

BACHELOROPPGAVE:

**OPPDAGELSE OG IVARETAKELSE AV DEN
SELVMORDSTRUET PASIENTEN I SOMATISK
SENGEPOST**

FORFATTER(E):

CHARLOTTE ANDREA HARDESTY DAHL, 471247

TINA SVEUM ENGH, 470647

Dato: 17.05.18

SAMMENDRAG

Tittel:	Oppdagelse og ivaretagelse av den selvmordstruede pasienten i somatisk sengepost	Dato:17.05.18
Deltaker(e):	Charlotte Andrea Hardesty Dahl Tina Sveum Engh	
Veileder:	Nina Beate Andfossen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord:	Selvmord, somatikk, risikofaktorer	
Antall sider/ord: 47/10959	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Bakgrunn: Det selvmordstruede mennesket kan man møte over alt som helsepersonell, både i somatikken og psykiatri. Plutselige kriser og katastrofer som representerer store omveltninger og overganger i menneskers liv er generelle risikosituasjoner for selvmord (Vråle, 2009, s. 46). Vi ser at kunnskaper rundt risikofaktorer for selvmordsfare er avgjørende for å fange opp disse pasientene, og det kan redde liv.</p> <p>Hensikt: Med denne bacheloroppgaven ønsker vi å belyse temaet rundt oppdagelsen og ivaretagelsen av selvmordstruede pasienter i somatisk sykehus ved å se på hva tidligere forskning og annen litteratur belyser rundt temaet.</p> <p>Metode: Litteraturstudie. En litteraturstudie er en omfattende studie og tolkning av litteratur som relaterer seg til et bestemt emne. Grundig søk og analyse vil kunne føre til ny innsikt som bare er mulig ved å se litteraturen i kontekst med annen relevant litteratur (Aveyard, 2014). Det har blitt brukt tematisk analyse for analysering av seks inkluderte artiklene.</p> <p>Resultat: Basert på funnene i de inkluderte vitenskapelige artiklene, har det blitt valgt ut tre temaoverskrifter som bidrar til å gi et svar på problemstillingen. Temaoverskriftene består av <i>fysisk sykdom og depresjon som risikofaktor, inneliggende pasienter i somatisk sykehus og mangelfull undervisning til helsepersonell om aktiv selvmordsforebygging og tidlig oppdagelse av risikofaktorer.</i></p> <p>Konklusjon: Økt kunnskaper om risikofaktorer og mer undervisning i utdanning er faktorer som kan bidra til tidlig oppdagelse og forebygging av selvmord.</p>		

ABSTRACT

Title:	Early detection and prevention of the suicidal inpatient in somatic hospitals	Date:	17.05.18
Participants:	Charlotte Andrea Hardesty Dahl		
	Tina Sveum Engh		
Supervisor:	Nina Beate Andfossen		
Employer:			
Keywords:	Suicide, somatic, risk factors		
Number of pages/words:	47/10959	Number of appendix:	1
Availability:	Open		
<p>Background: The suicide endangered person can meet all the health care professionals, both in Somatic and psychiatry. Sudden crises and catastrophes that represent major upheavals and transitions in people's lives are general risk situations for suicide (Vråle, 2009, p. 46). We see that knowledge of the risk factors for suicide is essential to secure this patient group, and it can save lives.</p> <p>Purpose: With this bachelor thesis we want to clarify the theme of the discovery and safety of suicidal patients in somatic hospitals by looking through research and literature highlights to the topic.</p> <p>Method: Literature Study. A literature study is a comprehensive study and interpretation of literature that can relate to a particular topic. Thorough search and analysis will be able to lead to new insights that is only possible by seeing the literature in the context of other relevant literature (Aveyard, 2014). Thematic analysis has been used for analyzing six included articles.</p> <p>Result: Based on the findings of the included scientific articles, three thematic headlines have been selected to provide an answer to safeguarding and discovery. Theme headlines consist of physical illness and depression as risk factors, inpatient in somatic hospitals and deficient teaching to health care workers about active suicide prevention and early detection of risk factors.</p> <p>Conclusion: Increased knowledge of risk factors and more education to health workers can contribute to early detection and prevent suicide.</p>			

Å forklare selvmord med psykisk sykdom alene, er ikke tilstrekkelig. Flere internasjonale studier viser at selvmord kan skje hos mennesker hvor man ikke finner indikasjoner på psykisk lidelse til avdøde

(Helsedirektoratet, 2014)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Oppgavens hensikt.....	2
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	2
2.0 Teori	3
2.1 Sykepleieteoretikere.....	3
2.2 Fakta om selvmord.....	4
2.2.1 Møte med det selvmordstruede mennesket.....	4
2.2.2 Selvmordsprosessen.....	4
2.2.3 Selvmordskartlegging og vurdering.....	5
2.2.4 Risikofaktorer.....	6
2.2.5 Somatisk sykdom.....	7
2.3 Komorbiditet.....	8
2.4 Krise.....	9
2.5 Grunnleggende behov.....	10
2.6 Etikk, lovgivning og nasjonale retningslinjer.....	10
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie som metode.....	12
3.2 Søkeprosessen.....	12
3.3 Søketablell strukturert søk.....	14
3.4 Analyse.....	14
4.0 Resultater	15
4.1 Vitenskapelige artikler.....	15
4.2 Fysisk sykdom og depresjon som risikofaktorer.....	23
4.3 Inneliggende pasienter i somatisk sykehus.....	24
4.4 Mangelfull undervisning til helsepersonell om aktiv selvmordsforebygging.....	25
5.0 Drøfting	27
5.1 Oppdagelse og ivaretagelse av inneliggende pasienter i somatisk sykehus.....	27
5.2 Risikofaktorer.....	29
5.3 Grunnleggende kunnskaper hos sykepleier.....	30
5.4 Lovverk.....	31
5.5 Etikk.....	32
5.6 Forskningsetikk og kildekritikk.....	32

6.0 Konklusjon	35
6.1 Oppdagelse og ivaretagelse av inneliggende pasienter i somatisk sykehus	35
6.2 Risikofaktorer ved selvmord	35
6.3 Mangelfull undervisning om selvmordsforebygging og lite fokus på systemnivå.....	36
7.0 Litteraturliste	37
8.0 Vedlegg	41
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	41

1.0 Innledning

I dette kapitlet vil vi presentere bakgrunnen for valgt tema og problemstilling, hensikten med oppgaven og sykepleiefaglig relevans. Videre vil vi ta for oss avgrensning av oppgaven, avklaring av sentrale begreper og oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

De yrkesetiske retningslinjene (2011) punkt 2.2 henviser til at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og under punkt 2.11 at sykepleieren ikke skal hjelpe pasienten til selvmord. Sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg. For å kunne gjøre dette, må det kunnskap til for å kunne oppdage faresignalene og ta disse på alvor. Det selvmordstruede mennesket kan man møte over alt som helsepersonell, både i somatikken og psykiatri. Plutselige kriser og katastrofer som representerer store omveltninger og overganger i menneskers liv er generelle risikosituasjoner for selvmord (Vråle, 2009). Vi ser at kunnskaper rundt risikofaktorer for selvmordsfare er avgjørende for å fange opp disse pasientene, og det kan redde liv. Flere studier har fokusert på selvmordsfare ved psykiske lidelser, men i somatisk sammenheng er det fortsatt få omfattende studier. “Selvmordsatferd må ses i lys av både individ og livshendelser” (Helsedirektoratet, 2014, s. 13).

En dansk studie viste at blant pasienter som hadde tatt livet sitt og som hadde en fysisk sykdom, hadde over 45% også hatt sykehusbehandling for psykiske lidelser før selvmordet, og 28% av disse menneskene hadde utviklet psykisk lidelse etter at de fikk den fysiske sykdommen (Qin, 2017). Ping Qin (2017) belyser viktigheten av å vite at selvmordsrisikoen er særlig sterkt forhøyet når man blir rammet av både fysisk og psykisk sykdom omtrent samtidig, uansett hva som kommer først. En studie fra 1980 tar for seg gjennomførte selvmord og selvmordsforsøk i sykehus over en femten års periode. Forskerne fant det bemerkelsesverdig at personale ikke ba om psykiatrisk tilsyn i flere tilfeller hvor nærvær av avvikende, eller uvanlig atferd var tilstedeværende hos medisinske pasienter. Utilstrekkelige doseringer eller upassende medisiner ble brukt av det medisinske personale på grunn av deres ukjente kjennskap til både etiologien og forvaltningen av avvikende oppførsel (Shapiro & Waltzer, 1980).

I statistikk over selvmord som dødsfall i Norge fra 1970-2016 ser man at det har vært en økning fra totalt 313 til 563 selvmord årlig (Folkehelseinstituttet, 2018). Fordi det er en økning av selvmord blant befolkningen bør dette få mer oppmerksomhet, diskuteres og rettes mer fokus på. Ekeberg (2016) skriver ved innleggelse i psykisk helsevern skal det foretas en spesialistvurdering av selvmordsrisiko innen et døgn. Ut i fra erfaring fra praksis har vi sett at det i somatikken ikke er noen fast rutine på dette. Vi mener en pasient som er i fare for å dø bør få like stor oppmerksomhet enten det gjelder somatisk sykdom, psykisk lidelse eller en kombinasjon. På bakgrunn av dette har vi valgt temaet: selvmordstruede pasienter i somatisk sykehus.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å oppdage og ivareta den selvmordstruede pasienten i somatisk sengepost?

1.3 Oppgavens hensikt

Med denne bacheloroppgaven ønsker vi å belyse temaet rundt oppdagelsen og ivaretagelsen av selvmordstruede pasienter i somatisk sykehus ved å se på hva tidligere forskning og annen litteratur belyser rundt temaet. Vi ønsker å gå dypere i systemnivå og lovverk for å se hva dette opplyser om temaet. Videre komme frem til hvordan sykepleier kan bidra til å oppdage risikofaktorene og dermed ivareta pasienten. Hensikten er å belyse et tema vi opplever det er lite fokus på, men som er svært viktig i arbeid med pasienter i somatisk sykehus. Vi mener det er viktig å sette nytt søkelys på temaet, både på systemnivå og rutinemessig på sengepost.

1.4 Avgrensning av oppgaven

I denne litteraturstudien har vi valgt å avgrense til pasienter innlagt i somatisk sykehus, og utelukke de som blir innlagt av suicidal hensikt. Vi har valgt å ikke avgrense oppgaven til kun psykiske eller somatiske lidelser, da dette er sammensatt og er nødt til å sees på i sammenheng (Dahl & Grov, 2014). Vi har valgt å ikke avgrense oppgaven til bestemte årstall da det finnes begrenset litteratur om temaet, og vi ønsket å se på temaet og problemstillingen i historisk perspektiv.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteoretikere

Vi har valgt to sykepleieteoretikere som er relevante for temaet og problemstilling: Joyce Travelbee og Kari Martinsen. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1998, s.113).

Travelbee (1998) omtaler i sin teori å bruke seg selv terapeutisk. Hun mener sykepleieren bevisst må bruke av sin personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Travelbee understreker at pasientens opplevelse av sykdom og lidelse er like viktig, om ikke mer viktig å forholde seg til, på lik linje med andre objektive vurderinger og diagnoser. (Kirkevold, 1998).

Enhver sykdom eller skade er en trussel mot en selv, og måten den syke personen oppfatter sin sykdom på, er viktigere enn noen helsearbeiders kategoriseringssystem. En helsearbeider kan ikke vite hvordan individet oppfatter sin sykdom, før helsearbeideren drøfter dette med individet og får fra ham de meningene han knytter til sin tilstand (Kirkevold, 1998, s. 115).

Travelbee poengterer at "Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå det som for Travelbee er sykepleiens hensikt, nemlig å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene" (Kirkevold, 1998, s. 119). Hun mener kommunikasjon er en prosess som fører til menneske-til-menneske-forhold, og dermed kan sykepleier bli kjent med pasienten og finne frem til og oppfylle behovene (Kirkevold, 1998).

Kari Martinsens omsorgsteori representerer en forståelse av sykepleiefaget og av sykepleiens kunnskapsgrunnlag (Kirkevold, 1998). Martinsen omtaler omsorg som en grunnleggende forutsetning for alt liv, med det mener hun at mennesker er avhengige av hverandre og at mennesker ikke kan leve i isolasjon. Det er særlig fremtredende ved sykdom, lidelse eller der funksjonshemming er tilstede. Martinsen poengterer at en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt er å ha forståelse for andres livssituasjon. Hun beskriver omsorg som en praktisk handling, og denne handlingen vokser ut i fra den situasjonen og tilstanden som pasienten er i. I følge Kari Martinsen kan sykepleie som omsorg bare virkeliggjøres gjennom sanselig

åpenhet og nærvær. Sykepleieren kan oppfattes som en stedfortreder for pasienten inntil han eller hun “finner sitt eget sted igjen”. Pleie baseres på personlig forhold mellom sykepleier og pasient, hvor det er viktig at sykepleier både forstår og har kjennskap til pasientens livs- og lidelseshistorie. Dette er i følge Martinsen nødvendige utgangspunkt for god omsorg (Kirkevold, 1998).

2.2 Fakta om selvmord

2.2.1 Møte med det selvmordstruede mennesket

Ved alvorlige somatiske sykdommer og sterke smerter kan travle vakter og stor utskiftning blant personale forsterke pasientens mørke tanker. Pasienten kan fort føle seg oversett. Møte med den selvmordstruede pasienten må bygge på kontakt og allianse. De fleste vil på en eller annen måte varsle at selvmord er et aktuelt valg, enten direkte eller indirekte. Mange pasienter forteller om de blir spurt om selvmordsplaner er det en måte å føle seg forstått på. Gode kunnskaper om selvmord, risikotidspunkt, årsakssammenhenger ved selvmordsproblemer og varsling er viktig slik at man kan bruke det direkte i møte med enkeltmennesker. For å forstå nettopp dette menneskets motiver for ønsket om å dø, eller enda viktigere ønsket om å leve, er de kunnskaper, erfaringer og den teori man har om dette viktig for å kunne oppdage risiko (Vråle, 2009).

2.2.2 Selvmordsprosessen

Vråle (2009) skriver at det å se selvmord som en prosess og vite om kjennetegn ved selvmordsprosessen gir mulighet til å identifisere og forstå tegnene underveis, og dermed kunne stoppe prosessen. Vråle (2009) henviser til Erwin Ringer, en østerriksk selvmordsforsker, som utarbeidet tre faser i selvmordsprosessen: Innsnevring og isolasjon, aggresjon og flukt fra virkeligheten. Han beskriver under innsnevring og isolasjon at man skal se etter tegn til selvoppgivelse, passivitet, rådvillhet og stadig mer ensidig oppfatning av omverdenen. Aggresjonen utarter seg ofte først som selvanklager og kan senere vise seg i form av fysiske skader, først og fremst rettet mot en selv. De kan flykte fra virkeligheten ved å bli opptatt av fantasier og dagdrømmer, og død og selvmord (Ekeberg, 2016)

2.2.3 Selvmordskartlegging og vurdering

Det finnes en rekke utarbeidede selvmordskartlegginger. Sykehuset Innlandet utarbeidet i 2013 en prosedyre for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Denne prosedyren gjelder pasienter innlagt i divisjon psykisk helsevern, men kan også benyttes til pasienter innlagt ved somatiske sykehus. Den beskriver risikofaktorer, vurdering av selvmordsrisiko og aktuelle tiltak som følge av vurderingen (Helsebiblioteket, 2013). Prosedyren beskriver følgende spesifikke spørsmål som bør stilles:

- Har pasienten selvmordstanker?
- Er tankene tilstede hele tiden/av og til?
- Har pasienten selvmordsplaner og hvor konkrete er disse?
- Hører pasienten stemmer som sier han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
- Har pasienten uttalt håpløshet eller dødsønske?
- Har pasienten tilgang på middel som våpen, farlige medisiner med mer?

(Helsebiblioteket, 2013)

Ut i fra Forskrift om pasientjournal (2000) skal konklusjon av vurderinger som gjøres, føres inn i journal uten ubegrunnet opphold (Helsebiblioteket, 2013).

Sykepleiere har ikke noe endelig ansvar for å vurdere selvmordsfare, men må henvise til lege eller psykolog. De må likevel kunne foreta en foreløpig vurdering av om de bør sikre at pasienten blir vurdert (Ekeberg og Dieserud, 2016, s.150).

Ekeberg (2016) skriver om aktuelle tiltak under opphold i somatisk avdeling, og presiserer at pasientene bør vurderes med hensyn til psykososiale og somatiske helseproblemer. Som tiltak beskriver han at det bør utarbeides skriftlige rutiner for vurdering av selvmordsfare, sikkerhetstiltak under oppholdet og videre oppfølging. Psykososiale problemer bør det også utarbeides egen rutine for.

2.2.4 Risikofaktorer

Vråle (2009) henviser til Edwin Shneidman som beskriver selvmord som en bevisst selvpåført, tilintetgjørende handling og kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med sentrale udekkede psykologiske behov. Selvmord sees på som den beste løsningen for individet. Shneidman har fire punkter som de udekkede psykologiske behov kan forstås ut fra (Vråle, 2009). Et av disse er “Tap av kontroll, sterk hjelpeløshet og frustrasjon - knyttet til behovet for prestasjon, autonomi, ukrenkelighet, orden og forståelse” (Vråle, 2009, s. 30). Dette er noe man ofte kan oppleve ved en akutt/alvorlig somatisk lidelse. Shneidman belyser når et slikt behov ikke blir tilfredsstilt, oppstår ofte en psykisk smerte (Vråle, 2009).

Qin (2016) henviser til at fysisk sykdom spiller en rolle ved 20-40 prosent av alle selvmord indikert i internasjonal litteratur. Men selvmordsraten kan være enda høyere ettersom legen kan oppgi somatisk sykdom som dødsårsak. Noen få storskalastudier har undersøkt selvmordsrisiko på tvers av fysiske forhold samtidig i en befolkning. Det er spesielt økt risiko dersom funksjonsnivå og autonomi svekkes, eller ved økende smerter eller mer kroniske smerter. Perioden rett etter man har fått diagnosen er mest kritisk i forhold til selvmordsrisiko, særlig ved alvorlig sykdom. Også den første uken etter utskrivelse og flere sykehusinnleggelser har vist seg å ha økt risiko, og deretter reduseres den gradvis. En annen studie fra Storbritannia viste at mennesker som hadde somatisk sykdom og døde av selvmord, også hadde en klinisk depresjon i mer enn 40 prosent av tilfellene. Dette samsvarer med funn fra blant annet Finland, Sverige, USA og Kina (Qin, 2016). Psykisk lidelse er den risikofaktoren som er sterkest forbundet med selvmord. Innvirkning av psykisk komorbiditet kan forklare den forhøyede risikoen som er forbundet med fysisk komorbiditet og flere sykehusinnleggelser. “Dette understreker betydningen av å diagnostisere og behandle sekundære psykiske problemer blant pasienter med somatiske lidelser” (Qin, 2016, s.113).

Selvmordsrisikoen er økt ved somatisk sykdom, spesielt ved tidligere psykisk sykdom (Qin, 2016). Man kan også ha slitt psykisk tidligere uten å ha vært utredet, behandlet og diagnostisert. Uansett hva som kommer først, er det viktig å vite at selvmordsrisikoen er forhøyet ved komorbiditet av fysisk og psykisk sykdom. Den sterke sammenhengen er vist i flere studier og understreker hvor viktig det er å diagnostisere og behandle psykiske lidelser. “Funnene viser behovet for å integrere selvmordsforebygging i sykehusbehandling og i generell medisinsk praksis” (Qin, 2016, s.114). Man står i fare for å mislykkes med pasienter

med komorbide psykiske og somatiske lidelser dersom man ikke ivaretar hele mennesket (Qin, 2016)

Opplever pasienten uutholdelig smerte, kan selvmord være en potensiell løsning for å lette smerten, smerte anses derfor som en risikofaktor (Ekeberg, 2016). Tap av helse eller forhold som begrenser livsutfoldelse er også en risikofaktor. En spesiell risikofaktor, er selvmordstanker som har vart lenge. “Mennesker som har liten frustrasjonstoleranse, handler lettere impulsivt, noe som både kan føre til destruktive og selvdestruktive handlinger. Man kan for eksempel spørre om hvordan personen pleier å mestre skuffelser eller sinne” (Ekeberg, 2016, s.123). Det er viktig å spørre om en pasient uttrykker at han ikke fortjener å leve. Dette sees oftest hos deprimerte pasienter, men også hos andre. Dahl og Grov (2014) belyser at depresjon er en risikofaktor for somatisk sykdom, det knytter seg til dels til at depresjonen kommer forut i tid. I tillegg fører den depressive likegyldigheten og passiviteten til at vedkommende ikke ivaretar sin helse. Manglende kontakt med lege eller annen helsetjeneste, tobakksbruk, alkohol eller manglende fysisk aktivitet fører til en rekke helseplager og somatisk sykdom, som bekrefter depresjonens betydning (Dahl & Grov, 2014). Travelt personale og store utskiftninger blant personale kan forsterke mørke tanker, og pasientene kan føle seg oversett (Vråle, 2009).

2.2.5 Somatisk sykdom

I dag kan vi behandle somatiske lidelser og dermed medvirke til et kvalitativt godt liv, men likevel kan sjokket man opplever når man får en diagnose være stor. I følge Vråle (2009) har pasienter med alvorlig akutt sykdom eller traume økt fare for selvmord. Når pasienten mister funksjonsdyktighet og får dårligere livsvilkår, sosialt og økonomisk, kan det føre til forandringer som truer identiteten. Ved sterk smerte kan vurderingsevnen og utholdenhetsevnen påvirkes. Sjokket man får i det øyeblikket man får påvist en alvorlig diagnose kan være stor. Alvorlige kreftdiagnoser og bekreftet hivsmitte er eksempler på sykdommer som gir økt risiko for selvmord (Vråle, 2009). Fysisk sykdom, svekket helsetilstand og plager gir økt komorbiditet, sett i sammenheng har komorbiditeten en påvirkning på sinnsstemningen og gir et pessimistisk syn på livet (Dahl & Grov, 2014).

Retterstøl (1995) poengterer at fysisk sykdom, enten i form av en alvorlig diagnose eller en uskyldig hendelse kan gi utgangspunkt for problemer og bekymringer, og kan gi utslag i mørke tanker. Det understrekes også at pasienter med en psykisk lidelse opplever at denne lidelsen blir oversett eller utsatt til undersøkelser og annen somatisk behandling er gjort. For å forebygge selvmord i somatisk sengepost mener Retterstøl (1995) at personalet bør være årvåkne, ha gode kunnskaper om risikofaktorer og være forståelsesfulle. Ekeberg og Dieserud (2016) skriver at for å møte psykiske problemer og kunne sette grenser er det en forutsetning at sykepleiere i somatisk sengepost har god opplæring og toleranse for disse pasientene. Mange pasienter kan ha god nytte av at psykiatri og somatikk samarbeider nærmere enn det som er tilfelle i dag.

2.3 Komorbiditet

“Komorbiditet omfatter ethvert tillegg av en klinisk enhet som enten eksisterte før eller som kom til det kliniske forløpet hos en pasient som har den indekssykdommen som vi studerer” (Dahl & Grov, 2014, s. 20). Når en ser på komorbiditeten mellom sentrale psykiske lidelser og tilsvarende somatiske sykdommer, er sammenhengen med depresjoner de som er mest studert. “Mange somatiske sykdommer er forbundet med økt risiko for depresjoner, og motsatt øker depresjoner risikoen for sykelighet, død og kronifisering ved en rekke somatiske sykdommer” (Dahl & Grov, 2014, s. 93). Komorbide depresjoner er forbundet med sterkere fysiske symptomer ved somatisk sykdom. Dette øker kostnader og økt bruk av medisinske ressurser, i tillegg til dårligere funksjonsnivå og livskvalitet. “Smerte, som ledsager mange somatiske sykdommer, er en potent risikofaktor for depresjon” (Dahl & Grov, 2014, s. 94). Riktig diagnostikk av depresjon og den somatiske sykdommen er avgjørende for adekvat behandling.

Et forløp der den somatiske sykdommen kommer først, fulgt av kognitive og personlighetsmessige endringer og vesentlig somatiske depressive symptomer, trekker i retningen av sekundær depresjon. At bedring og forverring av depresjonen følger utviklingen av den somatiske sykdommen, støtter også opp under en slik sammenheng (Dahl & Grov, 2014, s. 96).

2.4 Krise

“Med krise menes den psykiske reaksjonen som mennesker opplever hvor vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (Reitan, 2011 s.88). Psykiateren Johan Cullberg definerer en traumatisk krise slik “Individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse som er av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter er truet” (Reitan, 2011. s.89). Traumatisk krise kjennetegnes ved at tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige, slik at personen som er i en krise ikke makter å forstå og mestre den aktuelle situasjonen som vedkommende er i. Dette kan være i form av ulykke, dødsfall, livstruende sykdom, operasjoner og amputasjoner. Cullberg (1989) mener at den traumatiske krisen har et lineært forløp i flere faser og er avgrenset i tid.

Den første fasen er sjokkfasen, i denne fasen skyver personen fra seg virkeligheten og realiteten da det er vanskelig for vedkommende å ta det inn over seg og bearbeide dette. Ofte har personen vansker med å huske hva som har skjedd. Reaksjonsfasen kan man se reaksjoner hos personen som litt etter litt begynner å innse, og blir tvunget til å åpne øynene for hva som har skjedd. Det inntreffer da en omstilling av det psykiske apparat som har i oppgave å integrere virkeligheten så funksjonelt som mulig. I denne fasen forsøker ofte personen å finne en mening i den kaotiske situasjonen, og for å håndtere dette stiller personen ofte spørsmål om “hvorfor skjedde dette meg?” (Cullberg, 1989).

De akutte fasene av en krise er verdifulle i form av at det får mennesket til å se den smertefulle virkeligheten trinnvis, men den kan også føre til at prosessen til bearbeiding tar lengre tid. Ytre tegn på at en person føler seg forlatt er sorg, fortvilelse, tomhet, raseri og desperate handlinger. I akutt forlatthetsfølelse begynner en også å forsøke å reparere skaden. Selvforaktelse kan ytre seg som selvdestruktivitet og depressiv selvforakt. Misbruk av medikamenter eller alkohol har ofte sin bakgrunn i en selvdestruktiv holdning, og selvmord kan være det ytterste tegnet på selvforaktelse (Cullberg, 1989).

2.5 Grunnleggende behov

Grunnleggende behov kan defineres som noe et individ trenger for å overleve, og for å utvikle seg som et menneske. Den russisk-amerikanske psykologen A. Maslow utviklet en pyramide bestående av fem behovsområder som kan bidra til å forklare menneskers atferd og motivasjon. Nivå en består av grunnleggende fysiologiske behov, som mat, drikke, søvn, varme og husly. Nivå to består av behovet for trygghet, dette omfatter sikkerhet, stabilitet og orden. Det tredje nivået omfatter sosiale behov, med venner og familie, og en tilhørighet i fellesskapet. Det er først når de tre første nivåene er oppfylt, skapes behov for de to neste. Også kalt vekstnivåene. Nivå fire dreier seg om behovet for aktelse, selvrespekt, selvtillit, anerkjennelse, status og verdighet. Det siste nivået består av behov for selvrealisering, med utfordringer og personlig utfoldelse (Eriksen, 2015).

2.6 Etikk, lovgivning og nasjonale retningslinjer

Møtet med et selvmordstruet menneske kan by på flere etiske spørsmål og dilemmaer. Har man lov til å hindre et menneske retten til å ta sitt eget liv?

Hvert menneske har sin personlige oppfatning av hva som er rett og galt, godt og riktig. Slik er det med pasienten som strever med selvmordsproblemer, så vel som med sykepleieren eller andre hjelpere (Vråle, 2009, s.52)

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.

I følge §2.2 i spesialisthelsetjenesteloven (1999) skal helsetjenester som tilbys være forsvarlige. Den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud gjennom at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester, slik at lovpålagte plikter blir overholdt av personell som utfører tjenestene. Spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-10 understreker at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at helsepersonell gis slik opplæring som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Rapport om psykisk helse i Norge (2018) skriver "Tall fra det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet (Global Burden of Disease) viser at selvmord etter kreft er den

dødsårsaken som tar flest liv i aldersgruppen 15-49 år i Norge” (Reneflot *et al.*, 2018, s. 124). “Dette gjelder for både menn og kvinner. Verken trafikkulykker eller overdoser tar like mange liv i denne aldersgruppen” (Reneflot *et al.*, 2018, s. 124). Pasienter med alvorlige somatiske lidelser med sterke smerter, tap av autonomi og dårlig prognose har en økt risiko for selvmord (Reneflot *et al.*, 2018). I handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading i perioden 2014-2017, fremhevet de i underkategorien “Status og utfordringsbilde” at når det foreligger somatiske årsaker som kan forklare dødsfallet, underrapporteres trolig selvmordsrisikoen blant pasienter med alvorlige somatiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014).

De fleste alvorlige somatiske sykdommer disponerer for depresjon, som er en viktig risikofaktor for selvmord. Utredning, diagnostisering og behandling av depresjon bør inngå som en del av den somatiske behandlingen (Helsedirektoratet, 2014, s.15)

I melding til Stortinget, *kvalitet og pasientsikkerhet 2016* (Meld. St. 6, (2017-2018)), opplyses det at årsaker til selvmord er sammensatt. Det rammer mennesker i ulike situasjoner, hvor individuelle og miljørisikofaktorer spiller inn. Arbeidet mot dette er komplekst og krever innsats over lengre tid. “Som ledd i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading er det under implementering et nytt kartleggingssystem for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling” (Meld. St. 6, s. 47 (2017-2018)). Der i blant pasientsikkerhetsprogrammet (I trygge hender 24-7, 2017). Det har tre hovedmål: å forebygge pasientskader, bygge en varig struktur for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. For å få forbedring er det i pasientsikkerhetsprogrammet målsetting å styrke kompetansen i forbedringsarbeid i helsetjenesten. Innad i pasientsikkerhetsprogrammet blir det presentert innsatsområder, et av disse er forebygging av selvmord, i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. I dette innsatsområdet er det laget tiltakspakker for å sikre god praksis i forebygging av selvmord i døgnpsykiatrisk avdeling. Tiltakspakken for forebygging av selvmord i døgnpsykiatriske avdelinger består av Spesialistvurdering innen et døgn, det skal iverksettes forebyggende og beskyttende tiltak som observasjoner, samt sikring av rom og omgivelser. Det skal foretas en selvmordsrisikovurdering i henhold til nasjonale retningslinjer, ved innkomst, før permisjon og før utskrivelse av pasienter. Avslutningsvis skriver de at arbeidet med forebygging fortsetter og tiltakene er under utbredelse til andre deler av spesialisthelsetjenesten (I trygge hender 24-7, 2017).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en omfattende studie og tolkning av litteratur som relaterer seg til et bestemt tema. Når man foretar en litteraturstudie identifiserer man et forskningsspørsmål, og søker svar på dette gjennom søk og analysing av relevant litteratur ved hjelp av systematisk tilnærming. Grundig søk og analyse vil kunne føre til ny innsikt som bare er mulig ved å se litteraturen i kontekst med annen relevant litteratur (Aveyard, 2014).

I følge Aveyard (2014) bør alle litteraturstudier inneholde IMRAD-strukturen, det presiseres at selve forskningsprosessen er like viktig som resultatet av litteraturstudien. IMRAD-strukturen inneholder introduksjon som skal bestå av et forskningsspørsmål satt i kontekst med det innledende kapittelet. En metodedel hvor det blir presentert søkestrategi, metoden for vurdering og analyse av litteraturen. Resultatene av studien presenteres, i tillegg til en diskusjon av resultatene og videre anbefaling i praksis.

3.2 Søkeprosessen

I denne litteraturstudien er det blitt brukt nøkkelord og emneord for å få treff på artikler som besvarer problemstillingen. Søkeordene består som følgende av: *Hospitals, General, Nurse's role, Clinical competence, Suicide, attempted, Suicidal ideation, Somatic, Suicid*, Risk factors og Inpatient*. For å få oversikt over tilgjengelig litteratur og vitenskapelige artikler er det brukt strukturert søk i ulike databaser. Søkene ble gjennomført i databasene: psycINFO, SveMed+, Cinahl(ebsco), IDUNN og Medline, som er tilgjengelige fra skolens databaser via Oria. Søkeordene ble brukt hver for seg, og senere kombinert ved bruk av AND. På bakgrunn av søkeordene kom et utvalg av inklusjons- og eksklusjonskriterier, se tabell 1. Disse kriteriene ligger til grunn for hvilke artikler som blir inkludert i oppgaven. PICO-skjema er benyttet for å sortere inklusjons- og eksklusjonskriterier. PICO-skjema blir presentert som vedlegg (Se vedlegg nr. 1).

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Selvmord og selvmordsatferd- Fagfellevurdert vitenskapelig artikkel- Innlagte på somatisk sykehus- Artikler som følger IMRAD-strukturen- Voksne over 18 år- Menn og kvinner- Pasientsikkerhet- Artikler på engelsk, norsk, svensk og dansk	<ul style="list-style-type: none">- Innlagte pasienter på psykiatrisk sykehus- Barn- Pasienter som legges inn på sykehus etter et selvmordsforsøk- Artikler som ikke er på engelsk, norsk, svensk og dansk

Kvalitativ forskningsmetode undersøker meningen med ting, fenomener og følelser, data samles inn via intervjuer eller fokusgrupper, og brukes til å generere og å få innsikt i situasjonen som blir forsket på. Kvantitativ forskningsmetode går ut på eksperimentelle metoder som involverer tall i datainnsamlingen. Tradisjonelt er det ingen kontakt mellom forsker og deltaker av studien (Aveyard, 2014). Det finnes også en forskningsmetode hvor artikkelen inneholder både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. I disse brukes kvantitative og kvalitative metoder til å utforske et forskningsspørsmål fra ulike perspektiver. I kombinerte forskningsartikler kan kvalitativ tilnærming brukes til å legge dybde og innsikt i resultatene av en kvantitativ studie. Alternativt kan kvantitativ metode brukes til å bekrefte funnene i en kvalitativ studie (Aveyard, 2014). I denne litteraturstudien er det blitt brukt en kombinasjon av søk etter kvalitative og kvantitative forskningsstudier i søkeprosessen.

3.3 Søketablell strukturert søk

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. General hospital	PsycINFO	1 AND 7	461
		1 AND 7 AND 5	32
2. Nurse's role		1 AND 7 AND 8	40
3. Clinical competence			
4. Suicide, attempted	Medline(ovid)	2 AND 3	4674
		2 AND 3 AND 4	5
5. Suicidal ideation		1 AND 4	170
		1 AND 4 AND 8	7
6. Somatic			
7. Suicid*	CINAHL	1 AND 5	186
		1 AND 5 AND 9	24
8. Inpatient			
9. Risk factors	IDUNN	7	334
		7 AND 9	1

3.4 Analyse

Gjennom litteraturstudien er det brukt tematisk analyse etter oppskrift av Aveyard (2014). På bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene og nøye gjennomgang av artikler etter endt søkeprosess, har det kommet et utvalg av artikler som ble inkludert. Disse ble kritisk gjennomgått ved hjelp av tematisk analyse for å se om de inkluderte artiklene kunne gi et svar på valgt problemstilling.

Det første trinnet i tematisk analyse er å skrive ned og oppsummere artikkelens hensikt, metode og resultater i en tabell. På denne måten får man bedre oversikt over alle studiene, og de ulike tilnærmingene gjort i de inkluderte artiklene (Aveyard, 2014). På bakgrunn av dette har det blitt utarbeidet tabeller som viser hovedelementene i artiklene. I disse tabellene er relevansen for litteraturstudien og etiske overveielser av artiklene inkludert. Tabellene blir presentert under resultatet. I det andre trinnet er hensikten å identifisere temaer fra resultatene i artiklene. Resultatene ble gjennomgått gjentatte ganger for å finne temaer som var mest aktuelle for problemstillingen. Disse temaene ble satt opp i stikkordsform, og blir presentert som kategorier. Den tredje prosessen er å lage egne temaoverskrifter knyttet til kategoriene (Aveyard, 2014). Resultatet av kategoriene og temaoverskrifter ble satt inn i tabell for bedre oversikt. I tillegg ble de ulike kategoriene plassert i samsvar med temaoverskriften. Det fjerde trinnet er å se på forskjeller og likheter i resultatene, og å se over at temaoverskriftene kunne dekke kategoriene. Disse ble endret og flyttet på flere ganger for å sikre plasseringen i forhold til valgt tema.

Gjennom analyseringsprosessen til relevante vitenskapelige artikler har det blitt lest flere kvalitative studier, som i ettertid har blitt ekskludert fra litteraturstudien. Oppgavens utvalgte artikler består av kvantitative studier. Begrunnelsen av kvantitative studier knytter seg til faktorer som lar seg måle med data og analyse av tall. Det vil si hvor mange pasienter, årsaksforhold og risikofaktorer som fører til at pasienter begår selvmord eller selvmordsforsøk på sykehus. Pasientens eller sykepleierens opplevelser, følelser og erfaringer er ikke relevant for litteraturstudien.

4.0 Resultater

Gjennom søk etter vitenskapelige artikler i ulike databaser har vi kommet frem til seks artikler som bidrar til å svare på problemstillingen. Artiklenes hensikt, metode, resultat, relevans og etikk er presentert under punkt 4.1. Resultatene som var aktuelle for problemstillingen er sammenfattet og presentert senere i dette kapittelet.

4.1 Vitenskapelige artikler

Artikkel 1: Ferreira, M.H.F. *et al.* (2007) Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), pp.51–54. DOI: 10.1590/S1516-44462007000100015

Hensikt/ problemstilling/ forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Relevans for litteraturstudien	Etiske overveielser
<p>Hensikten med studien var å estimere andelen innlagte pasienter med selvmordsrisiko på sykehus. I tillegg se om selvmordsrisiko varierer i henhold til demografisk og klinisk data.</p>	<p>Kvantitativ tilnærming med totalt 253 respondenter. Forskerne brukte MINI-plus versjon 5.0 (The mini international Neuropsychiatric Interview) som datainnsamling for å etablere en psykiatrisk diagnose.</p> <p>Klinisk data ble registrert hos pasienter med moderat eller høy risiko for selvmord. Mellom 2003 og 2004 ble 304 individer valgt av 898 innleggelser på sykehus. I denne tidsperioden ble alle innleggelsene nummerert og pasienter ble valgt i henhold til en liste med tilfeldige tall.</p>	<p>Resultatene viste at av de 253 deltakerne var det 58 pasienter med selvmordsrisiko, hvor 13 hadde høy risiko. Av de viktigste kliniske dataene som ble registrert, var et tilfelle nyoppdaget diagnose ved innleggelse, tre tilfeller av akutte episoder av kronisk sykdom og åtte tilfeller av kronisk lidelse.</p> <p>Den eneste diagnostiske kategorien forbundet med selvmordsrisiko var depressiv lidelse. Blant de 74 pasientene som ble diagnostisert med alvorlig depresjon, hadde 58% risiko for selvmord.</p>	<p>Artikkelen viser at selvmordsforebygging er viktig i somatisk sykehus. For å forhindre selvmord bør tilgangen til farlige balkonger og vinduer begrenses og beskyttes.</p> <p>Viktig med opplæring av helsepersonell til å oppdage psykiske lidelser, iverksette tidlig behandling og vurdering av selvmordsrisiko før utskrivelse</p>	<p>Blitt godkjent av institutional Research Ethics Committee. Skriftlig samtykke ble innhentet.</p>

Artikkel 2: Goodwin, Marusic & Hoven, (2003) Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Social Science & Medicine*, 56(8), pp.1783–1788.

Hensikt/ problemstilling/ forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Relevans for litteraturstudien	Etiske overveielser
<p>Hensikten med studiet var å forstå forholdet mellom fysisk sykdom og selvmordsforsøk. I tillegg beskrive forholdet mellom fysisk sykdom og sannsynligheten for selvmordsforsøk, i nærvær og fravær av psykisk sykdom.</p>	<p>Kvantitativ tilnærming, basert på tilfeldig prøvetaking. Totalt 8098 deltakere, med en respons på 82,4%. De har samlet data fra The National Comorbidity Survey. Medisinske diagnoser ble hentet inn via et selvrapporterings skjema og psykiatriske diagnoser ble utarbeidet fra en modifisert versjon av verdens helseorganisasjon, Composite international Diagnostic interview. Informasjon om selvmordsforsøk ble innhentet via spørreskjema.</p>	<p>Resultater fra artikkelen viste at utbredelsen av selvmordsforsøk var 4,9% blant befolkningen i USA. Resultatet viste at kvinner med tidligere selvmordsforsøk hadde høyest score. AIDS, magesår og lungesykdom ble assosiert med en betydelig sannsynlighet for selvmordsforsøk, uavhengig av virkningene av psykiske lidelser.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at det er en eksisterende sammenheng mellom fysisk sykdom og selvmordsforsøk, men at det kan være andre faktorer som også spiller inn.</p>	<p>Artikkelen undersøker sammenheng mellom selvmordsforsøk og fysiske sykdommer i befolkningen.</p> <p>Vi har valgt å inkludere artikkelen for å se på sammenhengen mellom selvmord og fysiske lidelser</p>	<p>Sier ikke noe om etisk komite. Skriftlig samtykke ble innhentet.</p>

Artikkel 3: Hung et al. (2000) Self-destructive acts occurring during medical general hospitalization. *General Hospital Psychiatry*, 22(2), pp.115–121

Hensikt/ problemstilling/ forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Relevans for litteraturstudien	Etiske overveielser
<p>Hensikten med studien var å undersøke selvdestruktive handlinger og dødelighetsfrekvens hos ikke-psykiatriske pasienter i ulike avdelinger og med ulike sykdommer</p>	<p>Denne artikkelen er retrospektiv artikkel som bruker kvantitativ tilnærming målt fra 1988-1997. Metoden som ble brukt var å innhente data via medisinske journaler, sykepleierapporter og psykiatrisk konsultasjonspapirer. De valgte å fokusere studien på selvdestruerende atferd hos inneliggende pasienter, og ekskluderte de som ble sendt til akuttmottaket grunnet suicidal atferd. Psykiatriske diagnoser på pasienter ble gjort etter DSM-IV kriterier.</p>	<p>Resultater fra artikkelen viste totalt 75 tilfeller med selvdestruktive handlinger i løpet av forskningstiden. Av de 75 med selvdestruktive handlinger, var det 15 som gjennomførte et selvmord. Åtte pasienter mottok psykiatrisk tilsyn før gjennomføringen, 27 pasienter fikk konsultasjon etter den selvdestruktive handlingen. Studiens resultater viste at den høyeste dødeligheten forekom i nevrologisk avdeling, deretter medisinsk avdeling. Blant de 15 var det 5 selvmord den første uken, og 4 skjedde i løpet av den andre uken etter innleggelse. Resterende presenteres ikke i resultatene. Blant de 75 pasientene var det 50 som utførte selvdestruktiv handling på sengepost. Av de 15 som gjennomførte et selvmord, var 8 av de på sengepost.</p>	<p>Omhandler samme tematikk som denne litteraturstudien.</p> <p>Belyser sammenhengen mellom selvdestruktive handlinger, selvmordsatferd og selvmord.</p>	<p>Data ble godkjent av quality control committee. Sier ikke noe om etisk eller skriftlig samtykke.</p>

Artikkel 4: Cheng, I-C., Hu, F-C., og Tseng, M-C. (2009) Inpatient suicide in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), pp.110–115. DOI: 10.1016/j.genhospsych.2008.12.008

Hensikt/ problemstilling/ forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Relevans for litteraturstudien	Etiske overveielser
<p>Hensikten med studien var å sammenligne egenskapene til psykiatriske og ikke-psykiatriske selvmordstruede pasienter på sykehus, og å undersøke variablene for fullført selvmord hos de som har selvmordsatferd under sykehusinnleggelse.</p>	<p>Kvantitativ tilnærming med totalt 110 deltakere. Datainnsamling foregikk ved identifisering av uønskede hendelsesrapporter fra 1995-2004 som relaterte til selvmordshandlinger ved en sykehusinnleggelse. Statistisk analyse ble utført ved bruk av SAS Software.</p>	<p>Resultater fra artikkelen viste at 27 av 110 pasienter fullførte selvmord og 83 selvmordsforsøk uten alvorlig utfall. Av de 54 pasientene innlagt på somatisk avdeling, hadde 35 pasienter psykiatrisk tilsyn hvor selvmordsrisiko var hovedgrunnen for 27 av de 35 pasientene. Studien viste at kun 2 av disse pasientene ble identifisert av sykehusansatte til å ha selvmordsrisiko før de begikk selvmord.</p> <p>Av inneliggende pasienter i somatikken viste resultatene i artikkelen at det var lite eller ingen ytring om suicidale tanker eller hensikt. Av de 27 pasientene som gjennomførte et selvmord var det en høyere andel menn med alvorlig fysisk sykdom.</p> <p>Grunner som var ansvarlige for undervurdering av selvmordsrisiko i en somatisk sengepost var mindre kommunikasjon om selvmordsrisiko, tidligere psykiatriske forhold, selvmordsforsøk etter innleggelse og under permisjon uten at det ble lagt merke til</p>	<p>Funnene i studien viser til at det er viktig med økt kunnskap hos helsepersonell, og belyser oppdagelsen av selvmordstruede pasienter.</p>	<p>Sier ikke noe om etisk eller skriftlig samtykke.</p>

Artikkel 5: Botega *et al.* (2010). Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), pp.396–400. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2010.02.004

Hensikt/ problemstilling/ forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Relevans for litteraturstudien	Etiske overveielser
<p>Hensikten med studien var å identifisere faktorene forbundet med selvmordstanker hos medisinske og kirurgiske innlagte pasienter.</p>	<p>Kvantitativ studie. Metoden de har brukt er et utvalg av 4328 pasienter over 18 år gamle, innlagt i medisinske og kirurgiske avdelinger på sykehus. De fullførte en spørreundersøkelse bestående av demografisk og klinisk informasjon og forskjellige tester (<i>Demographic and clinical information, the Mini International Neuropsychiatric Interview item on current suicide ideation, the Hospital Anxiety and Depression Scale subscale for depression and the Alcohol use Disorder Identification Test</i>).</p>	<p>Artikkelens viste at depresjon var den sterkeste faktoren forbundet med selvmordstanker. De fleste pasienter som begikk et selvmord når de var innlagt i sykehus, hadde kroniske og terminale sykdommer som var smertefulle, svekkende eller begge deler. Imidlertid var medisinsk sykdom i seg selv sjelden den eneste faktoren for selvmordsrisiko. De fleste selvmord i sykehus forekom blant personer med komorbiditet med psykisk sykdom. Blant pasienter innlagt i medisinsk og kirurgisk avdeling, kan de som er i risiko være en heterogen gruppe med minst tre risikofaktorer: Tidligere selvmordsforsøk, pasienter som er overveldet av sin kroniske eller nyoppdagede sykdom og de som opplever delirium med agitasjon og impulsivitet. Selvmordstanker i studien kunne oppfattes som et «rop om hjelp» som kunne løses ved å anerkjenne og mer aktivt forvalte disse vanlige psykiske belastningene, og dermed gi mer helhetlig omsorg til pasienter innlagt på sykehuset.</p>	<p>Denne artikkelen tar for seg flere risikofaktorer og diskuterer rundt dette.</p> <p>Bidrar ved hjelp av risikofaktorer å gi et svar på problemstillingen vår.</p>	<p>Studien ble godkjent av Institutional Research Ethics Committee, skriftlig samtykke ble innhentet.</p>

Artikkel 6: Hjelmeland, H., Espeland, B. og Småvik, R. (2014) About teaching suicide prevention at relevant university and college educations. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11(4), pp.348–57.

Hensikt/ problemstilling/ forsknings spørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Relevans for litteraturstudien	Etiske overveielser
<p>Hensikten med studien var å kartlegge undervisningstilbudet i selvmordsforebygging ved relevante universitets- og høskoleutdanninger i Midt-Norge samt profesjonsstudiene i psykologi i hele Norge.</p>	<p>Kvantitativ studie. Ble sendt ut korte spørreskjema via epost til studielederne eller fagansvarlige ved utdanningene. Svarprosenten var på 91%.</p>	<p>Resultatet fra artikkelen viste at selvmordsforebygging var nedfelt i studieplanen ved én av de fire sykepleierutdanningene i studien. Ved to av sykepleiestudiene ble det undervist om tematikken i 3-4 timer. Denne undervisningen var obligatorisk ved én av disse skolene. Ett av stedene var det også rollespill om tematikken i tillegg. Ved de to andre sykepleiestudiene var tematikken flettet inn i ett eller flere emner, noe som gjør det vanskelig å anslå timetall. To av sykepleierutdanningen hadde tematikken inne i pensum.</p> <p>Det ville vært bedre å løfte selvmordsforebygging fram som et eget emne, der det er plass til å tilegne seg kunnskap om en utvidet forståelse av selvmordsatferd og selvmordsforebygging, framfor å integrere tematikken i generell undervisning i emner relatert til psykiske lidelser.</p>	<p>Studien antyder at det en nødvendig med et mer utvidet psykisk helsearbeiderperspektiv og et folkehelseperspektiv på selvmordsforebyggende arbeid.</p> <p>Som artikkelen belyser er det en nødvendighet med mer undervisning om denne tematikken, noe som gjør artikkelen relevant for vårt tema.</p>	<p>Sier ikke noe om etisk komite eller samtykke. Kan tolkes at studielederne ga sitt samtykke ved å svare på eposten som ble sendt ut ved datainnsamling.</p>

Ut i fra analyseringsprosessen ble utvalget av temaoverskrifter følgende:

Temaoverskrifter	Kategori	Hvilken artikkel
Fysisk sykdom og depresjon som risikofaktorer	<ul style="list-style-type: none"> - Fysisk sykdom - Depresjon - Smerte - Kronisk sykdom - Tidligere selvmordsforsøk - Psykisk lidelse 	<p>Goodwin, R., Marusic, A. og Hoven, C. (2003) Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. <i>Social Science & Medicine</i>, 56(8), pp.1783–1788. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00174-0</p> <p>Hung et al. (2000) Self-destructive acts occurring during medical general hospitalization. <i>General Hospital Psychiatry</i>, 22(2), pp.115–121</p> <p>Botega et al. (2010). Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. <i>General Hospital Psychiatry</i>, 32(4), pp.396–400. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.02.004</p>
Inneliggende pasienter i somatisk sykehus	<ul style="list-style-type: none"> - Liten ytring om selvmordstanker - Akutt traume eller forverring av sykdom - Lengde på innleggelse - Selvmord utenfor sykehuset - Ny diagnostisert - Tiden på døgnet 	<p>Hung et al. (2000) Self-destructive acts occurring during medical general hospitalization. <i>General Hospital Psychiatry</i>, 22(2), pp.115–121</p> <p>Cheng, I-C., Hu, F-C., og Tseng, M-C. (2009) Inpatient suicide in a general hospital. <i>General Hospital Psychiatry</i>, 31(2), pp.110–115. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.008</p>
Mangelfull undervisning til helsepersonell om aktiv selvmordsforebygging og tidlig oppdagelse av risikofaktorer.	<ul style="list-style-type: none"> - Psykiatrisk tilsyn - Undervisning - Forskjell i alder 	<p>Hjelmeland, H., Espeland, B. og Småvik, R. (2014) About teaching suicide prevention at relevant university and college educations. <i>Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid</i>, 11(4), pp.348–57. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tph/2014/04/om_undervisning_i_selvmordsforebygging_ved_relevante_univer (Hentet: 23. April 2018).</p> <p>Cheng, I-C., Hu, F-C., og Tseng, M-C. (2009) Inpatient suicide in a general hospital. <i>General Hospital Psychiatry</i>, 31(2), pp.110–115. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.008</p> <p>Ferreira, M.H.F. et al. (2007) Suicide risk among inpatients at a university general hospital. <i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i>, 29(1), pp.51–54. DOI: 10.1590/S1516-44462007000100015</p>

Ustrukturerte søk ble gjort ved gjennomgang av referanselisten til artikler som var relevante for problemstillingen (Aveyard, 2014). Tabellen under viser primærkilden hvor inkludert artikkel ble funnet i referanselista:

Primærkilde	Inkludert artikkel
Botega <i>et al.</i> (2010). Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 32(4), pp.396–400. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.02.004	Goodwin, R., Marusic, A. og Hoven, C. (2003) Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. <i>Social Science & Medicine</i> , 56(8), pp.1783–1788. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00174-0

4.2 Fysisk sykdom og depresjon som risikofaktorer

I følge Goodwin, Marusic og Hoven (2003) har angst, depresjon og stoffmisbruk vært fokusert som risikofaktorer for selvmordstanker i tidligere studier. Selv om disse studiene gir viktige detaljer om sammenhengen mellom spesifikk psykisk lidelse og økt risiko for selvmordstanker, er det ingen data om fysisk sykdom hos pasienter med eller uten selvmordstanker i disse studiene. Resultatene viser til at hver av de fysiske sykdommene var forbundet med økt risiko for et selvmordsforsøk. AIDS var spesielt forbundet med økning, etterfulgt av magesår og lungesykdom. I henhold til hypotesen forskerne hadde, tydet dataene på at fysisk sykdom var forbundet med betydelig økt sjanse for selvmordsforsøk. Denne studien gjort i USA konkluderer med at det er en eksisterende sammenheng mellom fysisk sykdom og selvmordsforsøk, men at det kan være andre faktorer som også spiller inn (Goodwin, Marusic og Hoven, 2003).

I en annen studie utført av Hung *et al.* (2000) var den vanligste medisinske diagnosen blant pasientene med selvdestruktive handlinger malignitet, etterfulgt av nevrologisk-, respiratorisk- og hjertesykdom. Pasienter med KOLS hadde den høyeste frekvensen av dødelighet, hvor mulige årsaker til dette kan skyldes en høy komorbiditet av depresjon. Et likhetstrekk mellom de alvorlige sykdommene som kreft, KOLS, ondartet neoplasma, nevrologisk sykdom og leversvikt er at de enten er kroniske, uhelbredelige eller medfører et handicap. Studien antyder at dette kan være en risikofaktor for selvmord hos denne

pasientgruppen (Hung *et al.*, 2000). I studien gjort av Botega *et al.* (2010) viser resultatene at sannsynligheten for selvmordstanker hos deprimerte pasienter var fra 9,1 ganger høyere enn hos de som ikke var deprimerte. Depresjon var den sterkeste faktoren forbundet med selvmordstanker i en av analysene. Det er mulig at smerte og fysisk lidelse som følge av alvorlige medisinske og kirurgiske tilstander, øker forekomsten av depressive lidelser. Det kan også være at denne kombinasjonen av faktorer i en så alvorlig sykdom er forbundet med enda større sannsynlighet for selvmordstanker blant de som lider av depresjon (Botega *et al.*, 2010).

4.3 Inneliggende pasienter i somatisk sykehus

I studien gjort av Cheng, Hu og Tseng (2009) viser resultatene liten eller ingen ytring om selvmordstanker eller hensikt blant inneliggende pasienter. Av de 27 pasientene i studien som fullførte et selvmord var det en høyere andel menn med alvorlig fysisk sykdom. Mindre kommunikasjon om selvmordsrisiko, pasienters tidligere psykiatriske forhold, selvmordsforsøk etter innleggelse, og under permisjon uten av det blir lagt merke til, kan være grunner som er ansvarlige for undervurdering av selvmordsrisiko i en somatisk sengepost.

Studien utført av Hung *et al.* (2000) tyder på at lengden på sykehusinnleggelsen hadde betydning i forhold til selvdestruktive handlinger, disse var mest sannsynlige til å skje den første eller andre uka etter innleggelse. Blant de 15 fatale hendelsene, skjedde 5 den første uken, og 4 hendelser i løpet av den andre uken etter innleggelse. Studiens resultater viser at den høyeste dødeligheten av selvmord forekom i nevrologisk sengepost med 6,7 per 100 000 innlagte, deretter medisinsk sengepost med 4,4 per 100 000 innlagte. Tiden på døgnet er også en faktor, 9 av de 15 fatale hendelsene skjedde på natten. Resultatene viser at blant de 75 pasientene med selvdestruktiv handling, var det 50 som utførte dette på sengepost. Av de 15 pasientene som gjennomførte et selvmord var det 8 som utførte dette på en sengepost. Resultatene av studien utført av Cheng, Hu og Tseng (2009) tyder også at i somatikken var selvmordstruede pasienter forbundet med mer alvorlige diagnoser og voldelige metoder, i tillegg til selvmordsforsøk i det skjulte, gjerne på natten eller på permisjoner.

4.4 Mangelfull undervisning til helsepersonell om aktiv selvmordsforebygging

En studie foretatt av Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, gjennomførte i 2014 en kartlegging av undervisningstilbudet i selvmordsforebygging ved høyskoler og universitetsutdanninger i Norge (Hjelmeland, Espeland og Småvik, 2014). Studiens resultater viser at selvmordsforebygging var nedfelt i studieplanen ved én av de fire sykepleierutdanningene. Ved to av sykepleiestudiene undervises det eksplisitt om tematikken i 3-4 timer. Ved de to andre sykepleiestudiene var tematikken flettet inn i ett eller flere emner, noe som gjør det vanskelig å anslå timetall. Resultatene viser at i gjennomsnitt undervises det i 2-4 timer om dette temaet, noen få steder mer.

Studien opplyser om at langt fra alle som tar sitt liv har vært i kontakt med psykisk helsevern før selvmordet. Dette gjør det både viktig og nødvendig å gå bredt ut i selvmordsforebyggende arbeid. Det er svært uheldig at det lille som omhandler selvmordsforebygging i de fleste relevante utdanninger, er nært knyttet til psykiatri og psykiske lidelser. Studien belyser at det er behov for et mer utvidet psykisk helsearbeiderperspektiv og et folkehelseperspektiv på selvmordsforebyggende arbeid. Det vil derfor være bedre å løfte selvmordsforebygging fram som et eget emne, der det er plass til å tilegne seg kunnskap om utvidet forståelse av selvmordsatferd og selvmordsforebygging, framfor å integrere tematikken i generell undervisning i emner relatert til psykiske lidelser (Hjelmeland, Espeland og Småvik, 2014).

I en annen studie utført av Cheng, Hu og Tseng (2009) indikerer funnene i studien at økning av bevissthet i selvmordsrisiko blant helsepersonell i somatikken er avgjørende for å etablere effektiv selvmordsforebygging. Standardprosedyrer for selvmordsforebygging, inkludert rutinemessig identifisering av selvmordsrisiko ved innleggelse og periodisk kontroll av pasientens tilstand underveis, er noe av det som bør inkluderes i grunnkursene for ikke-psykiatrisk helsepersonell. for å forhindre selvmord og selvmordsforsøk ved sykehusinnleggelse må helsepersonell være oppmerksomme på de som er i fare, også de uten tidligere psykiatrisk lidelse. Denne studiens resultater viser at av 54 pasienter innlagt i somatisk avdeling hadde 35 pasienter psykiatrisk tilsyn hvor selvmordsrisiko var hovedgrunnen for 27 av de 35 pasientene. Kun to av disse pasientene ble identifisert av sykehusansatte til å ha selvmordsrisiko før de begikk selvmord (Cheng, Hu og Tseng, 2009).

Ferreira *et al.* (2007) omtaler i sin studie at selvmordsforebygging i sykehus er noe helsepersonell burde sette lys på og ha kunnskaper om. Opplæring av de ansatte til å oppdage risikofaktorer ved psykiske lidelser og tidlig iverksetting av tiltak er noe som blir poengtert i studien. De mener at tilgangen til farlige balkonger og vinduer bør beskyttes og begrenses (Ferreira *et al.*, 2007).

5.0 Drøfting

I denne delen blir resultatene drøftet opp mot relevant teori, fag- og forskningsbasert kunnskap om oppdagelse og ivaretagelse av den selvmordstruede pasienten i somatisk sengepost.

5.1 Oppdagelse og ivaretagelse av inneliggende pasienter i somatisk sykehus

I studien utført av Cheng, Hu og Tseng (2009) viser resultatene at pasienter som har selvmordstanker og handlinger har lite eller ingen ytring om dette til personalet. Vråle (2009) derimot er uenig og viser til at de fleste vil på en eller annen måte varsler at selvmord er et aktuelt valg, enten direkte eller indirekte. En forklaring kan være at det kommuniseres lite selvmordsfare i en sengepost, men hvorfor? Travelbee poengterer at "Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå det som for Travelbee er sykepleiens hensikt, nemlig å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene" (Kirkevold, 1998, s. 119). Kan det tenkes at ved innleggelse på somatisk sykehus fokuserer personalet kun på den somatiske lidelsen? Cheng, Hu og Tseng (2009) presenterer grunner til undervurdering av selvmordsrisiko på somatisk sykehus. Det kan være mindre kommunikasjon om selvmordsfare på sengepost og tidligere psykisk bakgrunn, om pasienten har hatt tidligere selvmordsforsøk (også etter innleggelse) og selvmordsforsøk på permisjoner. Travelbee (1998) opplyser at pasientens opplevelse av sykdom er like viktig som objektive vurderinger og diagnose. Hun understreker at sykdom, skade og lidelse er en trussel mot pasienten og er derfor viktig å vite hvordan han eller hun opplever sykdommen.

Travelbee understreker viktigheten med å bruke seg selv som helsepersonell terapeutisk. Hun mener at sykepleieren bevisst må bruke av sin personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Hung *et al.*, (2000) viser til resultater som tyder på at tiden på døgnet og lengden på sykehusoppholdet er faktorer av betydning. Resultatene av studien viser at forekomsten av selvdestruktive handlinger var mest sannsynlige til å skje første eller andre uka etter innleggelse. Tiden på døgnet er også en faktor som utpekes. Av de pasientene som utøvde selvdestruktive handlinger, utførte over halvparten av pasientene dette på natt. Hvilke tiltak bør iverksettes for å unngå selvmordsforsøk og selvmord på natt? Retterstøl (1995) poengterer at fysisk sykdom i seg selv kan gi utgangspunkt i mørke tanker. Han påpeker også at for å forebygge selvmord i en somatisk sengepost krever det et årvåkent personale med

kunnskaper om selvmord, og at personalet er forståelsesfulle. I følge Vråle (2009) kan store utskiftninger og travle vakter forsterke pasientens tanker om selvmord. Ved å vite hvordan selvmordsprosessen fungerer, gir det en mulighet til å identifisere og forstå tegnene underveis, og dermed få stoppet prosessen (Vråle, 2009). Perioden rett etter at en pasient har fått en diagnose, er den mest sårbare hvor pasienten har størst risiko for selvmord. I tillegg viser det seg at den første uken etter utskrivelse og flere sykehusinnleggelses viser seg å ha økt risiko (Qin, 2016). Studien gjort av Hung *et al.* (2000) viser at den høyeste dødeligheten forekom på nevrologisk sengepost, etterfulgt av medisinsk sengepost. I følge Vråle (2009) vil en pasient som opplever å miste funksjonsdyktighet og får dårligere livsvilkår, sosialt og økonomisk, også oppleve forandringer som truer vedkommendes identitet. I tillegg vil det sjokket man får ved nyopplaget diagnose være stor.

I studien utført av Cheng, Hu og Tseng (2009) beskriver funnene at økning av bevissthet blant helsepersonell i somatikken er avgjørende for selvmordsforebygging. For helsepersonell uten psykiatrisk videreutdanning, bør standardprosedyrer for selvmordsforebygging, inkludert rutinemessig identifisering av selvmordsrisiko inkluderes i grunnkurs. Er nåværende rutiner i sykehusavdelinger gode nok til å sikre at pasienter ikke begår selvmord? Vi har ikke funnet at det rutinemessig gjøres kartlegging av selvmordsrisiko i sengepost, men vi har funnet flere prosedyrer som tar for seg dette. I hovedsak blir disse brukt i psykisk helsevern. Prosedyren for selvmordskartlegging utarbeidet av Sykehuset Innlandet er i hovedsak rettet mot psykisk helsevern, men i prosedyren står det at denne også kan benyttes til pasienter innlagt ved somatiske sykehus. Den tar for seg både risikofaktorer, konkrete spørsmål man kan stille og aktuelle tiltak (Helsebiblioteket, 2013). Ekeberg og Dieserud (2016) skriver at sykepleierne ikke har endelig ansvar for å vurdere selvmordsfare. På den ene siden er det ikke sykepleier sitt ansvar, men på den andre siden må noen oppdage dette for å kunne henvise til lege? I studien utført av Hjelmeland, Espeland og Småvik (2014) viste det seg at selvmordsforebygging var inkludert i studieplanene til én av fire sykepleierutdanningene som var med i studien. Ved to av sykepleierutdanningene ble det undervist om tematikken i 3-4 timer. Undervisningen var nært knyttet til psykiatri og psykiske lidelser. Er det sånn at selvmord kun skjer i psykiatri og ved psykiske lidelser? Kan det tenkes at sykepleier ikke tør å spørre en pasient om selvmordstanker? Kari Martinsens omsorgsteori presenterer at sykepleie som omsorg bare kan virkeliggjøres gjennom åpenhet og nærvær, og at pleie må baseres på personlig forhold der sykepleier kjenner og forstår pasientens livs- og lidelseshistorie (Kirkevold, 1998). Kan det være aktuelt å spørre pasienten om livshistorie i en

del av generell kartlegging? Man spør om tidligere sykdommer, allergier og medisiner for å skape en anamnese av pasienten. Kan det være en idé å også inkludere oppvekst og livshendelser? På en annen side kan det være vanskelig å skille hva som er risikofaktorer og ikke om sykepleier ikke at nok kunnskaper om dette. I studien til Cheng, Hu og Tseng (2009) fikk 35 av 54 pasienter psykiatrisk tilsyn, hvor selvmordsrisiko var grunnen for 27 av de 35 tilsynene. Kun to av disse pasientene ble identifisert av sykehusansatte til å ha selvmordsrisiko før de begikk selvmord. Kan det tenkes at dette kommer av lite kunnskap? Eller på en annen side, hadde de nok kunnskaper, men ikke klarte å anvende disse?

5.2 Risikofaktorer

I studien til Goodwin, Marusic og Hoven (2003) konkluderer de med at det er en eksisterende sammenheng mellom fysisk sykdom og selvmordsforsøk. Dette understøttes av Vråle (2009) som skriver at pasienter med alvorlig akutt sykdom har økt risiko for å begå selvmord. Kan dette tyde på at fysiske påkjenninger påvirker det psykiske i større grad enn tidligere antatt? Studien til Goodwin, Marusic og Hoven (2003) påpeker at det kan være andre faktorer som også spiller inn. Qin (2016) støtter dette ved å belyse at selvmordsrisikoen er økt ved somatisk sykdom, spesielt ved tidligere psykisk sykdom. Man kan også ha slitt psykisk tidligere uten å ha vært utredet, behandlet og diagnostisert for dette. Uansett hva som kommer først, er det viktig å vite at selvmordsrisikoen er forhøyet ved komorbiditet av fysisk og psykisk sykdom.

Botega *et al.* (2010) skriver at sannsynligheten for selvmordstanker hos deprimerte pasienter var fra 9,1 ganger høyere enn hos de som ikke var deprimerte. Dahl og Grov (2014) understøtter dette ved å belyse at en depresjon som risikofaktor for somatisk sykdom, knytter seg til dels at depresjonen kommer forut i tid. Den depressive likegyldigheten og passiviteten fører til at vedkommende ikke ivaretar sin helse. Komorbide depresjoner er forbundet med sterkere fysiske symptomer ved somatisk sykdom. Qin (2016) henviser til en studie fra Storbritannia som viste at mennesker med somatisk sykdom som døde av selvmord, hadde en klinisk depresjon i mer enn 40 prosent av tilfellene. Men er det slik at en pasient må ha en psykisk lidelse, diagnostisert eller ikke, i bunn for å ha økt risiko for å begå selvmord? Retterstøl (1995) poengterer at fysisk sykdom, enten i form av en alvorlig diagnose eller en uskyldig hendelse kan gi utgangspunkt for problemer og bekymringer, og dermed gi utslag i mørke tanker. Shneidman sitert i Vråle (2009) skriver at selvmord best kan forstås som en

komplisert krisetilstand, hvor sentrale psykologiske behov hos individet er udekket. Et av punktene han har utarbeidet som de udekkede psykologiske behov kan forstås ut i fra er “Tap av kontroll, sterk hjelpeløshet og frustrasjon - knyttet til behovet for prestasjon, autonomi, ukrenkelighet, orden og forståelse” (Vråle, 2009, s. 30). Både tap av kontroll, hjelpeløshet og frustrasjon kan oppleves av en person som opplever akutt eller alvorlig somatisk sykdom. Shneidman avslutter med at når slike psykologiske behov ikke blir dekket, oppstår ofte psykisk smerte. Noe teori fokuserer på at depresjon kan medvirke til somatisk sykdom, andre peker på at man ikke trenger å ha en psykisk lidelse forut for den somatiske sykdommen. I tillegg fokuserer teorien på at depresjonen kan komme før eller etter den somatiske sykdommen.

Kan en mulig forklaring være at somatisk sykdom påvirker det psykiske og disponere for depresjon, men at man ikke i alle tilfeller utvikler en depresjon? Kan man likevel ønske å begå selvmord uten å være deprimert?

5.3 Grunnleggende kunnskaper hos sykepleier

En nyutdannet sykepleier sitter igjen med grunnleggende kunnskap etter tre år på skole. Hjelmeland, Espeland og Småvik (2014) skriver at det er svært uheldig at det lille som omhandler selvmordsforebygging i undervisningen er nært knyttet til psykiatri og psykiske lidelser. Men kan det tenkes at man indirekte lærer om dette i andre fag likevel? Travelbee (1998) hevder at pasientens opplevelse av sykdom og lidelse er like viktig, om ikke mer viktig å forholde seg til som andre objektive vurderinger og diagnoser. Når en person lider så mye at selvmord sees på som eneste utvei, er det en måte å oppdage og forstå selvmord på? Kari Martinsen (1998) mener at sykepleie må baseres på et personlig forhold der sykepleieren kjenner og forstår pasientens livs- og lidelseshistorie (Kirkevold, 1998). I teorien om krise hvor man i den akutte fasen kan få sorgreaksjoner som arter seg i selvforaktelse, kan selvmord være det ytterste tegnet på selvforaktelse (Cullberg, 1989). Kan selvmord forstås ut fra teorien om krise? A. Maslow utviklet en behovspyramide som inngår i læringsmål for sykepleieutdanning. Et av nivåene består av behovet for trygghet, og innebærer sikkerhet, stabilitet og orden (Eriksen, 2015). Når en pasient har behovet for trygghet udekket, kan det tenkes at sykepleier kan bidra til å dekke dette behovet? I følge Kari Martinsen kan sykepleieren oppfattes som en stedfortreder for pasienten inntil han eller hun “finner sitt eget sted igjen” (Kirkevold, 1998). Yrkesetiske retningslinjer (2011) skriver at når en pasient ytrer

ønske om å dø, har man ansvar for egen handling og vurdering. Kan dette også sees i sammenheng med selvmordsatferd, selv om det ikke inngår under psykisk helse? De yrkesetiske retningslinjene (2011) skriver videre at sykepleieren skal sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten. I spesialisthelsetjenesteloven (1999) §2.2 står det at helsetjenester som tilbys skal være forsvarlige. Er det forsvarlig at en sykepleier ikke har nok kunnskaper om selvmord? I spesialisthelsetjenesteloven (1999) §3-10 står det at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at helsepersonell gis slik opplæring som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Er det forsvarlig at somatiske sykehus ikke gir opplæring om selvmordsrisiko? I studien utført av Ferreira *et al.* (2007) omtales det at selvmordsforebygging i sykehus er noe helsepersonell burde sette lys på og ha kunnskaper om. Opplæring av de ansatte til å oppdage risikofaktorer ved psykiske lidelser og tidlig iverksetting av tiltak er også noe som blir poengtert i studien. De mener at tilgangen til farlige balkonger og vinduer bør beskyttes og begrenses (Ferreira *et al.*, 2007). Det finnes prosedyrer utarbeidet om selvmordskartlegging, en av disse har blitt nevnt tidligere i oppgaven hvor det står nedfelt i prosedyren at denne også kan brukes i somatisk sykehus. Men blir dette gjort? Har man nok grunnleggende kunnskap som sykepleier til å ivareta denne pasientgruppen?

5.4 Lovverk

I handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading i perioden 2014-2017 skriver de at utredning, diagnostisering og behandling av depresjon bør inngå som en del av den somatiske behandlingen, da de fleste alvorlige somatiske sykdommer disponerer for depresjon. Men under pågående arbeid og tiltak i planperioden skriver de ikke noe om denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2014). Burde ikke forslag til tiltak inngå i handlingsplanen, når de nevner at dette er en risikofaktor? Som et delmål har de “et kunnskapsbasert tjenesteapparat”, hvor de skriver om formidling av forskningsbasert kunnskap under “pågående arbeid”. Derunder at universiteter, høyskoler og andre kompetansesentre har en viktig rolle i kunnskapsformidlingen, og at dette arbeidet videreføres (Helsedirektoratet, 2014). Somatisk sykdom blir ikke nevnt videre i planen. Bruker skoler denne viktige kunnskapen i kunnskapsformidlingen? Hvorfor nevner de ikke mer om somatisk sykdom i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading? I melding til Stortinget, *kvalitet og pasientsikkerhet 2016* (Meld. St. 6, (2017-2018)) omtaler de at årsakene til selvmord er sammensatt og har flere risikofaktorer. Likevel blir ikke somatisk sykdom tatt stilling til,

fokuset ligger innenfor psykisk helse. Kan dette også være med på å begrense forståelsen og kunnskapen om selvmord? Bør somatiske risikofaktorer om selvmord inkluderes i større perspektiv enn det gjøres i dag? Meldingen viser videre til at som et ledd i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading, er det under iverksetting et nytt kartleggingssystem for forebygging i psykisk helsevern og rus (Meld. St. 6 (2017-2018)). Denne handlingsplanen foreligger ikke enda, og somatisk sykdom ble som nevnt ikke inkludert i den forrige handlingsplanen. Kan dette tyde på at det heller ikke blir inkludert i den nye handlingsplanen som kommer? Under pasientsikkerhetsprogrammet og innsatsområdet om forebygging av selvmord fokuserer de også her på psykisk helse, rettere sagt selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Målet med pasientsikkerhetsprogrammet er å styrke kompetansen i forbedringsarbeid i helsetjenesten. Kunne det vært en mulighet her å utarbeide en generell selvmordskartlegging, istedenfor å rette det mot psykiatrisk døgnenhet? De skriver at tiltakene er under utbredelse til andre deler av spesialisthelsetjenesten, noe som kan tyde på et skritt i vår retning? (I trygge hender 24-7, 2017).

5.5 Etikk

Har man lov til å la et menneske ta sitt eget liv? De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) poengterer at sykepleieren har et personlig ansvar for egen handling og vurdering, og ansvar for å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten. En akutt eller alvorlig somatisk sykdom kan være så intens og håpløs at pasienten mister håpet. Kan det tenkes at sykepleier også sliter med å finne håp for pasienten? Vråle (2009) skriver at hvert menneske har sin egen oppfatning av hva som er rett og galt. Dette gjelder både pasienter og sykepleiere. I tilfeller hvor en pasient har planer om å begå et selvmord, kan det være at pasienten og sykepleieren har hver sin oppfatning av hva som er rett og galt. Kan det tenkes at pasienten kan mene noe, mens sykepleieren mener det motsatte? Hva skal man da gjøre som sykepleier?

5.6 Forskningsetikk og kildekritikk

I denne litteraturstudien er det brukt engelske vitenskapelige artikler. Det vil derfor kunne være kilde til feiltolkning i oversettelse, tolkning og analysering av artiklene. For økt kvalitetssikring av oppgaven har det blitt brukt mye tid til å oversette så konkret som mulig, tross dette er det ingen garanti for at det ikke er blitt gjort noen feil i oversettingen.

Videre er det i studien brukt et vidt spekter av referanser som er av god kvalitet, det er kun brukt primærkilder for mer troverdighet. Valget som er gjort av referanser er betydningsfull for sykepleie, og er anvendbart i praksis, samt at det setter lys på et tema som ikke er i dagligtalen til sykepleiere på somatisk sykehus. Resultater av artiklene som er benyttet i oppgaven er troverdig og gir økt bevissthet rundt forebygging, oppdagelse, kunnskap og ivaretagelse av selvmordstruede mennesker. utfordringer knyttet til litteraturstudien var å finne artikler som kunne være med på å belyse temaet rundt problemstillingen. Artiklene som er anvendt i studien er alle kvantitative, da bruk av denne forskningsmetoden bidrar til å besvare problemstillingen. Problemstillingens formulering krever ikke at det blir fokusert på følelser, tanker og meninger, men at det i stedet fokuseres på hvor mange pasienter som har utført selvmordshandlinger og årsakssammenheng. Dette er resultater som kan oppnås ved bruk av tall, statistikk og spørreskjemaer. Det at det kun er anvendt kvantitative studier kan ses på som en svakhet i oppgaven. Til tross for formuleringen av problemstillingen, kunne det vært nødvendig å hatt med en studie som opplyser om hva sykepleier føler mangler av kunnskap til å ivareta pasientgruppen. Dette ville bidratt i å styrke oppgaven.

Den 1. mai 2017 trådte en ny lov i kraft om organisering av forskningsetisk arbeid. "Formålet med loven er å bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer (§ 1). Loven er det juridiske grunnlaget for de nasjonale faglige forskningsetiske komiteene" (Langtvedt, 2017). Forskningsetikk er oversikt over vitenskapsmoral, forskning som utføres skal følge normer som regulerer forholdet internt, eksternt og deltakerne av forskningen, ikke minst samfunnet for øvrig. Forskningen som utøves skal være aktsom, forsvarlig og følge forskningsetiske retningslinjer (Langtvedt, 2017). Helsinkideklarasjonen er eksempel på etiske retningslinjer for forskergrupper, denne deklarasjonen brukes over store deler av verden. Denne går ut på viktigheten med informert samtykke mellom forsker og deltaker, og å sikre at forskningen utføres på en etisk forsvarlig måte. Førde (2014) belyser at det forskningsetiske ansvaret ligger på forskerne, det opplyses om uansett hvor stort behovet for ny forskning og kunnskap, skal aldri de som deltar i studien utsettes for ubehag eller risiko.

I halvparten av artiklene blir det nevnt godkjenning av etisk komite eller kvalitetskomite og innhenting av samtykke. To av de vitenskapelige artiklene nevner hverken noe om etisk komite, kvalitetskomite eller samtykke. Det ble i en av disse innhentet data ved bruk av e-post, som kan tolkes til at ved å respondere på mailen godtok de samtykke til deltakelse.

Artikkelen som verken nevner innhenting av samtykke eller godkjenning av etisk komite har blitt inkludert i litteraturstudien på bakgrunn av resultatene som øker bevisstheten rundt pasientsikkerhet og selvmordsrisiko på sykehus. Vi har kritisk gått gjennom publiseringsland ved å se på overførbarheten til Norge og temaet.

6.0 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har det blitt belyst oppdagelse og ivaretagelse av selvmordstruede pasienter på somatisk sykehus gjennom innledning, teori og resultat. I tillegg har kunnskapsmangler og oppdagelse av risikofaktorer blitt fremhevet. Det ble ut i fra analyseringsprosessen i metodekapittelet identifisert tre hovedtemaer som gir økt forståelse for temaet. Ut i fra disse, koblet opp mot resultat og teori, har vi kommet frem til fire temaer for å konkludere svar på hensikt og problemstilling.

6.1 Oppdagelse og ivaretagelse av inneliggende pasienter i somatisk sykehus

Pasienter innlagt i somatisk sykehus kan varsle direkte eller indirekte, eller ikke ha noe ytring om sine tanker om å ta livet sitt. I en av studiene viser de til hvor mange som hadde fått psykiatrisk tilsyn og hvor få av disse som ble identifisert av helsepersonell. Dette understøtter at god kunnskap og økt bevissthet blant helsepersonell bidrar til å ivareta selvmordstruede pasienter. Sykepleiere og andre helsepersonell må ikke være redde for å spørre om selvmordstanker hos pasienter, spesielt ikke hos pasienter uten psykiatrisk bakgrunn. Ikke alle pasientene hadde en psykisk lidelse før de utførte selvdestruktive handlinger. Et nøytralt kartleggingsverktøy som utføres ved anamnese kan bidra til tidligere oppdagelse av selvmordstruede pasienter, både pasienter med en tidligere, nåværende eller ikke tilstedeværende psykisk lidelse.

6.2 Risikofaktorer ved selvmord

Det å vite hvilke risikofaktorer man skal se etter, kan bidra til å oppdage de selvmordstruede pasientene. Pasienter med flere somatiske lidelser, alvorlige diagnoser, uhelbredelig eller kronisk sykdom er forbundet med økt selvmordsrisiko, i tillegg til sykdommer som medfører et handicap eller nedsatt funksjon. Depresjon i seg selv kan gi selvmordstanker, og har man i tillegg en alvorlig diagnose, vil pasienten ha enda høyere risiko. Depresjonen kan være forut i tid eller komme som følge av den somatiske sykdommen. Ut i fra drøftingen kom vi frem til at smerter er enda en risikofaktor. Hos en pasient som lider av depresjon, er smerter og somatisk sykdom i kombinasjon forbundet med større sannsynlighet for selvmordstanker. For pasienter som opplever uutholdelige smerter kan tanker om selvmord føles som en løsning. Man må være klar over smertens betydning og hvilken påvirkning dette kan ha for pasienten. Å lindre smerte kan bidra til å forebygge et eventuelt selvmordsforsøk.

6.3 Mangelfull undervisning om selvmordsforebygging og lite fokus på systemnivå

Resultatene viser at det er manglende undervisning om selvmordsrisiko hos pasienter med fysisk sykdom. Det må være mer plass i undervisningen til å knytte selvmordsatferd til fysiske sykdommer fremfor å integrere tematikken i undervisning relatert til psykiske lidelser.

Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading viser at utredning, diagnostisering og behandling av depresjon bør inngå som en del av den somatiske behandlingen, men dette blir ikke inkludert under tiltak. Pasientsikkerhetsprogrammet fokuserer på selvmordsforebygging, men kun i akuttpsykiatriske avdelinger.

Disse resultatene viser behov for økt fokus på somatisk sykdom som risikofaktor for selvmord, både i utdanning og på systemnivå.

7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 3 rd Edition. London: Open University Press

Botega *et al.* (2010). Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), pp.396–400. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.02.004

Cheng, I-C., Hu, F-C., og Tseng, M-C. (2009) Inpatient suicide in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), pp.110–115. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.008

Dahl, A. og Grov, E. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri: Forståelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen Damm akademisk

Ekeberg, Ø. (2016) Vurdering av selvmordsrisiko, i Hem, E (red.) *Praktisk selvmordsforebygging*, Oslo: Gyldendal akademisk. s. 117-134.

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

Ekeberg, Ø. og Dieserud, G. (2016) Generell selvmordsforebygging, i Hem, E (red.) *Praktisk selvmordsforebygging*, Oslo: Gyldendal akademisk. s. 161-169.

Ferreira, M.H.F. *et al.* (2007) Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), pp.51–54. DOI: 10.1590/S1516-44462007000100015

Folkehelseinstituttet (2018) *Norges helse statistikkbank*. Tilgjengelig fra: <http://www.norges-helse.no/norges-helse/> (Hentet: 9. mai 2018).

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 10. mai 2018).

Goodwin, R., Marusic, A. og Hoven, C. (2003) Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Social Science & Medicine*, 56(8), pp.1783–1788. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00174-0

Grov, E., Holter, I., & Toverud, K. (2015) *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg. ed., Vol. 1). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Helsebiblioteket (2013) *Selvord- Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/selvord-kartlegging-og-vurdering-av-selvordsrisiko#purpose-and-scope> (Hentet: 2. mai 2018).

Helsedirektoratet (2014) *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf (Hentet: 2. mai 2018).

Hjelmeland, H., Espeland, B. og Småvik, R. (2014) About teaching suicide prevention at relevant university and college educations. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11(4), pp.348–57. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tph/2014/04/om_undervisning_i_selvmordsforebygging_ved_relevante_univer (Hentet: 23. April 2018).

Hung *et al.* (2000) Self-destructive acts occurring during medical general hospitalization. *General Hospital Psychiatry*, 22(2), pp.115–121. DOI: 10.1016/S0163-8343(00)00052-9

I trygge hender 24-7 (2017) Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7> (Hentet: 13. mai 2018).

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Langtvedt, J. N. (2017) *Forskningsetikkloven*. Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Forskningsetikkloven/>
(Hentet: 10. mai 2018).
- Langtvedt, J. N. (2017) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 10. mai 2018).
- Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?, i Holter, I, M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS. s. 127.
- Meld.St.6. (2017-2018) (2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/49a6fabd659744dda11b5f2afb00c3a3/no/pdfs/stm201720180006000dddpdfs.pdf>. (Hentet: 20.april 2018).
- Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf>
(Hentet: 1. mai 2018).
- Qin, P. (2016) Selvmordsatferd ved fysiske sykdommer, i Hem, E. (red.) *Praktisk selvmordsforebygging*, Oslo: Gyldendal akademisk. s. 108-116.
- Qin, P. (2017) Suicide risk in persons with somatic diseases. *Suicidologi*,22(1), pp.12–7.
Tilgjengelig fra: <https://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/issue/view/412>
(Hentet: 20. mars 2018).
- Reneflot *et al.* (2018) *Psykisk helse i Norge*. (ISBN-rapport 2018 978-82-8082-878-1.) Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra
https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk-helse/psykisk_helse_i_norge2018.pdf (Hentet: 6. mai 2018).
- Retterstøl, J. (1995) *Selv mord*. 5. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Shapiro, S. og Waltzer, H. (1980) Successful suicides and serious attempts in a general hospital over a 15-year period. *General Hospital Psychiatry*, 2(2), pp.118–126. DOI: 10.1016/0163-8343(80)90025-0

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

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: PICO-skjema

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/ initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	O R	
Beskriv typen pasienter	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?		O R
Pasienter i somatisk sengepost. Begge kjønn. Voksne over 18 år. Selvmord/selvmondsforsøk	Kartlegging Faresignaler/ risikofaktorer Risikovurdering Kunnskap Forebygging Rutiner	Ingen oppmerksomhet	Pasientsikkerhet Forebygge selvmord Selvmordskartlegging Kunnskap		
←----- AND -----→				O R	