

Mats Armand Sjøgren Bjørge
Jon Sverre Langaker

Hvordan kan en sykepleier bidra til å tidlig oppdage forhøyet selvmordsrisiko hos pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Kristian Ringsby Odberg
Mai 2020

Mats Armand Sjøgren Bjørge
Jon Sverre Langaker

Hvordan kan en sykepleier bidra til å tidlig oppdage forhøyet selvmordsrisiko hos pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Kristian Ringsby Odberg
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan en sykepleier bidra til å tidlig oppdage forhøyet selvmordsrisiko hos pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste?	Dato: 20.05.2021
Forfattere:	Mats Armand Sjøgren Bjørge Jon Sverre Langaker	
Veileder(e):	Kristian Ringsby Odberg	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Selvmordsrisiko, Kartlegging, Somatikk, Kommunikasjon	
Antall sider/ord:	45 /9644	Antall vedlegg:0
<p>Bakgrunn: I Norge har vi en nullvisjon for selvmord. Likevel tar et høyt antall mennesker livet sitt hvert år. Selvmordsraten har ikke blitt redusert de siste 20 årene. Dette til tross for økt fokus på fenomenet selvmord, bedre behandling, økt kompetanse og gjentagende handlingsplaner.</p> <p>Hensikt: Hensikten med litteraturstudiet er å belyse viktigheten av god kommunikasjon og pasientoppfølging fra sykepleier i den somatiske spesialisthelsetjenesten, for å kunne bidra til tidlig å identifisere risikofaktorer for selvmord.</p> <p>Metode: Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie, som benytter både kvalitative og kvantitative vitenskapelige artikler. Annen relevant faglitteratur er også benyttet.</p> <p>Resultat: Studiene kom fram til at ved økt bruk av kartleggingsverktøy ble det identifisert betydelig flere pasienter med selvmordsrisiko. Det er behov for økt forståelse og opplæring i hvordan kartleggingsverktøy skal benyttes, og til hvilket tidspunkt det er mest hensiktsmessig å kartlegge pasienten. Studiene konkluderer med at slike verktøy burde tas fast i bruk på somatiske sykehus.</p> <p>Konklusjon På bakgrunn av funn i litteratur og vitenskapelige artikler konkluderes det med at kartleggingsverktøy har en god effekt for å oppdage risikofaktorer for selvmord. Det er en variasjon i tidspunkt for når risikoen for selvmord er størst. Dette kan variere over tid og må derfor tas i betraktning når pasienter kartlegges. Det er ikke holdepunkter for at enkelte pasientgrupper bør prioriteres framfor andre ved kartlegging. Sykepleier kan bidra til å oppdage risikofaktorer ved å være oppmerksom på at pasienten kan underrapportere faresignaler og kan gi falske negative/positive svar på kartleggingen. Det er en stor sammenheng mellom fysisk og psykisk helse. En sykepleier må være bevisst på dette for å danne seg et helhetlig perspektiv på pasientens helse.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses help detect an increased risk of suicide at an early stage with patients in general hospitals?	Date: 20.05.2021
Authors:	Mats Armand Sjøgren Bjørge Jon Sverre Langaker	
Supervisor(s)	Kristian Ringsby Odberg	
Keywords (3-5)	Suicide risk, Screening, Somatic, Communication	
Number of pages/words: 45 /9644	Number of appendix:0	
<p>Background: Norway has adopted an overarching “Vision Zero for Suicide.” Nevertheless, numerous of Norwegian citizens die by suicide each year. During the last twenty years the suicide rate has not declined in Norway, despite of several action plans, better knowledge and improved treatment.</p> <p>Objective/aim/purpose: The objective of this literature study is to illuminate how nurses within the somatic specialist healthcare service can identify risk factors for suicide among patients, at an early stage. Specifically, by focusing on both the importance of good communication and patient follow up.</p> <p>Method: This thesis is structured as a literature study, based on both qualitative and quantitative scientific articles. Other relevant literature is also included.</p> <p>Results: These scientific articles revealed that increased use of mapping tools contributed to identify significantly more patients at risk of suicide. Therefore, it is essential to increase both knowledge and training within the use of mapping tools. Furthermore, it is also important to recognize when it is appropriate to map a patient. The scientific articles concludes that mapping tools should be in systematically use at somatic hospitals.</p> <p>Conclusion: Based on findings in both literature and scientific articles, this study concludes that the use of mapping tools can be very effective to identify risk factors for suicide. However, there is a variation regarding when the risk for suicide is at its highest. This can vary over time, which must be considered when mapping patients. There is no saying that certain groups of patients should be prioritized before others in the mapping process. Nurses can contribute to uncover risk factors by being attentive of patients tendency to underreport critical symptoms and thereby giving false negative/positive responses. There is a strong link between physical and psychological health. Nurses should be conscious of this to gain a holistic perspective of the patient’s health.</p>		

Det var ikkje døden

«det var ikkje døden som lokka

eg drøymde

eg lengta

såg for meg

ein smertefri dag»

-Tove V. Bråthen (2019)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Oppgavens hensikt	6
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.4 Avgrensing av problemstilling	7
2 Bakgrunn	8
2.1 Presentasjon av teoretikerne	8
2.2 Sentrale begreper	10
2.2.1 Risikofaktorer ved selvmord	10
2.2.2 Beskyttelsesfaktorer	12
2.2.3 Selvmordskartlegging.....	12
2.2.4 Kommunikasjon	13
2.2.5 Komorbiditet	14
3 Metode.....	15
3.1 Søkeprosess	16
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
3.3 Tabell for strukturert søk.....	18
3.4 Kvalitetsvurdering og analyse	18
4. Resultater.....	20
4.1 Artikkel 1.....	20
4.2 Artikkel 2.....	21
4.3 Artikkel 3.....	22
4.4 Artikkel 4.....	23
4.5 Artikkel 5.....	24
4.6 Resultatanalyse	25
5. Diskusjon.....	27
5.1 Kartlegging av selvmordsrisiko.....	27
5.2 Kommunikasjon som virkemiddel	30
5.3 Somatiske og psykiske risikofaktorer for selvmord	35
6 Konklusjon	39
Litteraturliste	40

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dagens samfunn er det et økende fokus på fenomenet selvmord.

Regjeringen innførte i fjor en nullvisjon for selvmord i Norge. Håpet var at dette skulle oppmuntre flere som befinner seg i en livskrise til å søke hjelp på et tidlig stadium (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Vi velger her å bruke Retterstøl, Ekberg og Mæhlum (2002) sin definisjon av selvmord:

«En bevisst og villet handling en person har gjort for å skade seg selv og der skaden har ført til døden» (Stänicke, 2010, s. 355).

Selvmord er et stort folkehelseproblem i Norge. Det dør gjennomsnittlig 500 til 600 mennesker av selvmord i året (Folkehelseinstituttet, 2020). Til tross for bedre behandling, økt kompetanse og gjentagende handlingsplaner har ikke selvmordsraten i Norge blitt redusert de siste 20 årene.

«De fleste selvmord skjer blant mennesker som ikke er i psykiatrisk behandling, og samfunnsmessige forhold er en hovedårsak til at raten ikke blir lavere» (Ekeberg og Hem, 2019).

Selvmord rammer ikke bare den som tar sitt eget liv, men også et helt lokalsamfunn rundt vedkommende, og da i særlig grad familie og venner. Alle mennesker blir sterkt berørt når vi hører om selvmord hos noen vi har en relasjon til, og ingen mennesker er forskånet fra å kunne komme til å måtte delta i en slik sorgprosess. Som sykepleiere er det slik at vi i jobbsammenheng må være forberedt på å delta med en profesjonell tilnærming i prosessen rundt håndtering av selvmord og pasienter med selvmordstanker.

«Sykepleie utøves i et kontinuum av situasjoner, fra de stabile og forutsigbare til akutte, kritiske og ustabile situasjoner» (Holter, 2016, s. 107).

Sykepleierens sentrale oppgaver i helsevurderinger og helsefremmende situasjoner innbefatter: «*systematisk kartlegging av helsetilstand, funksjon og evne til egenomsorg ivaretagelse av grunnleggende behov, og av forhold som påvirker disse*» (Kirkevold, 2016, s. 204-205).

«I helsearbeid møter vi heldigvis selvmord relativt sjelden, men både i psykisk og somatisk helsearbeid møter vi derimot ofte mennesker som presenterer selvmordsproblematikk i bredere forstand. Noen pasienter uttrykker et ønske om å dø, andre truer med det, og atter andre igjen gir oss en ubehagelig fornemmelse av at det finnes hemmelige tanker om døden» (Stänicke, 2010, s. 355).

1.2 Oppgavens hensikt

Pasienter kan ha fysiske og psykiske utfordringer på samme tid.

Sykepleier skal ivareta hele mennesket og har derfor en svært viktig rolle i å støtte pasienten på det mellommenneskelige plan. Sykepleier skal gjennom observasjon, undersøkelser, kartlegging og kommunikasjon bidra til gode vurderinger av pasientens helsetilstand i en tverrfaglig sammenheng.

På et sykehus er det sykepleier som har tette kontakt med pasienten og har derfor ved sin pasientoppfølging et godt utgangspunkt for å kunne bidra til tidlig å fange opp faresignaler på dårlig psykisk helse og derved risikofaktorer for selvmord.

Vi tenker at det ikke er sterkt nok fokus på psykisk helse innenfor somatikk i dag. Medisinske avdelinger er mer fokusert på fysisk helse, og har kanskje ikke da nok ressurser til å prioritere den psykiske helsen. Mangelen på kompetanse innenfor dette feltet kan også variere fra avdeling til avdeling. Det er store utfordringer knyttet til å være særskilt oppmerksom på pasienters psykiske helse i somatikken.

Økt viten om selvmordsproblematikk er viktig. Det kan bidra til at sykepleier får bedre forutsetninger, gjennom ervervet kunnskap og ved bruk av egnede hjelpemiddel, til å kunne ivareta sin rolle som pasientens støttespiller og omsorgsperson også på det psykiske plan.

En problemstilling omkring dette teamet tenker vi kan være nyttig og direkte relatert til sykepleiers arbeidshverdag.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Vår problemstilling blir da formulert slik;

Hvordan kan en sykepleier bidra til å tidlig oppdage forhøyet selvmordsrisiko hos pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste?

1.4 Avgrensning av problemstilling

Vi har valgt en problemstilling som favner bredt, og spørsmålsstillingen gjelder alle pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette fordi vi som sykepleiere møter og behandler alle typer pasienter, uavhengig av alder, kjønn og innleggelsesårsak. Nytteverdien av svarene vi kommer fram til i vår studie vil derfor være størst hvis vi ikke avgrenser problemsstillingen til å gjelde enkelte pasientgrupper eller risikofaktorer relatert til spesifikke sykdommer.

2 Bakgrunn

Her presenteres oppgavens teoretiske grunnlag basert på vår problemstilling. Temaet omhandler sykepleierens mulige rolle rundt tidlig intervensjon ved selvmordsrisiko. Vi benytter oss av teoretikere som belyser dette perspektivets relevans. Disse er Joyce Travelbee, Edwin Schneidman, Roy Baumeister, samt Aaron Beck.

Vi velger her også å presentere tematikk sentral for senere drøfting, samt definere aktuelle begreper. Dette inkluderer; risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, selvmordskartlegging, kommunikasjon og komorbiditet.

Under vårt forarbeid ble vi oppmerksomme på en stor diskusjon som har pågått om hva som må anses som god selvmordsforebyggende praksis. Vi velger da å henviser til tidsskrifter fra Norsk Legeforening og Norsk Psykologforening i det teoretiske grunnlaget.

2.1 Presentasjon av teoretikerne

Joyce Travelbee

Oppgaven vår belyser et viktig område innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. Fokuset her er rettet inn mot sykepleiers håndtering av utfordringene rundt pasienters selvmordsrisiko. Travelbees teori handler om å bruke seg selv terapeutisk.

Travelbee beskriver sykepleie som; *«en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee 2001, s. 29).

I lys av vår tematikk beskrives kontakten mellom pasienten og sykepleieren. Det å kunne få en god forståelse av pasientens opplevelse av sykdom og lidelse, er viktig for profesjonell og god ivaretagelse.

Travelbee beskrev denne kontakten som et «menneske-til-menneske forhold»;

«... den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til disiplinert intellektuell problemløsning i kombinasjon med sin evne til å bruke seg selv terapeutisk» (Travelbee, 1999, s. 177).

Sykepleieren skal, gjennom sin personlighet og kunnskap, være en støttende faktor til forandring, og håpefull bedring, hos pasienten. Sykepleieren bør ha evnen til å se hele mennesket med et kompetansepreget klinisk blikk. Denne viktige egenskapen er ikke relatert til et fagfelt alene, men er ansett som nødvendig i all sykepleiefaglig behandling.

Edwin Schneidman

En tidlig oppdagelse av selvmord kan være basert på at sykepleier har god faglig kunnskap om selvmordsproblematikk.

Schneidman (2005) beskriver at selvmordsatferden fremstår konfliktløsende når en indre krise oppstår. Psykologiske behov må tilfredsstilles når indre kriser og vanskelige situasjoner forekommer. Schneidman belyser her 4 psykologiske behov, knyttet til 4 ulike tilfeller av psykisk smerte (Stänicke, 2010, s. 358-359);

- Behov for hjelp og tilhørighet ved avisning av kjærlighet eller aksept.
- Behov for kontroll, prestasjon, autonomi, ukrenkelighet og orden etter en opplevelse av å miste kontroll, sterk hjelpeløshet og frustrasjon.
- Behov for aksept etter situasjoner der selvbildet er blitt truet i form av skam.
- Behov for en nærende relasjon etter at nære relasjoner er blitt ødelagt.

Roy Baumeister

Baumeister (1990) la frem i artikkelen «*Suicide as Escape From Self*», hvordan et kognitivt perspektiv på selvmord kan beskrives som en fluktløsning. Modellen til Baumeister viser her at selvmord opptrer som et endestadium, etter visse kriterier. Her vektlegger han at pasienten må ha erfart et tilbakeslag («setback»), satt opp mot egne forventninger. «Escape theory» viser til menneskets flukt fra denne negative, kognitive tilstanden (Thorvik, 2005, s. 71-72).

En påbegynnende selvbebreidelse («blame on the self») vil kunne gjøre at pasienten føler seg inadekvat, inkompetent, lite attraktiv og skyldig. Det er viktig å forstå at disse følelsene kan fremme psykiske affekter som angst og depresjon. Ens egne oppfatninger endres; fra en sammenhengende og meningsfylt status, til at selvet og kroppen føles fremmed (Thorvik, 2005, s. 71-72).

Tilstanden beskriver Baumeister som «*a relatively numb state of cognitiv deconstruction*». Kognitiv dekonstruksjon viser til en tilstand; «*der konkrete og kortsiktige målsettinger dominerer, og der tidsperspektivet begrenses til et fokus på nåtid, ofte ledsaget av en forestilling om ikke å ha noen fremtid (tunnelsyn)*» (Thorvik, 2005, s. 71-72).

En forstyrrende oppfattelse av tid, dens varighet og intervaller, beskriver Baumeister her som en erfaring av «*håpløshet*» (Løkke, 2005, s. 222-223).

Baumeisters teorier følger i samme kognitive tradisjon som **Aaron Beck**. Beck *et al.* (1974) forstår et selvmord «*som et resultat av en prosess, og ikke bare prosessen i seg selv*». Beck fremhever at det finnes enkelte universelle kjennetegn el. karakteristika i prosessen som omhandler tanke og beslutning forut for et selvmord. Selvmordet er slik sett påvirket av en kognitiv prosess over en viss tid, og er et resultat av ulike faktorer ved mennesket og dets omgivelser. Dette synspunktet har vært førende for utviklingen av en stor forskningstradisjon i studier av risikofaktorer (Stäniche, 2010 s. 357).

2.2 Sentrale begreper

2.2.1 Risikofaktorer ved selvmord

Risikofaktorer kan defineres som; «*en fellesbetegnelse brukt om forhold som øker faren for at personer utvikler problemer*» (Regjeringen, 2015).

Helsepersonell har et ansvar for å fange opp risikoen for selvmord i alle omsorgstjenestenivåer. Dette innebærer at sykepleieren må ha kjennskap til almene risikofaktorer.

Schneidman (2005) beskriver menneskets selvmordsatferd som en komplisert krisetilstand hvor sentrale psykologiske behov som bl.a. tilhørighet, autonomi, og kontroll i eget liv, ikke blir dekket. Baumeister (1990) vektlegger faktorer som selvbebreidelse og endringer i oppfattelsen av seg selv, både kroppslig og i tid og rom.

Risikofaktorene har bakgrunn fra ulike fagmiljøer. Disse er basert på klinisk kunnskap (empiri), statistiske beregninger og kvalitative studier av enkeltindivider som har foretatt alvorlige selvmordsforsøk eller selvmord. Risikofaktorene predikerer ikke utfall, men sier oss noe om sannsynligheten for selvskade og død (Stäniche, 2010, s. 360).

Det anses at selvmordsforsøk og selvmord i hovedsak har de samme risikofaktorer, og er et resultat av kompliserte samspill mellom mange risikofaktorer og belastende livshendelser. Derfor vil inkludering av alle mulige forhold rundt pasienten styrke det forebyggende arbeidet, og hindre at det ikke blir fokus kun på pasientens psykiske tilstand alene. Det presiseres at personer som drives til selvmord av høy psykisk smerte, ikke trenger å ha en diagnostiserbar psykisk lidelse (Regjeringen, 2015).

Det er blitt ansett som god praksis å kartlegge disse risikofaktorene; Psykisk lidelse, rusavhengighet, antall tidligere selvmordsforsøk, brudd i relasjoner, sosial isolasjon, vanskelige overganger som blant annet utskrivelse fra døgnavdeling, selvmord i slekta og tap av selvaktelse/ærekrenkelse (Stäniche, 2010, s. 360).

Tidligere selvmordsforsøk er en høy risikofaktor sammen med psykiske helseproblemer som depresjon, psykoselidelse, ruslidelser og personlighetsforstyrrelser. Andre forhold som anses som risikofaktorer er akutte kriser og relasjonsproblemer, og vansker med omstilling ved arbeidsledighet.

Likevel kommer det stadig vekk påstander på sviktende empirisk grunnlag, om at psykiske lidelser ikke spiller noen viktig rolle ved selvmord, og at helt andre risikofaktorer burde tillegges større vekt (Walbye, *et al.* 2020).

Studier rapporterer nå i økende grad om forhøyet forekomst av selvmord ved en rekke somatiske sykdommer, blant annet kreft og nevrologiske lidelser. Kroniske smertetilstander tilhører trolig også gruppen med økt selvmordsfare. Symptomer som rapporteres er overveldende følelse av isolasjon og håpløshet. Det er også en sannsynlighet for underrapportering av selvmordsrisiko da disse pasientgruppene kan få dødsfallet forklart med en somatisk årsak. Mange alvorlige somatiske sykdommer har også en predisposisjon for depresjon (Regjeringen, 2015).

Det er viktig å kunne identifisere risikofaktorer om personen tilhører en risikogruppe, men samtidig ikke konkludere risikoen på gruppetilhørigheten alene. Enkeltindivider står i risiko, hvor fokuset bør rettes mot de individuelle risikofaktorene, uavhengig av risikogruppe (Stangeland, *et al.* 2018).

Risikofaktorer beskrives også i forhold til utsatte risikogrupper. Her fremheves gruppen eldre menn, unge voksne menn særlig etter langvarige institusjonsopphold, og pasienter som skrives ut etter – eller har avbrutt innleggelse i døgnavdeling (Regjeringen, 2015).

Unge menn kan være en betydelig risikogruppe, selv uten pasienthistorier fra institusjon og uten en psykisk lidelse. Risikofaktorer blir ikke nødvendigvis fanget opp om personen tilsynelatende mestrer livet sitt (Rasmussen og Diserud, 2018).

2.2.2 Beskyttelsesfaktorer

Beskyttelsesfaktorer kan defineres som «*forhold som demper risikoen for å utvikle problemer når risikofaktorer er tilstede*» (Regjeringen, 2015).

Det anses som beskyttende faktorer hos den selvmordstruede person at vedkommende har en sterk familietilhørighet og støtte i lokalsamfunnet. Samtidig klarer de å ta i bruk gode problemløsningsstrategier og unnlater å ty til vold i konfliktløsning, samt en egen overbevisning (kultur, religion ol.) om at en vil leve. Det anses også som forebyggende å begrense tilgang til våpen og andre verktøy for å skade seg selv, samt lett tilgang til helsehjelp (Regjeringen, 2015).

2.2.3 Selvmordskartlegging

Ansvar for vurdering av selvmordstruede pasienter følger av kravene til faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4. Ansvar ligger som oftest hos ansvarlig behandler, her gjerne en klinisk psykolog, psykiater eller lege. Sykepleier og annet kvalifisert helsepersonell, vil således kunne ha en sentral rolle i å kartlegge risikofaktorer tidlig mht en pasients fysiske og psykisk tilstand (Helsepersonelloven, 2001).

En vurdering går gjennom følgende punkter (Stäniche, 2010, s.359-360):

1. *Kunnskap om statistiske risikofaktorer*
2. *Foreta et klinisk intervju*
3. *En helhetlig vurdering av aktuelle risikofaktorer, psykisk status presens og ressurser*
4. *Konkrete tiltak*
5. *En dokumentasjon av vurderingen i journal.*

Det kliniske intervjuet som vanligvis kalles status presens skal favne bredt, fra observasjon av fenomener som innsnevret bevissthet, rigiditet, hallusinasjoner, sinnsstemning, grad av kontroll over impulser, samt tanker og ev. planer for å skade seg selv eller andre.

Beskyttelsesfaktorer i pasienten og nettverk kartlegges og bidrar til en mer helhetlig forståelse av risikograd (Stäniche, 2010, s. 360).

Spørsmål i intervjuet søker å få svar på om pasienten har selvmordstanker, når- hvor og hvordan, om pasienten har selvmordsplaner og hvor konkrete de er, om det er stemmer som befaler at du skal ta ditt eget eller andres liv, støttende nettverk, undersøke påvirkning av følelser og smerte, og kartlegge brudd i relasjoner (Stäniche, 2010, s. 360).

Samtidig behøver ikke en nøye vurdering og tolkning av risikofaktorer gi en klar indikator på om pasienten er i høyrisiko eller ikke. Svaret man får etter en kartlegging skal tas alvorlig, men ikke indikere selvmord. *«Mange av dem som tar livet av seg har en diagnostiserbar psykisk lidelse, men de fleste personer som har en psykisk lidelse, tar ikke livet av seg»* (Larsen, 2020).

2.2.4 Kommunikasjon

Pasienter er sårbare og helt avhengig av andres hjelp når de er innlagt på sykehus. Det er viktig at de føler trygghet, og at de ikke er til bry for at de skal kunne formidle det de tenker er vesentlig for sin situasjon. Det er derfor essensielt at det oppstår en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Pasienten skal oppleve å bli respektert og lyttet til. Dette legger grunnlag for god kommunikasjon (Grov, 2016a, s. 45-48).

Definisjonen vi har valgt understreker betydning av at kommunikasjon er et samarbeid mellom to parter;

«Kommunikasjon er definert som en prosess der et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller non-verbalt» (Heyn, 2016, s. 364).

Det å snakke om krevende temaer, som selvmord, er en utfordring for både pasient og sykepleier. Det er da spesielt viktig at miljøet rundt pasienten er tilrettelagt for dette. Sykepleiers opptreden er vesentlig for at pasienten skal tørre å åpne seg om mulige vonde tanker som ellers ikke ville blitt formidlet.

2.2.5 Komorbiditet

I sykdomsforløpet kan pasienter oppleve at flere, gjerne uavhengige, sykdommer inntreffer samtidig, som kan ha en negativ effekt på behandlingen og prognosen for den innlagte pasienten. Begrepet komorbiditet, også kalt samsykdommer, er relevant når flere sykdommer; *«opptrer i tilknytning til hverandre»* (Grov, 2016b, s. 961).

I en fagartikkel av Qin, P (2017) oppsummeres sammenhengen mellom fysisk og psykisk selvmordsrisiko ved forskjellige diagnoser, hos den sykehusinnlagte pasient. Når flere alvorlige sykdommer inntreffer samtidig, øker risikoen for selvmord. Qin belyser her at alvorlighetsgraden kan være en varierende faktor hos pasienten;

«Det er verdt å merke seg at selvmordsrisikoen knyttet til en fysisk sykdom kan endre seg over tid».

Artikkelen finner at somatisk sykdom og sykehusinnleggelser i seg selv kan øke risikoen for selvmord hos pasienter uavhengig av alder og diagnose.

Det vektlegges også at somatisk sykdom gir økt forekomst av psykiske lidelser slik som angst og depresjon, og at selvmordsrisikoen relatert til somatisk sykdom reduseres når man behandler de psykiske plagene som oppstår i kjølvannet av sykdommen. Dette påvirker spesielt pasienter med flere somatiske sykdommer på en gang, og som har flere sykehusinnleggelser for somatisk sykdom bak seg (Qin, 2017).

«Mange somatiske sykdommer er forbundet med økt risiko for depresjoner, og motsatt øker depresjoner risikoen for sykelighet, død og kronifisering ved en rekke somatiske sykdommer» (Dahl & Grov, 2014, s.93).

3 Metode

I denne oppgaven vi bruker litteraturstudie som metode.

Dette innebærer at vi foretar tolkning av litteratur i artikkelform rettet mot et bestemt tema og problemstilling.

«Et systematisk litteratursøk er et omfattende søk der informasjonsinnhenting er planmessig og begrunnet» (Solhaug, 2017).

I følge Aveyard (2014, s. 2) starter et litteraturstudie med å identifisere et forskningsspørsmål. For å besvare dette spørsmålet søker man systematisk etter relevant litteratur og kan oppnå ny innsikt og viten ved grundig analyse.

Gode litteratursøk er preget av presise spørsmål basert på refleksjoner om anvendbarheten av funnene.

“Et presist spørsmål bør inneholde informasjon om hvem vi er interessert i, hvilke tiltak vi er interessert i og hvilke utfall som er av interesse” (helsebiblioteket, u.å).

Vi har brukt vår erfaringsbakgrunn fra tidligere praksisperioder for å komme fram til et interessant tema som vi tenker bør belyses nærmere. Dette temaet blir definert i en spørsmålsbasert problemstilling.

Vi tar i bruk flere verktøy i vårt søk og vil nedenfor presentere søkeprosessen, bruk av PICO-skjema, inklusjons- og eksklusjonskriterier, belyse funnene i en søksmatrise og analysere kvalitet og relevans i de utvalgte artiklene.

3.1 Søkeprosess

Vi har valgt å bruke de to databasene Pubmed og Medline i søksprosessen for å finne forskning og litteratur, relevant til vår problemstilling. Begge databasene bruker MeSH(Medical Subject Headings). Dette verktøyet bekrefter at søkeordene er basert på medisinske fagoverskrifter som ytterligere spisser inn søket i databasene (Helsebiblioteket, 2016a). For å kunne benytte oss av MeSH benyttet vi kun engelske søkeord og emneord. I søkene våre valgte vi å bruke et PICO-skjema som struktur (Uia, 2021);

Population/problem	Intervensjon	Comparison	Outcome
-Suicide ideation	-Screening		
-General hospital	-Mass screening		
-Medical	-Early medical		
-Nursing	intervention		

Vår problemstilling innebærer pasienter på de *medisinske sykehusavdelingene*, hvor vi i hovedsak ser på tidlig identifisering av selvmordsrisiko. Vi har ingen søkeord i kategoriene «comparison» og «outcome» da vårt fokus omhandler pasientgruppe, selvmordsproblematikk og tidlige intervensjoner. Derfor valgte vi kun å bruke søkeord i PICO`s to første kategorier populasjon/problem og intervensjon.

Vi skiller emneord vi bruker fra typiske tekstord. Der tekstord ofte benytter titler, sammendrag eller hele tekster, blir emneord mer spesifikke. “Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i artikler, bøker, og andre publikasjoner”. Likeså er det viktig å kombinere begge typer søkeord som “tekstord” for å kunne finne potensielle underliggende nøkkelord som ikke nødvendigvis var indeksert som emneord (Helsebiblioteket, 2018). Disse emne- og søkeordene benyttes i begge databaser.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I våre søk etter vitenskapelige artikler var målet vårt å undersøke om det kunne finnes kartleggingsverktøy som var enkelt nok til å implementere på en medisinsk eller kirurgisk sengepost uten at kartleggingen tok mye ekstra tid.

Vi ønsket også å se om det kunne finnes et verktøy som fanget opp forhøyet selvmordsrisiko, uavhengig av nylig oppdaget eller forverret sykdom. Vi valgte ikke å begrense oss til en bestemt aldersgruppe og diagnose. Studiene vi har valgt ut presenterer resultater for pasientgrupper fra 18 til >70 år +.

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon/demografi	Somatiske sykdommer Pasienter som fra før ikke hadde avdekket forhøyet selvmordsrisiko. Underliggende risikofaktor Pasienter i aldre fra 18 år til 70 år + Studier fra andre vestlige land hvor resultatene er overførbare til norske forhold?	Pasienter med tidligere kjent selvmordsforsøk, eller der selvmordsatferden er kjent Pasienter i psykiatrisk behandling/på psykiatrisk avdeling.
	Fagfellevurdert/IMRAD-struktur	
Tidsavgrensning	Artikler fra 2010-2021	
Tilgjengelighet	Fulltekst	
Språk	Engelsk- eller norskspråklige artikler	

3.3 Tabell for strukturert søk

Database	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall leste abstrakter	Antall inkluderte artikler
Medline	(Suicidal Ideation) AND (Mass screening) AND (Emergency nursing) AND(Hospitals)	2010-2021	38	5	1
Medline	(Suicide) AND (Hospitals) AND (Emergency nursing)	2010-2021	46	4	1
Pubmed	Suicide risk) AND (Screening) AND (Medical) AND (Nursing)	2016-2021	102	14	2
Pubmed	(Suicide risk) AND (Mass screening) AND (nursing) AND (Medical)	2016-2021	9	3	1

3.4 Kvalitetsvurdering og analyse

Det finnes ikke noen universell fasit på vurdering av vitenskapelige artikler. Det viktigste er å forstå problemstillingen til artiklene og rammene for forskningen i tillegg til om metode og materiale er godt nok til å gi konklusjoner og resultater som er valide. Man kan kritisk vurdere vitenskapelige artikler på flere områder. Vurderingen kan stilles i 5 hovedspørsmål; (Andersen og Jørgensen, 2016, s. 133-137).

- Om problemstillingen er relevant.
- Om studiens design er egnet for formålet.
- Om undersøkelsen er gjennomført på en slik måte at man kan stole på resultatet.
- Hvilke pasienter resultatet gjelder for.
- Om resultatet er betydningsfullt.

I tillegg til de overnevnte spørsmål vurderte vi om resultatene var overførbare til norske forhold.

I artikkelsøket studerte vi de vitenskapelige artiklene som hadde relevante abstrakt. Vi vurderte hensikten og målene ved hver studie, om deres tematikk var relevant til denne oppgavens problemstilling.

Av de artiklene som hadde en relevant problemstilling, vurderte vi selve oppbygningen og metoden som ble brukt. Artiklene vi valgte ut fulgte en standardisert IMRAD-struktur og hadde en fagfelleurdert kvalitetssikring (Svartdal, 2021). Hver artikkel inneholdt en strukturert metode med et utvalg av deltagere, en konkret datainnsamling og nøyaktig analyse. (Søk & Skriv, 2020)

Resultater som svarte på sin problemstillingen og avsluttet med en oppsummerende konklusjon av anvendte studier og teorier. Utvalget i studiene ble presentert, og godt begrunnet ut ifra deres tematikk og problemstilling.

Etter et strukturert søk har vi her valgt ut 5 forskningsartikler der 2 er kvalitative og 3 er kvantitative. En kvalitativ metode gjennomføres ved intervjuer og observasjoner, med et fokus på å belyse standpunkter og argumenter som er relevante for oss. Denne metoden kan ikke tallfestes på samme måte som en kvantitativ metode, hvor fokuset er på datainnsamling av ulike standpunkter i en større utvalgt gruppe. Vi benytter oss av både de kvantitative og kvalitative metodene, hvor de kan utfylle drøftingen ytterligere. Denne kombinasjonen vi inkluderer kalles en metodetriangulering (mixed methods) (Grønmo, 2020).

4. Resultater

4.1 **Artikkel 1:** *Improving Suicide Risk Screening and Detection in the Emergency Department.*

Artikkelen, fra 2016 er skrevet av Boudreaux, E. D. og Camargo Jr., C. A. og Arias, S. A. og Sullivan, A. F. og Allen, M. H. og Goldstein, A. B. og Manton, A. P. og Espinola, J. A. og Miller, I. W.

Studiens hensikt var å undersøke om universell kartlegging av forhøyet selvmordsrisiko var gjennomførbart ved et akuttmottak. Artikkelen presenterer en kvalitativ studie gjennomført i 8 akuttmottak, 7 stater i USA deltok i studien. Studiet ble gjennomført i 3 faser;

Fase 1: normal drift, kartlegging ved klare symptomer på psykisk sykdom.

Fase 2: kartlegging av alle pasienter.

Fase 3: kartlegging av alle pasienter og iverksetting av behandling.

Alle pasienter som kom inn via akuttmottak ble ansett som kvalifisert til å kartlegges. Ved utslag i kartleggingsverktøyet tok en forskningsassistent kontakt med pasientene for et intervju.

Over en tidsperiode fra 2009 til og med 2014 ble 236 791 journaler gjennomgått av forskningsassistentene. Av 236 791 journaler ble det identifisert 10 625 journaler hvor det kom fram at pasienten hadde utført en form for selvskading eller hatt tanker om dette. Av disse igjen ble det gjennomført et intervju med 3 101 pasienter.

Kartleggingsverktøyets parametere var nedsatt stemningsleie, om pasientene hadde hatt selvmordstanker de siste to ukene, eller om de noen gang har forsøkt å ta sitt eget liv. Selvmordstanker i løpet av de siste 14 dagene eller selvmordsforsøk i løpet av de siste 6 måneder ble definert som en positiv test. Studien viser at dersom sykepleiere får et kartleggingsverktøy å jobbe etter øker antall pasienter som blir kartlagt, og dermed oppdagelsen av selvmordsrisikoutsatte pasienter.

Studien er gjennomført på akuttmottak på amerikanske sykehus og vurderes overførbart til norske forhold. Artikkelen slår fast at disse metodene har store muligheter til å bli implementert i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Dette kan ha stor innvirkning på antall selvmordstruede pasienter som blir oppdaget.

4.2 **Artikkel 2:** *All along the watchtower: Suicide risk screening, a pilot study.*

Artikkelen er skrevet av Becker, K. og Schmidtke, H.

Studien fra 2010 sier at 48% av selvmord på sykehus i USA skjedde i de medisinske mottakene og ikke på de psykiatriske avdelingene. Studien hensikt er å tilpasse et kartleggingsverktøy for å kunne fange opp flere pasienter med forhøyet selvmordsrisiko, allerede i mottakelsen.

Denne kvalitative pilotstudien inkluderte 177 pasienter uavhengig av diagnose over 60 dager. Av 177 pasienter som ble kartlagt svarte 17 pasienter at de hadde følt seg håpløse, hatt tanker om å skade seg selv, eller skadet seg selv. Disse 17 ble meldt til vurdering og henvisningsteam. 12 av disse pasientene ble henvist videre til psykiske helsetjenester. Fem av de 17 pasientene ønsket ikke å snakke med teamet for vurdering og henvisning.

6,7% av pasientene i studien endte dermed opp med å motta tjenester for å redusere risikoen for selvmord. Disse pasientene ville ikke ha blitt fanget opp uten kartleggingsverktøyet som ble utviklet.

12% av de 6,7 prosentene var pasienter over 65 år.

Et tverrfaglig team ble opprettet med personale fra blant annet akuttmottaket, føde- og barselavdeling, medisinsk, kirurgisk og intensiv, samt fra avdeling for vurdering og henvisning med flere. Teamet utarbeidet kartleggingsverktøyet og introduserte behov for kursing av personalet som skulle gjennomføre kartleggingen.

Kartleggingsverktøyet bestod av fire spørsmål som omhandlet om pasientene hadde følt seg triste eller engstelige, om de hadde følt seg overveldet eller håpløse, om pasientene hadde tanker om å skade seg selv, eller forsøkt å skade seg selv. Etter en uke ble kartleggingsverktøyet endret til å kun spørre om håpløshet og ikke om pasientene hadde følt seg overveldet.

4.3 **Artikkel 3:** *Patient Opinions About Screening for Suicide Risk in the Adult*

Medical Inpatient Unit.

Artikkelen fra 2017 er skrevet av Snyder, J, Ballard, E, Stanley, I, Luide, E, Godbout, J, Pao, M og Horowitz, L.

Denne kvalitative studien fra 2017 har som hensikt å undersøke pasienters reaksjoner og tanker knyttet til kartlegging og samtaler om selvmord på en somatisk sengepost.

Utvalget besto av 53 voksne pasienter i USA, som hadde blitt innlagt av en medisinsk årsak eller for operasjon. Metoden til studiet ble utført ved NIH- (National Institutes of Health) CRC (Clinical Research Center). Dette foregikk i løpet av en uke i januar 2012.

Innsamlingen av data ble gjort gjennom et semistrukturert intervju med «ja-og-nei» spørsmål. De pasientene som svarte ja ble fulgt opp med ytterligere oppfølgingsspørsmål.

Det ble benyttet en kvalitativ dataanalyse, hvor de 53 svarene ble analysert og vurdert. Studien analyserte sammenhenger mellom svarene til pasientene.

De kvalitative funnene tydet på at en majoritet av sykehusinnlagte pasienter støtter og er positive til screening for selvmordsrisiko (81%). Resten av pasientgruppen (19%) sin mening var delt mellom «usikre» og «negative» til effekten av screeningen.

Studien understreker betydningen av å spørre pasienten direkte om de anser at det er sammenheng mellom fysisk og mental helse. Artikkelen vektlegger den viktige rollen som oppfølgingsintervensjoner har i en slik sammenheng.

Tilbakemeldingene fra pasientene var i hovedsak positive til fokuset på mental helse og selvmordsrisiko. Det å bli spurt direkte om selvmordsproblematikk gjorde det lettere for pasienten å prate om ubehaget.

Samtidig ble kritikk presentert, hvor noen pasienter opplevde at et økende fokus på mental helse virket overraskende og ulogisk når innleggelsesårsaken ikke nødvendigvis berørte dette temaet.

Artikkelen blir her relevant fordi den setter et viktig fokus på pasientens perspektiv og meninger. Videre viser den til en stor nytteverdi av å implementere et kartleggingsverktøy for selvmordsrisiko, som for eksempel et intervju, på en somatisk avdeling.

4.4 **Artikkel 4:** *Screening for Suicidal Thoughts and Behaviors in Older Adults in the Emergency Department.*

Artikkelen fra 2016 er skrevet av Betz, N, Arias, S, Segal, D, Miller, I, Camargo, C. Jr. og Boudreaux, E.

Dette kvantitative studiet fra USA, Colorado estimerer utbredelsen av selvskading, selvmordstanker og selvmordsforsøk hos eldre voksne i akuttmottaket. Hensikten med denne studien er å se på risikofaktorene for selvmord i en akutt avdeling for flere ulike pasientgrupper, basert på alder, kjønn, rase og etnisitet.

Her besto utvalget av en stor demografi, 142 534 pasienter fra 7 forskjellige stater. Deltagerne var 18 år eller eldre.

Av alle 142 543 pasienter som ble screenet på akuttavdelingen, hadde 5,5% av pasientene positive svar til selvmordstanker, med store variabler i aldersgruppene. Den yngste aldergruppen, 18-24, hadde høyest rate (9%).

Artikkelen studerte også kjønnsforskjeller der menn hadde en høyere rate enn kvinner i aldergruppen 45-49, mens kvinner hadde en høyere rate i aldergruppen 25-29.

Studiet viser at det er en tydelig mindre rapportert suicidscreening hos eldre. Hos den yngre aldersgruppen ble flesteparten kartlagt for selvmord (81%), mens de i aldersgruppen 85+ ble betraktelig færre kartlagt (68%).

Studiet viser imidlertid at ved kjent psykisk lidelse hos eldre pasienter, ble denne gruppen også mer prioritert. Dette gjaldt for alle pasientgruppene.

Forfatterne av artiklene konkluderer med at et helhetlig pasientforløp med fordel kan startes på et akuttmottak. Artikkelen blir her relevant når den belyser en funksjonell side av universell screening, tilpasset demografiske variabler og belyser viktigheten av å kartlegge alle.

4.5 Artikkel 5: *Prevalence and factors associated with suicide ideation and psychiatric morbidity among inpatients of a general hospital: A consecutive three-year study.*

Artikkelen fra 2020 er skrevet av Lee, J, Burdick, K, Ko, C, Liu, T, Lin, Y. og Lee, M.

Et kvantitativt oppfølgingsstudie som undersøker utbredelsen av selvmord og psykiatrisk sykdom på sykehus. Hensikten med studiet er å oppdage selvmordsrisiko på medisinske avdelinger. Artikkelen vektlegger betydningen av alvorlige, somatiske sykdommer i sammenheng med mental helse.

Studiet belyser en effektiv, sykehusbasert strategi for screening, hvor fokuset er plassert på tidlig forebygging og identifisering av selvmordsrisiko. Her henvises det til studier som beskriver at sjansen for å begå selvmord er tre ganger så stor etter utskrivelse fra sykehus, som fra et psykiatrisk sykehus.

I dette studiet ble 93 129 pasienter med en aldersdifferanse fra 12 år og eldre vurdert. Innleggelsene foregikk i perioden august 2014 til desember 2016. Studiet ble utført på pasienter i sykehus i Taiwan, som fikk et spørreskjema med fokus på mental helse.

Det ble brukt et elektronisk medisinsk diagram, som gjorde det lettere å identifisere pasienter i fare.

Screeningverktøyet BSRS-5- «brief symptom rating scale», baserer seg på scorer fra 0-4, hvor pasienter blir vurdert i 5 ulike psykopatologiske kategorier; insomnia, depresjon, angst, fiendtlighet og underlegenhet.

Artikkelen beskriver BSRS- 5 som et effektivt og nyttig screeningverktøy for å identifisere psykisk nød og selvmordsrisiko blant innlagte pasienter på sykehus. Etter statiske og metodiske analyser viser artikkelen at de 5 kategoriene er betydelige variabler som kan indikere selvmordsrisiko.

Denne artikkelen belyser kartlegging av pasienters mentale helse gjennom et kort og presist kartleggingsverktøy ved medisinske avdelinger og sykehus. Den ser hvilke typiske indikatorer som kan være tidlige varseltegn på selvmordsrisiko. Selv om kartleggingsverktøyet er basert kun på pasientens egne tilbakemeldinger, gir den viktig informasjon for å kunne identifisere risikofaktorer hos den enkelte pasient.

Studiet ser pasienten i et helhetlig perspektiv, både mentalt og patogensk. Denne helhetlige pasienttilnærmingen vurderer vi som relevant for denne oppgaven.

4.6 Resultatanalyse

Vi bestemte oss for å bruke et utvalg av nøkkelord som artiklene representerte. Vi trakk sammenligninger mellom artiklene hvor de både støttet og utfordret hverandres synspunkt. På bakgrunn av artiklene kom vi fram til tre temaer og noen underliggende kategorier som vi sammenlignet opp mot hverandre;

Tema	Kategori
Selvmonds screening	Kartleggingsverktøy Observasjonskompetanse
Kommunikasjon	Relasjonskompetanse Sykepleiers terapeutiske rolle Tidsperspektivet
Somatiske risikofaktorer for selvmord sammenholdt med psykiske lidelser	Komorbiditet *

I det systematiske litteratursøket valgte vi kun 2 databaser, noe vi forstår kan redusere mengden relevante funn. Vi valgte å bruke disse 2 databasene på bakgrunn av vår tidligere erfaring med søk, samt deres felles benyttelse av verktøyet MeSH.

Samtidig var søkeprosessen krevende da et tilpasset og innsnevret søk fant så få artikler med relevans til vår problemstilling. Vi vurderte to fremgangsmåter. Den ene inkluderte bruken av flere databaser, mens den andre utvidet søket i de 2 valgte databasene. Vi fikk flere treff da vi endret emneordene i søket vårt, og valgte derfor å fortsette å bruke kun de 2 databasene.

Mange av artiklene i søket stiller spørsmålstegn ved nytten av screening. Vi ønsket å ta utgangspunkt i den somatiske pasienten, mens hovedvekten av artiklene baserte seg på den psykiatriske pasienten/diagnosen. Derfor vurderte vi at mange av artiklene ikke var relevante for litteraturstudiet vårt.

Artiklene vi inkluderte er internasjonale, hvor ingen er nordiske. Til tross for inklusjonskriteriene har vi valgt en artikkel som ikke møter kriteriene om utvalg fra kun vestlige land. Et spørsmål blir da om disse resultatene kan sammenlignes med vestlige forhold?

Den internasjonale selvmordsstatistikken viser til omtrent lik forekomst i vestlige land som i Norge. I Asia er det en større variasjon i antall selvmord (Folkehelseinstituttet, 2020). Da vil det være naturlig at vi vurderer denne artikkelen mer kritisk.

Etter en vurdering av funnene og hva artikkelen svarer på viste den ikke-vestlige artikkelen likevel en stor relevans til vår problemstilling. Denne artikkelen samsvarer godt med de andre funnene og belyser flere av de valgte kategoriene og temaene, som blant annet screening og kommunikasjon.

Sett i lys av våre inklusjons- og eksklusjonskriterier er demografi ikke en stor faktor i søket for oss. En av artiklene utfordrer inklusjonskriteriet vårt på 18 år +, da denne utvider aldersspennet ned til 12år +. Denne artikkelen har en klar inndeling i aldersgrupper, helt ned til 0-14 år. Vi anser problemstillinger knyttet til pediatri, utenfor vårt fokusområde.

En annen artikkel hadde et særskilt fokus på en eldre aldersgruppe, 60 år +. Vår hensikt med oppgaven handlet i hovedsak om å se etter relevante risikofaktorer som ikke er bundet til en bestemt aldersgruppe eller kjønn. Imidlertid var denne artikkelen interessant da den viser til forskjeller mellom somatisk friske eldre og eldre med kjent psykisk lidelse, i vurderingen av suicidrisiko.

En styrke i de valgte publikasjonene er at de alle er av nyere publiseringsdatoer, mellom 2010 til 2020, hvor fire av de valgte artiklene var 5 år eller yngre.

Vi har videre brukt lærebøker, fagartikler og tidsskriftspublikasjoner som ses i sammenheng med funnene. Vi benytter her de samme kritiske vurderingene av gyldighet, og om de svarer direkte på problemstillingen vår.

5. Diskusjon

5.1 Kartlegging av selvmordsrisiko

Kartleggingsarbeid er en nødvendig del av vår hverdag som sykepleiere. Flere av artiklene fremhever potensialet som ligger i å kartlegge pasienter.

Becker og Schmidtke (2010) viser at det er hensiktsmessig å bruke anvendelige kartleggingsverktøy i et akuttmottak. Studiet beskriver at ved å bruke et effektivt kartleggingsverktøy skal kartleggingen kunne gjennomføres raskt, og samtidig være anvendelig for mange pasientgrupper. Kartleggingsverktøyet har til hensikt å kunne avdekke selvmordsrisiko hos alle pasienter på ulike avdelinger, uavhengig av somatisk sykdom og type sengepost.

Boudreaux *et al.* (2016) viser til at antall tilfeller med identifisering av pasienter med forhøyet selvmordsrisiko ble doblet etter innføring av kartleggingsverktøy i akuttmottaket. Studien fant at verktøyet fungerte i praksis og at det hadde potensiale til å kunne brukes i alle typer avdelinger innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

Både Boudreaux *et al.* (2016) og Becker og Schmidtke (2010) fastslår at det er gjennomførbart å innføre et enkelt kartleggingsverktøy på stort sett alle avdelinger.

Samtidig som de øvrige artiklene bekrefter effekten av et godt implementert kartleggingsverktøy, utdyper Becker og Schmidtke (2010) også en vurdering av akuttmottakets kartleggingsrolle. Studien deres uttrykker en bekymring for at kartlegging av selvmordsrisiko ville kunne påvirke arbeidsflyten i området der man vurderte hastegraden av de innkomne pasientenes somatiske tilstand. På bakgrunn av dette, motsatte personell seg å kartlegge for selvmordsrisiko før pasientene hadde kommet videre fra mottaket.

Betz *et al.* (2016) bekrefter effekten av universell kartlegging, særlig når dette er godt implementert. Samtidig viser studien til at grupper med kjent forhøyet selvmordsrisiko, ikke er de eneste gruppene som burde prioriteres. Fordelen med en slik universell screening er at den fokuserer også på de mindre synlige risikofaktorene. I tillegg ble det funnet at jo færre åpenbart synlige tegn på økt selvmordsrisiko, jo mindre sannsynlig var det at en kartlegging ble gjennomført.

Boudreaux *et al.* (2016) påpeker også at det er vanskelig å identifisere pasienter som bør kartlegges når de legges inn med sykdom eller skader som ikke er direkte relatert til et selvmordsforsøk eller selvskading. Studien sier videre at helsepersonell generelt opplever utfordringer med å identifisere pasienter som er aktuelle for en kartlegging i den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Lee *et al.* (2020) underbygger her en årsak til disse utfordringene;

«First, hospitalization with medical care may serve as a protective factor to alleviate the associated psychological distress of those suffering from severe medical problems; patients with psychological distress coexisting with physical problems may feel much relief upon being admitted into a safe medical environment.»

I denne sammenheng fremhever Lee *et al.* (2020) hvordan innlagte pasienter retter sin oppmerksomhet mot det fysiske ubehaget som deres innleggelsesårsak. Dette kan fungere som en distraksjon fra det psykiske stresset, som da sannsynligvis blir en mer underliggende faktor. En usikker opplevelse, med stress relatert til diagnose, prognose og behandling, som da kunne påvirke resultatene i kartleggingen.

Det er jo slik at det er mennesker både i og utenfor helsevesenet som tar sitt eget liv, herunder også både somatiske og psykiatriske pasienter. Det som er felles for alle forskjellige grupper av mennesker er at de har sine egne livserfaringer og problemer.

Derfor mener vi det også kan være relevant å trekke inn artikler som ikke direkte omhandler somatisk innlagte pasienter. På bakgrunn av dette henviser vi til tidsskrifter som belyser mulighetene for å predikere selvmord.

I et tidsskrift hentet fra psykologforeningen, uttaler Larsen (2020) seg om dette. På gruppenivå er det dokumentasjon for selvmordsrisikofaktorer. Disse faktorene er synlige hos langt flere personer enn de som begår selvmord. Likeledes er risikofaktorene ikke synlig

tilstede hos mange av de som begår selvmord. Derfor er det vanskelig å forutsi selvmordsrisikoen for enkeltindividet.

Falske svar i kartlegging viser til hvordan pasienten kan svare ja vedrørende selvmordstanker og ikke utføre selvmord (falsk positiv), eller svare nei og likevel utføre selvmord (falsk negativ).

Statistikken i Norge viser at et flertall av de som begår selvmord, «varsler» om dette på forhånd. Et selvmordsvarsel er ikke uvanlig å gi. Dette gjelder også for dem som aldri vil gjøre alvor av et slik varsel.

Snyder *et al.* (2017) Utdyper videre denne krevende identifiseringen. Studien beskriver hvordan tidlig avdekking av risikofaktorer, kan gjøre det lettere for helsepersonell å respondere på positive svar på selvmordskartlegging ved en medisinsk avdeling. Studien belyser også at økt fokus på kartlegging av mental helse er viktig for både pasienter med medisinske sykdommer og helsepersonell.

Betz *et al.* (2016) viser imidlertid til at det praktiseres forskjeller i screening basert på kjent psykisk sykdom og alder hos pasienten. Studiet belyser en betydelig reduksjon av antall screeninger hos eldre pasienter, selv hos dem med en positiv score.

I sin pilotstudie fant også Becker og Schmidtke (2010) at blant de 12 pasientene som fikk behandling og oppfølging var 5 av pasientene over 65 år. Dette utgjorde altså 42% av denne pasientgruppen.

Artikkelen stiller da spørsmålet om en universell screening vil være den beste løsningen for å avdekke risikofaktorer hos alle pasientgrupper, også den eldre?

Becker og Schmidtke (2010) anfører også at mange av de eldre pasientene som døde av selvmord hadde hatt identifiserbare symptomer på depresjon i perioden de var i kontakt med lege før selvmordet.

Det som kan karakterisere særlig den eldre aldersgruppen, og medføre ulike stressfaktorer til forskjell fra yngre aldersgrupper, er; sosial isolasjon, mangel på tilhørighet, opplevelse av å

være en byrde for andre, sorg etter tap av nær relasjon. Dette i tillegg til andre somatiske sykdommer kan føre til en forverret helsetilstand (Betz *et al.* 2016).

Et spørsmål som går igjen i studiene er om eldre, også denne problematikken, er i en sårbar og utsatt situasjon for forhøyet risiko for å dø av selvmord. Statistisk sett kan det forklares med at det innlegges flere eldre med flere sykdommer enn yngre. På den andre siden kan det også finnes en risiko for at det finnes mørketall for selvmord blant pasienter over 65 år.

En fagartikkel fra Qin (2017) viser her til hvordan dødsfall blant eldre mennesker kan bli registrert med en somatisk årsak framfor selvmord i tilfeller der den eldre pasienten kan ha valgt å avslutte sitt eget liv.

Ut fra ovennevnte artikler kan vi vurdere det dit hen at det er behov for oppdaterte screeningsverktøy og spørsmål som kan benyttes til dette formålet. Resultatene gir en indikasjon på at kartleggingen av selvmordsrisiko hos pasienter over 65 år bør tilpasses denne spesifikke målgruppen.

Det er mange ulike faktorer å ta hensyn til både når det gjelder hvem som skal kartlegges, hvordan kartleggingen utføres og analysen etterpå. Dette har vist oss at man er avhengig av god observasjonskompetanse for å ta riktige valg, og det bør derfor satses mer på utvikling av denne kompetansen for eksempel gjennom videre og deling av erfaringer.

5.2 Kommunikasjon som virkemiddel

God kommunikasjon er avgjørende for et godt, nøyaktig kartleggingsresultat. Tillit og en opplevelse av å bli ivaretatt av sykepleier er sentralt for pasientens ønske om formidling.

Travelbee (2001) fremhever at det å kunne bruke seg selv terapeutisk er et kjennetegn på en profesjonell sykepleier. Hun fremhever at sykepleierollen er et menneske- til-menneske forhold som har til hensikt å opparbeide gode relasjoner og samarbeid med pasientene. Hva slags betydning har en slik profesjonell tilnærming til pasienten for en tidlig oppdagelse av selvmordsrisikofaktorer?

Snyder *et al.* (2017) viser til pasientenes egne reaksjoner når de blir spurt direkte om selvmordstanker. Pasientene forsto effekten av direkte kommunikasjon, og bekreftet at slike spørsmål var viktige for å avdekke nødvendig informasjon, som de ellers ikke ville fortalt om.

«The questions will help you help them. You can't read a person's mind. You don't know what they are thinking until you ask.»

Vi tenker at åpenhet og bruk av fagkunnskap i en relasjonsbyggende samtale er viktig for å fjerne det negative stigmaet rundt helse og selvmord. Når temaet får mer oppmerksomhet opplever pasientene støtte til å kunne prate mer fritt om dette uten å kjenne på at det er et tabubelagt område. Dermed kan det bli enklere for pasienten å håndtere negative følelser rundt tematikken.

Snyder *et al.* (2017) viser til at for de aller fleste oppleves det altså som positivt at det rettes et fokus på temaet selvmord. Et mindretall kan likevel oppleve utrygghet ved å bli kartlagt for selvmordsrisiko

«People feel fragile waiting for serious surgery and that would not be the time to ask»
(Snyder *et. al.*, 2017).

Noen gav uttrykk for overraskelse og tenkte at de kunne bli behandlet som psykiatriske pasienter på grunnlag av screeningens resultat. Det må tas alvorlig at pasientene kan få slike bekymringsfulle tanker. Selv om det må påpekes at utvalget var lite i denne kvalitative studien.

Hvordan skal vi som sykepleier forholde oss til en slik studie? Vi ønsker å møte pasienten på best mulig måte. På den ene siden er det svært viktig å fange opp pasientens eventuelle tanker om selvmord, ved å være tydelig i kommunikasjonen i en tidlig fase. Samtidig er det ikke vår intensjon å utsette det mindretallet av pasientene som reagerer på slike spørsmål for unødig bekymring og stress.

Dette kan være et dilemma for sykepleieren.

Hvordan kan vi bedre kan hjelpe pasienten til å godta kommunikasjon rundt selvmord?

Artikkelen av Becker og Schmidtke (2010) tar ikke opp temaet god kommunikasjon i sine inklusjonskriterier.

Artikkelen nevner allikevel i resultatdelen at sykepleierens evne til å formidle spørsmål om selvskading og selvmordstanker på en måte som oppfattes lite truende, gjør at pasientene føler seg komfortable med å oppgi sensitiv informasjon (Becker og Schmidtke, 2010).

Vi tenker at det å være lite truende i kommunikasjonen kan oppleves ulikt for den enkelte. Vi må etterstrebe å være trygge og tydelige i vår tilnærming for å fange opp avgjørende informasjon fra pasienten for deretter å kunne handle hensiktsmessig på bakgrunn av dette. Dette kan kjennes truende og mulig invaderende for noen. For andre kan det oppleves som en lettelse, som kanskje endelig blir spurt av sykepleier om et tema som familie og venner ikke har turt å gå inn på.

«Det krever at en tar hensyn til den enkeltes forståelse og ressurser, og til den situasjon pasienten befinner seg i. deretter må det avklares om pasienten har forstått informasjonen, noe som gjøres best ved å be pasienten oppsummere den informasjonen som har blitt gitt» (Heyn, 2016, s. 364).

Spørsmålene i kartleggingen fra Becker og Schmidtke (2010) omfattet begrepene tristhet, engstelig, overveldet og håpløshet.

Begrepet overveldet ble raskt tatt ut av screeningen fordi det ikke gav god nok mening i en slik kartlegging. Etter vår vurdering kan ordet ha mange betydninger, og kanskje ikke klart gi uttrykk for pasientens sinnstilstand relatert til selvskading og selvmord. Det viser at det er viktig med presise begreper som ikke kan mistolkes. Alle kan bli overveldet av en sykehusinnleggelse, det må også kunne sees på som en normal reaksjon. Håpløshet derimot kan være uttrykk for en mer depressiv alvorlig følelse av at det ikke er noen løsning i sikte.

Ut fra dette kan vi si at valg av spørsmål / hvilke ord som blir benyttet er viktig for å oppfatte pasienten riktig og heller ikke ødelegge en god samhandlingssituasjon med å provosere eller såre pasienten med konfronterende spørsmål.

Det kan også være nødvendig å nyansere et begrep ved hjelp av oppfølgingsspørsmål for å klargjøre pasientens svar.

Schneidman (2005) beskriver at sykepleieren må ha en forståelse for at selvmord for noen pasienter kan være løsningen på ubehag og indre konflikt. Alle mennesker har et behov for relasjon, aksept, kontroll og følelse av tilhørighet. Hvis disse behovene ikke er tilfredsstilt, er dette kjente risikofaktorer.

God kommunikasjon kan avdekke synlige og bevisste oppfatninger som pasienten har selv, selv om disse, men ikke nødvendigvis fortrenge negative tanker og følelser som følger av en alvorlig sykdom. «*Det er ikke alltid slik at de symptomene vi tror er de mest plagsomme for pasienten, er de som faktisk har mest å si for pasienten selv i hans hverdag*» (Heyn, 2016, s. 374-375).

Pasienten klarer da kanskje ikke å uttrykke seg godt nok over egne vanskelige tanker og følelser, før etter utskrivelsen fra sykehuset.

Betz *et al.* (2016) viser at eldre ikke blir prioritert i screening for selvmord hvis de ikke har en diagnostisert psykisk lidelse fra tidligere

Artikkelen konkluderer med at en tidlig identifisering og igangsetting av behandling utgjør en forskjell hos eldre for å forbedre livskvalitet og redusere selvmordsraten.

Her fokuseres det på behandling av depresjon og en bedre forståelse av kroniske symptomer samt det at kroppen hos eldre fungerer dårligere og sosiale stressfaktorer øker.

Det er vanskelig å forutsi hvilke pasienter som vil reagere negativt på kommunikasjon rundt selvmord

Det vi kan trekke ut fra ovennevnte artikler er at pasienter er opptatt av selvmordsproblematikk, enten ved positiv respons på en slik screening eller negativ tilbakemelding. Eller kanskje også taushet rundt temaet, som vi tenker i særlig grad kan gjelde eldre.

Vi må ut fra ovenstående ha fokus på at noen pasientgrupper, eldre f.eks. kan trenge særlig omsorg og tålmodighet rundt temaet. Det er ikke slik at eldre ikke begår selvmord, selv om samfunnet vier unge mennesker som tar livet sitt mest oppmerksomhet.

Vi vurderer det slik at det er viktig med en bevisst individuell vurdering av hver enkelt pasient for å få en ide til hvordan vi kan tilnærme oss pasienten i spørsmålsstillingen.

Et viktig moment i denne sammenhengen er også at pasienter vet at vi som helsepersonell har plikt til å redde liv. Dette kan gjøre at de ikke svarer ærlig når de blir spurt om selvmordstanker.

Vi må også ha fokus på at ord kan oppfattes forskjellig og at det derfor kanskje ikke bør være en bestemt mal for spørsmålsstilling, men gis ansvar til den enkelte sykepleier som skal eller har opparbeidet en relasjon til pasienten.

Hvilket tidspunkt er best egnet for kommunikasjonen rundt selvmordsvurdering?

Det kan være svært viktig å henvende seg til pasienten på et tidspunkt pasienten er tilgjengelig for kommunikasjon.

«For mange tilstander er det en særlig økt risiko for selvmord tidlig i episodene, ofte i perioder med betydelig funksjonsfall, tap av anseelse, i arbeidsliv- eller familieliv» (Walbye *et al.* 2020).

Studien fra Lee (2020) viser til statistikk fra 2014-2016 som beskriver at: raten av utførte selvmord etter utskrivelse fra sykehus var tre ganger høyere enn i den generelle befolkningen. I tillegg var raten utførte selvmord ca. tre ganger mer sannsynlig hos utskrevne pasienter fra sykehus enn fra psykiatriske enheter.

Risikoen reduseres gradvis med tiden, men dersom en pasients somatiske sykdom blir forverret og medfører en kronisk tilstand, vil selvmordsrisikoen øke igjen.

Dette er sammenfallende med artikkelen fra Qin (2017) som viser til studier der selvmordsrisikoen er høyest både ved innleggelsen og den første uken etter utskrivelse. Disse studiene vektlegger også tidspunktet fra diagnosen er stilt som kritisk for selvmordsrisiko. Mange pasienter kan ha vansker med å akseptere vissheten om at de har en alvorlig sykdom

Dette viser oss at det er nødvendig med sterkere fokus på screening av selvmordsrisiko i sykehus og at dette kanskje bør gjøres både ved innleggelse og utskrivelse for å fange opp flest mulig i risikogruppen.

5.3 Somatiske og psykiske risikofaktorer for selvmord

Som sykepleier på f.eks. en medisinsk avdeling møter vi pasienter innlagt for en alvorlig fysisk tilstand eller som skal få utført et operasjonsinngrep.

Dette gjør at vi automatisk vil fokusere på pasientens fysiske helsetilstand, og at vår observasjons- og undersøkelsesbaserte kartlegging og muntlige dialog med pasienten i første omgang dreier seg om dette når vi møter pasienten.

I hvor stor grad bør vi også ha et tidlig fokus på pasientens psykiske helse?

Komorbiditet-begrepet innebærer at somatiske sykdommer kan øke risikoen for depresjoner, dette går begge veier slik at depresjoner også øker risikoen for sykkelighet og død.

Studien til Snyder *et al.* (2017) viser til at somatiske symptomer kan være tegn på psykososialt stress som depresjon, angst og selvmordstanker. Artikkelen ser viktigheten av å kunne se sammenligningene mellom det fysiske og det psykiske. De fleste pasienter innlagt på somatiske sykehus bør være inkludert i en screening for å oppdage dette.

Studien til Snyder *et al.* (2017) bekrefter hvordan somatiske sykdommer ikke bare har en direkte effekt på den fysiske helsen, men kan også ha en betydelig innvirkning på pasientenes mentale helse. Artikkelen belyser relevansen av nøye observasjon av både de fysiske og psykiske funksjonene hos pasientene under et sykehusopphold.

Qin (2017) viser til at komorbiditet, ved å ha flere sykdommer samtidig, dvs. sykdom i flere enn ett organ, økte risikoen for selvmord fra 18 til 36 %. Qin henviser også til at somatisk sykdom og innleggelser i seg selv kan øke risikoen for selvmord.

Qin (2017) viser videre til en dansk studie hvor 64 % av personene som begikk selvmord hadde minst en sykehusinnleggelse bak seg. Senere hadde også personer som hadde vært innlagt for fysisk sykdom mer enn dobbelt så høy risiko for selvmord enn andre med samme kjønn og alder uten fysisk sykdom.

Det kan derfor være viktig å være bevisst på pasientens tidligere sykehushistorie ved eventuell ny innleggelse.

Ut fra dette kan vi se at det er svært viktig å ha fokus på psykisk helse hos pasientene når de legges inn for en somatisk sykdom. Vi har ikke gjort noen funn som taler mot dette.

Innvending her er likevel tidsperspektivet for den travle sykepleier som det forutsettes skal ivareta pasientens fysiske behov først. Vår vurdering er at en god psykisk kartlegging krever tid og ro omkring pasienten, og dessverre kan det tenkes at det ikke alltid er optimale forhold for dette på alle sykehusavdelinger.

Det beste vil selvfølgelig være at alle pasienter får en grundig kartlegging omkring denne problematikken, men hvis vi skal ta i betraktning den tiden sykepleier har til rådighet for hver enkelt pasient på avdelingen kan vi kanskje stille følgende spørsmål:

Er det mulig å gjøre en vurdering av hvilke somatisk innlagte pasienter som står i større fare for å begå selvmord enn andre pasienter?

En tilnærming til dette kan være å se på om forskningen gir svar på om det er forskjell i hvilke sykdommer som gir høyest forekomst av selvmordsrisiko.

Lee *et. al* (2020) viser til at pasienter med kroniske sykdommer har en høyere forekomst av både fysiske og psyko- sosiale stressfaktorer. Dette kan for eksempel gjelde sykdommer som diabetes, kardiovaskulær sykdom, leddgikt, epilepsi, astma og kreft. Artikkelen beskriver samtidig at denne sammenhengen er noe uklar.

Qin (2017) henviser til en dansk studie som forteller om sammenheng mellom alvorlige fysiske lidelser og selvmordsforsøk. Dette gjelder f.eks. kreft, hjertesykdom, hjerneslag, leddgikt, Huntingtons- og Parkinsons sykdom. Spesifikke sykdommer økte selvmordsrisikoen fra to til fire ganger, men det var stor variasjon fra sykdom til sykdom.

Dette sier oss at alvorlig sykdom gir økt selvmordsrisiko, men siden variasjonene var store, og det ikke ble gjort funn som viste til helt spesifikke sykdommer, gir dette ikke nok grunnlag til at det synes nyttig å prioritere enkelte pasientgrupper fremfor andre ved screening.

I Tidsskrift for Norsk Psykologforening hevder Stangeland at det er nyttig å identifisere risikofaktorer når man skal vurdere om en person tilhører en høyrisikogruppe, og det er bred enighet om at det er sannsynlig at flere i denne gruppen enn vanlig kommer til å dø av selvmord. Vi kan imidlertid ikke si hvilke personer dette gjelder eller når de vil gjøre det. I

tillegg til dette er det et faktum at de fleste som dør i selvmord ikke var vurdert til å være i høy risiko for selvmord, og de var heller ikke i kontakt med helsevesenet. Han mener derfor at vi ikke bør ha så stor tiltro til om risikovurderinger treffer, men gi de individene som vurderes å være i høyrisikogruppen god hjelp (Stangeland *et al.* 2018).

I et tidsskrift fra den Norske Legeforening beskriver Rasmussen og Diserud som var i kontakt med etterlatte etter at menn (18 -30) hatt tatt sitt eget liv. De hadde ingen av de to sentrale risikofaktorene: kontakt med psykisk helsevern og tidligere selvmordsforsøk. Få av de etterlatte hadde oppdagat at de unge slet psykisk. Mange av de etterlatte var tydelige på at helsepersonell ikke hadde fanget opp selvmordsrisiko fordi de tilsynelatende mestret livet sitt godt og at de ikke kunne ha en forhøyet risiko uten å også å ha en psykisk lidelse (Rasmussen og Diserud, 2018).

Det er aspekter vi kan ta hensyn til for å vektlegge hvilke somatisk innlagte pasienter som kan ha høyere risiko for å begå selvmord enn andre. Men ut ifra den kunnskap vi nå har fått om kompleksiteten ved selvmordsrisikofaktorer synes det ikke fornuftig å skille ut enkelte pasientgrupper for prioritert kartlegging.

Hvert menneske er unikt og vi kan ikke forutsi enkeltmenneskets reaksjon når det blir utsatt for store påkjenninger enten akutt eller i en vedvarende belastende livssituasjon.

Et valg om å ta sitt eget liv er endelig. Det er ikke mulig å gjøre en fornyet vurdering av om valget var riktig. Et menneske som velger en slik utgang på sine problemer kan kanskje i de fleste tilfeller ha tenkt på det over tid, mens hos andre skjer det etter en akutt forverring av livssituasjonen. Det som foregår i et menneskets sinn i tiden fra bestemmelsesøyeblikket, nå gjør jeg det, og til handlingen er utført vil aldri noen andre få innsikt i.

Vi kan ikke sette en diagnose på selvmordsrisiko. Dette gjør behandlingen av denne problematikken ulik all annen pasientbehandling på sykehus.

Men vi kan tilegne oss kunnskap om noen risikofaktorer for selvmord og i noen grad hvordan vi skal møte utsatte pasienter.

Sykepleier bruker mye tid på pasienten. Sykepleier har derfor en svært viktig rolle i å støtte pasienten på det mellommenneskelige plan, og har derfor et godt utgangspunkt for å bidra til å kunne fange opp faresignaler for selvmord.

Studiene har vist at det gir effekt å ta i bruk kartleggingsverktøy for vurdering av selvmordsrisiko og at det er gjennomførbart å innføre dette på stort sett alle sykehus avdelinger.

Det er variasjoner i tidspunktet for når risikoen for selvmord er størst, dette kan f.eks. være både ved innleggelse og etter utskrivning. Det er ikke klare funn på at enkelte pasientgrupper er mer utsatt enn andre selv om det vises til indikatorer som alvorlig sykdom. Dette gjør det vanskelig å fastsette riktig tidspunkt for kartlegging og å skille ut enkelte pasientgrupper for prioritert screening.

Pasienter kan gi falske negative eller positive svar på screening, dette kan gjøre at pasienter ikke blir fulgt opp hvis ikke kartleggingen indikerer dette, selv om behovet kan være tilstede.

Et pålitelig kartleggingsverktøy bør helst være tilpasset spesifikke målgrupper.

Majoriteten av pasientene er positive til en slik type screening, den kan fange opp utsatte pasienter som ellers ikke ville fortalt om selvmordstanker. Sykepleiers evne til god formidling av kartleggingsspørsmål er viktig for pasientens ønske om å oppgi sensitiv informasjon.

Somatiske sykdommer har en stor innvirkning på pasienters mentale helse. Det er viktig med fokus på psykisk helse når pasienten legges inn for en somatisk sykdom eller et operasjonsinngrep.

Kan funnene i denne oppgaven brukes innovativt for utvikling av rutiner vedrørende selvmordsproblematikk for sykepleiere som behandler somatisk innlagte pasienter?

Det er forholdsvis nytt med forskning på dette feltet og vi mener funnene vil være nyttig viten i behandling av pasienter på norske sykehus i dag.

Vi mener denne informasjonen om kartleggingsverktøy og pasientenes reaksjoner kan gi grunnlag for utvikling av spesialtilpasset verktøy. Etter god opplæring og med fokus på de begrensninger som er anført samt for eksempel jevnligte refleksjoner over resultatene i tverrfaglige grupper burde det kunne tas fast i bruk slike kartleggingsverktøy på sykehus i dag.

6 Konklusjon

Det vi har lært gjennom vår gjennomgang av studiene i våre utvalgte artikler og annen relevant litteratur gjør at vi velger å besvare vår problemstilling med følgende konklusjon:

- Ved kunnskap om begrensningene er kartleggingsverktøy et godt hjelpemiddel for sykepleier til å oppdage forhøyet selvmordsrisiko hos somatisk innlagte pasienter.
- Sykepleier kan bidra til å oppdage forhøyet risiko for selvmord ved å være bevisst på at pasienten kan gi falske negative/positive svar på spørsmål rundt selvmord og derved ikke overse underrapportering av risikofaktorer.
- Sykepleier må være særlig bevisst på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse for å kunne fange opp signaler fra pasienter som selv har mest fokus på fysisk helsetilstand.
- Sykepleier må møte hver enkelt pasient med tanke på selvmordsrisiko uten å kun vektlegge tidligere screeninger eller sykdomshistorie.
- Det er viktig å være bevisst på at tidlig identifisering av risikofaktorer ikke bare handler om å kartlegge pasienten så tidlig som mulig etter innleggelse. Det handler også om å vurdere egnede tidspunkt for screening og dermed øke sannsynligheten for å oppdage risikofaktorene så snart som mulig etter de oppstår.

Litteraturliste

- Andersen, S. E og Jørgensen, T. (2016) Kritisk vurdering af en artikel, i Jørgensen T., Christensen, E. og Linneberg, A. *Klinisk forskningsmetode*. 4. utg. København: Munksgaard Danmark, s. 133-137.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 3. Utg. London: Open University Press, s. 2.
- Becker, K. og Schmidtke, H. (2010) All along the watchover: Suicide risk screening, a pilotstudy. *Nursing Management*, 41(3), s.20-24. doi: <http://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000369493.61734.7a>
- Betz, M. E. (2016) Screening for Suicidal Thoughts and Behaviors in Older Adults in the Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), s.72-77. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.14529>
- Boudreaux, E. D. *et al.* (2016) Improving Suicide Risk Screening and Detection in the Emergency Department. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(4), s. 445-453. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.09.029>
- Bråthen, T., V. (2019) *Jeg ser- jeg lytter- jeg bryr meg!* Tilgjengelig fra: <https://livsrom.life/jeg-ser-jeg-lytter-jeg-bryr-meg/> (Hentet: 18. mai 2021)
- Dahl, A. A. og Grov E. K. (2014) *Komorbiditet i somatikk og psykiatri*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 93.

Ekeberg, Ø. og Hem, E. (2019) Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? *Tidsskriftet den norske legeforening*. 11, s. 1038. doi: <http://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0943>

Folkehelseinstituttet (2020) *Selv mord i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/> (Hentet: 14. april 2021)

Grov, E., K (2016a) Å bli pasient og hjelpetrengende, i Grov, E. K. og Holter, I. M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 45-48.

Grov, E., K (2016b) Komorbiditet, i Grov, E. K. og Holter, I. M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 961-963.

Grønmo, S. (2020) *Kvantitativ metode*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvantitativ_metode (Hentet: 14. april 2021)

Helsebiblioteket (u.å) *2.Spørsmålsformulering*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering> (Hentet: 25. mars 2021)

Helsebiblioteket (2016a) *Søkeord*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord> (Hentet: 25. mars 2021)

Helsebiblioteket (2018) *Litteratursøk* Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok#En> (Hentet: 25. mars 2021)

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Nullvisjon for selvmord i Norge*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nullvisjon-for-selvmord-i-norge/id2714530/>
(Hentet: 13. april 2021)

Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig

fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (Hentet: 20 april. 2021)

Heyn, I. (2016) Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E. K. og Holter, I. M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 363-364 og 374-375.

Holter, I. M.(2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s.107.

Kirkevold, M. (2016) Karakteristika ved sykepleiepraksis- sykepleierens møte med ulike typer situasjoner, i Grov, E. K. og Holter, I. M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 204-205.

Larsen, K. (2020) Selvmordsforebygging: Balansegang mellom realisme og optimisme, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. (47(10), s. 906-907. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2010/10/selvmordsforebygging-balansegang-mellom-realisme-og-optimisme> (Hentet: 28. mars. 2021)

Lee, J. I. *et al.* (2020) Prevalence and factors associated with suicide ideation and psychiatric morbidity among inpatients of a general hospital: A consecutive three-year study. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 37(5), s.427-433. Doi:

<http://doi.org/10.1002/kjm2.12336>

Løkke, H. (2005) Stoikerne om selvmord, i Herrestad, H. og Mehlum, L. (red.) *Uutholdelige liv*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 222-223.

Omhelse (u.å.) *Joyce Travelbee*. Tilgjengelig fra: <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/joyce-travelbee/> (hentet: 24. mars 2021)

Qin, P (2017) Selvmordsrisiko hos personer med somatiske lidelser, *Suicidologi*, 22(1), s. 12-17. Doi: <http://doi.org/10.5617/suicidologi.4680>

Rasmussen, M, L. og Diserud, G (2018) Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn, *Tidsskriftet den norske legeforening*, 138(3), s. 238-242. doi: <http://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571>

Regjeringen (2015) *Risiko- og beskyttelsesfaktorer*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/sub/radikalisering/veileder/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/id2398414/> (hentet: 24. april 2021)

Snyder, D. J. *et al.* (2017) Patient Opinions about Screening for Suicide Risk in the Adult Medical Inpatient Unit. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 44(3), s. 364-372. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9498-7>

- Solhaug, S. (2017) *Fagressurser, nyheter og tips til oppgaveskriving og litteratursøk*.
Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/blogger/ub-samfunn/2017/06/27/trenger-du-hjelp-med-et-systematisk-litteratursok-vi-hjelper-deg> (Hentet: 25. mars 2021)
- Stangeland, T *et al.* (2018) Faglig motmæle mot Helsetilsynet, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(12), s.1142-1146. Tilgjengelig fra:
<https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2018/11/faglig-motmaele-mot-helsetilsynet>
(Hentet: 12.april 2021)
- Stänicke, L. (2010) Selvmord og selvmordsvurdering, i Skårderud, F, Haugsgjerd, S og Stänicke, E. *Psykiatriboken*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 355-360.
- Svartdal, F. (2021) *Fagfelle vurdering*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fagfelle vurdering>
(Hentet: 20. mars 2021)
- Søk & Skriv (2020) *IMRaD-modellen*. Tilgjengelig fra: <https://sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#introduksjon> (Hentet: 21. mars 2021)
- Thorvik, A. (2005) Å drepe, bli drept og dø, i Herrestad, H og Mehlum, L. (red.) *Uutholdelige liv*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 71-72.
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 6. opplag. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, s. 29.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 177.

Uia (2021) *Systematisk søking - Helsefag*. Tilgjengelig fra:
<https://libguides.uia.no/c.php?g=668209&p=4740486> (Hentet: 25. mars 2021)

Walbye *et al.* (2020) Myter og fakta om selvmordsforebygging, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 57(4), s. 294-297. Tilgjengelig fra:
<https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/04/myter-og-fakta-om-selvmondsforebygging> (14.april 2021)

