

Tirild Dansdatter Thorland

# Hvordan kan vernepleieren forebygge forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter innlagt på døgnavdelinger ved psykiatriske institusjoner?

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Odd Morten Mjøen

Mai 2020



Tirild Dansdatter Thorland

# **Hvordan kan vernepleieren forebygge forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter innlagt på døgnavdelinger ved psykiatriske institusjoner?**

Bacheloroppgave i Vernepleie  
Veileder: Odd Morten Mjøen  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Tittel:** Hvordan kan vernepleieren forebygge forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter innlagt på døgnavdelinger ved psykiatriske institusjoner?

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å opparbeide kunnskap om hvordan vernepleieren kan bidra til å forebygge selvmord – og selvmordsforsøk ved psykiatriske døgnavdelinger.

**Metode:** Metoden som er benyttet i denne studien er litteraturstudie med kvalitativ tilnærming. Det er utført systematiske og ustrukturerte litteratursøk på vitenskapelig forskning i ulike digitale databaser. Fem fagfelleverderte artikler ble inkludert i studien.

**Resultat:** Resultatene for denne studien ble tre hovedtema for hvordan vernepleieren kan bidra til å forebygge selvmord – og selvmordsforsøk ved psykiatriske døgnavdelinger; Relasjonen mellom pasient & pleier som beskyttelsesfaktor for selvmord, håp & håpløshet, og selvmordsforebyggende arbeid ved døgninnleggelse på psykiatrisk avdeling.

**Konklusjon:** For å kunne bistå pasientene i deres selvmordsproblematikk er det vesentlig at vernepleieren har den tilstrekkelige kompetansen som trengs for å vurdere og kartlegge selvmordsrisiko, kunnskap om risiko – og beskyttelsesfaktorer for selvmord, og evnen til å sikre pasientsikkerhet. Vernepleieren må ha evnen til å motivere og bidra til psykisk og fysisk bedring med omsorgsbasert pleie. Vernepleieren må gi av seg selv i arbeidet med selvmordsforebygging, og bruke sin personlige kompetanse i møte med pasienten. En stabil, tillitsfull og trygg relasjon mellom pasient og pleier kan positivt påvirke pasientens håp for fremtiden, og styrke pasientens motivasjon i behandlingsforløpet. Vernepleieren må gi anerkjennelse for vonde tanker og følelser, og bistå pasienten i å lære å forstå, håndtere og bearbeide håpløsheten.

Nøkkelord: Selvmord, psykiatrisk institusjon, selvmordsforsøk, forebygging

## **Abstract**

**Title:** How can the social educator prevent the occurrence of suicide and suicide attempts in patients admitted to psychiatric institutions?

**Aim:** The aim of this study was to gain knowledge about how the social educator can help prevent in-patients from attempting – or committing suicide in psychiatric institutions.

**Method:** The method used in this study is a literature study with a qualitative approach. Systematic and unstructured literature searches have been carried out to find scientific articles in various digital databases. Five peer-reviewed articles were included in this study.

**Results:** The results of this study were the findings of three main themes for how the social educator can help prevent suicide - and suicide attempts in psychiatric in-patients; The relationship between patient & carer as a protective factor against suicide, hope & hopelessness, and suicide prevention work in the psychiatric ward.

**Conclusion:** In order to assist suicidal patients it is crucial that the social educator possess the essential knowledge needed to assess the patients suicide risk, knowledge about risk – and protective factors against suicide, and the ability to assure patient safety. and to motivate and help with mental and physical improvement with the help of basic and advanced compassionate care. The social educator needs to be open, and use their personal qualities while working with suicide prevention. A stable, trusting and safe relationship between the patient and caregiver can positively influence the patient's hopes for the future, and thus strengthen the patients motivation in the course of treatment. The caregiver must give recognition to emotionally painful thoughts and feelings, and assist patients in learning to understand, manage and process hopelessness.

Keywords: Suicide, psychiatric institution, suicide attempt, prevention

# Innholdfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	1
1.1 Introduksjon av tema .....	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling .....	1
1.3 Avgrensninger .....	2
1.4 Vernepleierens relevante kompetanse .....	2
1.5 Begrepsavklaring .....	3
1.5.1 Suicidal og suicidalitet .....	3
1.5.2 Selvmordsforsøk eller selvskading .....	3
<b>2. Teori</b> .....	3
2.1 Risikofaktorer for selvmord .....	3
2.1.1 Psykiske lidelser .....	3
2.1.2 Tidligere selvmordsforsøk .....	4
2.1.3 Selvmordsprosessen .....	5
2.2 Håp og håpløshet .....	5
2.3 Beskyttende faktorer for selvmord .....	6
2.4 Selvmordsforebyggende arbeid .....	7
2.4.1 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern .....	7
2.4.2 Psykoterapi i form av kognitiv atferdsterapi og gruppeterapi som behandlingsmetode .....	8
2.4.3 Psykoedukasjon .....	9
<b>3. Metode</b> .....	9
3.1 Litteraturstudie med kvalitativ tilnærming .....	9
3.2 Søkeprosessen .....	10
3.3 Søkeord .....	10
3.4 Inklusjons – og eksklusjonskriterier .....	10
3.5 Analyse og kildekritikk .....	11
3.6 Søkematrise .....	12
<b>4. Resultat</b> .....	13
4.1 Litteraturmatrise .....	13
4.1.1 Artikkel 1 .....	13
4.1.2 Artikkel 2 .....	14
4.1.3 Artikkel 3 .....	15
4.1.4 Artikkel 4 .....	15
4.1.5 Artikkel 5 .....	16
4.2 Mine hovedfunn .....	17

4.2.1	Relasjonen mellom pasient & pleier som beskyttelsesfaktor for selvmord.....	17
4.2.2	Håp og håpløshet .....	18
4.2.3	Selvmondsforebyggende arbeid ved døgninnleggelse på psykiatrisk avdeling. ....	18
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
5.1	Diskusjon av hovedfunn.....	20
5.1.1	Relasjonen mellom pasient & pleier som beskyttelsesfaktor for selvmord.....	20
5.1.2	Håp & håpløshet .....	21
5.1.3	Selvmondsforebyggende arbeid ved døgninnleggelse på psykiatrisk avdeling. ....	23
5.2	Metodekritikk .....	26
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
<b>7.</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>28</b>



# 1. Innledning

## 1.1 Introduksjon av tema

Hvert år er det nesten 800 000 mennesker i verden som tar sitt eget liv. Dette betyr at et selvmord forekommer omtrent hvert 40 sekund, og for hver person som tar selvmord er det flere enn 20 mennesker som utfører et selvmordsforsøk. På FN-sambandets verdensdag for selvmord i 2019 rapporterer Verdens helseorganisasjon (WHO) at det på verdensbasis dermed dør flere som følge av selvmord enn av krig og drap til sammen (FN-sambandet, 2019).

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging rapporterer (NSSF) at det i 2018 døde 674 mennesker av selvmord i Norge, hvor 202 var kvinner og 472 var menn. (NSSF, 2020a)

I 2015 og 2016 var det 58 pasienter som tok sitt eget liv mens de var innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling. Det ble også meldt om 310 selvmordsforsøk. De mest vanlige metodene for selvmord ved psykiatrisk døgnavdeling var henging og forgiftning (Helsedirektoratet, 2017b).

NSSF referer til WHO sin definisjon av selvmord som en aktiv, villet handling som fører til døden (NSSF, 2020b). Selvmordsforsøk er non-fatale handlinger av villet egenskade, og der det foreligger et ønske om å dø (NSSF, 2017).

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Tema jeg har valgt for min bacheloroppgave er selvmordsforebyggende arbeid ved døgnavdelinger på psykiatriske institusjoner. Jeg utførte min siste praksis i psykiatrien, og hadde min første erfaring med psykisk helsearbeid. Jeg hadde også mitt første møte med suicidale pasienter. I løpet av min praksisperiode var det to pasienter som hadde forsøkt å begå selvmord med legemiddelforgiftning mens de var på helgepermisjon. Det var også flere pasienter som drev med selvskading inne på avdeling, og skrev avskjedsbrev til sine pårørende mens de var innlagt. Jeg hadde flere samtaler med mine veiledere som begge var vernepleiere, og det overrasket meg hvor lite uvanlig det var at pasienter forsøkte å ta sitt eget liv på psykiatriske døgnavdelinger. Begge hadde erfaringer fra arbeidslivet med selvmordsforsøk på avdeling. For eksempel beskrev en av veilederne mine hvordan han hadde fysisk stoppet en pasient fra å hoppe fra tredje etasje.

Med bakgrunn av dette ønsket jeg å fordype meg i hvordan selvmordsforebyggende arbeid foregår på en psykiatrisk døgnavdeling. Jeg ønsket også å tilegne meg kunnskap om metoder og tiltak for forebygging av selvmord.

Min problemstilling lyder dermed slik;

*Hvordan kan vernepleieren forebygge forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter innlagt på døgnavdelinger ved psykiatriske institusjoner?*

### 1.3 Avgrensninger

Når jeg skulle finne artikler i internasjonale databaser som kunne bidra til resultatet for min problemstilling, måtte jeg være fleksibel i hvilke begrep jeg skulle bruke for vernepleier.

Samtlige av mine artikler er rettet mot den engelske yrkestittelen *nurse*. *Nurse* kan oversettes til sykepleier, men ordet *nursing* kan oversettes til sykepleie, eller pleie. Både sykepleier og vernepleier har pleie som fellesnevner.

Jeg har dermed valgt å oversette ordet *nurse* med pleier for å omtale tjenesteyterne fra mine valgte artikler. Dette gjelder i både resultatkapitlet og diskusjonskapitlet.

Pasientene i forskningen jeg har foretatt meg for denne oppgaven er over 18 år. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke fordype meg i pårørende, bestemte psykiske lidelser, eller medikamentell behandling. Jeg skal også presentere risiko – og beskyttelsesfaktorer for selvmord, men også her har jeg valgt å begrense meg til et bestemt utvalg av disse på grunn av oppgavens omfang.

### 1.4 Vernepleierens relevante kompetanse

Vernepleierfaget er et fag med stort omfang. Man får i denne utdanningen kompetanse innen både helse- og sosialfag. Den sammensatte sosial – og helsefaglige kompetansen betyr at vernepleieren både er autorisert helsepersonell, og har sosialfaglig kompetanse. (Norlund, Thronsen og Linde, 2015). Vernepleieren skal fremme et helhetssyn på mennesket som vektlegger kunnskap om ulike individuelle -, sosiale – og samfunnsmessige utfordringer for den enkelte pasient, bruker eller tjenestemottaker. En vernepleier kan dermed arbeide med blant annet hjemmebaserte tjenester, spesialisthelsetjenester, skole, eldreomsorg, innen psykisk helsearbeid, rusomsorg, barnevernstjenester og flyktning tjenester (FO, 2017).

En psykiatrisk døgnavdeling er en utberedt arbeidsplass for vernepleierfaglig kompetanse. Dette er fordi en vernepleier skal ha kunnskap om blant annet kartlegging – og evalueringsverktøy, kommunikasjon – og relasjonsbygging, tverrprofesjonelt samarbeid, kompetanse på årsaker eller forhold som påvirker kognisjon og atferd, samt kunnskap og ferdigheter til å forebygge ulik bruk av tvang og makt (FO, 2019). En vernepleiers rolle ved en psykiatrisk døgnavdeling vil innebære å arbeide i pasientens hverdagslige miljø på

avdelingen. Dette kan gjøre vernepleieren til en viktig faktor i arbeidet med kartlegging av mistanke om tanker eller planer tilknyttet selvmord hos den enkelte pasient.

## 1.5 Begrepsavklaring

### 1.5.1 Suicidal og suicidalitet

I denne oppgaven veksler jeg mellom å bruke *suicidal* eller *suicidal atferd*, og *selvmord* eller *selvmordsatferd*. Hovedgrunnen til at jeg velger å veksle mellom de fire begrepene er fordi suicidal er i hovedsak det begrepet mine valgte forskningsartikler bruker.

### 1.5.2 Selvmordsforsøk eller selvskading

Selvmordsforsøk defineres som non-fatale handlinger av villet egenskade der det foreligger et ønske om å dø (NSSF, 2017), mens selvskading er et begrep som brukes ved villet egenskade der ønsket om å dø er fraværende (Snoek & Engdal, 2018, s.167).

## 2. Teori

I teorikapitlet skal jeg presentere og gjøre rede for teori som er relevant for min problemstilling. Teorien vil videre anvendes i diskusjonskapitlet.

### 2.1 Risikofaktorer for selvmord

Når man driver med selvmordsforebyggende arbeid, er det essensielt å ha kunnskap om risikofaktorene for selvmord. Ved å legge vekt på hvilke risikofaktorer for selvmord som fins hos den enkelte pasient, blir det enklere å kartlegge hvor sannsynlig det er for at vedkommende kommer til å skade seg selv. Folkehelseinstituttet (2019) beskriver risikofaktorer som faktorer som øker risikoen for sykdom, helseplager eller helseutfall.

Årsakene til at en person ønsker å ta sitt eget liv er komplekse og sammensatte, men det vil som regel alltid være en risikofaktor til stede når en person tar initiativ til å begå selvmord. Mange kan oppleve en kombinasjon av flere triggende forhold samtidig, som kan føre til en følelse av å ikke mestre sitt eget liv (Helsedirektoratet, 2017a).

#### 2.1.1 Psykiske lidelser

Psykiske helseproblemer og lidelser i seg selv blir omtalt som en stor risikofaktor for selvmord (NSSF, 2020b). Omtrent en tredel av alle mennesker som begår selvmord har en alvorlig psykisk lidelse (Snoek & Engedal, 2018, s.163), og 50–90 % av de som begår selvmord har vært i kontakt med helsevesenet året før de tar sitt eget liv (NSSF, 2020b). Jeg

skal foreta en kort redegjørelse for noen psykiske lidelser som er spesielt aktuelle for selvmordsforebyggende tiltak.

Affektive lidelser er psykiske lidelser som viser seg ved endringer i humøret eller stemningsleiet ved oppstemthet eller nedstemthet, eller en svingning mellom disse to sinnstilstandene hvor mani eller alvorlig depresjon er ytterpunktene (Snoek & Engedal, 2018, s.96). De depressive tilstandene i affektive lidelser er ofte preget av redusert selvfølelse, søvnforstyrrelser, irritabilitet, tungsinn, initiativløshet, og en følelse av håpløshet. For mange kan håpløsheten føre til en tanke om at døden er den eneste utveien på problemene (Vråle, 2018). Både ved mani og depressive episoder er det viktig å kontinuerlig evaluere selvmordsrisikoen. (Snoek & Engedal, 2018).

Selvmordsrisikoen regnes også som forhøyet hos pasienter som lider av psykoser. En psykotisk tilstand kjennetegnes ved forstyrrelser i en persons virkelighetsoppfatning som påvirker tenking, persepsjon og affekt (Snoek & Engedal, 2018, s.81). En psykose kan oppstå av en direkte årsak, eller den kan komme helt uventet, og oppstå brått eller gradvis over lengre tid (Snoek & Engedal, 2018, s.82). Selvmord regnes som den viktigste årsaken til for tidlig død blant pasienter med psykoselidelser. Forskning peker mot at 15 – 25% av pasienter med psykoselidelser har forsøkt å ta sitt eget liv i tiden før sin første kontakt med helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013). Psykoselidelser har ulike prognoser, men mange må leve med diagnosen resten av livet. Mange som blir diagnostisert med psykoselidelser utvikler dermed negative antagelser om egen lidelse, og egen framtid. Dette kan føre til en følelse av håpløshet (Helsedirektoratet, 2013).

Personer med personlighetsforstyrrelser har også økt selvmordsfare. Personlighetsforstyrrelser kan beskrives som en form for utviklingsforstyrrelse hvor områder som regulering av følelser, og impuls kontroll blir særlig påvirket. Grunnlaget for utviklingen av personlighetsforstyrrelser legges i barndommen, og diagnosen blir beskrevet som en kronisk tilstand som trenger lang oppfølgingstid for behandling (Snoek & Engedal, 2018).

### 2.1.2 Tidligere selvmordsforsøk

Tidligere selvmordsforsøk er en av de største risikofaktorene for selvmord (Snoek & Engedal, 2018, s.163). Det er dermed avgjørende at en person som forsøker å ta sitt eget liv får tett oppfølging, behandling og omsorgsfull hjelp etter en slik handling. Intensjonen og årsaken bak selvmordsforsøket bør kartlegges, slik at et eventuelt nytt selvmordsforsøk kan forebygges (Vråle, 2018, s.32). De første dagene etter et selvmordsforsøk kan være kritiske,

og personen det gjelder vil være svært sårbar. Det er dermed viktig med god oppfølging fra kompetent fagpersonell, da det kan være et avgjørende øyeblikk for forebyggingen for et nytt selvmordsforsøk (Vråle, 2018).

### 2.1.3 Selvmordsprosessen

Vråle (2018) beskriver veien mot et selvmordsforsøk som en prosess, og referer til forskning som peker mot at selvmordsfenomenet er en utvikling fra selvmordstanker, til et selvmordsforsøk og til slutt til fullbyrdet selvmord. Denne prosessen deles inn i tre faser; Innsnevring og sosial isolasjon, aggresjon og flukt fra virkeligheten. Disse tre fasene kan sammenfattes og omtales som *det presuicidale syndrom*.

Ved *innsnevring og sosial isolasjon* begynner personen å trekke seg inn i det mørke i seg selv. Dette er starten på selvmordsprosessen. Det vanskelige, smertefulle og håpløse ved livet står i fokus, og motløsheten hos personen stiger. Passivitet og rådløshet blir prominent, og personen begynner å tenke på selvmord (Vråle, 2018, s.32).

I andre fase vil *aggresjon* komme til uttrykk mot seg selv, eller vendes mot andre i personens liv. Kraftige og vekslende følelser kommer fram. Det er i denne fasen at dødsønsket til personen vil stige, og valget om at døden er den eneste utveien kan bli fattet. Å «endelig» velge døden kan gi en følelse av kontroll (Vråle, 2018, s.32).

I en flukt fra virkeligheten vil vedkommende fordype seg i dagdrømmer og fantasier. Denne flukten kan innebære fristende tanker om døden, og hvordan sitt eget selvmord skal utføres. Det kan også oppstå en lengsel etter at noen skal sørge over dem etter deres bortgang, og personen kan se seg selv som betydningsfull. Vedkommende kan glemme de menneske rundt seg som har behov for oppmerksomhet og omsorg (Vråle, 2018, s.32).

## 2.2. Håp og håpløshet

Håp er et begrep som kan forstås på en rekke ulike måter, og hva håp innebærer eller betyr kan være subjektivt. For pasienter i psykisk helsevern kan håp for fremtiden fremme en lyst og vilje til å motta behandling, og dermed også bedring. Men en følelse av håpløshet for fremtiden kan øke risikoen for selvmord (Schrank, Stanghellini & Slade, 2008).

Vråle (2018) beskriver mye snakk om død og håpløshet som et tegn på selvmordsfare. Ved lengsel etter døden kan fravær av håp for livet styrke selvmordstankene, og livet preges av håpløshet, fortvilelse, desperasjon og mangel på løsninger på problemer. Hun beskriver at håp handler om framtid, om et mål vi ønsker å oppnå, og tror kan realiseres. Om håpet for dette

målet svekkes, mister vi forventninger for framtiden, og håpløsheten kan komme til overflaten. Håp og mål for framtiden kan redusere selvmordsrisikoen hos den enkelte pasient, da det skaper en forventning til hva som skal hende videre i livet. Livet får ikke lenger en planlagt slutt (s. 113 - 114).

I en studie gjennomført av Holm, Steindal, Foss & Dihle (2018) ble det kartlagt at pasienter/brukere erfarte håp som en viktig bærebjelke når de opplevde mostand. Håp ble deres holdepunkt for å leve med det som var vanskelig i livet. Deltagerne beskrev håp som noe lyst, lett og en kontrast til det mørke, overveldende og triste som ble forbundet med håpløsheten. Noen mente håp var noe iboende i mennesket. En deltager beskrev håp slik; "Men jeg tror ikke at det går an for et menneske å bare være preget av håpsløshetskraftene. Jeg tror ikke de er de eneste kraftene i et menneske. Det er nedfelt håpsdimensjoner i mennesket. Jeg tror det finnes i mennesket et sted, for de der kaoskraftene som håpløshet er, de har motkrefter.» (Holm et.al, 2018, s.7)

### 2.3 Beskyttende faktorer for selvmord

Ved selvmordsforebygging er det viktig å være like bevisst på beskyttende faktorer for selvmord som det er å ha kunnskap om risikofaktorer. Folkehelseinstituttet (2019) definerer beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser, som en faktor som reduserer de negative helsemessige virkningene av belastninger en person utsettes for. Beskyttelsesfaktorer for selvmordsforsøk kan være både personlige og miljøbestemt, og innebærer blant annet tidlig identifisering av psykiske lidelser, god behandling for psykiske lidelser, sosial tilhørighet, god selvfølelse, betydningsfulle relasjoner, ferdigheter innen problem – og konfliktløsning, begrenset tilgang til metoder for selvmord, evnen og viljen til å søke hjelp for sine problemer og tilgjengelige tjenester med riktig kompetanse (Helsedirektoratet, 2017b).

På en psykiatrisk døgnavdeling vil begrenset tilgang til selvmord innebære at det er trygge fysiske rammer på avdelingen. Helsedirektoratet (2017b) rapporterer at blant selvmordsforsøkene og selvmordene på psykiatriske døgnavdelinger som ble rapportert i 2015 – 2016, var det mange meldinger som omhandlet bygnings – og interiørmessige forhold som ikke var tilstrekkelig sikret. Strangulering med bruk av egne eiendeler som klær, skolisser, sengeklær eller ladeledninger var hyppig beskrevet. Det ble også beskrevet mangel på kontroll av eiendeler etter prosedyre ved innleggelse, som også førte til at pasienter hadde forgiftet seg med medbrakte legemidler.

## 2.4 Selvmordsforebyggende arbeid

### 2.4.1 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern

I 2008 ble Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern utgitt av sosial – og helsedirektoratet. Målsettingen med disse retningslinjene var å bedre helsetjenesten for pasienter med selvmordsproblematikk, bidra til å redusere antall selvmord og alvorlige selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern, bedre oppfølging og ivaretagelse av pårørende og etterlatte, og å gjøre helsepersonell mer kompetente, effektive og trygge i å håndtere selvmordsrisiko. Disse retningslinjene er ikke bindende, men hadde som mål å være styrende for valgene som tas i psykisk helsevern (Sosial – og helsedirektoratet, 2008).

Jeg har valgt å redegjøre kort for 4 av retningslinjene.

#### 1. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Et viktig arbeid ved selvmordsforebygging er kompetansen til å kartlegge og vurdere selvmordsrisiko. Å foreta en risikovurdering av selvmord vil innebære at helsepersonalet har kunnskap og ferdighetene som trengs til å vurdere både en person, og en situasjon. Dermed må det aktuelle helsepersonalet ha kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter. Ved *kartlegging* av selvmordsrisiko skal alle pasienter i psykisk helsevern bli stilt direkte spørsmål om selvmordstanker, - planer og om de noen gang har forsøkt å ta sitt eget liv. For å kunne gjennomføre en slik kartlegging er det en forutsetning at helsepersonellet har både den kvalifiserte faglige kompetansen, og relasjonskompetanse. En *vurdering* av selvmordsrisiko skal omfatte både person, situasjon og tidsperiode (Helse – og sosialdirektoratet, 2008, s.15 - 16).

#### 2. Behandling

Personer med psykiske lidelser har økt selvmordsrisiko. Behandling av psykiske lidelser har dermed en svært viktig funksjon i selvmordsforebyggende arbeid. Når behandlingen gjennomføres er det viktig at pasienten får sosial støtte gjennom både gode behandlere, og andre deler av sitt sosiale nettverk. For at adekvat behandling kan gis skal pasienten få korrekt diagnose så tidlig som mulig, og det bør foretas en tidlig vurdering av hvilken type behandling pasienten skal få (Helse – og sosialdirektoratet, 2008, s.19 – 20).

#### 3. Forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern

For pasienter innlagt på døgnavdelinger er tiden rett etter innleggelse, og de første uker til måneder etter utskrivelse høyriskoperioder. Fysiske sikringstiltak av enheten, kontinuerlig observasjon, og intervallobservasjon beskrives som konkrete tiltak som kan virke effektive som beskyttelsesfaktorer. Kontinuerlig observasjon skal brukes når selvmordsrisikoen er tydelig forhøyet. Pasienten skal da aldri forlate enheten alene, eller være alene inne på avdeling. Dette gjelder også ved toalettbesøk, og om natten. Intervallobservasjoner brukes når selvmordsrisikoen ikke lenger er tydelig forhøyet, og pasienten ikke lenger trenger kontinuerlig observasjon. Fattingen av tiltak om kontinuerlig – eller intervallobservasjon skal foretas og utføres av kompetent helsepersonell (Helse – og sosialdirektoratet, 2008, s.21 – 22).

#### 4. Forebygging av selvmord etter utskrivning fra døgnenheter i psykisk helsevern

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten sikrer at pasientene opplever en god overgang mellom de ulike behandlingsnivåene, slik at de ikke faller ut av behandlingen. Pasientene bør vite hvem som følger de opp, og hvor de kan henvende seg (Helse – og sosialdirektoratet, 2008, s.23 – 24)

#### 2.4.2 Psykoterapi i form av kognitiv atferdsterapi og gruppeterapi som behandlingsmetode

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008) referer til psykoterapi som et effektivt behandlingsalternativ for suicidale tanker – og atferd.

Snoek og Engedal (2018) definerer Psykoterapi som enhver intervensjon som har til hensikt å redusere psykologisk ubehag, redusere uhensiktsmessig atferd eller fremme hensiktsmessig atferd gjennom veiledning, strukturert eller ustrukturert interaksjon, et treningsprogram eller en oppsatt behandlingsplan (s.50). Psykoterapi kan deles inn i mange ulike typer behandlingsmetoder, men jeg har valgt å redegjøre kort for kognitiv atferdsterapi og gruppeterapi.

Kognitiv atferdsterapi er en behandlingsmetode hvor målet er å endre observerbar atferd gjennom det å lære pasienten å endre tankeprosesser på en åpen og aktiv måte.

Behandlingsmetoden bygger på kunnskap om sosial læringsteori, og om hvordan tanker og forståelse hos individet blir dannet og opprettholdt av samspillet med omgivelsene. En vellykket behandling forutsetter at man sammen med pasienten har kartlagt hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde den uønskede atferden eller symptomet (Snoek & Engedal, 2018, s.54).



En gruppetilnærming kan benyttes innenfor en rekke ulike psykoterapeutiske metoder, som for eksempel både kognitiv atferdsterapi og dynamisk psykoterapi. Ved gruppeterapi samles ulike mennesker som kan ha felles problemstillinger. I gruppeterapi er forholdet mellom gruppemedlemmene viktigere enn forholdet til terapeuten (Snoek & Engedal, 2018, s.55 – 56).

### 2.4.3 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon kan defineres som systematisk, strukturert og didaktisk informasjon om psykiske lidelser og behandling av disse. Gjennom psykoedukasjon lærer pasienten og pårørende om lidelsen, og hvordan mestre denne bedre (Løvhaug, Hansen, Kråbøl, Ofrim, Tennås & Sandberg, 2016).

Hensikten med psykoedukasjon er å gi økt kunnskap til pasient og pårørende om den psykiske lidelsen, symptomer for forverring og mestringsstrategier. Tanken er at denne kunnskapen kan hjelpe pasienten til å utføre nødvendige tiltak, og dermed redusere risikoen for tilbakefall (Løvhaug et.al, 2016).

## 3 Metode

Thidemann (2019) beskriver en metode som en systematisk fremgangsmåte for å samle informasjon og kunnskap, for å belyse en problemstilling (s.74).

I dette metodekapitlet skal jeg gjennomgå hva en litteraturside med kvalitativ tilnærming innebærer. Jeg skal også presentere trinnvis hvordan jeg har søkt, og kommet frem til mine funn.

### 3.1 Litteraturstudie med kvalitativ tilnærming

Denne bacheloroppgaven er utført i form av en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, hvor hensikten er å finne oppdatert informasjon og forståelse av kunnskapen på det området som den valgte problemstillingen etterspør. Å systematisere kunnskap innebærer å samle litteratur, for deretter å kritisk gjennomgå den før den til slutt sammenfattes som en helhet (Thidemann, 2019, s.77-78).

For denne litteraturstudien har jeg valgt å foreta en kvalitativ tilnærming. Hensikten med en kvalitativ tilnærming er å få kunnskap og nyanser om blant annet meninger, erfaringer, opplevelser, forventninger, tanker og holdninger hos ulike mennesker. En kvalitativ metode er humanvitenskapelig, og et ønske om dybdekunnskap står sterkt i denne formen for å tilnærme seg studier (Thidemann, 2019, s.76).

### 3.2 Søkeprosessen

Etter at jeg hadde valgt tema for bacheloroppgaven begynte jeg å gjennomføre noen ustrukturerte søk i blant annet Google Scholar og PubMed. Dette var for å få en oversikt over hvor mye forskning som finnes. Jeg fikk 167 000 resultater på mitt første søk i Google Scholar. Dette var alt for mange treff, men jeg syntes allikevel det var hjelpsomt for å få en oversikt over hva slags forskning som finnes. Jeg bestemte meg ved starten av søkeprosessen for å være bevisst på inklusjonen av forskning, hvor pasienter fikk komme med innspill om selvmordsforebyggende arbeid.

Når jeg starter mine strukturerte søk begynte jeg ved å benytte meg av databasen SveMed+. Dette var fordi det er en nordisk database, og jeg kunne bruke norske søkeord. Dette hjalp for å skaffe en oversikt over hvilken fagterminologi som ble brukt i de norske forskningsartiklene, så jeg kunne bruke MeSH til å lage en oversikt over noen alternative engelske søkeord. Deretter begikk jeg søk i større internasjonale databaser, blant annet PsychInfo, og PubMed.

### 3.3 Søkeord

Etter prøving og feiling med ustrukturerte søk fant jeg noen søkeord som fungerte godt for de søkene jeg ønsket å begå. Jeg brukte ulike kombinasjoner av ordene, og bindet de sammen med AND, OR eller NOT for å øke eller redusere antallet treff i databasene.

Nurse	Nursing care	Suicide	Suicide attempt	Suicide ideation	In-patient suicide	Suicide prevention
Psychiatric hospital	Psychiatric ward	In-patient	Hospitalized patient	Treatment	Care	Causation

### 3.4 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Suicidal	Ikke – suicidal
Tidligere suicidal	Ikke – tidligere suicidal
Innlagt ved psyk. døgnavdeling	Ikke innlagt ved psyk. døgnavdeling
Tidligere innleggelse ved døgnavdeling	Ingen innleggelse ved døgnavdeling

Over 18 år	Under 18 år
Engelsks – eller Nordiskspråk	Ikke Engelsk – eller Nordiskspråk
Fagfelleurdert	Ikke fagfelleurdert
Publisert i perioden 2010 – 2020	Publisert før 2010
IMRaD-struktur	Ikke IMRaD-struktur

### 3.5 Analyse og kildekritikk

Når jeg valgte artikler sikret jeg at de var fagfelleurderte, og at de hadde IMRaD struktur. Jeg kvalitetssikret også artiklene mine med hjelp av sjekklister, for å sikre at den forskningen jeg ønsket å bruke hadde god nok kvalitet, og at de var relevante for min problemstilling. De fleste av studiene jeg leste hadde benyttet seg av kvalitativ metode, så jeg brukte i hovedsak sjekklisten for kvalitativ studie (helsebiblioteket, 2016).

Når jeg skulle analysere de utvalgte artiklene startet jeg først med å lese gjennom de flere ganger. Dette var fordi jeg ønsket å skaffe meg et overblikk av forskningsartiklene. Deretter identifiserte jeg ulike tema som jeg ønsket å skille fra hverandre. Etter den første runden med fargekoding, oppdaget jeg fellesnevner i de ulike artiklene. Dette resulterte i at jeg valgte å foreta en ny analyse, hvor jeg hadde laget nye navngitte tema som jeg ønsket å lokalisere og kartlegge i artiklene;

Selvmordsforebyggende tiltak, håp og håpløshet, relasjonsdannelse, risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og «viktig informasjon». Den sistnevnte brukte jeg for å få et overblikk over viktig informasjon om forskningen, som for eksempel etiske overveielser eller svakheter.

### 3.6 Søkematrise

Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjonsord	Avgrensninger	Antall treff (Etter kombinasjonsord og avgrensninger)	Antall leste abstracts	Antall valgte artikler
10.04.2020	SweMed+	selvmord OR selvmordsforsøk OR suicide OR suicide attempt AND forebygging OR prevention	Peer reviewed	3	3	0
15.04.2020	PubMed	Nursing care AND suicide OR suicide attempt AND psychiatric hospital OR psychiatric ward	English language	26	9	1
15.04.2020	PubMed	suicide OR suicide attempt AND suicide prevention AND in psychiatric hospitals OR inpatient suicide	English language Norwegian language Publisert 2010 - 2020	96	7	1
16.04.2020	PsychInfo	Suicide prevention AND hospitalized patients	Peer reviewed Publisert 2010 - 2020	68	5	1
16.04.2020	PsychInfo	suicide OR suicidal ideation AND treatment OR care AND psychiatric wards AND psychiatric patients	Publisert 2010 - 2010 Peer reviewed	8945	10	1
01.05.2020	PubMed	suicide AND inpatient suicide AND causation	Publisert 2010 - 2020	29	2	1

## 4. Resultat

I dette resultatkapitlet skal jeg presentere hovedfunnene som jeg avdekket ved analyseprosessen. Jeg har valgt 5 artikler som jeg ønsker å bruke for å besvare min problemstilling. Jeg har valgt artikler som både inneholder et pasientperspektiv og et fagperspektiv på selvmordsforebygging.

Jeg har valgt å dele funnene mine inn i 3 hovedtemaer; relasjonen mellom pasient & pleier som beskyttelsesfaktor for selvmord, håp & håpløshet og selvmordsforebyggende arbeid ved døgninnleggelse på psykiatrisk avdeling for selvmord.

### 4.1 Litteraturliste

#### 4.1.1 Artikkel 1

<b>Artikkel nummer 1; «Former suicidal inpatients experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway»</b>	
<b>Forfattere, publiseringsår, land, tidsskrift, tittel</b>	Julia Hagen, Birthe Loa Knizek & Heidi Hjemland (2018) Norway <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> Volume 1, utgave 1  «Former suicidal inpatients experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway»
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å utforske hvordan tidligere suicidale pasienter opplevde behandling, og omsorg på psykiatriske avdelinger i Norge. Studien ønsket å evaluere hvorvidt « <i>Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern</i> » påvirket behandlingen som blir gitt 10 år etter retningslinjene ble publisert.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie og semistrukturert intervju
<b>Utvalg/populasjon</b>	Utvalget besto av 5 pasienter som tidligere hadde blitt innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling på grunn av suicidal atferd. Alderen på deltagerne var 33 – 54 år. Alle hadde vært innlagt på akuttavdeling, og deretter overført til distriktpsikiatrisk senter.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Deltagerne rapporterte flere positive erfaringer enn negative erfaringer fra innleggelsen, og behandlingen de mottok. Det ble likevel funnet tre hovedområder som pasientene tolket som de viktigste, og som det var rom for forbedring under; <ol style="list-style-type: none"><li>1. En følelse av trygge relasjoner til personalet, for å føle seg komfortable nok til å dele deres lidelser og suicidalitet.</li><li>2. Individuell behandling for å føle seg sett og forstått som verdifulle enkeltmennesker.</li></ol>

	3. Støtte som motivasjon og styrke for å gjennomføre behandlingen, og føle bedring.
<b>Kvalitetsvurdering og metodekritikk</b>	Fagfellevurdert. IMRaD – struktur. Studien er utført i Norge, noe som gjør at behandlingen som blir gitt samsvarer med de norske retningslinjene.  <u>Kritikk:</u> Få deltagere, som begrenser hvor reflektert resultatet blir.

#### 4.1.2 Artikkel 2

<b>Artikkel nummer 2; «Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study»</b>	
<b>Forfattere, publiseringsår, land, tidsskrift, tittel</b>	L. Ghio, E. Zanelli, S. Gotelli, P. Rossi, W. Natta & F Gabrielli (2011) Genona, Italy <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> Volume 18, utgave 6 «Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study»
<b>Hensikt</b>	Formålet med studien var å få innsikt i de individuelle erfaringene til pasienter som har forsøkt å begå selvmord. Målet var også å kartlegge risikofaktorer, og forebyggende faktorer for et eventuelt senere selvmordsforsøk. Forskerne ønsket også å kartlegge hva pasientene opplevde som konstruktiv behandling fra behandlere, og helsepersonalet i deres behandlingsforløp.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie med fokusgruppe intervju
<b>Utvalg/populasjon</b>	Utvalget var 17 pasienter som alle var innlagt på døgnavdeling for behandling etter et selvmordsforsøk. De var alle innlagt ved akuttpsykiatrisk avdeling og selvmordsforsøket hadde funnet sted minst 3 uker før fokusgruppe møtene.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Resultatene viste at hovedgrunnen til at de ønsket å ta sitt eget liv var å unnsnippe «psykisk smerte» og vonde følelser. Felles for alle pasientene var planleggingen for selvmordsforsøket hemmelig. De nevnte også risikofaktorer som en ny rusavhengighet, ensomhet, å bo alene, følelsen av å få lite empati, lite oppfølging ved behandling og konflikter i relasjoner. De ønsket mindre medisinsk behandling og mer psykoterapi, tettere oppfølging umiddelbart etter et selvmordsforsøk, større søkelys på å bearbeide traumer fra selve forsøket, og ukentlig eller daglig oppfølging fra en profesjonell. Samtlige opplevde det også som hjelpsomt å få prate med mennesker som også var i deres situasjon.
<b>Kvalitetsvurdering og metodekritikk</b>	Fagfellevurdert. Godkjent av <i>Ethical Commission for Medical Research</i> som tilhører <i>the University Hospital of San Martino</i> . IMRaD – struktur.  Psykologer og psykiatere evaluerte pasientenes sinnstilstand gjennom hele forskningsperioden, for å sikre at de ikke fikk forhøyet selvmordsrisiko av å delta.  <u>Kritikk:</u> Studien fant sted i Italia, de har et annet helsesystem enn i Norge.

### 4.1.3 Artikkel 3

<b>Artikkel nummer 3; «In-patient suicide: Selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation.»</b>	
<b>Forfattere, publiseringsår, land, tidsskrift, tittel</b>	<p>Large M.M, Chung D.T, Davidson M, Weiser M &amp; Ryan C.J (2017)</p> <p>USA</p> <p><i>BjPsych Open</i>, Volume 3, Issue 3</p> <p>«In-patient suicide: Selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation.»</p>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å finne ut om innleggelse på psykiatrisk sykehus kan føre til selvmord. Studien kartlegger også faktorer med psykiatrisk innleggelse som kan utløse selvmordsforsøk.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Forskerne i denne artikkelen bruker Sir Austin Bradford Hills ni kriterier for å vurdere om en statistisk påvist assosiasjon skal kunne tolkes som sann kausalitet. I dette tilfellet gjelder dette selvmord på grunn av psykiatrisk sykehusinnleggelse.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Studien diskuterer voksne (over 18 år) pasienter som er innlagt eller har vært innlagt ved psykiatrisk sykehus.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	<p>Sammenhengen mellom psykiatrisk sykehusinnleggelse og selvmord møter <i>tydelig 5</i> av de 9 kriteriene til Hill. Disse kriteriene er; 1. assosiasjonens styrke, 2. konsistens, 6. Plausibilitet, 7. Koherens og 9. Analogi.</p> <p>Sammenhengen mellom psykiatrisk sykehusinnleggelse og selvmord møter <i>delvis</i> de tre siste kriteriene; 4. temporalitet, 5. biologisk gradient og 8. eksperimentell bekreftelse.</p> <p>Dette betyr at basert på denne studien kan psykiatrisk sykehusinnleggelse føre til at pasienter begår selvmord. Studien vektlegger at pasienter burde utredes for selvmordsfare, og om det tyder på at denne faren vil øke ved innleggelse på døgnavdeling.</p>
<b>Kvalitetsvurdering og metodekritikk</b>	<p>Fagfellevurdert. IMRaD struktur.</p> <p><i>Kritikk</i>; Det er velig spesifikt å vurdere etter Hills 9 kriterier. Jeg måtte lese meg opp på hva de innebar før jeg leste artikkelen.</p>

### 4.1.4 Artikkel 4

<b>Artikkel nummer 4; «Effects of a suicide prevention programme for hospitalised patients with mental illness in South Korea»</b>	
<b>Forfattere, publiseringsår, land, tidsskrift, tittel</b>	<p>Jun W.H, Lee E.J &amp; Park J.S. (2013)</p> <p>Sør-Korea</p> <p><i>Journal of clinical nursing</i> Volume 23, utgave 13 – 14</p>

	«Effects of a suicide prevention programme for hospitalised patients with mental illness in South Korea»
<b>Hensikt</b>	Formålet med denne studien var å forske på et selvmordsforebyggende program for pasienter med psykiske lidelser som var innlagt på en psykiatrisk avdeling ved universitetssykehuset i Seoul i Sør-Korea. Forskerne satte søkelys på 4 nivåer som de målte; Depresjon, selvtillit/selvfølelse, selvmordstanker og åndelighet.
<b>Metode</b>	Det er en kvasiekperimentell studie som ble utført på en eksperimentellgruppe, og en kontrollgruppe for å kartlegge effekten av et selvmordsforebyggende program. Effekten av programmet ble målt ved bruk av et spørreskjema som inneholdt demografisk kjennetegn og spørsmål innenfor de 4 nivåene som forskerne ønsket å måle.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Utvalget besto av 45 pasienter med psykisk(e) lidelse(r) som var innlagt på psykiatrisk avdeling på et sykehus i Sør-Korea i perioden mai-oktober i 2012. Kravet for deltagelse innebar at pasientene ikke hadde kognitivt svekkende tilstander som for eksempel demens eller vrangforestillinger. Pasientene måtte også ha evnen til å kommunisere med forskerne, samt å forstå og svare på spørreskjema. Det ble også signert et samtykkeskjema.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Resultatene viste at programmet bidro til en tydelig reduksjon i den statistiske scoren av depresjon og selvmordstanker blant pasientene. Men undersøkelsen viste at programmet hadde ingen vesentlig betydning for selvtillit/selvfølelse og åndelighet.  Et slikt program kan være et nyttig hjelpemiddel for ansatte ved psykiatriske avdelinger eller institusjoner hvor målet er å kartlegge, og å redusere selvmordstanker og dermed også selvmordsrisiko.
<b>Kvalitetsvurdering og metodekritikk</b>	Fagfellevurdert. IMRaD-struktur. Etisk godkjenning for studien av <i>the Institutional Review Board (IRB) of Catholic University</i> i Sør-Korea.  Kritikk; Utført i Sør-Korea, de har et annet helsesystem enn i Norge.

#### 4.1.5 Artikkel 5

<b>Artikkel nummer 5; «A theory for the nursing care of patients at risk of suicide»</b>	
<b>Forfattere, publiseringsår, land, tidsskrift, tittel</b>	Sun. F.K, Long .A, Boore. J, & Tsao. L.I. (2006).  Taiwan  <i>Journal of Advanced Nursing (JAN)</i> Volume 53, Utgave 6  «A theory for the nursing care of patients at risk of suicide»
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utarbeide en sykepleie-basert teori som skulle veilede pleiere som arbeider med suicidale pasienter ved psykiatriske døgnavdelinger.



<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ studie med Grounded Theory. Studien ble gjennomført ved hjelp av observasjoner av pleiere og pasienter ved en psykiatrisk avdeling. Etter perioden med observasjon av pasienter og pleiere ble det også gjennomført semi-strukturerte intervjuer.</p> <p>Studien ble gjennomført på 3 ulike sykehus i Taiwan.</p>
<b>Utvalg/populasjon</b>	<p>Studien hadde til sammen 30 deltagere, hvor 15 deltagere var pasienter og de resterende 15 var sykepleiere. Restriksjonskravene for sykepleierne innebar at de hadde 6 minst måneder med erfaring innen psykiatrisk sykepleie, og minst 3 kliniske erfaringer med pasienter som hadde begått et selvmordsforsøk. Restriksjonskravene for pasientene var at de hadde hatt suicidale tanker i minst 2 uker før studien begynte, eller at de hadde gjennomført et selvmordsforsøk tidligere. Lengden på deres innleggelse varierte fra 7 – 30 dager.</p>
<b>Hovedfunn/resultater</b>	<p>Basert på datainnsamlingen og Strauss og Corbins design for Grounded Theory delte forskerne funnene inn i 5 kategorier, som til slutt ble analysert, og en kjernekategori ble dannet for å skape en sammenfatning av kategoriene. I denne studien kom det frem at den viktigste faktoren for selvmordsforebygging er forholdet mellom pasient og pleier på den psykiatriske avdelingen; Trygg og lidenskapelig omsorg som kom til uttrykk med et terapeutisk forhold mellom pasient og pleier. Det var tydelig at pleierne hadde betydelig innvirkning på pasientenes behandling, både med kunnskap og grunnleggende sykepleie, og med interaksjoner, emosjonell tilgjengelighet og empati.</p>
<b>Kvalitetsvurdering og metodekritikk</b>	<p>Fagfellevurdert - IMRaD-struktur</p> <p>Kritikk; Sykepleierne besto av kun kvinner. Det blir ikke oppgitt navn på sykehusene hvor studien ble gjennomført.</p> <p>Denne artikkelen ble skrevet i 2006.</p> <p>Denne artikkelen ble skrevet i 2006, men jeg mener allikevel at den er svært relevant for min problemstilling og at denne forskningen også kan benyttes i dagens samfunn. Forskerne utarbeidet en teori som kan være veiledende i arbeidet med suicidale pasienter på døgnavdeling. De redegjør for faktorer som kan forebygge forekomsten av selvmordsforsøk – og tanker på døgnavdeling.</p> <p>Forskningen samsvarer med artiklene jeg har fra nyere tid, og funnene er så relevante for min oppgave at jeg velger å bruke den.</p>

## 4.2 Mine hovedfunn

### 4.2.1 Relasjonen mellom pasient & pleier som beskyttelsesfaktor for selvmord

Et tema som var gjennomgående i samtlige av artiklene var viktigheten av en god relasjon mellom pasienten og pleieren i arbeidet med selvmordsforebygging ved psykiatrisk døgnavdeling. Basert på funnene i artiklene kan en god pasient – pleier relasjon omtales som trygt, tillitsfullt og fylt med åpenhet. Dannelsen av et forhold hvor pleieren skaper trygghet og

viser engasjement ovenfor pasienten kan ha innvirkning på pasientens bedring og behandling (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2018; Sun, Long, Boore & Tsao, 2006). I Hagen et al. (2018) intervju med tidligere døgninnlagte pasienter kommer det tydelig frem at medmenneskelighet, empati og at pleierne gir av seg selv har vesentlig betydning for pasientene. De beskriver et ønske om at pleierne skal bruke sine personlige egenskaper og kompetanse, i tillegg til sin yrkeskompetanse. En følelse av empati og trygghet fra personalet på avdelingen, ble oppfattet av pasientene som en beskyttelsesfaktor for å utvikle tanker om å ta sitt eget liv (Ghio et.al, 2011).

#### 4.2.2 Håp og håpløshet

Begrepene håp og håpløshet blir gjentatt i artiklene som inneholder studier hvor pasientene selv får beskrive tankene og emosjonene som er tilknyttet ønsket om å ta sitt eget liv. Det ble kartlagt at pasientene følte det var mange ulike faktorer som resulterte i at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv, men en stor fellesnevner var en følelse av en overveldende håpløshet og mangelen på evnen til å håndtere belastende opplevelser og emosjoner (Sun, et al. 2006). Følelsen av håpløshet og isolasjon fra omverdenen er uutholdelig, og samtlige føler på en intens frykt for å bli slukt av den voksende følelsen av tomhet og ensomhet som håpløsheten bringer (Ghio, Zanelli, Gotelli, Rossi, Natta & Gabrielli, 2011). Når ens respekt for seg selv som individ svekkes, og man degraderer sine personlige egenskaper og ferdigheter gir dette en følelse av å konstant være en byrde for andre. Viljen og håpet for livet forsvinner, og en følelse av at de rundt deg får det bedre om du blir borte kommer fram (Hagen et.al, 2018).

«The desire to live, it disappears completely. In the end I feel that it is better for my kids, it is better for my husband, it is better for my in-laws that I am dead.» (Hagen et.al, 2018. s.4).

Håp kan stimulere mennesker med selvmordstanker til å fortsette livet, men de trenger ofte hjelp til å finne det midt i all håpløsheten (Jun, Lee & Park, 2013).

#### 4.2.3 Selvmordsforebyggende arbeid ved døgninnleggelse på psykiatrisk avdeling.

Et gjennomgående tema for samtlige av artiklene var viktigheten av risikovurdering for selvmord ved innleggelse på psykiatrisk døgnavdeling. (Large, Chung, Davidson, Weiser & Ryan, 2017; Jun et.al, 2013; Sun et.al, 2006). Når en pasient blir innlagt på en døgnavdeling er det svært viktig at det blir foretatt en tidlig vurdering av både selvmordsrisiko, og en kartlegging av risikofaktorer for å utvikle selvmordstanker hos pasienten. Dette gjør det mulig

for personalet på avdelingen å tidlig sette i gang tiltak som virker forebyggende for et eventuelt selvmordsforsøk (Large et.al, 2017; Jun et.al, 2013).

En vurdering av selvmordsrisiko bør foretas kontinuerlig gjennom hele behandlingsforløpet til pasienten. Bruken av hyppige observasjoner og å stille direkte spørsmål om forekomsten av selvmordstanker, - ideer eller hensikten bak selvskadende atferd er gunstig ved kartlegging av selvmordsrisiko (Sun et.al, 2006). For å utføre en slik risikovurdering er det nødvendig at kartleggeren har tilstrekkelig kunnskap om de ulike risikofaktorene for selvmord, og om tegnene som indikerer at en pasient har selvmordstanker (Sun et.al, 2006; Jun et.al, 2013).

Kognitiv atferdsterapi, psykoterapi, psykoedukasjon og gruppebasert terapi er eksempler på direkte tiltak for behandling av suicidalitet (Jun et.al, 2013; Ghio et.al, 2011). Pasienter skal behandles individuelt ut fra sine forutsetninger og behov for at behandlingen skal bli optimal for dem, dette gjelder også valget for behandlingsmetode (Ghio et.al, 2011; Hagen et.al, 2018; Large et.al, 2017). Innleggelse på døgnavdeling kan være en stor påkjenning for et menneske. Innleggelse på døgnavdeling beskrives av pasienter som en av de tøffeste fasene ved et behandlingsforløp (Jun et.al, 2013; Ghio et.al, 2011), da det innebærer et frafall av kontroll, støtte og selvstendighet. Dermed opplever enkelte pasienter selve døgninnleggelsen som et høyrisikomoment for selvmordstanker, og vonde følelser (Large et.al, 2017).

Samtlige pasienter opplevde tiden rett etter et selvmordsforsøk, starten av en innleggelsesperiode og perioden rett etter utskrivning som svært sårbar og risikofylt. Det var i disse periodene de hadde følt på minst impuls kontroll og økt variasjon i emosjoner (Jun et.al, 2013; Ghio et.al, 2011).

I tillegg til risikofaktorer for økt selvmordsfare, finnes det også beskyttelsesfaktorer for selvmord. En sikring av det fysiske miljøet på avdelingen kan være en måte å forhindre at pasientene kan skade seg selv eller andre (Sun et.al, 2006; Jun et.al, 2013). Avdelingen burde være utformet slik at høyrisiko pasienter enkelt kan bli observert av pleierne, og redskaper som kan bli brukt til selvskading skal være på en lokasjon som er utilgjengelig for pasienten (Sun et.al, 2006).

## **5 Diskusjon**

I dette kapitlet vil funnene i de valgte artiklene drøftes opp mot teorien som ble presentert i teorikapitlet, samt noen egne erfaringer fra min psykiatripraksis.

## 5.1 Diskusjon av hovedfunn

### 5.1.1 Relasjonen mellom pasient & pleier som beskyttelsesfaktor for selvmord

Pasientene i Sun et.al (2006) sin studie opplevde selv at trygg og god omsorg fra empatiske pleiere hadde betydelig innvirkning på deres behandling. Dette gjaldt både i forhold til fagkunnskap, og med interaksjoner og emosjonell tilgjengelighet. Studien viste at pleiere ved psykiatriske døgnavdelinger hadde muligheten til å påvirke pasienters livskvalitet ved innleggelse.

En god pasient – pleier relasjon kan omtales som trygt, tillitsfullt og fylt med åpenhet. Om pasientene føler trygghet i relasjonen til pleierne, kan dette skape en arena hvor pasienten våger å være åpen og ærlig om tankene sine gjennom innleggelsesperioden. Om pasientene blir møtt med empati og åpenhet når de deler sine tanker, kan det virke oppfordrende for at pasientene selv klarer å varsle pleierne på avdelingen om de opplever en eventuell psykisk forverring (Hagen et.al, 2018). Empati er en prosess der det søkes om å fange opp og forstå et annet menneskes følelser, forså å la oss veilede av denne forståelsen i kontakten med dem (Vråle, 2018, s.17).

Om pasientene føler at de kan være åpne med personalet som arbeider på avdelingen, styrker dette kanskje muligheten for at de også deler eventuelle selvmordstanker, - ideer eller planer. Mange pasienter rapporterer at de holdt selvmordstanker, og planleggingen for sitt selvmordsforsøk hemmelig for venner, familie og helsepersonell (Ghio et.al, 2011). Personal på avdelingen må dermed arbeide for at pasientene selv utvikler et ønske om å åpne seg opp, og dele det vonde. Annerkjennelse fra personalet ved deling av vonde tanker og følelser kan være avgjørende for at de skal føle seg sett, hørt, og respektert som enkeltmennesker (Vråle, 2018). På denne måten kan en god relasjon føre til åpenhet, som igjen kan gi personalet muligheten til å arbeide forebyggende med tanke på et selvmordsforsøk om pasienten opplever en forverring i sin psykiske tilstand.

Men hvordan påvirker det da pasienten om relasjonen til pleierne er dårlig?

Pasienter i undersøkelsen til Hagen et.al (2018) følte at et dårlig forhold til pleieren førte til at de ikke ønsket å åpne seg. En dårlig kjemi mellom pasienten og pleieren kan resultere i at pasienten vegrer seg for å varsle om hen føler på selvmordstanker, skadetrang eller vonde følelser. En pasient i undersøkelsen rapporterte om en hendelse som fant sted en dag hun hadde tunge selvmordstanker, men valgte å ikke varsle pleiekontakten sin fordi hun ikke følte

seg trygg på vedkommende. Det resulterte i at selvmordstankene ble så overveldende at hun forsøkte å kvele seg selv på pasientrommet sitt.

«I would not tell it to my contact, because I did not have good chemistry with him» (Hagen et.al, 2018, s. 5).

I en annen studie kom det fram at holdningene til personalet hadde en stor innvirkning på pasientens opplevelse av anerkjennelse og trygghet. Følelsen av å bli dømt for sine selvmordstanker eller atferd, eller en opplevelse av at pleierne ikke hadde tid til samhandling med pasienten når hen trengte det, førte til at flere av pasientene følte de sto alene med tankene sine. Mange opplevde også at pleiere reagerte negativt ved konstruktiv kritikk ovenfor den behandlingen de ga til pasientene (Sun et.al, 2006).

For samtlige pasienter var det viktig at pleierne var seg selv, og at de brukte sin personlige kompetanse, og ferdigheter i tillegg til sin yrkeskompetanse (Hagen et.al, 2018). Dette betyr at pleierne må ha evnen til å opprettholde en profesjonalitet og ivareta sin faglige kunnskap, samtidig som de holder på en åpenhet og personlighet mellom seg og pasienten. Dette kan være krevende og komplisert å gjennomføre for pleieren. Skau (2017) definerer personlig kompetanse som hvem vi er som individer, både ovenfor oss selv og i samspill med andre. Det er en kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som vi intuitivt tilpasser ulike profesjonelle sammenhenger (s.60 – 61). Helsedirektoratet (2017b) definerer blant annet betydningsfulle relasjoner som en beskyttende faktor for selvmord, og flere av pasientene i studiene uttrykte at de ansatte ved den psykiatriske døgnavdelingen kunne få betydningsfulle roller i deres liv. Noen pasienter satte søkelys på hvor viktig det var med gode relasjoner mellom pasient og pleier, fordi de som var pasienter ikke nødvendigvis hadde noe form for støttesystem utenfor avdelingen (Sun et.al, 2006).

En god pasient – pleier relasjon kan virke beskyttende for utviklingen av økt selvmordsrisiko hos innlagte pasienter. Samtidig kan det virke skadende for behandlingen som pasientene mottar, om de opplever at de ikke blir sett, hørt eller behandlet med medmenneskelighet. Dette kan legge mye press på personalet som arbeider med pasientene, da det krever at personalet evner å forholde seg både profesjonelle etter sitt yrke, og personlige ovenfor sine pasienter.

### 5.1.2 Håp & håpløshet

I min psykiatripraksis fikk jeg være med i behandlingsteamet til en ung pasient. Denne pasienten hadde kommet til Norge som mindreårig flyktning, og hadde ventet på

oppholdstillatelse i flere år. Han hadde utviklet psykiske lidelser som resultat av en oppvekst preget av belastende hendelser med tilknytning til krig, vold og overgrep. Han hadde før sin siste innleggelse lenge vært i en god periode, hvor han hadde vært lite plaget med symptomer. Men midt i denne gode perioden mottok han beskjed om at oppholdstillatelse ikke var innvilget. Han forklarte at dette resulterte i en følelse av panikk, sinne og frustrasjon. Han hadde ingen familie eller venner i det landet han skulle bli sendt til, og ingensteds å bo. Han fortalte at han ikke så noen framtid der, og at alt virket håpløst. Dette resulterte i et selvmordsforsøk.

Den unge pasienten i eksempelet mistet alt håp på en god fremtid for seg selv. Etter selvmordsforsøket ble han innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling, og der diskuterte personalet tidlig om hvordan de skulle bistå han i å finne håp for livet. I resultatkapitlet kom det fram at en av de utløsende faktorene for selvmordsforsøk, var en overveldende håpløshet, og mangelen på evnen til å håndtere belastende opplevelser og emosjoner (Sun, et al. 2006).

En overveldende håpløshet kan øke risikoen for at et menneske forsøker å ta sitt eget liv (Vråle, 2018). Pasientene i Hagen et.al (2018) sin studie fortalte om en oppfatning av seg selv som «monstre», og med en unaturlig eksistens i livet. De følte de ikke hadde noen verdi som mennesker, og degraderte sine personlige egenskaper og ferdigheter. De følte at de var en konstant byrde for andre. Når håpløsheten ble uutholdelig, klarte de ikke lenger å se utveien av mørket. Håpet for livet forsvant, og de konkluderte dermed med at menneskene rundt dem fikk det bedre om de bare døde.

Når håpløsheten føles så sterk, hvordan er det da mulig for pleieren å veilede pasientene ut av mørket, og tilbake til et liv fylt av håp og forventninger for fremtiden?

Funnene i Jun et.al (2013) sin studie tyder på at å styrke håp hos pasienten kan bistå med å dempe selvmordstanker. Håp kan stimulere mennesker til å ønske å fortsette livet (s.1853). Vråle (2018) redegjør for at håp kan «smitte» emosjonelt, og at helsepersonell med sine holdninger, trygghet og tillit kan stimulere en følelse av håp hos pasienten. Helsepersonellet kan sammen med pasienten kartlegge hva som skaper trygghet og tillit, og hva som skaper utrygghet og mistillit. Om pasienten har en økt bevissthet til dette kan det hjelpe vedkommende til å forholde seg til det som fremmer en følelse av trygghet (s.115 – 116).

Pasientene i Ghio et.al (2011) beskrev en redsel for å være alene. De var redde for at de skulle bli slukt av følelsen av verdiløshet, håpløshet og ensomhet (s.516). Selvmordstanker kan medbringe vonde, stygge og negative tanker om en selv som individ. Suicidal atferd, eller

selvskading kan dermed være rettet mot følelsen av verdiløshet som menneske. Om pleierne ved psykiatriske døgnavdelinger kan bistå pasienten i å finne kvaliteter ved dem selv, eller å kartlegge positive faktorer som gir en følelse av verdi, kan dette muligens styrke selvsikkerheten hos pasientene. Om pasientene føler mestring og selvsikkerhet, kan dette gi en følelse av at de kan mestre framtiden. Mestring kan betegnes som en helhetlig kompetanse, hvor kunnskaper om eget livs – og helsesituasjon, gode praktiske problemløsningsferdigheter, ferdigheter til å knytte kontakter og å ha sosial tilhørighet til et felleskap er viktig (Vråle, 2018, s.118). Helsedirektoratet (2017b) omtaler ferdigheter som disse som beskyttelsesfaktorer for selvmord.

Personalet i Holm et.al (2018) sin studie opplevde at det å være til stede sammen med pasientene/brukerne i en fortvilet og krevende situasjon var viktig for at de skulle kunne oppleve håp, og mulighet for bedring på sikt. De opplevde også at om de formidlet at de hadde tro på at brukerne kunne få det bedre når de hadde det som vanskeligst, kunne dette styrke håpet (s.22).

Da den unge mannen i det tidligere eksempelet ankom avdelingen for døgninnleggelse, uttrykte han en lettelse for at han ble innskrevet. Han sa han husket hvor mye bedre han hadde det med seg selv etter forrige innleggelse, og fikk håp om at denne innleggelsen skulle føre til det samme. Opplevelse av håp og håpløshet kan også forstås fra vår fortid, og hvorvidt vi har opplevd mestring. Opplevelser av å for eksempel motta hjelp når det oppstår vanskelige livssituasjoner, og av at det skal gå bra, kan resultere i en følelse av håp selv om livet til nå har vært vanskelig. Om man ikke har erfaringer med å få hjelp og at det har ordnet seg, kan resultere i at følelsen av håpløshet oppstår raskere og i høyere grad ved motgang (Vråle, 2018, s. 113).

Pleierne på døgnavdelingene kan muligens bli en nøkkelspiller når det kommer til å bistå pasienter i å lære å forstå, håndtere og bearbeide følelser av håpløshet (Ghio et.al, 2011). Om håpet i pasienten styrkes, kan dette stimulere til et nytt ønske om å fortsette livet (Jun et.al, 2013).

### 5.1.3 Selvmordsforebyggende arbeid ved døgninnleggelse på psykiatrisk avdeling.

Et gjennomgående tema i artiklene for selvmordsforebyggende arbeid var viktigheten av en tidlig kartlegging, og vurdering av selvmordsrisiko. Nasjonale retningslinjer for forebygging

av selvmord i psykisk helsevern (2008) dedikerte også et eget kapittel i retningslinjene for risikovurdering. Det ble vektlagt at det skal være utarbeidet prosedyrer for hvordan dette skal utføres, og at det skal gjennomføres av personal med de tilstrekkelige kunnskapene og ferdighetene som trengs til å vurdere både en person, og en situasjon. Dermed må det aktuelle helsepersonalet ha kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter. Både Sun et.al (2006) og Large et.al (2017) vektlegger viktigheten av kontinuerlig evaluering av selvmordsrisiko gjennom hele behandlingsforløpet til pasienten. Ved kartlegging av selvmordsrisiko vektlegges bruken av hyppige observasjoner, og direkte spørsmål som omhandler selvmord. Ghio et.al (2011) forslår en prosedyre som innebærer å foreta en risikovurdering for selvmord på alle pasienter som blir innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling. Dette er for å oppdage om det er tegn som tyder på at pasienten kan utvikle selvmordstanker, slik at nødvendige tiltak kan innføres så tidlig som mulig.

NSSF (2020b) peker mot at psykiske helseproblemer og lidelser i seg selv er en stor risikofaktor for selvmord. Jun et.al (2013) viser til at psykiske lidelser kan bli tolket som et symptom på fare for utvikling av selvmordstanker, og dermed kan behandling av psykiske lidelser være selvmordsforebyggende. På en annen side utrykte pasientene i Ghio et.al (2011) at de ikke opplevde sine psykiske lidelser som en direkte forklaring på deres suicidale atferd. De mente at man ikke alltid kan peke ut en direkte årsak til selvmords – tanker og/eller handlinger, men at det kan være mange små faktorer som får en stor konsekvens. Noen pasienter mente også at det var miljøets behandling av deres psykiske lidelser som var hovedgrunnen til at de suicidale tankene, og intensjonene oppsto.

Samtlige pasienter opplevde tiden rett etter et selvmordsforsøk, starten av en innleggelsesperiode, og perioden rett etter utskrivning som svært risikofylt. Det var da de hadde følt på minst impuls kontroll og mest varierende emosjoner (Jun et.al, 2013; Ghio et.al, 2011). Pasientene uttrykte et behov om å få mulighet til å få snakke om og bearbeide selvmordstankene sine, og om eventuelle selvmordsforsøk i en terapeutisk sammenheng. Noen av de utbredte behandlingsmetodene for mennesker med suicidal atferd er ulike former for psykoterapi for å bistå pasienten i å analysere, forstå og tolke forløpet med sin tankegang. En annen form for terapi er gruppeterapi (Jun et.al, 2013; Ghio et.al, 2011). Men Snoek & Engedal (2018) hevder at ikke alle tema egner seg for behandling i gruppe (s.56). Denne påstanden samsvarer med hva jeg ble fortalt av fagpersonell når jeg gjennomførte min psykiatripraksis. De vektla at det var viktig at pasientene ikke begynte å snakke om selvmordstanker – eller atferd under gruppebehandlingene. Dette var fordi personalet mente



det kunne trigge de andre deltagende pasientene. Personalet oppfordret også til at om en pasient åpnet opp om slik «tung» problematikk utenfor kontoret til pasientens behandler, var målet å få de til å snakke om – og tenke på noe annet.

En motsetning til denne tankegangen er pasientene i Ghio et.al (2011) sin studie. Denne studien baserte seg på fokusgruppe intervju, som betyr at alle pasientene snakket om selvmord med hverandre og forskerne til stede. Disse pasientene fortalte at de følte stor nytte av en slik erfaring; Å dele tanker, følelser og hendelser med mennesker som har vært gjennom lignende opplevelser. De etterspurte flere gruppeterapitimer som baserte seg på selvmordsproblematikk.

«(...) being able to talk to people who've been through the same kind of problems ... Because maybe you feel they understand you better, you feel safer» (Ghio et.al, 2011, s. 515).

Vråle (2018) beskriver veien fra utviklingen av selvmordstanker og selvmordsforsøk, mot fullbyrdet selvmord som en prosess. Hun mener at en selvmordsprosess viser hvordan psykiske traumer, belastende livshendelser, sårbarhet og psykiske helseproblemer kan medvirke til utviklingen av selvmordstanker (s.31). Som nevnt i teorikapitlet på side 5 deles selvmordsprosessen inn i tre deler, som sammen danner det presuicidale syndrom. En slik selvmordsprosess må ikke nødvendigvis ende i et selvmordsforsøk, og/eller døden. Om personalet har kompetansen, prosedyrene og ferdighetene som trengs for å oppdage, identifiserer og forstå tegnene og tankene underveis i selvmordsprosessen er det mulighet for å stoppe utviklingen, og vende pasientens oppmerksomhet mot livet (s.31-32). Om pasienten selv har kunnskap om egne risikotegn for økt selvmordsfare, kan også hen bremse sin egen selvmordsprosess. Psykoedukasjon for pasienter med suicidal atferd kan være aktuelt for å forstå, oppdage og mestre selvmordstanker før det utvikler seg til et selvmordsforsøk. Om pasienten (og eventuelt pårørende) har kunnskapen til å forstå selvmordstankene, hvorfor de kommer og hva man skal gjøre om de dukker opp, kan det fungere forebyggende for selvmord (Løvhaug et.al, 2016).

Når en pasient blir innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling for suicidal atferd, medfører dette at de mister det privatlivet de normalt har i hverdagen. Som de Nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging (2008) anbefaler, innebærer dette at alle pasientene skal overvåkes i ulik grad. Når pasienter vurderes som høyrisiko anbefaler retningslinjene at det gjennomføres en kontinuerlig observasjon. Ved en kontinuerlig observasjon skal personalet være så fysisk nær pasienten, at det er mulig å avverge situasjoner som fører til selvskade – eller

selvmordsforsøk (s.21). Dette betyr at privatliv utelukkes, og personalet observerer pasienten både under måltid, på toalettet, og om natten. Vråle (2018) hevder tilgjengelighet av metoder for å begå selvmord påvirker selvmordsprosessen, da minimering av redskaper, situasjoner eller forhold pasienten kan bruke til å skade seg på kan forhindre et selvmordsforsøk (s.31). Sikring av det fysiske miljøet på avdelingen vil dermed også være viktig, for å forhindre at pasientene kan skade seg selv eller andre (Jun et.al 2013; Sun et al 2006).

Men selv om kontinuerlig observasjon kan være en effektiv metode for å sikre at pasienten er trygg, og for å avverge eventuell skade, kan det også oppleves som invaderende for pasienten. Large (2017) diskuterer om innleggelse på døgnavdelinger i seg selv kan forhøye selvmordsrisikoen for enkelte pasienter. Både de nasjonale retningslinjene (2008), og pasientene i Jun et.al (2013) og Ghio et.al (2011) opplevde tiden rett etter innleggelse som svært sårbart. En døgninnleggelse for en høyrisikopasient vil innebære frafall av kontroll og selvstendighet. Som Vråle (2018) nevner i sin beskrivelse av det presuicidale syndrom, kan selvmordstanker, og viten om at døden er en mulighet gi en følelse av kontroll og ro (s.32). Dermed kan uro, frustrasjon og vonde følelser stige når muligheten for å begå selvmord forsvinner. Large (2017) mener også sårbarheten etter utskrivelse fra døgnenheten er med på å heve risikoen for selvmord. Pasientene vil gå fra konstant overvåkning og å bli passet på, til å stå alene.

## 5.2 Metodekritikk

I denne oppgaven inkluderte jeg en kilde fra 2006, selv om jeg i utgangspunktet ikke søkte etter forskning som var eldre enn 10 år. Jeg fant denne artikkelen veldig tidlig i søkeprosessen min, og debatterte lenge om jeg skulle bruke den eller ikke. Jeg valgte til slutt å bruke denne artikkelen fordi den var relevant for min problemstilling på tross av sitt utgivelsesår, men det er en svakhet at den ikke følger det originale kriteriet som ekskluderte forskning publisert før 2010.

En annen svakhet med denne studien er at alle de valgte artiklene er engelskspråklige. Dette kan skape barrierer i forhold til språkforståelse når jeg tolker og anvender forskningen. Kun en av de fire artiklene har en studie som ble gjennomført i Norge, resten har blitt utført i andre land. Dette betyr at helsesystemene, og/eller rammene rundt pasientenes behandling kan være annerledes enn i Norge.

Om jeg skulle endret noe med oppgaven min, hadde det vært å konkretisere problemstillingen min enda mer. Jeg kunne ha valgt å sette søkelys på en bestemt aldersgruppe, eller en enda

tydeligere pasientgruppe. Dette kunne gjort søkene i databasene enklere å utføre, og valget av teori til drøftingen enklere å plukke ut.

Styrker ved min oppgave er at alle artiklene er fagfelleverderte. Jeg har også gjort søk i flere ulike databaser for å finne aktuelle artikler. Forskningsartiklene er også grundig analyserte, for å sikre at de har relevans for min problemstilling. God analyse senker også risikoen for feiltolkning.

## 6 Konklusjon

Formålet med denne bacheloroppgaven var å finne svar på følgende problemstilling;

*Hvordan kan vernepleieren forebygge forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter innlagt på døgnavdelinger ved psykiatriske institusjoner?*

For å kunne bistå pasientene i deres selvmordsproblematikk er det vesentlig at vernepleieren har den tilstrekkelige kompetansen som trengs for å vurdere og kartlegge selvmordsrisiko, kunnskap om risiko – og beskyttelsesfaktorer for selvmord, og evnen til å sikre pasientsikkerhet. Vernepleieren må ha evnen til å motivere og bidra til psykisk og fysisk bedring med omsorgsbasert pleie. Vernepleieren må gi av seg selv i arbeidet med selvmordsforebygging, og bruke sin personlige kompetanse i møte med pasienten. En stabil, tillitsfull og trygg relasjon mellom pasient og pleier kan positivt påvirke pasientens håp for fremtiden, og styrke pasientens motivasjon i behandlingsforløpet. Vernepleieren må gi anerkjennelse for vonde tanker og følelser, og bistå pasienten i å lære å forstå, håndtere og bearbeide håpløsheten.

## 7. Litteraturliste

- FN-sambandet (2019, 10. September), *Verdensdagen for selvmordsforebygging (WHO)*. Hentet fra: <https://www.fn.no/Om-FN/FN-dager/Kalender/Verdensdagen-for-selvmordsforebygging-WHO>
- FO (2017) Om vernepleieryrket. Hentet fra: <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>
- FO (2019) Vernepleiere i psykisk helse. Hentet fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2019, 2. Desember). Risiko – og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>
- Ghio L, Zanelli E, Gotelli S, Rossi P, Natta W & Gabrielli F (2011) Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18 (6), 510 – 518.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01697.x>
- Hagen. J, Knizek. B.L & Hjelmeland. H (2018) Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(1), 1 – 11.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>
- Helsebiblioteket (2016), 3. juni) Sjekklister. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet (2017a, 11.Juli) Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selvmordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte/om-selvmordsforsok>
- Helsedirektoratet (2017b) Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvmord-og-selvmordsforsok-under-innleggelse/Selvmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf/\\_attachment/inline/e8b140de-722c-4086-a21d-4d5fbcbb3968:aa471fe1f76172acb67c5a30bcba03c3e0fab9b7/Selvmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvmord-og-selvmordsforsok-under-innleggelse/Selvmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf/_attachment/inline/e8b140de-722c-4086-a21d-4d5fbcbb3968:aa471fe1f76172acb67c5a30bcba03c3e0fab9b7/Selvmord%20og%20selvmordsfors%C3%B8k%20under%20innleggelse.pdf)
- Helsedirektoratet (2013, Juni). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling)

[ing%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](#)

Holm C.C, Steindal A.S, Foss B, & Dihle A (2018) En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15 (1), 16 – 26.

DOI: [10.18261/issn.1504-3010-2018-01-03](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-03)

Jun W.H, Lee E.J & Park J.S. (2013). Effects of a suicide prevention programme for hospitalised patients with mental illness in South Korea. *Journal of clinical nursing*, 23 (13 -14), 1845 – 1856.

DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12417>

Large M.M, Chung D.T, Davidson M, Weiser M & Ryan C.J (2017) In-patient suicide: Selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation. *BjPsych Open*, 3(3), 102 – 105.

DOI: <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004309>

Løvhaug L, Hansen S.O.B, Kråbøl A.K, Ofrim T, Tennås I, & Sandberg M (2016) Fagprosedyrer for psykoedukasjon til akuttpsykiatriske pasienter.

Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykoedukasjon-til-akuttpsykiatriske-pasienter>

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (01.10.2017), Fakta om selvmordsforsøk. Hentet fra:

[https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/nssf\\_fakta-om-selv-mordsforsok\\_web.pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/nssf_fakta-om-selv-mordsforsok_web.pdf)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (25.03.2020a), Statistikk; Nasjonal dødsårsaksstatistikk for 2018. Hentet fra:

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/statistikk-selv-mord/>

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (14.02.2020b), Fakta om selvmord. Hentet fra:

[https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/nssf\\_fakta-om-selv-mord\\_web.pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/nssf_fakta-om-selv-mord_web.pdf)

Nordlund, I., Thronsen, A. & Lind, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skau, G.M (2017) *Gode fagfolk vokser* (5.utg). Oslo; Cappelen Damm.

Snoek, J.E & Engedal, K (2018). *Psykometri for helse - og sosialfag* (4.utg). Oslo; Cappelen Damm.

Sosial – og Helsedirektoratet (2008) *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra;

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/> /attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-

[b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03774.x)

Sun, F.-K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L.-I. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 680–690.

DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03774.x>

Thidemann, I.J (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Vråle, G.B (2018). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (4.utg). Oslo; Gyldendal Akademisk.

