 5 eller færre

(2017, s.4)

Strangulering er som vist den hyppigst forekommende metoden innen psykiatrisk avdeling ved selvmord og selvmordsforsøk, etterfulgt av forgiftning (Helsedirektoratet, 2017). Det er viktig for sykepleier å ha kjennskap til de vanligste metodene som kan anvendes på psykiatrisk avdeling. Dette for å f.eks. være bevisst på risikosituasjoner, risikofaktorer og å identifisere særlig sårbare pasienter (Helsedirektoratet, 2017).

## **2.5 Teorier om selvmordsforebygging**

Det kan ofte være vanskelig for sykepleier og annet helsepersonell å vurdere selvmordsfare hos psykiatriske pasienter, som hver og én har sine komplekse, psykiske og personlige problemer (Hummelvoll, 2012). Her presenteres viktige teorier innen selvmordsforebygging.

### **2.5.1 Kartlegging av selvmordsfare**

Hummelvoll legger til grunn følgende psykologiske forhold i vurdering av selvmordsfare:

«Sterk sinnsbevegelse – eller uavklart uro, tanker og handlinger som viser selvhat, skam -og skyldfølelse, tankemessig og følelsesmessig innsnevring, og tanker om å gjøre slutt på lidelsen» (2012, s. 214).

Helsedirektoratet stadfester i *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* at det er spesifikke spørsmål man som helsepersonell må stille seg når man skal vurdere om pasienten står i fare for selvmord, som:

- Har pasienten selvmordstanker?
- Er tankene til stede hele tiden/av og til?
- Har personen selvmordsplaner, og hvor konkrete er disse?
- Hører vedkommende stemmer som sier at personen skal ta livet av seg eller andre?
- Foreligger uttalt håpløshet eller dødsønske?
- Har personen tilgang til våpen, farlige medisiner m.m. i hjemmet?

(Hummelvoll, 2012, s. 215; Sosial – og helsedirektoratet, 2008, s. 37).

Hensikten med disse punktene i prosedyrene for vurdering av selvmord er å sikre at man gir faglig forsvarlig helsehjelp til pasienten, samt for å sikre at pasienter med selvmordsrisiko blir vurdert og behandlet etter gjeldende retningslinjer (Sosial -og helsedirektoratet, 2008).

## **2.5.2 Sykepleierens ansvarsområde ved selvmordsforebygging**

Det er som oftest lege eller psykolog som foretar første selvmordsrisikovurdering av pasienten, blant annet med utgangspunkt i de punktene nevnt i 2.5.1. Dette skjer ofte når pasienten kommer inn til spesialisthelsetjenesten og på psykiatrisk avdeling. Når konklusjonen er at det er selvmordsrisiko tilstede, tilsier forsvarlighetskravet at pasienten skal følges opp med nærmere selvmordsrisikovurdering og påfølgende tiltak (Sosial -og helsedirektoratet, 2008, s.37). Alt helsepersonell skal være opplært i å identifisere selvmordsrisiko hos pasienter og være kjent med avdelingens prosedyrer for observasjon av den selvmordstruede pasienten. Dette gjelder også særlig sykepleier (Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Det er viktig å understreke at lege/psykolog og sykepleier gjør hver sin del av selvmordsforebyggingen, og at sykepleier har sitt eget ansvarsområdet i det forebyggende arbeidet; slik som ved f.eks. gjennomføring av kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon på psykiatrisk avdeling (Sosial – og helsedirektoratet, 2008).

## **2.6 Ethiske perspektiver**

Etikk og etisk refleksjon er sentralt i sykepleierens yrkesutøvelse for å kunne handle moralsk riktig, og skal sammen med lovverket regulere måten sykepleieren opptre på (Brinchmann, 2012).

### **2.6.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

De yrkesetiske retningslinjene beskriver idealer for gode moralske og praktiske handlinger i sykepleien (Sneltvedt, 2012). De bygger på det internasjonale sykepleierrådets (ICN) etiske grunnprinsipper og FNs menneskerettighetserklæring, og omhandler sykepleierens forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn (Sneltvedt, 2012). Verdier som ligger til grunn for yrkesetikken er barmhjertighet, omsorg og respekt for de grunnleggende menneskerettigheter (Sneltvedt, 2012, s. 100). Norsk sykepleierforbund har formulert fire punkter for sykepleierens fundamentale plikt: «Å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse og å sikre en verdig død» (2016).

## **2.6.2 De fire prinsippers etikk**

De fire prinsippers etikk er et etisk rammeverk som består av de fire likeverdige prinsippene; velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Brinchmann, 2012). Hvert av prinsippene defineres som en plikt hvor; velgjørenhet er plikten til å gjøre godt mot andre, ikke skade er plikten til å ikke skade andre, autonomi er plikten til å respektere autonome personers beslutninger og valg, og hvor rettferdighet går ut på plikten til å behandle like tilfeller på lik måte og å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2012, s. 85).

Velgjørenhetsprinsippet betyr praktisk sett at sykepleieren skal både ville og gjøre det som er best for pasienten, samt vise pasienten sympati, medfølelse og barmhjertighet (Nortvedt, 2016). Det mest sammenlignbare man finner i yrkesetiske retningslinjer er §2.1: «sykepleieren skal vise omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen» (Nortvedt, 2016; NSF, 2016). Dette går også inn på Travelbees empati-fase og sympati-fase i menneske-til-menneske-forholdet. Et særlig viktig aspekt ved ikke skade-prinsippet er at man som sykepleier skal minimere pasientens smerte og ubehag fra sin sykdom eller lidelse og lindre og ivareta omsorg (Nortvedt, 2016, s.97).

## **2.7 Juridiske rammer**

Sykepleieren er etisk pliktig til å informere pasienten om lover og rettigheter, og har et personlig, faglig og etisk ansvar for å sette seg inn i lovverket som regulerer tjenesten (Norsk sykepleieforbund, 2016).

### **2.7.1 Faglig forsvarlighet**

I helsepersonelloven (1999) uttrykkes det at helsepersonell skal utøve arbeidet sitt samsvarende med de kravene til faglig forsvarlighet som kan forventes ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner. (Helsepersonelloven § 4; Molven, 2012, s. 127).

Sykepleieren tilhører den yrkesgruppen som er mer eller mindre involvert i alle former for helsehjelp og behandling, og må da forholde seg til kravet om forsvarlighet i ved de ulike typene helsehjelp (Moen, 2012, s.127). Kravet om faglig forsvarlighet gjelder både på virksomhetsnivå og individnivå, og den faglige forsvarligheten gjelder da både den psykiatriske institusjonen så vel som sykepleieren (Helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2–2). Dette gjelder også at den enkelte sykepleier er kjent med prosedyrer rundt og har fulgt opplæring i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko (Sosial



– og helsedirektoratet, 2008) Sosial – og helsedirektoratet sier videre at: «Det generelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven innebærer plikt for alt helsepersonell til å holde seg innen sitt fagområde og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner» (2008, s. 17).

### **2.7.2 Bruk av tvang**

Pasienter innlagt med psykose er den pasientgruppen som er mest innlagt på tvungent psykisk helsevern (Skårderud et al., 2010). Bruk av tvang innen psykisk helsevern reguleres av «lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» (Psykisk helsevernloven, 1999). Med tvungent psykisk helsevern menes undersøkelse, behandling, pleie eller omsorg av personer på grunn av psykisk lidelse når undersøkelsen eller behandlingen foretas uten at vedkommende har samtykket (Psykisk helsevernloven, 1999; Molven, 2012). Loven skal sikre at etableringen av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, og ivaretar pasientens behov og menneskeverd. Kriteriene som må oppfylles for at en person kan legges inn på tvang er at; han eller hun har manglende samtykkekompetanse, har en alvorlig sinnslidelse og at vedkommende på grunn av sinnslidelsen kan være til fare for seg selv eller andre eller får sin bedring betydelig redusert eller tilstand forverre (Psykisk helsevernloven, 1999). Å bruke tvang mot pasienten er et stort overtramp mot hans eller hennes integritet, og kan vanskeliggjøre forholdet mellom pasient og sykepleier (Hummelvoll, 2012).

### **2.7.3 Pasientens rett til brukermedvirkning og informasjon**

Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) gir pasienter og/eller brukere spesifikke rettigheter overfor helse og omsorgstjenesten, og skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helseinstitusjonen, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten har lovfestet rett til brukermedvirkning, har selvbestemmelsesrett og frivillig samtykke. I praksis skal dette komme til syne ved at helsepersonell foreslår eller anbefaler type helsehjelp og hvor pasienten selv tar stilling til hva han eller hun ønsker (Molven, 2012). Pasienten har ved denne loven også rett til informasjon om helsehjelpen han eller hun tilbys eller mottar og innholdet i denne (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienter som er innlagt under tvungent psykisk helsevern har også rett til brukermedvirkning så langt dette kan la seg gjøre (Helsedirektoratet, 2015).

## **3 Metode**

Begrepet metode innebærer å gå frem på en systematisk måte for å samle inn data og kunnskap til å besvare og belyse problemstillingen til oppgaven (Thidemann, 2015). Med andre ord beskriver metoden altså hvordan dataen i oppgaven er blitt hentet inn og hvordan man har kommet frem til ny kunnskap, slik at den som leser oppgaven kan gjenta de trinnene man selv har gjort og oppnå de samme konklusjonene (Dalland, 2013).

### **3.1 Valg av litteraturstudie som metode**

Bacheloroppgaven skrives som en litterær studie. Denne metoden er altså en studie som tar for seg og systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015). Oppgaven vil belyse og besvare problemstillingen ved bruk av kunnskap fra relevant forskningslitteratur og faglitteratur omkring oppgavens tema. Oppgaven skal ikke ta i bruk primærdata. Data som er innhentet i oppgaven er sekundærdata fra forskning og faglitteratur, som skal være kvalitetssikret, relevant og aktuell.

### **3.2 Litteratursøket**

Litteraturen jeg har benyttet består av faglitteratur fra LDHs bibliotek, forskningslitteratur fra LDHs medisinske databaser og fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning – og forebygging ved UiO, i tillegg til annen litteratur som; handlingsplaner og retningslinjer fra offentlige helseinstanser og pålitelige digitale oppslagsverk på internett.

I letingen etter relevant faglitteratur søkte jeg gjennom databasene i Oria og var på LDHs bibliotek for å finne fagbøker innen psykiatri, psykologi, psykisk helse, psykiatrisk sykepleie, sykepleieteorier, oppgaveskriving, jus og etikk. Jeg gikk blant annet igjennom innholdet i de fagbøkene som blir anvendt som pensumlitteratur ved LDH innen noen av disse nevnte temaene, i tillegg til å søke opp annen litteratur som ga mer utfyllende kunnskap. Dette for å vite at faglitteraturen var oppdatert og fortsatt relevant i dag. Jeg forsøkte å finne nyeste utgave av utgivelser, hvor det meste av faglitteraturen er fra 2007 til 2018, med unntak av lovverk fra lovdata.no og Travelbees bok i originalutgivelsen.

Ved statistikk for oppgaven gikk jeg etter å søke i de store offisielle og nasjonale kildene, som

Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå. Særlig hos [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) fant jeg mye oppdatert og relevant informasjon i søket etter statistikk og oversiktskunnskap, samt flere elektroniske hefter med nasjonale faglige retningslinjer og handlingsplaner innen psykose og selvmordskartlegging – og forebygging.

I søket etter forskningsartikler har jeg brukt databasene CINAHL med fulltekst, MEDLINE og PubMed. Søkeord som ble bruk var: first episode psychosis, psychosis, psychosis in young people, suicide prevention, suicide assessment, suicide, mental health nursing og psychiatric nursing. Disse søkeordene har blitt brukt i ulike kombinasjoner. Søkene ble avgrenset til artikler publisert mellom 2008 og 2018 for å sikre at kunnskapen fra disse er oppdatert og troverdig for nåtidens fagfelt. I oppgaven har jeg anvendt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Alle forskningsartiklene er fagfellevurdert. Jeg har primært fokusert på å finne forskningsartikler fra vestlige land som omhandler studier av førstegangpsykose og unge voksne med førstegangpsykose, spesielt rundt selvmord og selvmordsrisiko forbundet med dette, samt om pasienter i behandling eller kontakt med psykiatrien. I tillegg har jeg sett etter forskningsartikler om selvmord, selvmordsforekomst og selvmordsforebygging - noen norske studier og noen fra andre vestlige land. De norske studiene fant jeg ved å søke opp publikasjoner ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, som ble hentet via nettsiden [www.uio.no](http://www.uio.no). Jeg har også søkt etter forskningsartikler som mer generelt omhandler psykiatrisk sykepleie og førstegangpsykose og suicidalitet.

### **3.3 Kildekritikk**

To av forskningsartiklene er fra utlandet (Fedyszyn et al. 2011; van Dusseldorp et al. 2011). Begge studiene er innenfor tidsbegrensningen på 10 år, men begge er likevel 7 år gamle og kan kritiseres for å ikke være fullt oppdatert på fagfeltet, per dags dato.

Fedyszyn et al. sin studie ble gjort basert på et utvalg av pasienter i Australia. Studien er også publisert i et tidsskrift for psykiatri og ikke spesifikt i et tidsskrift for psykiatrisk sykepleie. Overførbarheten til Norge og Norden kan være problematisk, da helsetilbudet og oppbyggingen av psykiatrien i Australia kan være annerledes og ikke nødvendigvis sammenlignbart det vi har i Norge. Utvalget er ikke nødvendigvis representativt for et tilsvarende norsk utvalg av pasienter. I tillegg kan kultur og sosiale forhold i et land påvirke selvmordsforekomst fra land til land. Men som nevnt i avsnitt 2.3.1, har Australia en av de

ledende fagmiljøene på dette området (Skårderud et al. 2010), og studien bygger også på kunnskap fra en rekke andre studier gjort på temaet. Samtidig er landet et vestlig land som kan ha flere likheter mellom sitt eget helsevesen og Norges, og studien gir indikasjoner på strategier som kan anvendes generelt innen institusjoner for psykisk helse og pasientgruppen.

Studien til van Dusseldorp et al. fokuserer direkte på hva sykepleiere som jobber innen psykisk helse kan gjøre for å behandle pasienter med førstegangpsykose (2011). Studien påpeker likevel at funnene er mest relevante for behandlingen av førstegangpsykose ved schizofreni (Van Dusseldorp et al. 2011). Metoden er metastudie av andre studier fra mellom 1989 og 2009, og kunnskapen og funnene gjort i studien kan derfor være noe mindre overførbare til i dagens psykiatriske sykepleie. Men flertallet av studiene inkludert er fra etter år 2000 og hovedforfatteren er også sykepleier, som kan gjøre innfallsvinkelen for studien mere sykepleiefaglig relevant.

To av forskningsartiklene er studier fra Norge, begge gjort gjennom Nasjonalt senter for selvmordsforskning – og forebygging. Begge artiklene er publisert i 2017, så de anses som relevante og anvendelige for dagens fagfelt innen selvmordsforskning. Øksendal Haaland et al. sin studie dreier seg riktig nok om kartlegging av selvmordsforekomst blant de som har hatt kontakt med psykisk helsevern, men inkluderer også data av utvalg fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og dette kan kritiseres i forhold til oppgavens problemstilling (2017). Men psykiske lidelser og rus kan i mange tilfeller opptre sammen og ha en tydelig årsakssammenheng (Skårderud et al., 2010, s. 438), i tillegg til at studien ser helhetlig på selvmordsforekomsten og kontakt med psykiske helsetjenester (Øksendal Haaland et al., 2017). Studien omhandler ikke spesifikt førstegangpsykose og selvmordsforekomst, men på en annen side påpeker den også spesifikke funn i forhold til psykoselidelser (Øksendal Haaland et al., 2017).

Fredriksen et al. sin studie tar heller ikke direkte for seg førstegangpsykose og selvmordsrisiko, men viser likevel hvordan pasienter opplever forholdet mellom psykose og selvmordstanker. Den ses også på som en bra innfallsvinkel til å forstå psykose med selvmordsrisiko fra pasientens egen opplevelse, som også kan relateres til Travelbees teori. Studie er ikke publisert i et sykepleietidsskrift, men i et psykiatritidsskrift med fokus på mellommenneskelige og biologiske prosesser, så overførbarheten til sykepleie kan kritiseres.

## 4 Forskningsartiklene

I dette kapittelet vil jeg ved bruk av artikkelmatrise presentere utvalgte forskningsartikler som er relevante for å belyse oppgavens problemstilling.

| Nr | Forfatter   | Tittel   | Tidsskrift                                       | Hensikt  | Metode   | Funn   |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 1  | Fedyszyn, I. E., Harris M. G., Robinson, J., Edwards, J., Paxton, S. J. (2011)    | “Characteristics of suicide attempts in young people undergoing treatment for first-episode psychosis” | Australian and New Zealand Journal of Psychiatry | Å undersøke karakteristika ved selvmordsforsøk hos unge voksne under de første 18 månedene i behandling for førstegangpsykose.   | Kvantitativ metode. Studien var en retrospektiv pasientjournal-studie av en kohort av pasienter under behandling i spesialisthelsetjeneste for førstegangpsykose.  | For år redusere antall selvmord blant pasienter med førstegangsepisode kunne man; begrense mengden medisiner som blir foreskrevet per kjøp, ha individualiserte mestringsplaner ved selvmordsrisiko for alle nyinnlagte pasienter, inkludert de som ikke ser ut til å være innenfor risikozonen, å avdekke inventar eller strukturer som kan brukes til henging, gi informasjon og psykoedukasjon til pårørende, utvikle pasienters problem- og konfliktløsningskompetanse, og ha regelmessig risikovurdering og nøye oppfølging av pasienter, særlig de første 3 månedene etter et selvmordsforsøk. |
| 2  | Øksendal Haaland, V., Bjørkholt, M., Freuchen, A., Ness, E., Walby, F. A., (2017) | «Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004-13»                | Tidsskriftet for Den Norske Legeforening         | Å kartlegge hvor mange som hadde kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av livet og i året forut for selvmordet, samt å beskrive kjennetegn ved selvmordene. | Opplysninger om selvmord i Agderfylkene i den aktuelle perioden ble hentet inn fra Dødsårsakregisteret. Journaler ble gjennomgått ved hjelp av et strukturert skjema, og ble hentet fra Sørlandet sykehus. | 329 selvmord ble inkludert i studien. 66.6 % av disse hadde en eller flere ganger i livet hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Av disse hadde 46.2% hatt kontakt i det siste året før selvmordet, og videre var 28.6% var i aktiv behandlingskontakt. Det var flere med tilpasningsforstyrrelse i den gruppen med avsluttet behandling, og det var flere personer med.   |

|   |   |   |                                 |   |  |   |
|---|---|---|---------------------------------|---|--|---|
| 3 | Van Dusseldorp, L., Goossens, P. & van Achterberg, T., (2011)   | “Mental Health Nursing and First Episode Psychosis” | Issues in Mental Health Nursing | Å identifisere psykiatrisk sykepleie sitt bidrag til behandlingen av pasienter med førstegangpsykose.   | Metastudie med et systematisk litteratursøk av forskningsartikler mellom 1989 og 2009 i Medline, PsychINFO, EMBASE, CINAHL, NAZ, og Cochrane Database. | Studien fant fem «domener» innen sykepleie til pasienter med førstegangpsykose som var særlig viktige: utvikling av et terapeutisk forhold, forebygging av tilbakefall, forbedring av sosial funksjon, stimulering til bedre medikament - compliance, og støtte av familie/ pårørende.  |
| 4 | Fredriksen, K. J., Schoeyen H. K., Johannessen, J. O., Walby, F.A., Davidson, L. & Schaufel, M. A. (2017) | “Psychotic Depression and Suicidal Behavior”        | Psychiatry                      | Studien undersøkte hvordan alvorlig deprimerte personer opplever forholdet mellom psykotiske symptomer og selvmordstanker, selvmordplaner og selvmordsforsøk i den siste depressive episoden. | Kvalitativ metode og basert på semi-strukturerte, individuelle intervju.   | Fire hovedtemaer kom frem fra deltagernes beskrivelse av psykotiske opplevelser relatert til suicidal adferd: (1) å bli drevet eller dirigert til å utføre impulsive, potensielt fatale handlinger, (2) føle seg «jaget» til døde, (3) bli fanget i et mørke som man ikke kunne unnsnippe, (4) å bli frarøvet mental kontroll. Psykotiske symptomer kan være hovedfaktoren som trigger selvmordstanker og- adferd. Vanlig verbal selvmordsrisikovurdering er ikke alltid nok i denne sammenheng. Man bør også undersøke karakteristika ved vrangforestillingene slike pasienter opplever for indikatorer for selvmord |

## **5 Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av selvmord hos unge voksne innlagt med førstegangpsykose?**

I dette kapittelet vil jeg drøfte resultatene fra teoridelen, og underbygge argumenter og synspunkter med relevant litteratur, teori og eventuelt gjeldende praksis opp mot min problemstilling.

I dette kapittelet tas det utgangspunkt i Travelbees tre første faser av menneske-til-menneskeforholdet som sykepleieteoretisk perspektiv. Det legges også vekt på Hummelvolls (2012) beskrivelse av samarbeid med mennesker i psykose med og beskrivelsen av arbeid med selvmordstruede pasienter, i tillegg til teori fra annen relevant faglitteratur. Sosial – og helsedirektoratets retningslinjer og Helsedirektoratets handlingsplaner, samt forskningslitteratur brukes som utgangspunkt for aktuelle tiltak rundt arbeidet med pasienter med psykose og for selvmordsforebyggingen. Kapittelet bygges opp etter et eventuelt behandlingsforløp i sykepleierens forebyggende arbeid med pasienten med psykose og selvmordsfare.

### **5.1 Relasjonen til mennesket**

En førstegangpsykose i et ungt menneskes liv er som tidligere beskrevet en belastende livshendelse og kan føre til en opplevelse av krise for pasienten (Håkonsen, 2014). Ved utbruddet av en ny, alvorlig psykotisk lidelse er det mange unge pasienter i de første månedene av behandling som kan stå i fare for å forsøke å begå selvmord (Håkonsen, 2014, s.371). Dette kan blant annet skyldes at pasientene opplever mye ubehag av de psykotiske symptomene, i tillegg til at mange i denne fasen også kan analysere og gå gjennom livet sitt, og finne mange negative og få positive sider ved tilværelsen (Fedyszyn et al., 2011; Håkonsen, 2014). Fedyszyn et al. fant at så mye som en tredjedel av selvmordsforsøk blant pasienter under behandling for førstegangpsykose kan skyldes mellommenneskelige problemområder som; problemer i forhold, brudd i relasjoner, konflikter med medmennesker eller familiekonflikter (2011, s.841).

Pasienten opplever i perioden når han eller hun blir syk ofte mye fortvilelse og redsel, i tillegg til sterk følelsesmessig bevegethet og lite affektkontroll (Skårderud et al. 2010; Håkonsen

2014, s.371). Hvordan pasienten opplever sin egen lidelse og opplever forholdet til menneskene rundt seg er med andre ord viktige faktorer å ta høyde for, i tillegg til at det er viktige elementer for sykepleieren å rette fokuset på for å bidra til å forebygge at pasienten med førstegangpsykose utvikler selvmordstanker eller selvmordsplaner (Skårderud et al, 2010). Av egen erfaring i praksis, kan det i tillegg være vanskelig for en unge voksen å relatere og forholde seg til personalet eller andre medpasienter når han eller hun er den eneste i tyveårene. Ting som f.eks. musikkpreferanser og filmer fra oppveksten kan være vanskelige samtaleemner å starte med hvis sykepleieren er i femtiårene, mens pasienten er i tyveårene.

### **5.1.1 Det innledende møtet**

I det innledende møtet i interaksjonsfasen er forholdet mellom sykepleier og pasient preget av at man ikke kjenner hverandre, og forventningene bygger mye på generaliserte antagelser eller oppfatninger av hverandre (Kirkevold, 2009, s. 117). I dette møtet får både sykepleieren og pasienten et førsteinntrykk eller følelse av hvordan den andre er (Kirkevold, 2009).

Pasienten med psykose, som lever i sin egen virkelighetsoppfatning, kan ha mye engstelse, usikkerhet og undring over de menneskene som er rundt ham eller henne (Hummelvoll, 2012, s. 339). Samtidig kjennes det fort ensomt å være den eneste som oppfatter og vurderer situasjoner rundt seg, slik som pasienten med førstegangpsykose (Hummelvoll, 2012). Dette kan bli særlig påfallende for pasienten når han eller hun blir møtt med en «avvisende» realitetsorientering fra sykepleieren eller andre på avdelingen (Hummelvoll, 2012).

For å hjelpe mennesket i psykosen må sykepleieren forsøke å forstå hvordan pasienten opplever sin lidelse og konsekvensene av tilstanden sin; hvordan pasienten sanser, tenker og vurderer seg selv, situasjonen og forholdet til sine omgivelser (Hummelvoll, 2012; Kirkevold, 2009). For å etablere et menneske-til-menneske-forhold i den første interaksjonsfasen *Det innledende møtet*, sier Travelbee at sykepleierens oppgave i denne fasen blir å «være klar over hvordan «stereotype» oppfatninger preger hans eller hennes inntrykk av den syke personen» (Kirkevold, 117; Travelbee, 1971, s.132). Men hva skjer så i det innledende møtet når pasienten f.eks. hallusinerer og ikke klarer å skille reell fra ikke-reell høring av stemmer, og kanskje også har vrangforestillinger om at sykepleieren er en annen enn han eller hun utgir seg for å være eller har onde intensjoner? (Hummelvoll, 2012). Disse opplevelsene kan jo påvirke det første inntrykket pasienten får av sykepleieren og dermed tillitsforholdet dem imellom. Et tillitsforhold kan da bli en utfordring, som krever at sykepleier utviser egenskaper



som; ro, tålmodighet og vennlighet i møte med dette menneskets angstopplevelse som psykosen gir (Skårderud et al., 2010). Som jeg selv har sett i praksis, kan f.eks. unge menn i psykose, med problematikk om å føle seg fysisk truet av andre, føle seg engstelige i nærvær av annet mannlig personale. Det samme kan gjelde kvinnelige pasienter som tidligere har blitt utsatt for overgrep. Her kreves det også individuelle tilpasninger, og ikke alle sykepleiere kan nødvendigvis oppnå tillit hos alle pasienter.

I arbeidet med mennesket med psykose bør sykepleier tidlig legge vekt på samarbeid med pasienten og brukermedvirkning, der hvor dette er mulig (Hummelvoll, 2012). Det kan være å forsøke å involvere pasienten i sin egen behandling, gi utfyllende informasjon om behandlingen, samt etter hvert gjøre meningsfulle aktiviteter som bygger opp personens daglige funksjonsevne og rette fokus på å veiledning til egenomsorg (Hummelvoll, 2012; Molven, 2012). Brukermedvirkning og myndiggjøring er også etisk og juridisk sett viktig fordi pasienten har krav på at samarbeid er et mål i seg selv i behandlingsprosessen og at sykepleier etterstreber frivillighet og samarbeid som et første valg i interaksjonen med pasienten (Hummelvoll, 2012; Molven, 2012). Men hva må til i relasjonen mellom sykepleier og pasient for at dette kravet til samarbeid og retten til brukermedvirkning skal kunne virkeliggjøres? Van Dusseldorp et al. påpeker i denne sammenhengen viktigheten av elementer som blant annet; etablering av en tillitsfull relasjon til og allianse med pasienten, å være der for pasienten, være vennlig, forsøke å forstå pasienten, forklare hva som foregår ved å gi informasjon (2011, s. 4, 5). Disse elementene bidrar til det de i sin studie kaller «utvikling av terapeutisk relasjon» (Van Dusseldorp et al., 2011).

### **5.1.2 Kommunikasjonen med pasienten**

For Travelbee er kommunikasjon en dynamisk prosess og et virkemiddel for å opprette menneske-til-menneskeforholdet, som dermed kan realisere målet om å hjelpe pasienten å mestre sin sykdom og lidelse (Eide & Eide, 2007; Kirkevold, 2009). Interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten baserer seg i stor grad på kommunikasjonen og en gjensidig forståelse, som ikke bare er et virkemiddel for å bli kjent med pasienten og danne et menneske-til-menneske-forhold, men også mål for å oppnå samarbeid og pasient-brukermedvirkning (Hummelvoll, 2012; Kirkevold, 2009). Dette er ikke nødvendigvis alltid like lett å få til når pasienten i psykose snakker på en usammenhengende måte og i tillegg opplever grunnleggende mistillit til de rundt seg (Hummelvoll, 2012). Men en etablering av

en hensiktsmessig og tillitsfull relasjon kombinert med adekvat kommunikasjon, kan føre til gode samtaler med den enkelte pasient, som igjen kan bremse eller bryte negative prosesser ved psykosen i startfasen (Helsedirektoratet, 2013).

## **5.2 Å bli kjent med pasienten**

I forrige avsnitt ble det beskrevet forhold som sykepleier bør legge til grunn i det innledende møtet med pasienten. Disse fremgangsmåtene gjelder ikke bare i det innledende møtet med pasienten, men også videre i fasene for etablering av menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1971). Fasene for sykepleier-pasient-forholdet er som tidligere nevnt dynamiske og kan bevege seg frem og tilbake, og det samme kan sies om de ulike fremgangsmåtene og tiltakene sykepleieren kan benytte for å få til et godt samarbeid med pasienten. Disse kan da også gjelde videre i behandlingsforløpet (Hummelvoll, 2012). I neste fase eller steg i behandlingen forsøker sykepleier å få en oversikt over og orientere seg om pasientens situasjon slik han eller hun opplever den. Her vil behovene til pasienten og hva pasienten trenger av behandling være en viktig del av sykepleiefokuset (Hummelvoll, 2012. s. 352). Arbeidet med pasienten i psykose kan imidlertid utfordre sykepleierens evne og vilje til å forstå og oppfatte pasienten på en riktig måte (Skårderud et al, 2010, s. 312). Det kan være medmenneskelig og faglig krevende å bli en god hjelper for et menneske som er i psykose når han eller hun kanskje ikke er i stand til å si ifra om hvilke tanker eller følelser som preger vedkommende (Hummelvoll, 2012; Skårderud et al., 2010).

### **5.2.1 Fremvekst av identiteter**

I fasen fremveksten av identiteter beskriver Travelbee som at sykepleieren og pasienten begynner å etablere et bånd til hverandre og i mindre grad oppfattes som representanter for hver sine opprinnelige roller (Eide & Eide, 2007; Kirkevold, 2009). Oppgaven til sykepleieren er i denne sammenheng å være bevisst på hvordan man oppfatter pasienten, i hvilken grad man kan anerkjenne at pasienten er et unikt individ utover rolleforventningen (Eide & Eide, 2007; Travelbee, 1971). Dette kan bety at man f.eks. respekterer pasienten, bruker tid sammen med pasienten og skaper et trygt terapeutisk miljø som virker positivt på tilfriskningsprosessen (Helsedirektoratet, 2013, s. 70). Hva dette også vil si i praksis i miljøet på den psykiatriske avdelingen er at sykepleieren er empatisk, interessert og forståelsesfull overfor pasientens situasjon (Helsedirektoratet, 2013, s. 70). Helsedirektoratet skriver at «studier tyder på at pasienter med psykoselidelser var mest fornøyde hvis de opplevde at

behandlingsmiljøet var støttende og strukturert, og kjennetegnet av lite sinne og aggresjon» (2013, s. 70). Så selv om pasienten kan bedres symptomatisk av medikamentell behandling, påpeker Hummelvoll likevel at innsatsen til sykepleieren (og annet miljøpersonale) vil være avgjørende for utfallet av behandlingen (2012, s. 352). Engstelige pasienter kan teste om sykepleieren er til å stole på, og derfor er tålmodighet også en viktig egenskap i denne prosessen (Hummelvoll, 2012).

### **5.2.2 Oversikt over pasientens situasjon**

Når man i arbeidet med pasienten med psykose forsøker å bli kjent med personen «bak» pasientrollen, bør sykepleier forsøke å få oversikt over og orientere seg om hans eller hennes situasjon slik den oppleves, og dermed få kartlagt andre problemområder som psykosen kan medføre (Hummelvoll, 2012). I tillegg søker man her å legge grunnlaget for og avklare relasjonen med pasienten og samarbeidet (Hummelvoll, 2012, s. 352). Det er som nevnt utfordrende for sykepleieren å samle informasjon om pasienten når han eller hun grunnet psykosen ikke er i stand til å forklare det på en lettforståelig måte og har et språk som i tillegg er vanskelig å forstå (Skårderud et al. 2010).

Fredriksen et al. legger frem fire hovedpunkter som pasienter kan oppleve av psykosens depressive symptomer: «(1) Å bli ledet til å utføre impulsive og potensielt fatale handlinger, (2) Å bli «jaget» til døden, (3) Bli fanget i et mørke de ikke kan unnslippe, og (4) Å miste mental kontroll». Det beskrives også i studien at pasienter kan oppleve at selvmord er eneste løsning for å unnslippe angsten og ubehaget de psykotiske symptomene medførte» (2017, s. 20). Disse eksemplene kan også være noe som sykepleier kan forsøke å finne ut av i samtalen med pasienten for å vurdere om opplevelsen av psykosen har medført selvmordsfare.

### **5.2.3 Empatifasen som forståelsesperspektiv**

I empatifasen så er sykepleierens utfordring å forholde seg empatisk til pasienten (Eide & Eide, 2007; Kirkevold, 2009). Hos Travelbee defineres empati som evnen til å gå inn i, ta del i og forstå et annet menneskes aktuelle psykologiske tilstand (Travelbee, 1971, s. 137). Med empatisk forståelse følger også verdivurderinger av pasienten, og igjen er det viktig å understreke at sykepleier må være bevisst dette og forsøke å unngå å være forutinntatt i samtaler hvor man bearbeider følelser og opplevelser fra sykdommen sin (Travelbee, 1971). Travelbee oppfatter imidlertid empati som en nøytral faktor som hverken er bra eller dårlig,

og mener at en person vil ha vanskelig for å følge empati for noen med et annet erfaringsgrunnlag enn en selv (Kirkevold, 2009, s. 118). Det betyr at empati blir fremlagt som en intellektuelt betinget prosess (Kirkevold, 2009). Dette er noe jeg stiller meg kritisk til. I arbeidet med pasienten er det nok de færreste av helsepersonellet som har vært innlagt med førstegangpsykose, og derfor mener jeg at man i denne sammenhengen ikke kan se på empati som en egenskap man må erfare seg til. Empati kan også være en følelsesmessig prosess og en medmenneskelig egenskap. Videre sier jo velgjørenhetsprinsippet at sykepleieren skal vise pasienten sympati (som kan henge sammen med empati), medfølelse og barmhjertighet (Nortvedt, 2016). Dette prinsippet kan derfor ses på som ikke helt forenelig med Travelbees tanke om at empati er en nøytral faktor og kun intellektuelt betinget.

Jeg vil også påpeke at fremveksten av empati som en fase ikke nødvendigvis opptrer så statisk som Travelbee sier, og at empati ofte kan komme fra sykepleieren helt fra det første møtet med pasienten, men også ved fremvekst av identiteter. I tillegg er det viktig å poengtere at man som sykepleier skal kunne vise empati ubetinget og ikke forvente at pasienten skal vise samme empati overfor sykepleier.

### **5.3 Vurdering av selvmordsfare ved førstegangpsykose**

Mange selvmordsforsøk kan være impulsstyrte, og Fedyszyn et al. fant i sin studie at 77.6% av pasientene med førstegangpsykose hadde impulsive selvmordsforsøk (2011, s.841). Fedyszyn et al. sier også i sin studie at: «unge med psykose har en økt risiko for selvmord, spesielt i løpet av de første årene etter sykdomsutbruddet» (2011, s. 839). Når noen har sin første psykotiske episode kan de oppleve opptil flere av symptomene beskrevet i avsnitt 2.3 om psykose (Hummelvoll, 2012; Håkonsen, 2014). Psykosen kan videre medføre økte depressive symptomer, redsel, forvirring og økt grad av sosial isolering (van Dusseldorp et al. 2011). Pasienten er ofte sterkt preget av den plutselige forstyrrelsen av hans eller hennes liv og fremtidsplaner, og dette kan oppleves svært nedslående for vedkommende (van Dusseldorp et al. 2011). Denne kunnskapen er relevant også fordi vurdering av selvmordsrisiko blant annet bør basere seg på statistiske risikofaktorer for selvmord (Sosial – og helsedirektoratet, 2008, s.36).

I forsøket på å vurdere om det foreligger selvmordsfare, kan det enkleste være å spørre pasienten direkte om tanker, hensikter eller planer for selvmord (Håkonsen, 2014). Vanligvis

er det ikke fare for å utløse selvmord ved å spør om dette (Skårderud et al., 2010). Men hvor gyldig informasjon man får ut av det kan jo være helt avhengig av hvilken pasient man spør. Kanskje pasienten blir sint eller fornærmet fordi man tillegger han eller hun dette, fornekte det selv om det er tilfellet, eller det kan føles befriende og som en lettelse for pasienten at noen spør (Håkonsen, 2014). Det er altså ikke like enkelt for sykepleieren å vurdere selvmordsfaren hos pasienter med et komplekst sykdomsbilde, og derfor er også kompetansen i å gjøre selvmordsvurdering og identifisere risikofaktorer viktig for forebyggingen (Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Som allerede beskrevet under avsnitt 2.5.1, er det viktig at sykepleier stiller seg selv spesifikke spørsmål som en del av vurderingen av selvmordsrisiko (Sosial – og helsedirektoratet, 2008). I følge Hummelvoll bør man i tillegg også legge særlig vekt på følgende psykologiske forhold ved pasienten i selvmordsvurderingen:

- «Sterk sinnsbevegelse – eller en avklart ro
- Tanker og handlinger som viser selvhat, skam – og skyldfølelse
- Tankemessig og følelsesmessig innsnevring
- Tanker om å gjøre slutt på lidelsen»

(2012, s. 214).

#### **5.4 Selvmordsforebygging av pasienten med førstegangpsykose**

Når man står overfor pasienten som på grunn av lidelsene fra psykosen ikke ser andre utveier enn selvmord, bør det etableres tiltak og nær oppfølging av pasienten (Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Dette kan være tiltak som demping av psykisk smerte ved samtale, begrensning av faremomenter, ikke-selvmords-kontrakt, observasjon, høyning av omsorgsnivå og medisinerings (Sosial – og helsedirektoratet, 2008; Hummelvoll, 2012).

Identifiseringen av risikofaktorer og samt tiltak som iverksettes i forbindelse med disse, skal sykepleier dokumentere i journalen på en tilfredsstillende måte, jf. journalforskriftens §§ 7 og 8. (Helse – og sosialdirektoratet, 2008, s. 39; Molven, 2012). Det er viktig at sykepleier følger opp dette, spesielt fordi det også legger grunnlaget for videre vurdering av tiltak og tilsyn som pasienten skal ha (Hummelvoll, 2012).

#### **5.4.1 Begrensning av faremomenter**

Trygge fysiske rammer på psykiatrisk avdeling er et viktig tiltak for å forebygge selvmord (Helsedirektoratet, 2017). Pasientsikkerheten økes ved bedre beskyttelsestiltak av lokaler og bygnings – og interiørdetaljer som kan utgjøre en fare for pasienten, som blant annet; gardinoppheng, dusjarmaturer, lysarmaturer, diverse håndtak, listverk, rør eller piper og møbler (Sosial – og helsedirektoratet, 2008, s. 48). Sykepleieren som kjenner pasienten best kan være med på å bidra til rask identifikasjon av økt risikofaktorer på avdelingen (Helsedirektoratet, 2017). Det betyr altså at sykepleier skal ha kunnskap om og være forutseende for hva pasienten kan komme på å bruke av medbrakte og andre farlige gjenstander for å forsøke å skade seg eller begå selvmord, som f.eks: tau, belter, skolisser, skjurf, slips, skarpe/skjærende gjenstander, lightere og giftige substanser - og disse skal da gjøres utilgjengelig (Sosial – og helsedirektoratet, 2008, s. 49). Forgiftning ved bruk av medbrakte medikamenter og henging og strangulering er ifølge Fedyszyn et al. er de vanligste måtene for selvmordsforsøk blant unge pasienter innlagt med førstegangpsykose (2011, s. 841). Sykepleieren bør selv ha eller se til at medbrakte eiendeler og ting som på pasientens rom har blitt gjennomgått og kontrollert (Helsedirektoratet, 2017).

#### **5.4.2 Observasjon av pasienten**

Hensikten med observasjon av pasienten i forbindelse med selvmordsrisiko er følgelig å sikre liv og helse (Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Begrensning av faremomenter er som nevnt et rent praktisk tiltak som man må gjøre for å sikre det fysiske området rundt pasienten, men i alvorlige sammenhenger hvor pasienten ikke har tilstrekkelig impuls kontroll, må personalet og sykepleieren som er rundt foreta den psykiske og fysiske sikringen (Helsedirektoratet, 2017; Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Som Fedyszyn et al. påpeker, kan opptil tre av fire selvmordsforsøk blant pasienter under behandling for førstegangpsykose være impulsstyrt (2011, s. 841). Å forebygge dette innebærer at man er sammen med pasienten, observerer og passer på pasienten mer eller mindre hele tiden (Hummelvoll, 2012). Det er sykepleiers ansvar å være kjent med prosedyrer for dette, og det er to vanlige måter å gjøre observasjonen av pasienten på: Kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon (2008, s. 41). Dette er også viktig i forhold til ikke skade-prinsippet, som jo sier at sykepleieren skal ivareta omsorg for pasienten og minimere hans eller hennes smerte, ubehag eller skade fra sin sykdom (Nortvedt, 2016)

Kontinuerlig observasjon anvendes når selvmordsrisikoen til pasienten er overhengende og utgjør en umiddelbar trussel for hans eller hennes liv og helse (Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Sosial – og helsedirektoratet definerer kontinuerlig observasjon i sine prosedyrer som:

En oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til ham eller henne. Personalet bør være så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskaade eller selvmord kan avverges. Pasienten bør ikke forlate enheten eller være alene i noen situasjoner, heller ikke på WC eller på badet. Det samme gjelder om natten. Nattlys bør være på. (Sosial – og helsedirektoratet, 2008, s. 42).

Men hvordan opplever pasienten det at noen f.eks. sitter ved utgangen av pasientrommet og «ser på» ham eller henne hele tiden når det er kveld og tid for å sove? Eller på dagtid ved måltider? Pasienten kan jo ha en grunnleggende mistillit til de rundt seg og oppleve vrangforestillinger om personen er som sitter der og følger med (Skårderud et al, 2010). Pasienten har rett til informasjon og til å bli fortalt hva som skjer i behandlingen, så her er det viktig å være åpen om det man gjør og å ta seg tid til å fortelle hvorfor pasienten har noen med seg hele tiden (Hummelvoll, 2012; Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Man kan også så snart det er mulig forsøke å trekke pasienten med på aktiviteter når man er den som har ansvaret for kontinuerlig observasjon, og dermed spre oppmerksomheten til pasienten slik at de destruktive tankene om selvmord ikke lenger får hele oppmerksomheten (Hummelvoll, 2012, s. 217). Men pasienten må også få mulighet til å snakke om det som kjennes håpløst og vanskelig, hvor sykepleier ikke trenger å støtte opp om følelsen av håpløshet men heller rette fokus på lyspunkter i tilværelsen (Hummelvoll, 2012; Skårderud et al., 2010).

Når sykepleier og annet personale sammen med fungerende behandler vurderer pasienten til å ikke måtte ha kontinuerlig tilsyn, trengs det en overgangsperiode hvor man alltid vet hva pasienten gjør og hvor hun eller han befinner seg (Sosial – og helsedirektoratet, 2008). Her brukes intervallobservasjon, som vil si at man observerer pasienten hyppig etter definerte maksimumsintervaller på f. eks. 5, 10, 15 eller 30 minutter (Sosial – og helsedirektoratet, 2008, s. 42). Slik kan man observere pasienten hyppigere for å etablere en ikke-forutsigbar tid hvor pasienten mellom observasjonene kan forsøke å skade seg selv (Sosial – og helsedirektoratet, 2008).

## 5.5 Bearbeiding av pasientens opplevelser

Etter hvert som pasienten viser tegn til bedring, større impuls kontroll og kanskje se en lysning på sin livssituasjon, bør man forsøke å bearbeide pasientens opplevelser av lidelsene psykosen og selvmordstankene og sette seg inn i hvordan pasienten har det nå (Hummelvoll, 2012; Skårderud et al., 2010). Pasienten kan ha behov for å få oppklart ting som ble opplevd i psykosen, få snakket ut om de vonde opplevelsene og å få en klarhet i hallusinasjoner og forestillinger fra psykosen som pasienten sliter med å vite om er reelle eller ikke. Pasienten kan f.eks. også føle skam eller være lei seg over det som har skjedd og blitt gjort under psykosen og når han eller hun var suicidal, og i tillegg kanskje fortsatt ha depressive symptomer og selvmordstanker (van Dusseldorp et al, 2011). Min erfaring fra praksis er at mange pasienter som nylig har kommet ut av en psykose også er svært sårbare for stress og mye stimuli eller mange sanseinntrykk. Identifisering av sårbarhetsfaktorer er her en viktig oppgave for sykepleier for videre arbeid med pasienten (Hummelvoll, 2012). I tillegg har mange fått svekket egenomsorg på grunn av psykosen, og det bør derfor rettes fokus på dette (Skårderud et al., 2010). Skårderud et al. legger frem fem viktige faktorer for tilfriskningsprosessen som bør vektlegges videre i behandlingen av pasienter med psykose:

- Oppfølging i den tiden som må til og trengs, basert på engasjement og person-til-person oppfølging,
- Den enkeltes motivasjon, som legger grunnlaget for opplevelse av styring av eget liv
- Lære nye ferdigheter og lære å hankses med livet etter gjennomgått psykose
- Sosialt engasjement og forandring i sosial status
- Finne de ressursene som er i omgivelsene

(2010, s. 323)

Dette er riktignok idealer for arbeidet med pasienten, og individuelt tilpasset oppfølging av pasienten er selvsagt noe man bør etterstrebe videre.



## 6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge selvmord hos unge voksne innlagt med førstegangpsykose. Pasientgruppen og det kliniske området kan være utfordrende og komplekst, og krever gode faglig kunnskap for at sykepleier skal kunne utøve tilstrekkelig sykepleie. En førstegangpsykose i et ungt menneskes liv medfører særlig økt fare for selvmord, spesielt i de første månedene etter psykoseutbruddet. Arbeidet med å forebygge selvmord blant denne pasientgruppen krever at sykepleier har kunnskaper om psykose, selvmord og selvmordsforsøk, selvmordsforebygging, identifisering av risikofaktorer og teorier om selvmordsvurdering. Samarbeidet mellom sykepleier og pasienten har blitt sett i lys av Joyce Travelbees tre første interaksjonsfaser av menneske-til-menneskeforholdet, og drøftingen har vist at hennes teorier kan være relevant i arbeidet med å forebygge selvmord hos pasientgruppen. For å få til dette samarbeidet bør sykepleieren ha evner til å skape relasjon til og bli kjent med pasienten på en mellommenneskelig måte, være vennlig tålmodig innstilt, få en oversikt over og sette seg inn i pasientens situasjon, samt ha et empatisk forståelsesperspektiv.

Utover det mellommenneskelige arbeidet i selvmordsforebyggingen, viser faglitteraturen at andre tiltak sykepleier kan gjøre er: selvmordsvurdering etter gjeldende prosedyrer og retningslinjer, begrense faremomenter ved sikring av lokaler og farlige gjenstander og ta i bruk kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon. Også i arbeidet med disse tiltakene gjelder det mellommenneskelige aspektet. I tråd med Joyce Travelbees teori bør sykepleieren forsøke å bearbeide med pasienten og forstå hva han eller hun har opplevd sin sykdom, i tillegg til å rette fokuset mot tilfriskningsprosessen.

## Referanseliste:

- Allgood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work*. (9. utg.) St. Louis, Mo: Elsevier.
- Brinchmann, B. S. (2012) De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Samhandling, konfliktløsning, etikk (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 20.03.18 fra: <http://www.tips-info.com/wp-content/uploads/2013/07/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 19.03.18 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/117/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017-IS-2182.pdf>
- Helsedirektoratet (2017). *Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse. Læringsnotat fra Meldeordningen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 03.04.18 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1403/Selvmord-og-selvmordsforsok-under-innleggelse.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- 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.
- Fedyszyn, I. E., Harris M. G., Robinson, J., Edwards, J., Paxton, S. J. (2011). *Characteristics of suicide attempts in young people undergoing treatment for first episode psychosis*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2011; 45:838–845, DOI: 10.3109/00048674.2011.595687
- Fredriksen, K. J., Schoeyen H. K., Johannessen, J. O., Walby, F.A., Davidson, L. & Schaufel, M. A. (2017). *Psychotic Depression and Suicidal Behavior*. Psychiatry, 08:1, s. 17-29, DOI: 10.1080/00332747.2016.1208002
- Folkehelseinstituttet (2017). *Fakta om selvmord og selvmordsforsøk*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/selvmord-og-selvmordsforsok---fakta/>
- ICD-10 (2018). F20 Schizofreni. *ICD-10*. Hentet 24.03.18 fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599483>
- ICD-10 (2018). F21 Schizotyp lidelse. *ICD-10*. Hentet 26.03.18 fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599484>
- ICD-10 (2018). F23 Akutte og forbigående psykoser. *ICD-10*. Hentet 24.03.18 fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599486>
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. (4. utg.) Oslo: Gyldendal Juridisk
- Norsk sykepleieforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Norsk sykepleieforbund. Hentet 06.04.18 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sosial –og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial –og helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. B. S. Brinchmann (red.) *Etikk i sykepleien*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Pasient – og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient – og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing* (2. utg.). Philadelphia, Pa: Davis Company
- Van Dusseldorp, L., Goossens, P. & van Achterberg, T., (2011). *Mental Health Nursing and First Episode Psychosis*. *Issues in Mental Health Nursing*, 32:1, 2-19, <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.523136>
- Øksendal Haaland, V., Bjørkholt, M., Freuchen, A., Ness, E., Walby, F. A., (2017). *Selvmord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004-13*.

[www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no): Tidsskriftet for Den norske legeforening 2017.

DOI:10.4045/tidsskr.16.0503