



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Pasienters selvmordsrisiko blir ikke oppdaget: En studie av faktorer tilknyttet sykepleieres identifiseringsarbeid

Patients' suicide risk remain undiscovered: A study of factors related to nurses' identification work

Fagartikkel

Kandidatnummer: 10017

Antall ord: 4858

Sammendrag

Innledning: Artikkelen tar utgangspunkt i den stasjonære selvmordsstatistikken i Norge. Hensikten med studien er å avdekke faktorer som forhindrer sykepleiere fra å identifisere suicidutsatte pasienter. Pasientgruppen som aktualiseres i artikkelen er inneliggende pasienter i psykisk helsevern.

Metode: For å undersøke hvilke faktorer som påvirker sykepleieres identifisering av selvmordsrisiko, er det gjennomført tre kvalitative semistrukturerte intervjuer. Perspektivene fra intervjuene ble analysert ved hjelp av SDI-metoden til Tjora og elementer fra Dalland.

Resultater: Resultatet av studien presenterer et utvalg av faktorer som påvirker informantenes arbeid med suicidutsatte pasienter. Alle informantene i studien beskriver utfordringer tilknyttet ressurser og kompetanse, og deler betraktninger om samarbeid og sykepleiefaglige egenskaper. Sistnevnte omhandler både den terapeutiske relasjonen og relevante kliniske observasjoner.

Konklusjon: Studien viser at lav bemanning og kompetanse i avdelingen er medvirkende årsaker som forhindrer sykepleiere i å identifisere suicidutsatte pasienter. Studien identifiserer også faktorer som samarbeid, terapeutisk relasjon og observasjoner som viktige deler av identifiseringsarbeidet til sykepleiere. Til tross for interessante funn i studien er det nødvendig med mer forskning på området for å få et helhetlig bilde av situasjonen i psykisk helsevern.

Abstract

Introduction: This article is based on the stationary suicide statistics in Norway. The purpose of the study is to uncover factors that prevent nurses from identifying suicidal patients. The relevant patient group in this study are inpatient mental health patients.

Method: To investigate which factors influence nurses' identification of suicide risk, three qualitative semi-structured interviews were conducted. The perspectives from the interviews were analysed using Tjora's SDI-method and elements from Dalland.

Results: The results of this study presents a selection of factors that influence our informants' work with suicidal patients. All of the informants in this study describe challenges related to resources and proficiency, and share views on collaboration and nursing skills. The latter deals with both the therapeutic relationship and relevant clinical observations.

Conclusion: This study shows that low staffing and poor proficiency in psychiatric health institutions are contributing factors that prevent nurses from identifying suicidal patients. The study also identifies factors such as collaboration, therapeutic relationship and observations as important elements of the identification work provided by nurses. Despite the interesting findings in this study, more research is needed to get a more comprehensive view of the situation in mental health care.

1. Innledning

Hvert år tar mellom 500 og 600 mennesker livet sitt i Norge; et tall som har vært i lite endring de siste 20 årene (1). Helt siden 1993 har Norge hatt et fokus på forebygging av selvmord i befolkningen, og i 2014 ble det introdusert en ny handlingsplan rundt den samme tematikken (2). Til tross for økende innsats fra regjeringen og helsevesenet har det ikke gitt merkbare resultater i selvmordsstatistikken, og så sent som i 2018 nådde antallet selvmord sin høyeste verdi siden 2001 (1). Det er vanskelig å si om dette er starten på en negativ trend, men det som er klart er at det ikke har vært noen nedgang i antall selvmord de seneste årene. I perioden da denne studien ble utarbeidet, har regjeringen påbegynt arbeid med å utvikle en ny handlingsplan mot selvmord (3). Det er usikkert hvor fokuset for denne handlingsplanen vil ligge. En naturlig start ville være å rette fokus mot den gruppen som allerede er i behandling, uten å få den hjelpen de behøver.

Mange av selvmordene skjer uten forvarsel og er dessverre vanskelig å fange opp, men en stor andel av de som tar livet sitt har vært i kontakt med helsevesenet. En studie fra Agder i perioden fra 2004 til 2013 viser at 42% av de som tok livet sitt var i kontakt med psykisk helsevern det foregående året (4). Kontakten er ikke videre spesifisert, men det er rimelig å anta at en stor andel av disse har vært inneliggende pasienter i selvmordsøyeblikket. Antagelsen samsvarer med en rapport fra helsedirektoratet i 2017. Gjennomgangen viser at andelen som er inneliggende i selvmordsøyeblikket kan være så stor som 20% (5).

Sykepleiere er en av yrkesgruppene som er tette på inneliggende pasienter. De gjør fortløpende observasjoner og vurderinger gjennom hele døgnet, og er tilstedeværende ved alt fra måltider til medisindeling. Sykepleiere er derfor i en god posisjon til å oppdage de utfordringene som pasientene har. Til tross for den gunstige posisjonen til sykepleiere er det ikke alle pasientene som blir sett, og deres utfordringer forblir skjult. Et relevant spørsmål som dukker opp i denne sammenhengen er: hva er årsaken til at disse pasientene ikke blir fanget opp?

Både helsedirektoratet sin rapport fra 2017 og en tilsvarende studie fra USA identifiserer en rekke medvirkende årsaker til selvmord blant denne pasientgruppen, og peker blant annet på overbelastning og mangelfull kompetanse hos helsepersonell som viktige elementer (5-6). Dette oppleves videre å henge tett sammen med behandlingen pasientene får. Forskning indikerer at kommunikasjon og relasjon spiller en betydelig rolle i behandlingen til pasienter med suicidale tanker, og presiserer viktigheten av at dette er en daglig og kontinuerlig prosess (7).

Med overnevnte statistikk og forskning som utgangspunkt, vil fokuset for denne studien være på de faktorene som påvirker sykepleiernes identifisering av selvmordsutsatte pasienter. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling etablert for studien:

Hvilke faktorer påvirker sykepleiernes identifisering av selvmordsrisiko hos inneliggende pasienter i psykisk helsevern?

Studien vil ta for seg faktorer som sykepleiere opplever som begrensende, samtidig som den diskuterer elementer som sykepleiere mener er fremmede for arbeidet med suicidutsatte.

2. Metode

Resultatene i denne studien er basert på tre semistrukturerte intervjuer som ble gjennomført våren 2020. Rekrutteringen av deltakere ble gjort via veileder og egne kontakter. Datainnsamlingen ble utført av to sykepleierstudenter, og dannet grunnlaget for to individuelle oppgaver. Ettersom intervjuene skulle være dekkende for to oppgaver, er intervjuguiden (vedlegg) noe omfattende. En del av kunnskapen som ble tilgjengelig fra intervjuene vil derfor ikke være inkludert i denne studien.

2.1 Valg av metode

Formålet med denne studien var å undersøke faktorer som påvirker sykepleieres identifisering av selvmordsrisiko. Valget falt på kvalitative intervjuer som metode, med hensikt om å få et helhetlig bilde av informantenes egne tanker og erfaringer. Bruken av intervju som metode var hensiktsmessig for denne studien, da formålet var å få nyanserte beskrivelse av informantenes arbeidssituasjon sett fra den enkeltes opplevelse av arbeidshverdagen (8).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonsstrategier

Kort tid etter studiens oppstart ble det innført begrensende tiltak i forbindelse med COVID-19 pandemien (9). Tiltakene og den økte beredskapen innebar at en del av informantene som hadde takket ja, ikke lenger hadde anledning til å delta. Dette resulterte i et mindre utvalg enn planlagt. Utvalget bestod av to psykiatriske sykepleiere, og én vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Alle tre har erfaring fra ulike avdelinger innenfor psykisk helsevern, og har jobbet i sektoren i mellom 6 og 30 år. Ideelt sett skulle utvalget vært bestående av kun sykepleiere, men begrensninger tilknyttet COVID-19 gjorde dette vanskelig. Inkluderingen av vernepleier i denne studien rettferdiggjøres av yrkesgruppens tilsvarende rolle i psykiatrien. At rollene kan sidestilles kom frem i informantenes egne utsagn, og samsvarer med studentenes opplevelser i praksisfeltet. En videre forutsetning for deltagelse var at informantene var ansatt ved en psykiatrisk avdeling. Forskjellen sykepleier/vernepleier er ikke videre presisert i oppgaven. Dette er også gjort som et grep for å sikre anonymiteten til informantene i studien.

2.3 Datainnsamling

Basert på tematikken i studien, anså vi det som hensiktsmessig å benytte oss av semistrukturert-intervju. Målet med semistrukturerte intervjuer er å skape en situasjon som bærer preg av en samtale rundt utvalgte temaer (10) og med det legge til rette for at informantene kan presentere ytterligere momenter. Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av fagstoff og forskning innhentet ved litteratursøk. Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt i forkant av intervjuene. Alle informantene sa seg villig til å svare på oppfølgingsspørsmål, som ble formidlet via email. Intervjuene/datainnsamlingen ble gjennomført per telefon grunnet COVID-19.

2.4 Analyse

Analysen er inspirert av SDI-metoden til Tjora (10), og bruker samtidig elementer fra Dallands (8) tematisering. Datamaterialet ble sortert og plassert under tema, før vi ved systematisk gjennomgang etablerte koder. Kodene ble deretter vurdert opp mot tematikken for å fjerne mindre relevante elementer, og inkludere elementer som bidro til å bygge opp under problemstillingen. Hensikten med koder er både å ekstrahere essensen i materialet, redusere materialets volum og samle sammenfallende utsagn. Resultatet er en oversiktlig representasjon av datamaterialet (10).

2.5 Forskningsetiske betraktninger

Deltagelsen i studien var frivillig og informert, og samtykke ble innhentet muntlig. Alle data ble behandlet konfidensielt, og ingen identifiserende opplysninger om informantene er inkludert i denne artikkelen. Det ble presisert for informantene at vi ikke hadde anledning til å innhente pasientspesifikk informasjon.

3. Resultat

Alle informantene hadde mye å si om faktorer som påvirker identifiseringen av suicidrisiko, og stort sett alt som ble tatt opp kunne ha spilt en rolle i denne artikkelen og dannet et grunnlag for en god diskusjon. Jeg har derimot sett meg nødt til å begrense omfanget av faktorene som skal diskuteres for å få et tydelig fokus i oppgaven. Faktorene som ble valgt er fra områder som informantene mente var spesielt viktig og omhandler *ressurser, kompetanse, samarbeid og sykepleiefaglige egenskaper*.

3.1 Ressurser

I denne studien blir begrepet ressurser definert som antall ansatte som er på jobb, og hvorvidt dette samsvarer med antall pasienter og arbeidsoppgaver. Alle informantene i denne studien hadde erfaringer med at bemanningen av miljøpersonell var avgjørende for arbeidshverdagen. De hadde også negative erfaringer med lav bemanning, og hvordan dette har påvirket deres mulighet til å identifisere/kartlegge pasienter med suicidrisiko. To av informantene beskriver lav bemanning som en vanlig problemstilling på avdelingen.

«Jeg kjenner på dette med bemanningen, og det at vi ikke klarer å følge opp pasientene godt nok. Det er spesielt skummelt hos denne pasientgruppen som ikke ønsker å leve lenger. Jeg har mye dårlig samvittighet på grunn av dette»

Den siste informanten forteller at det er perioder hvor bemanningen er mer utsatt enn andre. Hun trekker frem vaktskiftet som en særlig utsatt periode, sammen med ferieavvikling og helger. Utenom dette beskriver hun ikke lav bemanning som et stort problem ved hennes avdeling.

3.2 Kompetanse

I denne sammenheng omhandler kompetanse den opplæringen de ansatte får på avdelingen, som er tilknyttet vurdering av suicidrisiko. Det er ikke fokus på den sykepleiefaglige utdannelsen og øvrig kompetanse til den enkelte. Alle informantene opplever at opplæringen som gis på avdelingen ikke er tilstrekkelig for å holde seg oppdatert på å kartlegge suicidrisiko. Alle informantene har vært gjennom kurs som omhandler vurdering av suicidrisiko, men kun ved ansettelse. To av informantene beskriver at de har noe e-læring om tematikken, mens den siste informanten ikke bruker e-læring i det hele tatt.

«Alle ansatte må gjennom selvmordsrisikovurderingskurs én gang. På den andre siden så er det månedlige kurs som omhandler håndtering av utagering, så fordelingen er kanskje litt skeiv»

En av informantene sier også at hun tidligere har vært nødt til å gjennomføre en fullstendig vurdering av suicidrisiko. Videre beskriver hun dette som en spesialistoppgave som skal utføres av enten lege eller psykolog. Hun uttrykker at hun som sykepleier

kunne ha utført denne arbeidsoppgaven hvis hun hadde fått tilstrekkelig og riktig opplæring.

3.3 Samarbeid

I intervjuguiden som ble utarbeidet i forkant av intervjuene var det ikke rettet noe særlig fokus på samarbeidet mellom miljøterapeuter, og hvorvidt dette samarbeidet er viktig for pasientene eller ikke. Informantene satt derimot fokus på dette selv ved flere anledninger, noe som antyder at dette er et område av spesiell interesse og viktighet.

Alle informantene beskriver samarbeidet som avgjørende for å kartlegge og oppdage suicidrisiko hos pasienter. De beskriver også at de har et godt samarbeid med sine kollegaer. To av informantene er samstemte og legger ekstra vekt på de diskusjonene man har med øvrige miljøpersonell. De mener disse er viktige for å få nye perspektiver og innspill på pasientens status. De beskriver også en trygghet i at andre har gjort tilsvarende observasjoner, og opplever dette som en nødvendig bekreftelse i krevende situasjoner. Begge informantene trekker inn ressursmangelen på avdelingen som et hinder for godt samarbeid og beskriver dette som en sårbarhet. Dette blir tydelig i vanskelige situasjoner hvor en i større grad er avhengig av flere vurderinger.

«Vi er flinke til å snakke sammen, spesielt hvis man er usikker på en pasient. Dessverre er det ikke alltid tid til dette, og man står ofte alene. Vi trenger av og til å være flere om avgjørelsene og vurderingene»

Den siste informanten legger vekt på viktigheten av å være flere for pasientens beste. Hun presiserer at de ofte spiller på hverandre og sørger for at det er flere som ser og hører pasienten. Videre forteller hun at de sjeldent står alene i vurderinger om pasienten er suicidal eller ikke.

3.4 Sykepleiefaglige egenskaper

Begrepet sykepleiefaglige egenskaper defineres i denne studien som kjerne-egenskaper som er nødvendige for å gjennomføre god sykepleie. I arbeidet med suicidale pasienter stikker særlig evnen til relasjonsbygging og observasjoner seg ut som spesielt viktige. Informantene i studien forteller at de har stort fokus på dette i sitt daglige virke.

3.4.1 Terapeutisk relasjon

Alle informantene mener at relasjonen mellom pasient og sykepleier er sentralt for å oppdage pasienter med suicidrisiko. Samtlige legger vekt på at den innledende vurderingen som legen foretar seg kan være unøyaktig, og de identifiserer usikkerhet og utrygghet hos pasienten som potensielle årsaker til at de ikke er åpne ved første samtale. De legger blant annet dette til grunn når det snakkes om viktigheten av en terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier.

En av informantene er spesielt opptatt av relasjonene med pasientene, og forteller at hun bruker mye tid og energi på å bygge gode relasjoner. Hun opplever at ærlige, åpne og trygge relasjoner gjør henne bedre rustet til å oppdage endringer i suicidrisiko hos pasientene. Hun forteller også at relasjonen er viktig for å forhindre suicid, da båndet mellom henne og pasienten ofte er sterkt og gir pasientene noe å holde fast ved.

«Det var en pasient som hadde plan og alt klart, men fordi jeg kom på nattevakt ville han ikke ta livet sitt lenger. Fordi vi hadde en god relasjon ønsket han ikke at det skulle gå utover meg.»

De andre informantene fokuserer i større grad på utfordringene ved å bygge gode relasjoner, og presiserer at det ikke alltid er like lett. Personlige ulikheter mellom sykepleier og pasient kommer tydelig frem, sammen med stor rotasjon av ansatte på avdelingen. Sistnevnte er problematisk da rotasjonen gjør at det ikke tilstrekkelig med tid eller mulighet til å bygge opp relasjonen. Hun forteller også at dette er noe pasientene har bemerkert seg ved flere anledninger.

3.4.2 Observasjoner

Alle informantene beskriver observasjonene som en viktig del av hverdagen sin med suicidutsatte pasienter. Samtlige legger intuisjon og erfaring til grunne for at man skal gjøre gode observasjoner og dermed oppdage pasienter som er i suicidrisiko. Som et eksempel på viktighet av erfaring og intuisjon forteller to av informantene om to ulike hendelser hvor en pasient har hatt en markant atferdsendring i forkant av et suicidforsøk. I etterkant av disse hendelse forteller begge informantene at dette er en endring de har vært oppmerksom på i ettertid.

«Det vi har merket oss, med spesielt en pasient vi har hatt, er at han var i spesielt godt humør dagene før han tok livet sitt. Han var på en måte tilfreds, og i etterkant har vi tolket det som et tegn på at han hadde bestemt seg»

Ved spørsmål om å identifisere risikofaktorer og faresignal for økt suicidrisiko identifisere alle informantene selvmord i familien, tidligere suicidforsøk og livskriser som viktige elementer. I tillegg ble høyt symptomtrykk, befalende stemmer og håpløshet identifisert av enkelte. Alle var også tydelige på kunnskap om risikofaktorer og faresignaler var noe de brukte aktivt på daglig basis i arbeidet med suicidutsatte pasienter.

4. Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke *hvilke faktorer som påvirker sykepleieres identifisering av selvmordsrisiko blant inneliggende pasienter i psykisk helsevern*. Funnene i studien indikerer at ressurser, kompetanse, samarbeid og sykepleiefaglige egenskaper kan være relevante faktorer i denne settingen. I de neste underkapitlene vil disse resultatene bli drøftet og vurdert opp mot relevant forskning.

4.1 Ressurser og kompetanse

Ressurser og kompetanse var tydelig fremtredene faktorer i studiens resultater. De tre informantene var alle enige om at avdelingen de jobbet ved hadde problemer med bemanningen av miljøpersonell, samt at opplæringen tilknyttet vurderingen av suicidrisiko var mangelfull. Dette samsvarer godt med forskning som er gjort på området fra både inn- og utlandet. Helsedirektoratet sin rapport fra 2017 tar for seg alle selvmord og selvmordsforsøk blant inneliggende pasienter i psykisk helsevern de to foregående årene. Rapporten identifiserer lav bemanning og overbelastning på avdelingene som to medvirkende faktorer til selvmord (5). En av informantene beskriver en tilbakevendende situasjon hvor hun har ansvar for opp til fem pasienter på en kveldsvakt. Mangelen på ressurser i dette tilfellet medfører at hun ikke har anledning til å ha tilstrekkelig oppfølging på alle. Det er en kjent sak at ressursene innenfor norsk helsevesen er

strukket, og lav bemanning oppleves som en stor sårbarhet for pasientene. Ubalanse mellom belastning og bemanning medfører redusert pasientsikkerhet og dårligere oppfølging av samtlige pasienter, også de som er i akutt risiko selvmord. To grep som aktivt brukes opp mot denne pasientgruppen er kontinuerlig observasjon (K.O.) og intervall observasjon (I.O.) (11). Tiltakene innebærer at pasientene skal ha enten kontinuerlig tilsyn, eller tilsyn ved et fast tidsintervall. Erfaringene til en av informantene tilsier at intervallene ved I.O. ofte blir lengre enn det som er satt, forårsaket av få ansatte og stort arbeidstrykk. Når et fastsatt tilsyn blir forsinket, er det også rimelig å anta at øvrige tilsyn som ikke er regulert i samme grad blir forsinket eller uteblir i sin helhet.

En tilsvarende artikkel fra USA identifiserer de samme utfordringene knyttet til bemanning og overbelegg, men retter også et fokus på mangelfull kompetanse og opplæring som relevante momenter (6). Nasjonale retningslinjer setter krav til opplæring av helsepersonell som skal kartlegge suicidrisiko hos pasienter (12), men ut i fra informantenes erfaringer blir disse i liten grad etterfulgt. Informantene forteller at det stort sett tilbys opplæring til nyansatte, men ingen av informantene kunne erindre sist de var på kurs relatert til vurdering av suicidrisiko. Uten tilstrekkelig opplæring eller oppfriskning av informasjon er det ikke gitt at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap om hvilke faktorer de skal observere hos pasientene for å identifisere suicidrisiko. Det er heller ikke gitt at de har evnene som trengs for å opprette trygge og terapeutiske relasjoner med pasientene. For å sikre at de ansatte har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap er det nødvendig med kontinuerlig opplæring på området. Sykepleiere og annet helsepersonell er pliktige til å holde seg oppdatert på sitt fagområde for å yte forsvarlig helsehjelp (13), men når avdelingen selv ikke har fokus på ny kunnskap og informasjon er det trolig mange av de ansatte som ikke tar initiativ på egenhånd. Når man ikke tar aktive kompetansehevende grep i psykiatrien, kan man heller ikke forvente at selvmordsstatistikken går ned.

E-læring vurderes til å være en kostnadseffektiv og uutnyttet ressurs som kan lede til kompetanseheving i denne settingen. To av informantene bekrefter at e-læring brukes i avdelingen, men at det i liten grad er rettet opp mot vurdering av selvmordsrisiko og selvmordsforebyggende tiltak. I tillegg ble det nevnt at det er de ansattes ansvar å følge opp e-læringen, uten at det er allokert tid til dette i arbeidsdagen. Enkle grep som å sette av tid til opplæring vil trolig medføre at flere ansatte gjennomfører kursene, som deretter vil lede til økt kompetanse i avdelingen. Min erfaring med denne løsningen fra somatiske avdelinger, der sykepleierne får satt av tid i arbeidsdagen til å gjennomføre e-læring, er utelukkende positiv. Løsningen innebærer at de ansatte tas ut av avdeling for å ha fokus på kompetanseheving, uten forstyrrende elementer. Resultatet av dette var en økning i antall ansatte som gjennomførte opplæringen, og dermed økt kompetanse på et generelt nivå i avdelingen.

4.2 Samarbeid

Samarbeid er en sentral del av pasientrettet arbeid. Casene er ofte svært komplekse og det å stå alene i vanskelige situasjoner kan føre til negative konsekvenser. Informantene var klare på dette i studien og satte derfor samarbeidet med annet miljøpersonell (både sykepleiere og andre yrkesgrupper) høyt. Dette samarbeidet vurderes i forskningen til å være svært viktig for pasientsikkerheten og hvor vidt behandlingen lykkes eller ikke (14). På avdelinger hvor de ansatte samarbeider godt på tvers av yrkesgrupper gjøres det færre feil og det er mindre forsinkelser. Forskningen viser også at ansatte som

samarbeider godt er mer tilfreds med jobben sin, enn ved avdelinger hvor barrierene for samarbeid og kommunikasjon er større (14). Dette taler for at samarbeidet spiller en viktig rolle i pasientrettet arbeid, og er derfor også relevant i kartleggingen av suicidutsatte pasienter. En pasient sitt ønske eller tanker om å ende livet kan være vanskelig å fange opp og endringer i tankesett kan være svært impulsivt.

I mange tilfeller vil man derfor være avhengig av kollegaer for å gjøre relevante observasjoner av pasienten når man selv ikke har anledning. Ved andre tilfeller kan det være vanskelig å avgjøre om dette er en reell situasjon eller om man rett og slett har gjort en feilvurdering. I slike tilfeller vil det være trygt å involvere kollegaer for å høre deres synspunkter eller for å få en alternativ vurdering.

Selv om samarbeidet mellom miljøpersonell er viktig for pasientsikkerheten og behandlingen som tilbys, er det også sentralt at sykepleiere evner å arbeide selvstendig. Forskning antyder at nyutdannede sykepleiere i større grad enn erfarne sykepleiere er avhengige av kollegaer for å fatte beslutninger som angår pasientene. De er også mer tilbøyelige til å ta utgangspunkt i andre sine vurderinger, i stedet for å stole på sine egne (15). Dette er for så vidt naturlig, og den faglige tryggheten man ønsker seg i yrket kommer ikke med en gang. Det er en kontinuerlig utvikling som gradvis blir sterkere med tilegnet erfaring. Man kan vurdere denne mangelen på selvstendighet hos nyutdannede som en svakhet når det kommer til vurderingen av suicidrisiko. Tanker eller ønsker om selvmord er i stor grad ferskvare, og en vurdering som ble utført tidligere på dagen er ikke nødvendigvis gjeldende på et senere tidspunkt. Dette taler for viktigheten av erfaring i pasientrettet arbeid og spesielt i situasjoner hvor avgjørelser eller vurderinger må tas raskt.

Selvstendighet, faglig trygghet og samarbeid vurderes derfor til å være viktige faktorer for hvorvidt sykepleiere klarer å indentifisere suicidrisiko hos sine pasienter. Man må ha selvtillit til å ta avgjørelser og vurderinger i prekære situasjoner hvor man står alene, samtidig som man er helt avhengige av sine kollegaers observasjoner og vurderinger i mer komplekse caser eller i situasjoner hvor en selv er opptatt med andre oppgaver.

4.3. Sykepleierfaglige egenskaper

Forskning på sykepleiere sin tilnærming til pasienter med suicidale tanker har definert to ulike fremgangsmåter for å indentifisere suicidrisiko. En av tilnærmingene er mer indirekte og har fokus på nærhet, kommunikasjon og lytting. Den andre tilnærmingen oppleves som en mer praktisk og systematisk metode, med fokus på observerbare elementer (7). Begge metodene spiller en rolle for å indentifisere suicidrisiko hos pasienter, og en kombinasjon av disse to kan være spesielt nyttig. Informantene i denne studien viser til viktigheten av kombinasjonen av kompetanse, og indentifiserer evnen til å bygge relasjoner og det å gjøre gode observasjoner som to relevante egenskaper.

4.3.1 Terapeutisk relasjon

Hummelvold (11) beskriver den terapeutiske relasjonen som kjernen av psykiatrisk sykepleie. Verdien av mellommenneskelige relasjoner er tydelig, og trygge relasjoner er en viktig bidragsyter til en helhetlig behandling. Om relasjonen mellom pasient og sykepleier skal være nyttig er det derimot sentralt at den bygger på ærlighet og gjensidig tillit (11). En av informantene i denne studien snakket mye relasjonen hun bygger med pasientene. Hun opplever at fokuset hennes på engasjement og interesse for pasientene sin situasjon har ført til gode relasjoner, som igjen har ført til at hun føler seg bedre rustet til å oppdage selvmordsrisiko. Tidligere forskning med fokus på suicidale

pasienters tanker om behandling, tilsier at pasientene har en tilsvarende formening som informantene. Studien indikerer at relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig for behandlingen til pasientene, og pasientene selv presiserer at en-til-en samtaler med sykepleierne er særlig nyttig. Videre legges det vekt på at følelsen av å bli sett, hørt og verdsatt er sentrale elementer i en tung situasjon (16). Relasjonen er altså en sentral del av behandlingen av suicidale pasienter. I tillegg er det tydelig at både pasienter og sykepleiere ser verdien av en trygg relasjon, men til tross for dette vies relasjonen forholdsvis lite tid i klinikken. Forskning på området viser at sykepleiere bruker maksimalt 50% av tiden sin til pasientkontakt, men ofte er tallet mye lavere. Hvis vi ser på tiden som brukes til samtaler er tallet så lavt som 4-20% (7). Elementer som fastsatte arbeidsoppgaver og redusert bemanning er åpenbare medvirkende årsaker til den lave prioriteringen, men det identifiseres også faktorer som går på den enkelte sykepleieren. Mangelen på faglig trygghet, negativ innstilling til pasienten og sykepleierens usikkerhet er kjernemomenter som er medvirkende til at sykepleier opplever samtaler med pasientene som utfordrende (7). Videre presenterer studien en rekke fordeler med gode relasjoner, og antyder blant annet at en trygg relasjon er medvirkende for at sykepleieren får et bedre bilde av utfordringene til pasienten. Når sykepleieren har et inntrykk av pasienten sin status, er hen også bedre rustet for å oppdage endringer i pasienten sin tilstand. Med dette som bakgrunn er det elementært at en terapeutisk relasjon er en sentral del av arbeidet for å identifisere suicidrisiko. Suicidale tanker kommer ofte raskt, og med god kjennskap til pasientens normale tilstand vil en endring i tankesett være enklere å fange opp.

Relasjonen oppleves også som et viktig moment i den innledende selvmordsvurderingen. Alle informantene opplever den innledende selvmordsvurderingen som mangelfull, i hovedsak på grunn av pasientenes utfordringer med å åpne seg. Det bør derfor være et fokus på å etablere terapeutiske relasjoner forholdsvis raskt, slik at man klarer å fange opp de pasientene som er i risiko.

4.3.2 Observasjoner

Kliniske observasjoner av pasientene gjøres daglig i klinikken, og ble beskrevet av informantene som sentralt for identifiseringen av suicidrisiko. Ved spørsmål om å identifisere risiko- og faresignaler var det få faktiske elementer som dukker opp, til tross for at informantene oppgir at de bruker denne kunnskapen aktivt. Forskning som er gjort på området antyder at et stort fokus på risikofaktor hos pasientene, kan medføre en rekke feilvurderinger (17). Antallet risikofaktorer som har blitt identifisert gjennom årene er høyt, og sett alene gir det ingen indikasjon på hvor vidt en pasient har forhøyet suicidrisiko eller ikke. Faresignaler spiller en større rolle, men har vist seg å være pasientspesifikke (17). Dette innebærer at et faresignal som en tidligere pasient har vist, ikke nødvendigvis er overførbart til en annen pasient. Med dette som grunnlag kan faresignaler med fordel brukes for å identifisere forverringer hos pasienter som tidligere har hatt suicidale tanker, men oppleves mindre nyttig for å oppdage suicidrisiko hos øvrige pasienter i denne gruppen.

To av informantene forteller om et fenomen der pasienten deres har hatt en tydelig atferdsendring i tiden rett før selvmord eller selvmordsforsøk. I perioden hvor denne artikkelen blir skrevet, arbeidet en gruppe forskere med å definere en selvmords-spesifikk diagnose. Forskningen viser til at de færreste av de som tar livet sitt har hatt suicidale ytringer i forkant, noe som taler for at dagens strategi med pasientintervju ikke er en tilfredsstillende løsning (18). Et av momentene som er i fokus i nevnte studie er

atferdsendringen som ofte oppstår hos pasientene, kort tid før et forsøk. Det har blitt observert både psykologiske- og atferdsrelaterte endringer i timene før et selvmordsforsøk, noe som gjør det til en relevant markør å vurdere (18). Informantene i denne studien beskriver en tilfredshet og lykke blant pasientene i de foregående timene før et suicidforsøket. Begge opplever at tilfredsheten til pasienten har dukket opp som et resultat av at han har bestemt seg for å ta livet sitt.

Observasjoner i identifiseringsarbeidet vurderes til å være sentrale, både for pasienter med tidligere suicidale tanker og for nye pasienter. Selv om risikofaktorer og faresignaler alene ikke kan gi et svar på om pasienten er suicidal eller ikke, så vil det være et viktig forsterkende element til øvrige vurderinger. Denne akutte atferdsendringen som kan oppstå hos pasienter fremstår mer relevant, og tyder på at relasjonen mellom sykepleier og pasient er desto viktigere.

5. Konklusjon

Selv mord er et fenomen som påvirker et stort antall mennesker årlig. En andel av de som velger å ta livet sitt er inneliggende pasienter under aktiv behandling. Til tross for hyppige vurderinger og tilsyn klarer ikke helsevesenet å fange opp alle som er i risiko. Faktorer som lav bemanning og kompetanse i avdelingen virker å være medvirkende årsaker som forhindrer sykepleiernes mulighet til å fange opp disse pasientene. Faktorer som samarbeid, terapeutisk relasjon og observasjoner fremstår å være viktige elementer i identifiseringsarbeidet, hvor relasjonen mellom pasient og sykepleier stikker seg særlig frem. Et fellestrekk ved disse faktorene er at dette er områder sykepleierne blir bedre på med økt erfaring, noe som tilsier at erfaring er et viktig element ved identifisering av selvmordsrisiko.

Det er uklart om faktorene som presenteres i denne artikkelen er spesielt relevante, men diskusjonen antyder at de spiller en rolle. Ytterligere forskning- og kartleggingsarbeid bør gjennomføres for å få et mer helhetlig bilde av situasjonen i psykisk helsevern. Kunnskap om de sårbare og robuste delene av behandlingen til suicidale pasienter er avgjørende for å få til en positiv endring i selvmordsstatistikken. Uten riktig og relevant kunnskap blir det vanskelig å sette inn de riktige tiltakene på de riktige stedene.

5.1 Styrker og svakheter ved studien

Denne studien baserer seg på tre intervjuer med ansatte fra psykisk helsevern. Alle informantene hadde lang erfaring fra psykiatrien, og samtlige hadde videreutdanning innen psykisk helse. Lang erfaring og høy kompetanse tilsier at deres bilde av selvmordsutsatte er godt forankret. Diskusjonen baserte seg på uttalelsene fra informantene, som videre har blitt tolket av meg. Alle funnene i diskusjon er videre forankret i forskning som viser sammenfallende funn.

Mangelen på relevante forskningsartikler fra Norge, gjorde det nødvendig å bruke forskning fra andre land. Det er uklart om situasjonen i andre land er sammenlignbar med situasjonen i Norge, blant annet på grunn av et litt ulikt helsevesen. Artiklene belyser derimot mange av erfaringene til informantene, noe som taler for at det er noen likhetstrekk. Noen av forskningsartiklene som ble benyttet i denne studien er også gamle, og den eldste er fra 1999. Sistnevnte artikkel vurderes allikevel til å være relevant for studien, da den viser et unikt perspektiv fra pasientenes ståsted.

Som tidligere nevnt ble denne studien gjennomført under COVID-19 pandemien (9). Som et resultat av dette var det utfordrende å anskaffe informanter. Dette var avgjørende for at utvalget i denne studien kun har tre informanter. Det reduserte utvalget medførte blant annet at perspektiver fra nyutdannet sykepleier og menn ikke er inkludert i studien. Inkluderingen av disse perspektivene kunne vært medvirkende for å få et mer nyansert bilde av situasjonen. Alle informantene burde også vært sykepleiere. Til tross for at syke- og vernepleiere har en tilsvarende rolle i psykiatriske avdelinger, har de ulikt fokus i grunnutdanning. Fokuset i grunnutdanning medfører nok at observasjoner og vurderinger blir sett i et ulikt lys, noe som gjør det vanskelig å sidestille yrkesgruppene til tross for sammenfallende oppgaver.

Resultatene og den tilhørende diskusjonen er trolig også farget av min forutinntatte mening. Under arbeidet med studien har jeg hele tiden vært bevisst på egne tanker om tematikken selvmord, med et mål om å produsere en objektiv artikkel. Det er derimot ingen garantier for objektiviteten i studien, til tross for hyppige refleksjoner og bevissthet rundt min rolle i prosessen.

6. Referanser

1. Folkehelseinstituttet. *Selvord og selvmordsforsøk - Folkehelse rapporten* [Internett]. [sitert 26. mai 2020].
Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvord-i-norge/>
2. Helse- og omsorgsdepartementet. *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskaading 2014-2017* [Internett]. Regjeringen.no. regjeringen.no; 2014 [sitert 26. mai 2020].
Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvord-og-selvskaading-2014-2017/id758063/>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. *Verdensdagen for selvmordsforebygging 10 september: Regjeringen starter arbeidet med ny handlingsplan* [Internett]. Regjeringen.no. regjeringen.no; 2018 [sitert 26. mai 2020].
Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/verdensdagen-for-selvordsforebygging-10-september-regjeringen-starter-arbeidet-med-ny-handlingsplan/id2610508/>
4. Haaland VØ, Bjørkholt M, Freuchen A, Ness E, Walby FA. *Selvord, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Agder 2004 – 13*. Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 2. oktober 2017 [sitert 26. mai 2020];
Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2017/10/originalartikkel/selvord-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-i>
5. Helsedirektoratet. *Selvord og selvmordsforsøk under innleggelse* [Internett]. Helsedirektoratet; 2017 [sitert 26. mai 2020].
Tilgjengelig på: https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvord-og-selvordsforsok-under-innleggelse/Selvord%20og%20selvordsforsok%20under%20innleggelse.pdf/_attachment/inline/e8b140de-722c-4086-a21d-4d5fbcbb3968:aa471fe1f76172acb67c5a30bcba03c3e0fab9b7/Selvord%20og%20selvordsforsok%20under%20innleggelse.pdf
6. Tishler CL, Reiss NS. *Inpatient suicide: preventing a common sentinel event*. Gen Hosp Psychiatry. 1. mars 2009;31(2):103–9.

7. Vandewalle J, Beeckman D, Hecke AV, Debyser B, Deproost E, Verhaeghe S. *Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives*. J Adv Nurs. 2019;75(11):2867–77.
8. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
9. *Korona - NTNU* [Internett]. [sitert 4. juni 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.ntnu.no/korona>
10. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
11. Hummelvoll JK. *Helt - ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
12. Sosial- og helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2008 [sitert 26. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
13. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata* [Internett]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
14. Dougherty MB, Larson EL. *The Nurse-Nurse Collaboration Scale*. JONA J Nurs Adm. januar 2010;40(1):17–25.
15. Aflague JM, Ferszt GG. *Suicide Assessment by Psychiatric Nurses: A Phenomenographic Study*. Issues Ment Health Nurs. 1. mars 2010;31(4):248–56.
16. McLaughlin C. *An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patients*. J Adv Nurs. 1999;29(5):1042–51.
17. Tucker RP, Crowley KJ, Davidson CL, Gutierrez PM. *Risk Factors, Warning Signs, and Drivers of Suicide: What Are They, How Do They Differ, and Why Does It Matter?* Suicide Life Threat Behav. 2015;45(6):679–89.
18. Schuck A, Calati R, Barzilay S, Bloch-Elkouby S, Galynker I. *Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis*. Behav Sci Law. 2019;37(3):223–39.

VEDLEGG

INTERVJUGUIDE

Informasjon om informant og arbeidsplass:

- Kan du kort presentere utdanning og arbeidserfaring?
- Hvilken erfaring har du med å jobbe med pasienter med selvmordsrisiko?
- Kan du kort beskrive de ulike pasientgruppene på din avdeling?

Kartleggingsverktøy:

- Hvilke verktøy (les: mal, skjema, screeningverktøy) bruker dere for å kartlegge selvmordsrisiko?
 - Hvilke positive og negative sider har verktøyene?
 - Er selvmordscreening en del av hver innkomstsamtale dere gjør?
 - Hvilke faggrupper er involvert?
- I Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord, står følgende:

'Alle ansatte i psykisk helsevern må få nødvendig undervisning i prosedyrer for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko med sikte på at de til enhver tid skal være kvalifisert for sine arbeidsoppgaver'. - I hvilken grad opplever du at dette etterleves?

Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko:

- Når kartlegges pasientene for selvmordsrisiko?
 - er det faste tidspunkt? innkomst, utskrivelse eller andre tidspunkt?
- Hvilke risikofaktorer er det viktig å kartlegge?
- *Hvilke faresignaler ser dere etter når dere vurderer selvmordsfare, altså hva er det som kommer til uttrykk i pasienten?
- Skiller dere mellom reell risiko for at pasienten skal begå selvmord og f.eks ytringer som kan være rop om hjelp, og i tilfelle hvordan kan dere vurdere dette?
- Vurderes samtlige pasienter hos dere til å ha økt selvmordsrisiko på grunnlag av bakgrunnen for innleggelsen i seg selv?
 - Er det eventuelt spesifikke diagnoser som 'automatisk' gir økt selvmordsfare?
 - Opplever du at noen som er selvmordsutsatt ikke blir fanget opp? I så fall hvorfor?
- Hvilke utfordringer og eventuelt svakheter er det med vurderingene dere gjør?
- Opplever du merkelappen "kronisk suicidal" som stigmatiserende?
 - Hvordan går en pasient f.eks. fra å være kronisk til å være akutt?

Sykepleiers rolle:

- *Hva er sykepleiers spesifikke rolle i observasjon og vurdering av selvmordsrisiko sett opp mot lege/psykiaters rolle?
 - Hvor viktig synes du sykepleiers rolle i denne prosessen er?
 - På bakgrunn av den sykepleiefaglige kompetansen dere har på avdelingen, føler du at sykepleiers rolle i kartlegging og vurdering kunne vært større? (hvorfor/hvorfor ikke)
- *I hvor stor grad er den terapeutiske relasjonen, og kvaliteten på den, mellom pasient og behandler avgjørende for gode observasjoner og vurderinger knyttet til risiko for selvmord?
- *Hvordan vurderes sykepleiers rolle av andre?
 - Opplever du at du blir hørt av f.eks. psykiater når du ytrer bekymring for pasienten din? Altså opplever du at de stoler på deg og din kompetanse?
- Opplever/har du et større ansvar for pasient og selvmordsvurdering på tider hvor lege/psykiater ikke kan konfereres med i samme grad?
- Hvordan er rutinene for selvmordsvurdering på dagtid kontra kveldstid?
- *Hvilke tiltak kan du som *sykepleier* iverksette som følge av dine observasjoner og vurderinger?
 - f.eks. Ved ø.hjelp eller når lege ikke er tilgjengelig

Avslutning:

- Av alle elementene du har vært innom i løpet av samtalen, er det noe som er viktigere for vurderingen av selvmordsrisiko enn andre?
- Sluttkommentar?