



# Møtet med den selvmordstruede pasient på somatisk akuttmottak

*«Hvordan kan sykepleier fremme håp med sine holdninger, hos den selvmordstruede pasient på somatisk akuttmottak, etter et selvmordsforsøk?»*

Kandidatnummer: 592  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9405  
Dato: 25.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 25.04.2019
Tittel Møtet med den selvmordstruede pasient på somatisk akuttmottak	
<p><u>Problemstilling:</u> «<i>Hvordan kan sykepleier fremme håp med sine holdninger, hos den selvmordstruede pasient på somatisk akuttmottak, etter et selvmordsforsøk?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I oppgavens teoridel blir litteratur om selvmord beskrevet, samt kjennetegn ved den selvmordstruede og deprimerte pasienten. Videre beskrives håp og holdninger, med utdyping av den anerkjennende holdningen. Sykepleierens lindrende funksjon, samt Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet blir brukt som sykepleiefaglig grunnlag.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litterær oppgave, hvor teori fra eksisterende litteratur og forskning danner grunnlaget for drøfting.</p> <p><u>Drøfting:</u> I drøftingen belyses problemstillingen med stor vekt på funnene fra den utvalgte forskningslitteraturen. Etske og juridiske utfordringer drøftes i et eget punkt. Den anerkjennende holdningen brukes her som en metode for sykepleie til å fremme håpet hos den selvmordstruede pasienten, og består av mellommenneskelige sykepleieintervensjoner som lytting, forståelse, aksept og toleranse, bekreftelse. Disse elementene danner strukturen for drøftingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleiers holdninger ovenfor den selvmordstruede pasienten har stor betydning for pasientens håp om livet videre etter et selvmordsforsøk. Pasienter erfarer både negative og positive opplevelser i etterkant av et selvmordsforsøk, og kjennetegn ved positive væremåter hos sykepleier kan oppsummeres i den anerkjennende holdningen. I et akuttmottak vil faktorer som tidspress, uforutsigbarhet og korte møter mellom sykepleier og pasienter gjøre denne oppgaven utfordrende for sykepleier. Det kreves derfor en bevisst holdning fra sykepleier for å opptre på en måte som fremmer håp.</p>	

(Totalt antall ord: 220)

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling.....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....</b>	<b>2</b>
<b>1.4 Kontekst og rammefaktorer.....</b>	<b>4</b>
<b>2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Selvmord .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Depresjon .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Håp .....</b>	<b>7</b>
<b>2.4 Holdninger .....</b>	<b>8</b>
2.4.1 Anerkjennelse som en holdning.....	8
<b>2.5 Sykepleierens lindrende funksjon.....</b>	<b>9</b>
<b>2.6 Travelbees menneske-til-menneskeforhold .....</b>	<b>10</b>
<b>2.7 Etske og juridiske rammer.....</b>	<b>10</b>
<b>3 Metode .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Litterær oppgave.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Litteratursøk.....</b>	<b>12</b>
3.2.1 Artikkelmatrise .....	14
<b>3.3 Kildekritikk .....</b>	<b>15</b>
<b>4 Forskningsartikler.....</b>	<b>17</b>
<b>5 Drøfting .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Sykepleiers juridiske og etiske ansvar og pasientens rettigheter .....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Å fremme håp med en anerkjennende holdning som sykepleietiltak .....</b>	<b>20</b>
5.2.1 Lytting.....	21
5.2.2 Forståelse .....	25
5.2.3 Aksept og toleranse.....	28
5.2.4 Å bekrefte .....	28
<b>Avslutning .....</b>	<b>31</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>32</b>

*«Gi dem anerkjennelse på hvem de er, ikke fordømmelse på hva de har gjort»*

- Kari Vevatne, psykiatrisk sykepleier

# 1 Innledning

Statistikk viser at det årlig blir begått omlag 500 selvmord i Norge, og i tillegg til dette antar man at det utføres ti ganger så mange selvmordsforsøk som gjennomførte selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Tross et økt fokus på selvmordsforebyggende tiltak, ser det ut til at selvmord og selvmordsforsøk er et økende helseproblem i Norge (Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2017b).

Det hevdes at så mange som 90% av de som begår selvmord har hatt en psykisk lidelse (Ekeberg, 2016), og blant de psykiske lidelsene står depresjon for den største faren for selvmord (Vråle, 2018). Kjentegn ved depresjon er en følelse av håpløshet og motløshet og dette er også sentrale kjennetegn hos det selvmordstruede mennesket (Vråle, 2018). Den deprimerte pasienten er dermed ekstra utsatt for å begå selvmord. En opplevelse av fravær av håp og mangelfull problemløsningsevne fremheves som karakteristiske kjennetegn for denne pasientgruppen (Stänicke, 2016).

Omtrent tre av fire som forsøker å ta livet sitt gjør dette ved akutt forgiftning, noe som gjør dette til den vanligste metoden for selvmordsforsøk (Bjørnaas, 2016). Tilgjengelighet til, kunnskap om og kombinasjon av forgiftningsagens er faktorer som påvirker dødeligheten av en forgiftning. Hvor raskt personen kommer til behandling vil avhenge av blant annet om vedkommende er i nærheten av andre mennesker eller alene på forgiftningstidspunktet. I mer en to av tre tilfeller har pasienten tatt mer en ett stoff, noe som vil komplisere situasjonen (Bjørnaas, 2016).

Forskning referert til i Vråle (2018) viste at pasienter mente at dersom de skulle snakke med noen om deres selvmordsproblem, måtte det være i løpet av de første dagene etter hendelsen. Dette beskrives også av tidligere pasient Kristin Ribe, som hevder at hun opplevde en økt kontakt med følelsene sine etter et slikt forsøk (Ribe, 2010). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleier omtaler det «å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten» som en av sykepleierens viktige grunnfunksjoner (Norges sykepleieforbund, 2011). Dette aktualiserer tiden etter et selvmordsforsøk som et unikt tidspunkt for sykepleieren til å fremme håp hos pasienten (Vråle, 2018).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

I min bacheloroppgave vil jeg ta for meg hvordan sykepleiere best mulig kan møte en pasient i selvmordskrise, i tiden etter et selvmordsforsøk, med fokus på hvordan holdningene våre påvirker pasientens håp. Det kommer frem flere steder i faglitteraturen at håp eller mangel på håp er sentralt hos den selvmordstruede pasient, og således årsak til både selvmordsforsøk og ønske om å leve (Vråle, 2018). Jeg vil derfor med denne oppgaven utforske hvordan sykepleiere best mulig kan møte denne pasientgruppen på en måte som fremmer håp og øker ønsket om å velge livet.

Min interesse for dette temaet vokste frem gjennom åtte ukers praksis på et medisinsk akuttmottak, hvor jeg møtte pasienter i denne situasjonen. Jeg ble interessert i hvordan sykepleieren, via de grunnleggende hovedfunksjonene som ligger i profesjonen, kan møte en pasient i en psykisk krise, på et somatisk akuttmottak. Som fremtidig sykepleier kan jeg møte på denne pasientgruppen både i somatikken og psykiatrien, og jeg ønsker å være så godt rustet som mulig til å møte disse menneskene.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

På bakgrunn av innledningen punkt 1.1 har jeg formulert følgende problemstilling for oppgaven:

*Hvordan kan sykepleier fremme håp med sine holdninger, hos den selvmordstruede pasient på somatisk akuttmottak, etter et selvmordsforsøk?*

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

Oppgaven er avgrenset til å omhandle en våken, klar og bevisst pasient. Pasienten er altså ikke påvirket av legemiddelforgiftningen i slik grad at det går betydelig utover konsentrasjon- og oppmerksomhet, og det vil være mulig for sykepleier å føre samtaler med pasienten. Forgiftning defineres som inntak av et stoff i tilstrekkelig mengde til å medføre skadelig påvirkning på kroppen og dens funksjoner (Spillum, 2019). Legemiddelforgiftning av slik

karakter kan for eksempel være forgiftning med inntak av mer en 12 gram paracetamol, og hvor pasienten er kommet til behandling med motgift innen 8 timer, da det kan ta opptil 8-10 timer før dette legemiddelet gir symptomer på overdose (Paulsen, 2016). På grunn av oppgavens fokus, tar jeg ikke videre stilling til hvilke legemiddel som er inntatt, og jeg går heller ikke nærmere inn på den medisinske behandlingen av legemiddelforgiftningen.

På akuttmottak vil sykepleiers fokus ligge på observasjoner, vurderinger og tiltak knyttet til ABCDE-prinsippet (Engebretsen, 2015). I oppgaven ligger dette til grunn for situasjoner hvor sykepleier møter pasienten, men på grunn av oppgavens begrensning kommer jeg ikke til å utdype de videre vurderingene og tiltakene sykepleier må gjøre seg hos denne pasientgruppen med tanke på forgiftningen.

Jeg legger til grunn at den selvpåførte forgiftningen er et selvmordsforsøk, altså at handlingen ble utført med en intensjon om døden som følge, og at selvmordshandlingen er drevet frem av en alvorlig depresjon.

Når en pasient ankommer sykehus for selvmordsforsøk, og den livreddende behandlingen er i igangsatt, må det vurderes om pasienten fortsatt er i selvmordsfare (Ekeberg & Hem, 2017). På grunn av oppgavens begrensninger vil ikke vurdering av videre selvmordsrisiko utdypes. Med «å fremme håp» mener jeg i denne oppgaven hvordan sykepleier kan bidra til at pasienten finner et håp for livet, fremfor døden. I dette ligger det et selvmordsforebyggende fokus, noe som i denne oppgaven sees på som et overordnet mål for sykepleien som utøves.

Jeg ser også bort i fra ulike sikringstiltak som kan være aktuelle å iverksette i forhold til behandling av den selvmordstruede pasient, som fastvakt, kontinuerlig observasjon og vurderinger om bruk av tvang, men anerkjenner at dette er viktige tiltak som må vurderes i møte med denne pasientgruppen – også i somatikken (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

I tillegg til sykepleierens lindrende funksjon, vil Travelbees teori om menneske-til-menneske forholdet bli benyttet for å belyse det sykepleiefaglige perspektivet. Menneske-til-menneskeforholdet består av fire faser, men jeg velger å avgrense til de tre første fasene; det innledende møtet, fremvekst av identiteter og empatifasen.

## **1.4 Kontekst og rammefaktorer**

Fokuset i oppgaven ligger på hvordan sykepleiers holdninger kan fremme håp hos en pasient innlagt i akuttmottak etter selvmordsforsøk. Akuttmottaket som kontekst preges av at pasientmøtene er korte og intensive. Likevel fører plassmangel på sykehusavdelinger til at mange pasienter må vente lenge i akuttmottaket, i påventa av plass. Uforutsigbarhet og stadig flere innkomne pasienter gjør at sykepleier har flere pasienter å forholde seg til samtidig. Dette fører også til at sykepleier må utføre en del vurderinger i forhold til hvem som har størst behov for pleie og observasjon (Engebretsen, 2015). En slik kontekst utfordrer sykepleieren til å gi god omsorg og etablere god kontakt på kort tid.

Til akuttmottaket ankommer pasienter som er akutthenvist, og har et behov for helsehjelp innen 24 timer etter første kontakt med helsevesenet (Engebretsen, 2015).

Arbeidet i akuttmottak er i stor grad preget av tverrfaglig samarbeid, hovedsakelig med leger, men også med annet helsepersonell.



## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I oppgavens teorikapittel presenteres den faglitteraturen som er nødvendig for å belyse og besvare oppgavens problemstilling.

### 2.1 Selvmord

Selvmord beskrives som et resultat av ulike faktorer ved mennesket og dets omgivelser, samt en kognitiv prosess som har funnet sted over en viss tid, hvor en opplevelse av håpløshet og en mangelfull problemløsningsevne er fremhevet som karakteristisk for denne pasientgruppen (Stänicke, 2016). Helsedirektoratet (2014) definerer selvmord som en handling hvor et individ skader seg selv med intensjon om å dø, og hvor døden er utfallet. Selvmordsforsøk defineres som en selvpåført forgiftning eller skade, men intensjon om å dø, men hvor døden ikke inntraff.

Utviklingen fra selvmordstanker til selvmordsforsøk, og da eventuelt til et fullbyrdet selvmord, omtales som selvmordsprosessen (Vråle, 2018). Av mennesker som har utført et selvmordsforsøk, beskrives selvmordsprosessen som en kamp preget av dyp ensomhet og opphoping av lidelse (Vatne & Nåden, 2018). Ulike sårbarhetsfaktorer som belastende livshendelser og psykiske lidelser, i kombinasjon med manglende sosial støtte og tilhørighet, utvikler en følelse av håpløshet, og fører prosessen fremover mot at selvmord aktualiseres.

Ved hvert selvmord vil det alltid være en unik sammensetning av disse årsaksforholdene og til slutt et utløsende forhold som fører personen over terskelen for å begå selvmord. Selvmord kan beskrives som en handling et menneske påfører seg selv, i et forsøk på komme seg ut av en krisesituasjon preget av udekkede psykologiske behov (Vråle, 2018). De udekkede psykologiske behovene kan handle om avvisning av kjærlighet, tap av kontroll og følelse av hjelpeløshet, skam, ødeleggelse av nære relasjoner, da mangel på disse kan føre til at den psykiske smerten øker. Innskrenket tenkning fører til at krisetilstanden oppleves slik at personen etterhvert ser selvmord som den eneste løsningen (Vråle, 2018). Hensikten med en selvmordshandling er ikke nødvendigvis å dø, men sees på som et resultat av en problemløsningsprosess der personen ikke fant noen andre alternativer (Stänicke, 2016). Selvmord fungerer dermed som en måte å unngå psykisk smerte på (Vråle, 2018).

Belastende livshendelser som medfører stor skuffelse og hvor personen legger skylden på seg selv, synes å være en start på utviklingen av en selvmordsprosess (Stänicke, 2016).

Hendelsene kan føre til at personen føler på skyld og skam (Håkonsen, 2014). En slik hendelse kan være tap av nære relasjoner, jobb, avvisning tap av kontroll etc. Dette er hendelser som for mennesker rundt er lett å forstå at medfører belastninger. Men belastende livshendelser kan også være av en slik karakter at det kan være vanskelig for mennesker rundt å forstå hvorfor nettopp *dette* opplevdes så utfordrende for vedkommende, da det bare virker som en vanlig livshendelse. Dette kan man for eksempel se hos mennesker med psykiske lidelser (Håkonsen, 2014). Psykiske lidelser foreligger ofte ved selvmordsforsøk og selvmord.

Den psykiske smerten ansees å være utløsende for at mennesker føres over terskelen og begår selvmord og selvmordsforsøk, da den oppleves så intens at den til slutt ikke er til å holde ut (Vatne & Nåden, 2018). Den utløsende faktoren kan også være en hendelse som er krisepreget, i den forstand at personen da finner seg i en krisesituasjon: en ny situasjon hvor tidligere kjente mestringsmetoder ikke lenger er tilstrekkelige for å mestre de utfordringene krisen medfører (Ekeberg, 2016).

Mennesker som anses å være å i selvmordsfare er mennesker som tidligere har utført et selvmordsforsøk, mennesker som har opplevd selvmord i familien, og mennesker med psykisk lidelser, spesielt av depressiv karakter eller mennesker med en rusavhengighet. Brudd i relasjoner, sosial ekskludering og fremmedgjøring er også relevante risikofaktorer (Hummelvoll, 2014). Når en person er i risiko for selvmord, kan personen defineres som å være selvmordstruet (Vråle, 2018).

Ved selvmordsadferd ser man ofte en ambivalens, som i mange tilfeller handler om spenningsfeltet mellom liv og død (Vråle, 2018). Denne ambivalensen synes å være mer uttalt i tilfeller hvor det er utført et selvmordsforsøk uten døden som følge, en hvor personen «lykkes» med sitt selvmord (Ekeberg, 2016).

## 2.2 Depresjon

Depresjon er den psykiske lidelsen som utgjør størst fare for selvmord, da personen med denne lidelsen ofte opplever et depressivt tankeinnhold og dyp opplevelse av verdiløshet. Faren for utførelse av et selvmordsforsøk er høyest før depresjonen når sitt dypeste, samt når pasienten er på vei ut av en dyp depresjon, fordi dette er tidspunkter hvor pasienten fortsatt har eller har gjenvunnet energi/initiativ til å kunne skade seg selv uten at stemningsleie er bedret tilstrekkelig (Vråle, 2018).

Depresjon endrer hvordan mennesker opplever seg selv og sine omgivelser, ved at personen tolker hendelser negativt og selvkritisk. Det negative forsterkes og minimaliserer det positive, og personen gir seg selv skylden om noe går galt (Håkonsen, 2014). Ofte kan personen være klar over at ting fortolkes negativt, men ute av stand til å korrigerer eller endre sine oppfatninger. Mangelen på håpet om at livet skal bli bedre er også fremtredende, og personen ser bare utfordringer og problemer foran seg (Håkonsen, 2014). Ved en dyp depresjon dominerer denne negative tankebanen så mye at personen ikke er i stand til å se positive lyspunkter i livet eller til å ta inn alternative synspunkter (Håkonsen, 2014). Vurderingsevnen kan være så svekket at personen ikke bryr seg om konsekvensene av sin adferd. Samtidig vil tankeprosessen være ulogisk, samt at hukommelse, kommunikasjonsevne, konsentrasjonsevne og oppmerksomhet kan være tydelig svekket (Hummelvoll, 2014).

Bakgrunnen for utvikling av en depresjon kan handle om en vanskelig livssituasjon, tidligere opplevelser som gjør personen sårbar, eller genetiske og biologiske forhold. Disse forholdene omtales ofte som disposisjoner for depresjon (Håkonsen, 2014). Det anslås at i så mange som 70% av tilfellene av alvorlig depresjon, foreligger det en utløsende livshendelse i forkant (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016a).

## 2.3 Håp

Håp defineres av Travelbee som en tilstand hvor man har et ønske om å nå eller oppfylle et mål, i kombinasjon med en forventning om at dette er mulig å oppnå – en fornemmelse av det mulige (Travelbee, 1999). Håp handler om noe vi vil, ønsker og tror kan realiseres i fremtiden. Dersom man mister disse forventningene og fornemmelsen av det mulige, kan håpet bli borte (Vråle, 2018).

Travelbee (1999) omtaler flere karakteristika ved håp. Hun skriver at håp er sterkt relatert til det å være avhengig av andre mennesker. Syke og lidende ber ofte ikke om hjelp, selv om de trenger det. Uavhengighet er dypt inngrodd hos mange mennesker, og det kan ha blitt en del av deres personlighet. Det å ikke be andre om hjelp kan bli sett på som et forsvar mot avvísning. Håp er også fremtidsrettet og relatert til valg. Har man håp, ønsker man at livssituasjonen skal endre seg, og man har troen på at visse valg står åpne. Travelbee beskriver valgfrihet som en viktig kilde til opplevelse av autonomi, også når valgmulighetene ikke er «særlig tiltalende». Det å kunne ta et valg, vil likevel gi en frihetsfølelse (Travelbee, 1999).

## **2.4 Holdninger**

En holdning omtales av Håkonsen (2014) som «en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måten ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser» Holdningene våre har vi med oss over tid, og de innebærer at vi tar et standpunkt. En holdning består av tre deler; en kognitiv, en følelsesmessige og en atferdsmessige del (Håkonsen, 2014). Den kognitive delen består av en tanke om noe eller noen. Den følelsesmessige delen gir oss en følelsesmessig reaksjon ovenfor menneske, tingen eller hendelsen. Reaksjonene være positive eller negative. De positive følelsene kan være respekt, sympati eller det å like noen. De negative følelsene omtales som avsky, frykt eller det å mislike noen. Den atferdsmessige delen av holdningene handler om det vi faktisk gjør, og det er gjennom handlinger at en persons holdninger kommer tydeligst til syne (Håkonsen, 2014). Samtidig er det slik at adferden vår ofte ikke samsvarer med det vi tenker og føler. Særlig to forhold forklarer dette; 1) en handling har alltid flere årsaker, og 2) bak en handling vil det alltid være flere ulike forhold i den bestemte situasjonen som vil ha stor innflytelse på adferden vår. Disse faktorene kan være sosialt press, dårlig tid, eller at det er mange mennesker til stede, som gjør at vi ikke handler i tråd med våre egne holdninger (Håkonsen, 2014).

### **2.4.1 Anerkjennelse som en holdning**

Anerkjennelse som en holdning som kan forstås som gjenkjenning, styrking og oppbygging av andre gjennom lytting og deling (Vråle, 2018). I møte med det selvmordstruede mennesket handler anerkjennelse om at sykepleier tåler å høre og snakke om erfaringer med pasientene,

slik at pasienten får lettet på sin smerte (Vråle, 2018). En holdning beskrives av Schibbye (1996) som noe som ikke bare er «inni» oss, men noe som kommer til uttrykk i en relasjon. Den anerkjennende holdningen har tre nivåer som bygger på hverandre; det filosofiske, det teoretiske og det praktiske. Det praktiske nivået består av ulike kvaliteter som kommer til uttrykk mellom pasienten og sykepleier; lytting, forståelse, aksept og toleranse og bekreftelse. *Lytting* beskrives som en aktiv handling, hvor sykepleier er tilstede i situasjonen og lytter med alle sanser (Vråle, 2018). Lytting forutsetter at sykepleier legger til side sin forutinntatthet, slik at fokuset ligger på det pasienten forteller. Samtidig krever lytting også en villighet fra sykepleier til å bli berørt av det pasienten forteller (Schibbye, 1996). *Forståelse* innebærer en holdning til å søke innsikt i hvordan det selvmordstruede mennesket opplever og forstår de utfordringene vedkommende står i (Vråle, 2018). Å forsøke å kontakte tilsvarende følelser i seg selv, for å «kjenne på» de følelsene pasienten har, beskriver Schibbye (1996) som terapeutisk forståelse. *Aksept og toleranse* kan forklares som en ikke-dømmende holdning, som innebærer at sykepleier kan tåle og romme det som er vanskelig, og samtidig godta situasjonen slik den er. På den måten kan sykepleier komme i posisjon til å foreta justeringer og endringer hos det pasienten (Vråle, 2018). *Bekreftelse* kan beskrives som «å gi autoritet til den andres opplevelse» (Schibbye, 1996). Ved å speile og parafrasere kan sykepleier forsikre seg om at budskapet fra pasienten, er forstått, samtidig som pasientens selvbevissthet øker (Vråle, 2018).

## **2.5 Sykepleierens lindrende funksjon**

Sykepleierens lindrende funksjon har som hensikt å redusere eller begrense pasientens omfang av lidelse knyttet til sykdommen/tilstanden. Slike belastninger kan være både av fysisk, psykisk og åndelig karakter (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016), og et fokus på å redusere disse lidelsene må alltid stå i sentralt i omsorgen. Lindring kan også innebære at pasienten får muligheten til å uttrykke hvordan tilstanden oppleves for vedkommende. Sykepleier må rette sin oppmerksomhet spesielt mot pasientens opplevelse og erfaring knyttet til sin tilstand (Nortvedt & Grønseth, 2017).

## 2.6 Travelbees menneske-til-menneskeforhold

Travelbee definerer sykepleier som det « å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29), og videre omtaler hun menneske-til-menneskeforholdet som et virkemiddel for å oppnå dette som ansees som sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999).

Et menneske-til-menneske-forhold er en erfaring eller en rekke erfaringer mellom en bestemt sykepleier og den som har behov for sykepleie, hvor den sykes behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999). Menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess og både sykepleieren og den syke må delta for å bygge dette forholdet. På tross av dette, ligger ansvaret for å etablere og opprettholde dette, hos sykepleieren (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) omtaler det viktigste kjennetegnet i et menneske-til-menneske-forhold at den enkeltes sykepleiebehov blir ivaretatt. Et sykepleiebehov defineres som ethvert behov den syke har for hjelp til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse.

Første gang sykepleieren møter den syke, vil hun/han danne seg et førsteinntrykk av pasienten på bakgrunn av de observasjoner og antakelser som gjøres i dette møte. Travelbee (1999) mener disse erfaringene danner grunnlaget for utviklingen av det videre interaksjonsmønsteret. Etterhvert som sykepleieren begynner å se det unike ved den syke, individ, den syke også begynner å kjenne sykepleieren som en bestemt person, vokser personenes identiteter frem. Sykepleieren fanger opp hvordan den syke tenker, føler og oppfatter situasjonen vedkommende er i (Travelbee, 1999). Empati defineres av Travelbee (1999) som en opplevelse av å forstå pasienten og ha utviklet en utviklet evne til å ta del i pasientens situasjon. Empati gir evnen til å forutsi den andres adferd, noe sykepleier kan bruke målrettet. Når empati har oppstått mellom to parter, vil interaksjonsmønsteret være endre i den videre kontakten (Travelbee, 1999).

## 2.7 Ethiske og juridiske rammer

De etiske prinsippene er likeverdige prinsipper som omhandler plikter sykepleieren har ovenfor pasienten (Brinchmann, 2016). *Autonomiprinsippet* handler om å respektere

autonome personers beslutninger og selvbestemmelse. *Velgjørenhetsprinsippet* handler om plikten til å gjøre det som er best for pasienten. *Ikke skade-prinsippet* handler om at den helsehjelpen man gir, ikke skal være til skade for pasienten.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere konkretiseres sykepleiernes viktigste verdier og bestemmelser om hva god sykepleie skal være (Brinchmann, 2016). Her omtales det «å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten» som en av sykepleierens viktige grunnfunksjoner. Videre skal sykepleier ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, jf. punkt 2.3. Sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige og informerte valg, og respektere det valget pasienten så tar, jf. punkt 2.5. Punkt 2.5 sier at sykepleie ikke skal bidra til at pasienter begår selvmord (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Sykepleier skal straks gi den hjelpen hun/han evner, når hjelpen ansees å være påtrengende nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Sykepleier har også plikt til å utføre sitt arbeid i henhold til de krav som stilles til profesjonen med tanke på forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Sykepleier har også plikt til å gi nødvendig informasjon til pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 10), og pasienten har rett til den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin tilstand og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

### 3 Metode

Metode er den fremgangsmåten man har brukt for å systematisk innhente kunnskap og informasjon for å kunne belyse og besvare problemstillingen (Thidemann, 2015). Metoden kan på den måten ses på som et redskap i jobben med å undersøke et valgt fagområde/problemområde (Dalland, 2018). Hensikten med å beskrive metoden for oppgaven, er at det skal være mulig for andre å utføre de samme trinnene, og komme til det samme resultatet (Thidemann, 2015).

#### 3.1 Litterær oppgave

Denne bacheloroppgaven er skrevet som en litterær oppgave, i tråd med høskolens retningslinjer og føringer for bacheloroppgaven. I en litterær oppgave samles data fra eksisterende faglitteratur og forskning, for å så bli brukt til å belyse og besvare den valgte problemstillingen (Dalland, 2018). Dataene som brukes i oppgaven blir derfor sekundærdata.

#### 3.2 Litteratursøk

Litteraturen som er benyttet i oppgaven er både tidligere pensum og ny litteratur funnet via søk i Lovisenberg Diakonale Høgskoles elektroniske bibliotek. I tillegg har jeg benyttet litteratur jeg har funnet via referanselister i relevante bøker, og i tidligere oppgaver om lignende temaer. I vurdering av bøker funnet på denne måten, har jeg «kvalitetssjekket» dem ved å se om LDHs bibliotek har eksemplarer av boken, da jeg anser innholdet på biblioteket som anerkjent og relevant litteratur.

Jeg har også benyttet meg av offentlige nettsider som Helsedirektoratet.no, Lovdata.no, Folkehelseinstituttet.no, for å finne informasjon om de ulike temaene.

Nettsiden til *Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging* er aktivt brukt for å orientere meg og gjøre meg kjent innen fagfeltet, men forskning funnet her er også senere funnet ved strukturerte søk i databaser.



For innhenting av forskningslitteratur, er det blitt gjort strukturerte og systematiske søk i ulike databaser, som vist i tabellen under. Ved utførelse av søk i databaser så jeg etter forskningsartikler som kunne belyse ulike sider av problemstillingen.

I søket den 29/3-19 forsøkte jeg å bruke en kombinasjon av søkeord som skulle omfavne alle aspekter ved problemstillingen. Kombinasjonen ble brukt i CINAHL, PubMed og SveMed, men det var kun funnene i CINAHL jeg anså som relevante og gode. Derfor er bare dette oppført i matrisen. Jeg valgte ut to artikler som gir et grundig perspektiv på pasientenes erfaringer med å være selvmordstruet, noe jeg ønsket å ha tydelig med i oppgaven. Jeg ønsket også å ha med en artikkel om hvordan pasienter opplever sykepleiers holdninger i denne situasjonen, samt en artikkel om hvordan sykepleiere erfarer jobben på akuttmottak, og utførte dermed søk på dette, som vist i matrisen under.

Jeg har anvendt inklusjons- og eksklusjonskriterier i mine søk, som vist i tabellen, og det er mulig at artikler som falt utenfor disse hadde vært mer aktuelle for min problemstilling, men som dermed ikke er blitt vurdert og inkludert.

Aktuelle artikler ble i førsteomgang utvalgt på bakgrunn av overskriften, etterfulgt av gjennomlesning av abstrakt. Relevante artikler på bakgrunn av dette, ble lest i sin helhet, før de endelige artiklene ble valgt ut. Før gjennomlesing sjekket jeg om artikkelen var publisert i et anerkjent og fagfellevurdert tidsskrift.

Jeg har utført flere søk, med ulike kombinasjoner av søkeord, men disse er ikke inkludert i artikkelmatrisen, da de ikke ga treff jeg anså som relevante. Jeg utførte samme utvelgelsesstrategi på alle søk.

### 3.2.1 Artikkelmatrise

Database og dato	Kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff med begrensningene	Antall leste artikler	Antall artikler inkludert	Tittel på utvalgt artikkel
PubMed 12/12-18	Attempted suicide <b>AND</b> attitudes <b>AND</b> patients' experiences	10 år	15	5	1	<i>Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises</i> , May Vatne & Dagfinn Nåden (2014)
CINAHL 29/3-19	(Suicide attempted) <b>AND</b> (Depression <b>OR</b> poisoning <b>OR</b> suicide) <b>AND</b> (Emergency nursing <b>OR</b> Nursing Intervention <b>OR</b> attitude <b>OR</b> Nurse-patient relation) <b>AND</b> (Hope)	2009-2019 Peer Reviewed Research Article Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	9	3	2	<i>Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm</i> , Henning Herrestad & Stian Biong (2010)  <i>Crucial resources to strengthen the desire to live: Experiences of suicidal patients</i> , May Vatne & Dagfinn Nåden (2016)
CINAHL 29/3-19	Emergency care <b>AND</b> Emergency service <b>AND</b> Work Experiences	2009-2019 Peer Reviewed Research Article Language: Danish,	10	2	1	<i>Trapped between doing and being: First provider's experience of "front line"</i>

		English, Norwegian, Swedish				<i>work</i> , Carina Elmqvist, Bengt Fridlund, Margaretha Ekebergh, 2011
--	--	-----------------------------------	--	--	--	--

### 3.3 Kildekritikk

Jeg anser litteraturen jeg har anvendt som relevante og gode kilder, da alle omhandler problemstillingens temaer. Jeg har anvendt flere ulike bøker for litteratur om det selvmordstruede mennesket, og jeg anser forfatterne av bøkene som anerkjente innen fagfeltet. Jeg har lagt vekt på å finne bøker som er skrevet av og/eller for sykepleiere.

En utfordring har vært at mye av litteraturen om sykepleie til denne pasientgruppen, retter seg mot psykiatrien. Jeg har vært bevisst på at rammefaktorene i psykiatriske avdelinger og somatisk akuttmottak er betydelig forskjellige, for eksempel med tanke på tid og kunnskaper om psykiske lidelser. Jeg har dermed forsøkt å fokusere på funn jeg anser som grunnleggende sykepleie, som kan anvendes uavhengig av spesialisering.

For å innhente litteratur om akuttmottak som kontekst, har jeg anvendt et kapittel om dette fra boken «Intensivsykepleie» av Guldbrandsen og Stubberud.

Alt av litteratur og forskning er fra 2009 eller senere, med unntak av oversettelsen av Travelbees bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* fra 1999, og Schibbye's artikkel *Anerkjennelse: en terapeutisk intervensjon?* fra 1996.

Den anerkjennende holdningen er omtalt av Vråle (2018) og det refereres hun Schibbye's artikkel. Derfor er primærkilden anvendt for utfyllende teori. På bakgrunn av at denne holdningen er omtalt av Vråle, som er psykiatrisk sykepleier, vurderte jeg den til å være relevant og anerkjent til å anvende i min oppgave, i tillegg til at flere av funnene i forskningen omhandler disse elementene.

Alle forskningsartiklene er gjennomført som kvalitative intervjuer. Dette har vært et bevisst valg, da jeg ønsket at erfaringer og opplevelser skulle være sentralt i oppgaven. En mulig kritikk av denne utvelgelsen er at jeg kan ha fått et for smalt resultat, og at en større sammenligning av forskningsartikler ville gitt et mer nyansert bilde.

Alle artiklene er skrevet på engelsk, og det er en mulighet for at noe av innholdet kan ha blitt borte i min oversettelse til norsk.

To av forskningsartiklene er av samme forfattere, Vatne og Nåden, noe jeg har vært bevisst på at kan være en svakhet. Likevel vurderte jeg innholdet i begge artiklene som svært relevant for å belyse min problemstilling, og ser det som en styrke at artiklene omtaler ulike temaer knyttet til den samme pasientgruppen. I tillegg er forskningen utført i Norge og forfatterne synes å være anerkjente fagpersoner med flere publikasjoner innen feltet. På bakgrunn av dette valgte jeg å inkludere begge artiklene.

En mulig svakhet i disse artiklene, er at intervjuene er utført på et tidspunkt hvor pasientene er innlagt i psykiatrien. Likevel er resultatene retrospektive refleksjoner, og erfaringer kommer da fra både akuttmottak og andre avdelinger pasientene har vært innlagt på frem til intervjuetidspunktet. I tillegg er intervjuene foretatt i så nær tid til selvmordsforsøket, at anser jeg verdien av funnene som svært aktuelle for ansatte på somatisk akuttmottak, på tross av ulike rammefaktorer mellom de ulike avdelingene.

Artikkelen av Elmqvist, Fridlund, Ekebergh er inkludert for å belyse konteksten akuttmottak. En svakhet med denne artikkelen er at bare 5 av 8 intervjuede personer, har sykepleiebakgrunn, derav én som sykepleie-assistent. Dette fører til at funnene er basert på relativt få informanter, noe som må tas med i betraktningen av resultatene. En positiv faktor er at artikkelen er fra Sverige, et land som anses å være sammenlignbart med Norge.

## 4 Forskningsartikler

Nr.	Tittel / forfatter/ årstall / land	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	<p><i>Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some hospitalized for intentional self-harm</i></p> <p>Henning Herrestad &amp; Stian Biong (2010)</p> <p>Norge</p>	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Undersøke pasienters erfaringer om håp, hos personer som har vært innlagt på sykehus etter selvpåført skade /forgiftning med intensjon om å ta livet sitt. Målet var å få erfaringer om håp i den nåværende situasjonen, i tiden etter et selvmordsforsøk	Fenomenologisk hermeneutisk metode, hvor 12 personer ble intervjuet to til syv dager etter et selvmordsforsøk ved overdose av medikamenter.	Håp handlet i svært mange tilfeller om noe relasjonelt. Håpet kunne kategoriseres i tre kategorier: 1) Meningen av håpet for livet 2) Meningen av håp for døden 3) Meningen av selve handlingen «å håpe»
2	<p><i>Crucial resources to strengthen the desire to live: Experiences of suicidal patients</i></p> <p>May Vatne &amp; Dagfinn Nåden (2016)</p> <p>Norge</p>	Nursing Ethics	Å få en dypere forståelse av den suicidale pasienten, og hvilke ressurser i seg selv og i omgivelsene de så som viktig/avgjørende for at de skulle velge livet.	Hermeneutisk metode. Kvalitativ metode hvor 10 personer ble intervjuet med semi-strukturert intervju. Intervjuene ble gjort mens pasienten var innlagt på psykiatrisk akuttmottak eller i kontakt med kriseteam, to uker eller mer etter selvmordsforsøket.	Tre hovedtemaer ble formulert, om hva som skulle til for å styrke/fremme ønsket om å leve: 1) Bli klar over ønsket om å leve ved å oppdage ønsker, drømmer og håp 2) Oppleve tilknytning til andre, som minnet dem om de ansvaret de hadde ovenfor andre 3) Oppleve at noen bryr seg, hvor relasjoner til profesjonelle også ble sett på som viktig

3	<p><i>Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises</i></p> <p>May Vatne &amp; Dagfinn Nåden (2014)</p> <p>Norge</p>	Nursing Ethics	<p>Å utforske pasienters erfaringer med å være suicidal og hvordan de opplevde møte med helsepersonell. Alle deltagerne hadde utført ett eller flere selvmordsforsøk ved overdose av legemidler.</p>	<p>Hermeneutisk tilnærming. Kvalitativt forskningsintervju av 10 personer. Intervjuene ble gjort mens pasienten var innlagt på psykiatrisk akuttmottak eller i kontakt med kriseteam, to uker eller mer etter selvmordsforsøket.</p>	<p>Tre hovedtemaer kom frem, som viste motsetninger i erfaringene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Opplevelsen av å bli møtt med eller uten åpenhet og tillitt</li> <li>2) Bli møtt av noen som tok opp temaet selvmord vs de som ikke tok det opp</li> <li>3) Å bli møtt med respekt vs å bli ydmyket</li> </ol>
4	<p><i>Trapped between doing and being: First provider's experience of "front line" work</i></p> <p>Carina Elmqvist, Bengt Fridlund, Margaretha Ekebergh (2011)</p> <p>Sverige</p>	International Emergency Nursing	<p>Beskrive og øke forståelsen av det å være den første som utøver omsorg for pasienter i et akuttmottak</p>	<p>Kvalitativt intervju med åpne spørsmål. Deltakerne var åtte ansatte på akuttmottak, hvorav fire var sykepleiere, en sykepleieassistent og tre var leger.</p>	<p>Helsepersonell på akuttmottak trekker frem uforutsigbarhet og tidspresset som sentrale elementer ved jobben som kan gjøre det utfordrende å gi den omsorgen de ønsker til hver enkelt pasient. Balansen mellom fokuset på inneliggende pasient og fokuset på å være klar til å ta imot ny pasient, trekkes frem som utfordrende, og fører til utvikling av egne strategier for å takle situasjonene.</p>

## 5 Drøfting

I det følgende vil jeg belyse og forsøke å besvare problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier fremme håp med sine holdninger, hos den selvmordstruede pasient på somatisk akuttmottak, etter et selvmordsforsøk?*»

I drøftingen anvendes teorien som tidligere er presentert og knyttes sammen med funn fra forskning. Jeg anvender også noen få funn fra artikler som ikke er inkludert i artikkelmatrisen. Juridiske og etiske aspekter vil så bli drøftet i et punkt, før jeg mer konkret drøfter den praktiske siden av problemstillingen. I hoveddelen av drøftingen tar jeg utgangspunkt i den anerkjennende holdningen som nevnt under punkt 2.5.

### 5.1 Sykepleiers juridiske og etiske ansvar og pasientens rettigheter

En pasient som ankommer akuttmottaket etter en selvpåført forgiftning med selvmordshensikt, er akutthenvist og har et vurdert behov for helsehjelp innen 24 timer (Engebretsen, 2015). I akuttmottaket vil sykepleier stilles ovenfor etiske og juridiske dilemmaer i møte med det selvmordstruede menneske. Balansegangen mellom å respektere pasientens rett til selvbestemmelse og samtidig oppfylle plikten og ønske om å beskytte pasientens liv, er her aktuelle dilemmaer (Vråle, 2018). Ifølge autonomiprinsippet plikter sykepleier å respektere de valgene pasienten tar (Brinchmann, 2016). På samme tid gjør de yrkesetiske retningslinjene det klart at å støtte pasienten i valget om selvmord, vil være brudd på profesjonenes etikk (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

På bakgrunn av karakteristiske trekk ved det selvmordstruede menneske, som ambivalensen mellom ønske om å leve eller å dø (Herrestad & Biong, 2009; Vatne & Nåden, 2016), opplevelsen av å ikke se andre alternativer i sin situasjon (Stänicke, 2016), negativ tankegang og svekket vurderingsevne på grunn av depresjon (Hummelvoll, 2014), kan det stilles spørsmål ved hvor mye *eget valg* det egentlig ligger bak en selvmordshandling.

Autonomiprinsippet må stilles opp mot de andre etiske prinsipper. Å respektere pasientens valg i en slik situasjon, vil ikke være forenelig med ikke-skade-prinsippet, da pasienten helt klart trenger at helsevesenet griper inn og beskytter livet. Det vil heller ikke være i tråd med kravet til faglig forsvarlighet dersom sykepleier ikke griper inn ved et selvmordsforsøk (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Nødvendige undersøkelser og behandling skal iverksettes, jf. §7 om øyeblikkelig hjelp, dersom forgiftningen pasienten har påført seg utgjør fare for liv og alvorlig skade, hvis hjelpen uteblir. Ved slike tilfeller kan hjelpen også gis selv om pasienten motsetter seg behandlingen (Helsepersonelloven, 1999, § 7).

I praksis erfarte jeg at en pasient ble holdt igjen i akuttmottaket på medisinsk grunnlag, da det ville være til skade for pasienten å avslutte behandling med motgift på dette tidspunktet. Pasienten selv så ingen nytte av behandlingen, og ønsket dermed å forlate akuttmottaket. Sykepleiers plikt til å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige og informerte valg (Norsk Sykepleierforbund, 2011), vil i en slik situasjon være høyst aktuelt. Pasienten har rett til nødvendig informasjon om den behandlingen som gis, og hvilke konsekvenser det vil ha dersom den avsluttes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykepleier har plikt til å sørge for at pasienten får denne informasjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 10). På denne måten henger de etiske prinsippene og lovgivningen nøye sammen.

Sykepleiers ønske om å gjøre det som er best for pasienten, er sentralt i yrkesetikken og de etiske prinsippene, jf. velgjøringsprinsippet (Brinchmann, 2016). Pasient og sykepleier kan ha svært ulike oppfatninger av hva som er *det beste*, i situasjoner hvor selvmord er tema. Pasienten anser selvmord som det beste løsningen, da den psykiske smerten blir så sterk at det oppleves uutholdelig (Vatne & Nåden, 2018). I møte med dette menneske er det sykepleiers plikt å understøtte håpet for å leve (Norsk Sykepleierforbund, 2011), samt reduserer den psykiske lidelsen pasienten erfarer som konsekvens av sin situasjon (Kristoffersen et al., 2016).

## **5.2 Å fremme håp med en anerkjennende holdning som sykepleietiltak**

For mennesker med selvmord som et tema i sitt liv, er håp et sentralt tema (Vråle, 2018). Håpet handler om livet videre, om at menneskene rundt en skal akseptere en, og hjelpe en (Herrestad & Biong, 2009). Som beskrevet under punkt 2.4, er en holdning sammensatt av en



tanke, en følelse og adferd (Håkonsen, 2014). Sykepleiernes holdninger vil dermed gjøre seg synlig ovenfor pasienten gjennom måten hun/han opptrer på ovenfor vedkommende.

Pasienter uttrykker å ha blitt møtt med holdninger som «stakkarslig-gjorde» dem etter et selvmordsforsøk, noe som opplevdes som svært ydmykende. Forskningen til Vatne og Nåden (2014) konkluderer med at måten helsepersonell møter pasienter på i fasen etter et selvmordsforsøk ikke nødvendigvis er til hjelp for pasientens i kampen for å vinne tilbake ønsket om å leve. Tvert imot reduserte det håpet om et bedre liv. Pasientene uttrykte et savn etter et møte med helsepersonell som hadde kunnskap, ønske, mot og ansvarsfølelsen til å utforske den lidelsen den selvmordstruede personen gjennomgikk (Vatne & Nåden, 2014). Forskningen viste at en åpen og omsorgsfull holdning er viktig, slik at pasienten kan utforske og reflektere over sin lidelse.

Via sykepleiers lindrende funksjon har sykepleier pasientens opplevelse i fokus ved å søke innsikt i hvordan pasienten erfarer sin lidelse (Nordtvedt & Grønseth, 2017). Ved å ha en anerkjennende holdning kan innsikt, forståelse og aksept for pasientens opplevelse og lidelse oppnås (Schibbye, 1996). En slik holdning kan være avgjørende for at den selvmordstruede pasienten skal føle seg sett, hørt og respektert som et selvstendig individ (Vråle, 2018), og er derfor viktig at sykepleier innehar i møte med disse pasientene.

### **5.2.1 Lytting**

Forskning kan tyde på at det finnes en mangel på nok vilje og mot blant helsepersonell til å lytte til hva den selvmordstruede pasienten har å fortelle (Vatne & Nåden, 2014). Samtidig kan møte med helsepersonell etter et selvmordsforsøk utgjøre en viktig forskjell når det gjelder å styrke håpet om livet (Vatne & Nåden, 2016). Enkelte pasienter har også beskrevet inntaket av overdosen som en desperat handling for å få profesjonell hjelp (Vatne & Nåden, 2014), og hvordan det for noen kunne være lettere å sette ord på lidelsene i den nære tiden etter en slik handling (Ribe, 2010; Vråle, 2018). Vråle (2018) beskriver det som avgjørende at en person som har utført et selvmordsforsøk får omsorgsfull hjelp til å utforske og reflektere over intensjonene med handlingen og hva som kan ha vært utløsende. Den nære tiden etter et selvmordsforsøk beskrives som en unik mulighet for å tilnærme seg dette med åpenhet og nærhet (Vråle, 2018).

«Å lytte» innebærer at sykepleier har en åpen holdning (Schibbye, 1996). I det første møte hevder Travelbee (1999) at det er sykepleiers ansvar å se forbi de forutinntatte forestillingene som sykepleier har om pasienten, slik at hun/han kan se det unike ved det bestemte mennesket.

Det er en klinisk erfaring at pasienter er mer villige til å snakke åpent om selvmordsforsøket i tiden rett etter hendelsen (Herrestad & Biong, 2009). I forskningen til Vatne og Nåden (2014) kom det frem at pasientene også uttrykker å ha et behov for å snakke om selvmordsforsøket sitt i (den nære) tiden etter, selv om det kan være vanskelig for dem å sette ord på handlingen og følelsene. Dermed kan det likevel ta tid før de åpnet seg. I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2016b) oppleves det befriende for pasienten om det er den profesjonelle som tar opp temaet selvmord, og at vedkommende fremstår trygg i situasjonen og viser interesse for å lytte.

*Tid* synes å være en viktig faktor for å lytte til pasienten og for å få pasienten til å fortelle om deres situasjon. Samtidig er tid også en knapp faktor i et akuttmottak, hvor pasientmøtene preges av å være korte og intensive (Engebretsen, 2015). I forskningen til Elmqvist, Fridlund og Ekebergh (2011) kom det frem at på grunn av tidspresset sykepleierne i akuttmottak opplevde, inntok de en holdning som kunne oppfattes som at de ikke hadde tid til å være i kontakt med pasientene mer det som var svært nødvendig. Hva som var nødvendig kan forstås som de oppgavene som ligger innenfor ansvarsområdet til sykepleier i akuttmottak, som mottak, utførelse av målinger og tiltak beordret av lege, samt observasjoner og intervensjoner med tanke på ABCD-prinsippene (Engebretsen, 2015). Forskning viste at enkelte sykepleiere ikke lyttet til den selvmordstruede pasientens tanker og bekymringer, før de hadde fullført rutineoppgavene sine, hadde tilstrekkelig med tid før neste vaktskifte, eller var følelsesmessig forberedt til dette (Tzeng, Yang, Tzeng, Ma & Chen, 2009) Det er via disse oppgavene at sykepleier kommer i kontakt med pasienten. Sykepleierens utfordring i akuttmottaket vil da være å utnytte denne tiden best mulig for å oppfylle sykepleiers mål og hensikt, som er å hjelpe pasienten i å mestre erfaringer med sykdom og lidelse og forsøke å finne meningen med disse (Travelbee, 1999).

For å regulere hvor mye tid sykepleieren skulle bruke hos den enkelte pasient i akuttmottaket, brukte de non-verbal og verbal kommunikasjon aktivt (Elmqvist et al., 2011). Hadde de god

tid, kunne de sette seg ned ved siden av pasientens seng, og stille åpne spørsmål som «hvordan har du det?». De signaliserte dermed både med kroppsspråk og ord at de hadde tid til å lytte til det svaret pasienten ville gi. I motsetning til dette, ville de med dårlig tid bli stående ved sengeenden og stille formelle og direkte spørsmål, samt godta et kort svar (Elmqvist et al., 2011). Metodene kunne styre sykepleiernes tidsbruk, samtidig som det ville ha innvirkning på hvor mye pasienten fortalte (Elmqvist et al., 2011). På den ene siden synes dette å være effektive metoder for å kunne ta styring over tidsbruken i akuttmottaket, noe som vil være nyttig da tid er en begrenset faktor. På den andre siden vil metodene trolig kunne hindre at den selvmordstruede pasienten opplever sykepleier som en aktiv og god lytter, og på den måten redusere pasientens håp om at mennesker rundt en vil hjelpe.

Pasientene understrekte viktigheten av at sykepleier godtok stillhet, slik at de ikke følte seg tvunget til å si noe (Vatne & Nåden, 2014). Eide og Eide (2013) beskriver aktiv bruk av stillhet som et sterkt virkemiddel for å oppnå god kontakt. Ved å ikke svare umiddelbart på det pasienten forteller, men forbli aktivt lyttende, gir en pasienten flere viktige signaler. For det første kan stillheten stimulere pasienten til å fortelle videre, da det kan oppleves som en oppfordring til å utdype, dersom sykepleier også signaliserer med kroppsspråket at hun/han har tid til å lytte. For det andre kan stillheten gi både sykepleier og pasienten tid til å reflektere over og bearbeide det som er blitt sagt (Eide & Eide, 2013).

Vatne og Nåden (2016) viste også at i pasientens kamp for å gjenvinne håpet og ønsket om å leve, trenger de hjelpere som blir engasjert i deres lidelse og kan vise en forpliktende og initiativtakende holdning. Å være initiativtakende kan i denne sammenheng forstås som å «invitere» pasienten til dialog ved å ta opp temaet selvmord, og vise med kroppsspråk at man har tid til å lytte, som var noe pasientene selv uttrykte som premisser for å klare å åpne seg.

Herrestad og Biong (2009) fant i sin forskning at håpet ofte handlet om håp sett i sammenheng med relasjoner. Pasientene relaterte håp til døden, som en måte å komme unna relasjonelle problemer på. Andre beskrev døden som en måte å kommunisere en beskjed til familien (Herrestad & Biong, 2009). Å oppleve tilknytning til sitt vanlige sosiale nettverk kunne føre til reduksjon av smerter og stimulere til håp (Vatne & Nåden, 2016). Forskingen viser at den selvmordstruede personens nettverk bør gis mer oppmerksomhet enn det har blitt

gitt tidligere. Sykepleiere bør derfor hjelpe den selvmordstruede til søke økt kontakt med slikt nettverk (Vatne & Nåden, 2016).

Det trekkes frem som viktig at sykepleieren kan lytte med en toleranse for den smerten pasienten opplever (Vatne & Nåden, 2016). I midlertid, understreker Vråle (2018) at det kan oppleves svært utfordrende og tungt for den som skal hjelpe, å lytte til at pasienten uttrykker hvordan denne håpløsheten oppleves, på grunn av at pasientens følelser lett påvirker sykepleieren. Samtidig kan følelsene som oppstår under et slikt møte, være viktige for sykepleierens forståelse av hvordan pasienten har det (Vråle, 2018). Sykepleier være klar over hvordan ens egne følelser og måten man eventuelt formidler disse til pasienten på, kan ha innvirkning på forholdet mellom sykepleier og pasient, og dermed lære seg metoder for å kontrollere disse følelsene (Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2017a). Håp og håpløshet er følelser som kan smitte mellom pasient og sykepleier. Det er derfor viktig at sykepleier reflekterer faglig med sine kollegaer, og er bevisst over slike erfaringer og opplevelser (Vråle, 2018).

Stänicke (2016) skriver at vi blir gitt et valg om vi vil forholde oss delvis eller aktivt til de følelsene som vekkes. Å la seg berøre i møte med et menneske som er i selvmordsfare kan utgjøre en stor forskjell for pasienten. Dette engasjementet kan gi pasienten et håp om at helsevesenet kan være til støtte i en vanskelig livsfase, og på den måten være en viktig faktor for å fremme håpet i pasienten (Stänicke, 2016). I en studie forteller sykepleiere om hvordan de åpnet og lukket det de kalte for «The inner door» i møte med selvmordstruede pasienter (Tzeng et al., 2009). De beskrev dette som en usynlig dør i tankene som de åpnet for å lytte til den selvmordstruede pasienten. Men denne døren åpnet seg bare når de aktivt stilte seg inn på det og var forberedt til å lytte. Av dette kan det tolkes at sykepleier må aktivt innta en lyttende posisjon, og ha en holdning som innebærer at man anser lytting som en viktig intervensjon ovenfor pasienten.

Lohne (2016) utdyper at sykepleierens nærvær, både fysisk og i form av tanker og følelser, signaliserer til pasienten at «du er ikke alene», noe som kan stimulere håpet. Tålmodighet og utholdenhet er viktige egenskaper i denne sammenheng (Lohne, 2016). Betryggende ord og setninger som «jeg er her for deg» og «dette skal ordne seg», opplevdes som positivt for pasientene (Vatne & Nåden, 2014; Wagley & Newton, 2010). I midlertid mener Hummelvoll (2014) at bedring i en krisesituasjon forutsetter et engasjement og en innsats også fra den kriserammede selv, og at slike setninger som «alt vil ordne seg» kan passivisere personen.

Ved at sykepleier styrker pasientens tro på egen evne til å komme seg gjennom situasjonen, aktiviseres pasienten og håp fremmes.

Spørsmål og samtale om selvmordsforsøket må utføres på en jordnær og direkte måte, og sykepleieren må fremstå som interessert, varm og ekte. Dette er i følge Skårderud et al. (2016b) holdninger og væremåte som vil trygge pasienten, og gi han/hun følelsen av at dette er noe sykepleieren har møtt før.

At sykepleieren evner å se *muligheter*, og evner å kommunisere håp og troen på at livet kan bli endret til det bedre, var også viktig for pasientene i kampen for å gjenvinne håpet (Vatne & Nåden, 2016). Imidlertid er det i følge Vråle (2018) et aktuelt spørsmål å stille seg om håpet virkelig er borte, eller om det bare er skjult i fortvilelsen. Hun løfter en tanke om at begrepet «håp» muligens kan bli for krevende og vanskelig å forholde seg til i den situasjonen pasienten er i, og at begreper som mål og ønsker kan ha en mer hverdagslig tilnærming. Ved å lytte åpent og fordomsfritt kan kanskje sykepleier få øye på noen av disse ønskene og dermed se pasientens muligheter (Schibbye, 1996), som igjen kan stimulerer håpet. For å tydeliggjøre håpet hos pasienten, kan det være hensiktsmessig å veilede pasienten i å kartlegge sine valgmuligheter og hvilke konsekvenser valgene har (Vråle, 2018).

### **5.2.2 Forståelse**

Pasienter i forskningen til Vatne og Nåden (2014) uttrykte skuffelse over at enkelte helsepersonell de møtte virket til å ha lite kunnskaper om mulige bakgrunner for utvikling av selvmordstanker og grunner for utførelsen av selvmordsforsøk. Holdningene de ble møtt med førte til at angsten, følelsen av ensomhet og verdiløshet, økte (Vatne & Nåden, 2014).

Forståelse, som en holdning, innebærer at sykepleier søker innsikt og forståelse om hvordan pasienten opplever sin situasjon. Via de ulike oppgavene sykepleier har ovenfor pasienten i akuttmottaket, vil de gradvis bli mer kjent med hverandre som bestemte individer og sykepleiers evne til oppfatte hvordan pasienten har det, øker (Travelbee, 1999). Sykepleier bør ha mot til å utforske selvmordsproblemet ved å spør åpent, kombinert med evnen til å lytte fokusert på svaret pasienten kommer med (Vråle, 2018). For å oppnå den indre forståelsen som Schibbye (1996) beskriver som kjennetegn ved den anerkjennende forståelsen, må sykepleier forsøke å kontakte tilsvarende følelser i seg selv. Ved å oppnå

empati med pasienten, har sykepleier nådd en forståelse av situasjonen og Travelbee (1999) hevder at sykepleier da blir i stand til å forutse pasientens adferd. Dette er noe sykepleier kan bruke målrettet.

Hvordan sykepleier forstår selvmord kan observeres i vedkommens adferd og interaksjon med pasientene. Forskning viste at for å oppnå nærhet med pasienten, er det viktig at sykepleier har kunnskaper om selvmordsprosessen og dens ulike elementer (Vatne & Nåden, 2014), jf. punkt 2.1. Ved å bli klar over ens egen forforståelse av selvmordsfenomenet, kan sykepleier bli bevisst på egne holdninger for denne pasientgruppen. Dermed kan sykepleier bedre styre hvordan han/hun responderer og uttrykker sine tanker ovenfor pasienten ved verbale utsagn, følelser og handlinger (Vatne & Nåden, 2014).

Pasienter uttrykker at en holdning preget av forståelse for at selvmord som løsning kan være en normal reaksjon på uutholdelig psykisk smerte og påkjenninger i livet, kan føre til at pasienten føler seg bekreftet. Dette kan virke stimulerende for pasienten til å fortelle mer om smerten han/hun kjenner på (Vatne & Nåden, 2016).

Det hevdes i faglitteraturen at 90% av de som begår et selvmord, hadde en psykisk lidelse (Ekeberg, 2016), og jf. punkt 2.2 er depresjon den psykiske lidelsen som utgjør størst fare for selvmord. I følge Hummelvoll (2014) er det viktig at sykepleier har kunnskaper om depresjonen, og tar hensyn til dette i møte med pasienten. Nedsatt psykisk tempo som følge av den alvorlige depresjonen, kan føre til pasienten trenger lengere tid enn vanlig for å oppfatte, reagere og respondere på henvendelser. Kontaktetablering med slike pasienter krever tålmodighet og kunnskaper av sykepleieren (Hummelvoll, 2014). Pasientene i forskningen til Vatne og Nåden (2014), trakk frem forhold ved grunnsykdommen depresjon, som gjorde det vanskeligere for dem å takle situasjonen. Forhold som følelse av verdiløshet og sensitivitet for andre menneskers holdninger og utsagn, og hvordan depresjonen gjorde dem mer sårbare, understrekte forskningen som viktige forhold sykepleier må vite om i møte med disse pasientene.

Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek og Rasmussen (2014) kritiserer midlertid det å fremheve det som en «sannhet» at det ligger en psykisk lidelse bak 90% av begåtte selvmord, da de mener en slik påstand kan ha flere alvorlige implikasjoner på vår forståelse og syn på selvmordsproblematikken. De hevder at denne «sannheten» fører til at man ofte forklarer selvmord med psykisk sykdom som hovedårsak, og dermed reduseres fokuset på det komplekse samspillet av ulike faktorer som selvmord egentlig handler om (Hjelmeland et al.,

2014). Jf. punkt 2.1 vil det alltid være en unik sammensetning av ulike årsaksforhold ved et selvmord, slik at psykisk lidelse sjeldent forklarer selvmordshandlingen alene.

Det kan virke som at selvmordsforsøk som «et rop om hjelp» er en etablert holdning, som virker til å være negativt ladet da det kan kobles sammen med et behov for oppmerksomhet. Vatne og Nåden (2014) hevder at det vil kunne utgjøre en stor forskjell i hvordan sykepleier møter det selvmordstruede mennesket, dersom sykepleier forstår selvmordshandlingen som «et rop om smerte» som et resultat av en indre prosess i mennesket, fremfor «et rop om hjelp» hvor den ytre handlingen er i fokus.

Flere pasienter forteller om *ambivalensen* forut for et selvmordsforsøk. Noen kunne fortelle om et klart dødsønske, mens for andre var både det å dø og det å overleve, ønskelig.

Handlingen ble da svært impulsiv og noen beskriver hvordan de først etter inntaket av overdosen ble klar over at de egentlig ønsket å leve. Øyeblikket ble omtalt som et vendepunkt, en tydeliggjøring av ambivalensen (Vatne & Nåden, 2016).

På samme tid hadde de en lengsel etter å komme seg bort fra det uutholdelige, og ble skremt av sin egen kraft til å klare å utføre selvmordsforsøket. Av de 12 som ble intervjuet hadde så mange som ni handlet impulsivt når selve selvmordsforsøket ble utført, uten å vurdere konsekvensene av handlingen (Herrestad & Biong, 2009).

Forskningen viste også at ambivalensen fortsatt var til stedet i tiden etter selvmordsforsøket, og pasientene beskrev en usikkert rundt om de følte seg heldige eller uheldige som hadde overlevd. En pasient beskrev at han ble frustrert og følte på en skuffelse da han kom til seg på sykehuset, og forsto at han ikke hadde lykkes i å ta livet sitt. Likevel, på tidspunktet for forskningsintervjuet to uker etter, var han glad for å være i livet (Vatne & Nåden, 2016). Det hevdes at det er nettopp i denne rådvillheten og ambivalensen, at kjernen til håpet ligger (Vatne & Nåden, 2018). For at sykepleier skal lykkes i å identifiserer og forsterke denne kjernen til håp må pasientens erfaringer tas seriøst og alvorlig (Vatne & Nåden, 2016). Anerkjennende bemerkninger som «Det høres ut som du kanskje føler..?» og «Forstår jeg det rett hvis du opplever det slik at..?» (Schibbye, 1996), kan være aktuelle fremgangsmåter.

### 5.2.3 Aksept og toleranse

Oppsummert kan sykepleier via den anerkjennende holdningen lytte åpent til pasienten og forsøke å forstå og få kjennskap til hva som er bakgrunnen til pasientens situasjon. Å *akseptere* pasientens situasjon og opplevelser, vil si å møte pasienten med en ikke-dømmende holdning ovenfor det en har fått kjennskap til. I følge Vråle (2018), handler det å anerkjenne pasientens opplevelser og tanker i forhold til et selvmordsforsøk ikke om å akseptere og godta selvmord som en løsning, men derimot om å tolerere det den andre forteller, ved å tåle å høre pasientens erfaringer og opplevelser. På den måten får pasienten delt av sin smerte, og sammen kan man forsøke å komme frem til tiltak som kan hjelpe på pasientens situasjon (Vråle, 2018). Forskningen konkluderer med at profesjonelle må invitere pasienten til å snakke om selvmordstankene, samtidig som de må holde fokus på pasientens grunner for å leve (Vatne & Nåden, 2016). Pasientene i forskningen til Herrestad og Biong (2009) beskrev at håpet i etterkant av et selvmordsforsøk, handlet om livet videre. Det handlet om at menneskene rundt en skulle akseptere en og hjelpe dem med deres utfordringer (Herrestad & Biong, 2009) Ved at pasienten opplever at sykepleier har troen på hans/hennes muligheter for mulighetene for fremtiden, kan håpet fornyes (Vatne & Nåden, 2014).

I følge Vråle (2018) kan det oppleves vanskelig for pasienten å snakke om temaene håp og håpløshet fordi for dem er så nært forbundet med tankene om selvmord. Vråle (2018) understreker viktigheten av å vise en aksept for pasientenes følelser og smerter, og samtidig understreker hun viktigheten av å være bevisst på at håp og håpløshet er fenomener alle mennesker kan kjenne seg igjen i. Å bli møtt med en slik holdning kan skape lindring og trøst for pasienten.

### 5.2.4 Å bekrefte

Pasientene i forskningen til Vatne og Nåden (2014) fortalte om et savn etter å bli bekreftet i deres lidelse, ensomhet, fortvilelse og håpløshet. Manglende bekreftelse kan føre til en økt følelse av ensomhet og tomhet (Vatne & Nåden, 2014). Forskning referert til av Vatne og Nåden (2014) understreker at bekreftelse er den viktigste sykepleiehandlingen i møte med det selvmordstruede menneske og Herrestad (2009) beskriver forskning som har vist at relasjonen mellom sykepleier og pasient har en verdi som kilde til håp.



Vatne og Nåden (2014) beskriver en frykt som var tilstede hos helsepersonell i møte med det selvmordstruede mennesket. På den ene siden kunne frykten kunne handle å feilvurdere pasientens alvorlighetsgrad av videre selvmordsfare, med de følger dette vil ha. Denne frykten kunne redusere sykepleiers evne til å yte best mulig omsorg ovenfor pasienten (Vatne & Nåden, 2014), trolig fordi han/hun da tok avstand fra pasientsituasjoner hvor det kunne utspille seg en dypere samtale. På den andre siden kunne helsepersonell også erfare denne frykten forsterket evnen deres til å være til stede for pasienten (Vatne & Nåden, 2014). I tillegg kom det frem i forskningen til Elmqvist et al. (2011) at sykepleiere på akuttmottak på grunn av tidspress, hadde inntatt en holdning om at de ikke hadde tid til å være i kontakt med eller snakke med pasientene mer en absolutt nødvendig.

Sykepleier i akuttmottak jobber under et tids- og effektiviseringspress, og forskningen til Elmqvist et al. (2011) kan tyde på at sykepleierne står «fast» i et spenn mellom de ulike rollene de skal inneha. På den ene siden har de inneliggende pasienter de skal ta deg av, men på den andre siden må de alltid være klare til å ta imot nye. Ved lang ventetid på legetilsyn, kan det ifølge forskning være tilfeller der sykepleieren unngår pasienten, når nødvendige målinger/prosedyrer er utført. Dette blir brukt som en mekanisme for å unngå spørsmål og «diskusjon» om ventetiden, og pasientens tilstand forøvrig. Sykepleierne legger til seg en holdning hvor fokuset ligger på å utføre de tekniske oppgavene ved jobben (Elmqvist et al., 2011). Ved å unngå å bruke mer tid en nødvendig på et pasientrom, men raskt frigjøre seg når oppgavene er utført, blir sykepleier samtidig fort tilgjengelige til å ta imot nye pasienter eller reagere på uforutsette hendelser. Samtidig viste forskningen til Vatne og Nåden (2014) at den selvmordstruede pasienten opplevde tilbakeholdenhet og fravær av omsorg fra sykepleier som en bekreftelse på følelsen av ensomhet og økte følelsen av å være en byrde for andre. Det kan virke som at sykepleierne befinner seg i en stadig vurdering om hvem de skal utøve mest lojalitet ovenfor – pasientenes behov for tid og omsorg eller forventningene fra systemet og kolleger om å fullføre oppgaver raskt og være klar til nye situasjoner.

Det kan virke som at i omsorgen for den selvmordstruede pasienten kan tids- og effektiviseringspresset føre til at situasjoner hvor sykepleier kunne ha hatt viktige og meningsfulle samtaler og/eller stunder med pasienten som kan bidra til å fremme håpet, uteblir. Å bekrefte pasienten trenger ikke være en tidkrevende oppgave, men krever at sykepleier selv er aktiv og bevisst på å bruke tiden målrettet. Bekreftelse av pasienten kan oppnås gjennom sykepleierens faste gjøremål og rutiner, dersom sykepleier har en holdning om at dette er et viktig mål med pasientkontakten.

Ved at sykepleier forsøker å sette seg inn i pasientens følelse av fortvilelse og håpløshet, og gir uttrykk for at dette er forståelige følelser, bekrefter og anerkjenner sykepleieren pasientens opplevelse (Schibbye, 1996). Gjennom samtaler og observasjon av pasienten, får sykepleier antagelser om pasientens udekkede behov. Ved bruk av bekreftende ferdigheter som å speile og parafrasere det pasienten uttrykker, får sykepleier bekreftet om antagelsene stemmer (Travelbee, 1999).

Den selvmordstruede pasienten kan trenge hjelp og veiledning til å tydeliggjøre håpet, i en situasjon hvor håpet synes å være borte. Ved å ha fått kjennskap til pasientens tanker ved å lytte åpent og interessert, kan sykepleier bruke sine bekreftende ferdigheter til å hjelpe pasienten med å gjøre valgmulighetene vedkommende har, synlige (Vatne & Nåden, 2014). Ved at sykepleier speiler pasientens opplevelse og sjekker om den er forstått, «holder» sykepleier opplevelsen og pasienten får mulighet til å se sin egen opplevelse fra en annen vinkel (Schibbye, 1996). Dette kan fremme selvrefleksjon hos pasienten, og kan klargjøre håpet.

Pasientene kan kjenne på en skamfølelse, og negative indre vurderinger som gjør at vedkommende stopper med å fortelle, selv om han/hun egentlig hadde en lengsel eller nærhet og samtale. Skammen kan være i forhold til å ikke være i stand til å takle livets utfordringer. Etter et selvmordsforsøk kan skammen også knyttes til det å ha mislykkes i å avslutte livet (Vatne & Nåden, 2018). Pasienter er derfor ekstra følsomme for moraliserende holdninger og utsagn fra helsepersonell, og slike opplevelser kan føre til en forsterkning av skamfølelsen (Vatne & Nåden, 2016). En oppmuntrende og bekreftende væremåte fra sykepleier kan i en slik sammenheng hjelpe pasienten til å fortelle videre (Eide & Eide, 2013).

I forskningen til Herrestad og Biong (2009) skiller pasientene mellom definert og udefinert håp. Et udefinert håp kunne handle om å håpe på «det beste», mens et bestemt håp kunne være at problemene hadde ordnet seg innen en bestemt tid. Ved at det ubestemte håpet ikke var knyttet til hverken tid eller personer, ville de unngå den skuffelse et urealisert bestemt håp kunne medføre. Å innta en «håpefull» væremåte er på den måten en beskyttelse mot nye nederlag. Å være klar over disse fenomenene med håp kan være svært nyttig og viktig for sykepleier i møte med det selvmordstruede menneske (Herrestad & Biong, 2009). Samtidig fant Herrestad og Biong (2009) ut at sykepleiere kan unngå å oppmuntre pasienten til slikt håp, fordi han/hun selv kanskje ikke ser verdien av det. Dersom sykepleier har kunnskaper om

hvilken betydning et slikt udefinert håp kan ha, kan hun/han hjelpe pasienten med å finne, styrke og bekrefte et slikt håp, i møte med det selvmordstruede mennesket.

## **Avslutning**

I denne oppgaven har det kommet frem at sykepleier på akuttmottak kan ha en viktig rolle i å fremme håpet hos den selvmordstruede pasient, og på den måten hjelpe pasienten i en situasjon preget av uutholdelig psykisk smerte. Håpet er sentralt i pasientens kamp for å finne tilbake til ønsket om å leve, og håpet påvirkes av de omgivelsene pasienten befinner seg i. Ved at sykepleier får kjennskaper til pasientens ambivalens, kan hun/han finne kjernen til håpet. På grunn av kontekstuelle utfordringer i et akuttmottak, som tidspress, uforutsigbarhet og korte møter mellom pasient og sykepleier, krever dette at sykepleier inntar en bevisst og initiativtakende væremåte ovenfor pasienten. Forsvarlig og god omsorg for denne pasientgruppen krever at sykepleier har kunnskaper om selvmordsprosessen og hvordan håpet påvirkes av en slik situasjon. Ved at sykepleier aktivt anvender elementene i den anerkjennende holdningen, vil hun/han opptre på en måte ovenfor pasienten som vil gi en følelse og opplevelse av å bli lyttet til, forstått, akseptert, tolerert og bekreftet. Pasienten vil da føle seg anerkjent, respektert og verdifull, noe som kan fremme håpet om livet.

## Referanseliste

- Bjørnaas, M. A. (2016). Hvordan går det etter et selvmordsforsøk? I Ø. Ekeberg & E. Hem (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 61-75). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ekeberg, Ø. (2016). Risikofaktorer. I Ø. Ekeberg & E. Hem (Red.), *Praktisk selvmordsforebygging* (s. 29-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2017). Kan vi forutsi selvmord? . *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0573>
- Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2011). Trapped between doing and being: First provider's experience of "front line" work *International Emergency Nursing*, 20, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.07.007>
- Engebretsen, S. (2015). Sykepleie til pasienter i akuttmottak IT. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2017a). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2017b). Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients; Experiences of Therapists and Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 99-106. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1246631>
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading* (IS-2182). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan\\_selvmord\\_300414.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp *Suicidologi*, 14(1), 16-19.
- Herrestad, H. & Biong, S. (2009). Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm. *International Journal of*

*Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 1-9.

<https://doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4651>

- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L. & Rasmussen, M. L. (2014). Selvmord og psykiske lidelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 14(134), 1369-1370.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *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
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1. Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (s. 110-126). Oslo: Cappelen Damm.
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse ID.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 18-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, V. (2016). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 254 - 295). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ribe, K. (2010). De resterende 10 prosent håp. Om å holde seg i livet - tross alt. *Suicidologi*, 15(3), 21-22.
- Schibbye, A.-L. L. (1996). Anerkjennelse: En terapeutisk intervensjon? . *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 33, 530-537. Hentet fra <http://anerkjennelse.com/wp-content/uploads/2017/04/C-10.pdf>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2016a). Stemningslidelser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken; Sinn - kropp - samfunn* (s. 336-353). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2016b). Terapeutiske møter. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken; Sinn - kropp - samfunn* (s. 119-126). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511). 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>
- Spillum, B. J. (2019). Forgiftning. Hentet 13.03.2019 fra <https://sml.snl.no/forgiftning>
- Stänicke, L. (2016). Selvmord og selvmordsvurdering IF. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken; Sinn - kropp - samfunn* (s. 354-369). Oslo Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tzeng, W.-C., Yang, C.-I., Tzeng, N.-S., Ma, H.-S. & Chen, L. (2009). The inner door: toward an understading of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1396-1404. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03002.x>
- Vatne, M. & Nåden, D. (2014). Patient's experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing Ethics*, 21(2), 163-175. <https://doi.org/10.1177/0969733013493218>
- Vatne, M. & Nåden, D. (2016). Crucial resources to strengthen the desire to live: Experiences of suicidal patients. *Nursing Ethics*, 23(3), 294-307. <https://doi.org/10.1177/0969733014562990>
- Vatne, M. & Nåden, D. (2018). «Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever!» - En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15, 27-39. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04>
- Vråle, G. B. (2018). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wagley, L. K. & Newton, S. E. (2010). Emergency nurses use of psychosocial nursing interventions for management of ED patients fear and anxiety *Emergency Nursing Association*, 36(5), 415-419. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.022>