



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave Fagartikkel

Sykepleierkompetansen: en vesentlig ressurs i selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern?

Nurses' clinical competencies: an essential
resource for preventing suicide in psychiatric
institutions?

Kandidatnummer: 10036

Antall ord: 4681

ABSTRAKT

Innledning: Artikkelen utforsker sykepleiers rolle som vesentlig aktør i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern. Studien som artikkelen bygger på hadde til hensikt å belyse avgjørende elementer av sykepleiers kliniske kompetanse i arbeidet med inneliggende, selvmordsnære pasienter.

Metode: For å besvare problemstillingen ble det benyttet kvalitativ metode. Tre semistrukturerte intervjuer ble gjennomført i mars 2020, med informanter ansatt i psykisk helsevern. Utvalget besto av to sykepleiere og én vernepleier, alle med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Intervjudata ble organisert i koder ved hjelp av systematisk gjennomgang, inspirert av stegvis-deduktiv-induktiv metode.

Resultater: Tre sentrale tema framsto som særlig betydningsfulle i sammenheng med sykepleiers kliniske kompetanse i denne sammenhengen: Observasjon, intuisjon, og relasjonskompetanse. Resultatene indikerer at ingen av disse elementene kan stå alene som formålstjenlige verktøy, men er gjenstand for gjensidig avhengighet. Erfaring framsto som den viktigste forutsetningen for at alle kompetanseelementene kunne anvendes på en hensiktsmessig måte. Faktorer som mangel på tid og ressurser ble av flere sett som en negativ påvirkning på sykepleiers mulighet for å utnytte potensialet i pasientrelasjonen. Samtlige av informantene så sykepleierrollen som sentral og uunnværlig i det forebyggende arbeidet med inneliggende pasienter i psykisk helsevern.

Konklusjon: Sykepleiers rolle som aktør i det forebyggende arbeidet er utvilsomt vesentlig. Da erfaring er av avgjørende betydning for praktisk anvendelse av sentral kompetanse, behøves mer forskning på hvordan man best kan tydeliggjøre og systematisere erfaringsbasert kunnskap. På bakgrunn av at sykepleiers bidrag i tverrfaglig forebyggende arbeid er sterkt forankret i pasientnære relasjoner, bør organisatoriske forhold tilrettelegges for at sykepleier i størst mulig grad bruker tid på relasjonsbygging og kommunikasjon med pasienten.

ABSTRACT

Introduction: This article explores the nurse's role as a key contributing party to preventing suicide within the mental health sector. The purpose of the preliminary study was to highlight central elements of the nurse's clinical competencies, that may be beneficial to the preventative work with psychiatric in-patients.

Method: Qualitative research was employed in order to explore the chosen topic. Three semi-structured interviews were carried out in March 2020, with three employees within the mental health sector in Norway. The sample consisted of two nurses and one social educator, all with postgraduate diplomas in mental health care. The raw data was systematically organised into codes, inspired by a step by step deductive inductive method.

Results: Three central topics emerged as particularly relevant in connection with the nurses' clinical competencies in this context: observation, intuition and relational skills. The findings suggest that none of these elements are effective in isolation; they are mutually dependent. Clinical experience stood out as the main prerequisite for the nurse's practical application of these tools. Several of the participant viewed factors like

lack of time and resource as negative influence on their ability to fully exploit the therapeutic potential in their relation to the patient. All of the participants viewed the nurse's role as pivotal in suicide prevention, in a mental health in-patient setting.

Conclusion: The nurse's role in psychiatric in-patient suicide prevention seems unequivocally significant. In order for the nurses' central competencies to be suitably employed, clinical experience is key. Hence, more research is needed into how experienced based knowledge can be vocalised, systemised and shared. The nurse's contribution to the interdisciplinary suicide prevention work is deeply rooted in the nurse/patient relationship. In light of this, organisational shifts towards more time spent interacting with the patient may be beneficial.

INNLEDNING

På verdensbasis tar et menneske sitt eget liv hvert førtiende sekund. Dette globale fenomenet er årsaken til at nesten 800 000 mennesker dør hvert år og et ukjent antall etterlatte blir berørt (1). Til tross for ulike initiativer som handlingsplaner og kompetanseheving har vi ikke lyktes med å redusere selvmordsraten i Norge på de siste 20 årene (2). Selvmord ble meldt som dødsårsak for 674 mennesker i 2018. Dette utgjør den høyeste selvmordsraten siden perioden 1988-1991 (3). Tall fra nasjonale kartleggingssystem viser at nærmere halvparten av alle selvmord i Norge skjer blant personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus i løpet av sitt siste leveår. I 2015 og 2016 ble det meldt inn 58 selvmord og 310 selvmordsforsøk blant inneliggende pasienter i norsk psykisk helsevern (4).

Selv om selvmord og suicidal atferd ikke er ensbetydende med psykisk lidelse (5,6) har man funnet en betydelige relasjon. Forskere har knyttet så mye som 90% av selvmord i befolkningen til psykisk lidelse (7). Sykepleiere og annet helsepersonell i psykisk helsevern har dermed et særlig ansvar for ivaretagelse av selvmordsnære pasienter. Sykepleie handler om å trygge livsprosessene og legge til rette for at de går sin gang; en oppgave som er like vesentlig i psykiatrien som på intensivavdelingen (8). Helsedirektoratet angir reduksjon i antall selvmord og forsøk blant pasienter i psykisk helsevern som et viktig helsepolitisk mål (9). De understreker at en forutsetning for å lykkes er en vektlegging av forebygging. Det er derfor sentralt i målsettingen at selvmordstanker og -planer oppdages tidlig for å iverksette forebyggende tiltak. Likevel vet vi at forebygging av selvmord er en svært kompleks og utfordrende oppgave (10).

Sykepleie til selvmordsnære pasienter har vært tema for en god del forskning. I 2005 så en norsk studie (11) på hvordan sykepleiere anvender kontinuerlig observasjon som tiltak ved selvmordsrisiko. En annen norsk studie fra 2017 undersøkte hvordan psykiatriske sykepleiere følelsesmessig opplever å ivareta selvmordsnære pasienter på psykiatriske avdelinger(10). I en nyere studie fra Belgia (12) var hensikten å avdekke og forstå kjerneelementene i kommunikasjonen sykepleiere i psykiatriske institusjoner har med suicidale pasienter. Alle disse studiene indikerer at sykepleiere innehar klinisk kompetanse som er betydningsfull i forebyggende sammenheng.

Sykepleiers kliniske kompetanse er et omfattende begrep. Det kan defineres som den samlede kompetansen en sykepleier innehar som grunnlag for å handle i sykepleiesituasjoner, og evnen til å observere pasientens tilstand er her sentral (13). Ferdigheter som kreves for observasjon av pasienten kan sammenfattes som det kliniske

blikket. Det sanselige aspektet av klinisk blikk gjør det nært beslektet med intuisjon, som er en bestridt metode innen sykepleieutøvelse (14). Medvirkning i risikokartlegging og forebygging synes videre vesentlig befestet i sykepleier/pasient-kontakt og kommunikasjon. I følge Helsedirektoratet (9) anses relasjonskompetanse her som en sentral ferdighet. Samtidig som forskning på sykepleiers rolle framhever det relasjonelle, er både sykepleiere og pasienter samstemt om at for lite tid blir brukt på å lytte til og snakke med pasientene (12,15).

Det synes beviselig at sykepleiere har verdifull kompetanse som gjør at de er særlig egnet til å bidra i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern. Denne studien har til hensikt å se på fremtredende elementer av denne kompetansen og hvordan disse anvendes i praksis. For å besvare problemstillingen ble det gjennomført intervjuer med tre miljøterapeuter. Målet var å avdekke hvilken kompetanse de vektla mest i deres forebyggende arbeid. Funnene vil bli diskutert opp i mot litteratur og forskning knyttet til sykepleierens rolle i dette arbeidet.

På bakgrunn av eksisterende forskning og studiens resultater har jeg valgt følgende problemstilling for denne artikkelen:

«Hvordan anvender sykepleieren sin kliniske kompetanse i forebygging av suicid blant inneliggende pasienter i psykisk helsevern?»

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 1) noe omfattende. En del av kunnskapen som ble tilgjengelig fra intervjuene vil derfor ikke være inkludert i denne studien.

Valg av metode

Formålet med denne studien var å undersøke hvilke elementer av sykepleiers kliniske kompetanse som vektlegges mest i det selvmordsforebyggende arbeidet. Valget falt på kvalitative intervjuer som metode, i den hensikt å fremskaffe 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 ståsted (16).

Inklusjons- og eksklusjonsstrategier

Kort tid etter studiens oppstart ble det innført begrensende tiltak i forbindelse med COVID-19 pandemien (17). 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, bestående av to sykepleiere og én vernepleier. Ideelt sett skulle utvalget vært bestående av kun sykepleiere, men begrensninger tilknyttet COVID-19 gjorde dette vanskelig. Inkluderingen av vernepleier i denne studien rettfærdiggjøres av yrkesgruppens tilsvarende rolle i psykiatrien. At rollene er sammenlignbare blant annet grunnet medisinsansvar, legekontakt og nærhet til pasienten

over tid, kom frem i informantenes egne utsagn. Dette samsvarer videre med studentenes opplevelser i praksisfeltet. En videre forutsetning for deltagelse var at informantene var ansatt ved en psykiatrisk avdeling. Forskjellen sykepleier/vernepleier blir ikke videre presisert i oppgaven, også av hensyn til anonymisering.

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 (18) og med det legge til rette for at informantene kan presentere ytterligere momenter. Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av gjennomgått 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.

Analyse

Analysen er inspirert av SDI-metoden til Tjora (18), og bruker samtidig elementer fra Dallands (16) 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 (18)

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 ønsket å innhente pasientspesifikk informasjon.

RESULTAT

Generelt viser funnene at informantene i stor grad opplever sin kliniske kompetanse som betydelig i kontinuerlig kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, og forebygging av selvmord. Funnene synliggjorde videre at alle informantene så på visse sammenfallende elementer av den kliniske kompetansen som sentrale forutsetninger i det forebyggende arbeidet.

Observasjoner

Informantene uttrykte at de i kapasitet av sin pasientnære rolle var en uunnværlig aktør for å observere pasientene. De ser etter endringer i væremåte og sinnstilstand, tolker signaler og setter disse i sammenheng med pasientens individuelle risikofaktorer og beskyttende faktorer.

'Vi er tette på pasientene, og det er vi som ser pasienten til de forskjellige tidene. Det er vi som observerer endringer og snakker med pasienten, og det er opp til oss å se når pasienten trenger en ny vurdering'

Én av informantene underbygde betydningen av sykepleiers pasientnære observasjoner ved å benevne selvmord som ferskvare; en inneliggende pasientens sinnstilstand kan endre seg drastisk gjennom oppholdet og ofte på kort varsel. En annen la sykepleiers observasjoner til grunn for at spesialist i det hele tatt skulle kunne utføre sine oppgaver.

'Du kan si at legene hadde ikke fått gjort jobben sin om vi ikke hadde vært der og gjort de observasjonene som vi gjør.'

Den samme informanten la i større grad vekt på rene observasjoner enn de andre. Hun sa at hun også snakket med pasienten men understrekte at dette kunne være en utfordrende oppgave.

To av informantene var kritiske til validiteten av risikokartleggingen som ble gjort ved innkomst, og understreket følgelig verdien av sykepleiers oppfølgende observasjoner. Både det at pasientene ikke nødvendigvis var ærlig i innkomstsamtalen, og en uttalt skepsis til selve kartleggingen ble nevnt.

'Ofte "tar pasientene seg sammen" under time med behandler, og dermed blir sykepleierens observasjoner i miljøet svært viktige.'

På tross av observasjonens nøkkelrolle i vurdering og forebygging, er det ikke alltid at man kan forhindre at det verste skjer. Én av informantene fortalte at dette er noe de ansatte snakker mye om seg i mellom.

'Jeg føler det er en slags enighet i praksis om at vi ikke kan unngå selvmord. Vi klarer ikke alltid å se det.'

Klinisk blikk & magefølelse

Det kliniske blikket ble fremhevet av alle informantene som svært viktig. Én informant uttrykte at dette handlet om at sykepleiere i observasjoner skal se hele mennesket, mens en var opptatt av at det kliniske blikket kommer når man har god kunnskap og legger til erfaring som et avgjørende element.

'Det har stor betydning, det kliniske blikket. Det handler også om at man er trygg i observasjoner og avgjørelsene man tar. Det kommer ofte etter noen år i jobben.'

En annen av informantene mente at begrepet var vanskelig å definere og at det går mye på arbeidserfaring og intuisjon. Informantene brukte begrepene klinisk blikk, intuisjon og magefølelse noe overlappende i sine uttalelser. To informanter brukte begrepet magefølelse og løftet det fram som et avgjørende element for hvordan de vurderte pasientene.

'Jeg kommer ikke unna det her uten å snakke om magefølelsen og fornemmelsen av at folk skal ta livet sitt, det er det som er skummelt, ikke de som roper ut at de skal ta livet sitt.'

Den tredje informanten brukte ikke benevnelsene magesfølelse eller intuisjon men hentydet til det samme fenomenet når hun beskrev ulike pasienter; noen truet med selvmord mens med andre hadde hun en ekkel følelse av at de gikk med hemmelige tanker.

Informanten som snakket mest om magesfølelsen og syntes å vektlegge og anerkjenne fenomenet mest åpenlyst, pekte også på at det kunne være problematisk å formidle og dokumentere i samhandling med lege. Dette beskrev hun som en utfordring med tanke på det hun opplevde som sykepleiers utstrakte bruk av magesfølelsen som del av risikovurderingen.

Relasjonskompetanse

Betydningen av relasjonen mellom miljøterapeut og pasient ble gjennomgående trukket fram som helt sentralt i arbeidet med kartlegging, vurdering og forebygging. En av informantene belyste hvor stor rolle sykepleier kan spille ved å peke på at relasjoner gjerne blir bygd over tid.

'Relasjonen har mye å si for det som kommer frem, og i en inntakssamtale med en lege som de aldri har møtt før kan det hende det tar litt tid før de klarer å snakke om det.'

Det ble også understreket at det ikke er alt som kan observeres, og at det dermed er avgjørende å gå i dialog med pasienten. En av informantene vektla i stor grad sykepleiers mellommenneskelige kompetanse og kommunikasjon som byggesteiner i en hensiktsmessig relasjon med pasienten.

'I forhold til oss (sykepleierne) og den samtalen med pasienten så er min erfaring at når du viser engasjement og er interessert så får du mye mer ut av dem.'

Det var videre gjennomgående enighet om at ikke alle miljøterapeuter kan ha den samme relasjonen til alle pasienter, og i og med at det ikke er mulig at den ansatte en gitt pasienten har best relasjon til alltid er tilgjengelig, at dette kan utgjøre en sårbarhet for pasientene.

'Det var en som hadde planer og alt klart, men så kom jeg på nattevakt. Etter mye om og men så snakket vi om det og pasienten ville ikke ta livet sitt fordi det ville gå utover meg.'

DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan sykepleiere anvender sin kliniske kompetanse i arbeidet med den selvmordsnære pasienten. Resultatene indikerer sammenfallende elementer inngår som betydningsfulle verktøy i alle informantenes arbeid. Både observasjon av pasienten, og det mellommenneskelige aspektet i sykepleier/pasient-relasjonen ble trukket fram som sentralt av alle informantene. Likevel vekkes spørsmål som ansporer til diskusjon. Dette gjelder både den bredt anvendte, men mindre målbare 'magesfølelsen', og sykepleiers tilnærming til observasjonens rolle i det forebyggende arbeidet. I tillegg sentreres diskusjonen rundt gyldigheten av sanser og det

intuitive elementet av sykepleierkompetansen, samt hvordan relasjonskompetansen kan kvalifisere sykepleier som en anselig aktør i vurdering og forebygging.

Observasjon

I Norge er det hovedsakelig legens ansvar å utføre selvmordsrisikovurderinger. Men sykepleiere, i kapasitet av sin pasientnære rolle, har en viktig rolle i å observere faresignaler og forebygge suicidal atferd (10). Alle informantene i denne studien vektla sykepleiere som en sentral aktør i den forebyggende prosessen, grunnet deres pasientnære kontakt og tilhørende observasjoner. To av informantene la større lit til sine observasjoner i avdelingen enn kartleggingsresultatet ved innkomst, grunnet selvmordstankers dynamiske og potensielt akutte karakter. Sykepleiers observasjoner i en pasientnær setting er særlig betydningsfulle fordi eksplisitte suicidale hensikter sjeldent er tilstedeværende særlig lenge forut for et selvmordsforsøk. Forskning indikerer at tidsrammen kan være så lav som ti minutter, og at mindre enn 25% av mennesker som begår selvmord uttrykker sine hensikter (5). Forskning indikerer at pasienter kan skjule eller benekte selvmordstanker under kartlegging blant annet for å unngå standardiserte observasjonsintervaller og det som kan oppleves som kontrollerende intervensjoner (12).

Flere studier belyser at sykepleieren i den pasientnære rollen er i en unik posisjon til å identifisere faresignaler og forebygge suicidal atferd gjennom årvåken observasjon, og å samle data som kan indikere suicidal atferd (10,12). Erfarne sykepleiere har dessuten hevdet at de har særlige forutsetninger for å se sammenhenger mellom kropp og psyke (8). Evnen til å observere det kroppslige uttrykket er grunnleggende men ikke tilstrekkelig; det er i tillegg av stor betydning å kunne oppfatte og forstå det som observeres. Gjennomgang av forskning på området peker i retning av at rene observasjoner uten tilstrekkelig fokus på det mellommenneskelige ikke er hensiktsmessig (19). I en studie påpekes det at sykepleiere i minst mulig grad bør bruke tiden sin på upersonlige observasjonsfunksjoner og ineffektiv 'sjekkliste-stil' tilnærming (12). Dette samsvarer godt med resultater fra egen studie. Her var to av informantene skeptiske til den mer skjematisk kartleggingen og understreket betydningen av det relasjonelle over tid, som en forutsetning for å oppnå et mer pålitelig bilde av pasients selvmordsrisiko. Forskning har imidlertid også indikert at nærheten til pasienten ved kontinuerlig observasjon kan gi positive muligheter, som å gi sykepleier anledning til å bygge terapeutisk relasjon (11). I denne studien var det én informant som syntes å vektlegge observasjonens rolle i større grad enn den relasjonelle tilnærmingen. Det kan tenkes at hennes erfaring tilsa at observasjonene gir muligheter ut over det mer skjematisk.

En annen studie hevder at det er lite empiri som understøtter bruken av observasjoner for suicidale mennesker (6). Selv om observasjoner er innarbeidet som en særs viktig del av risikovurdering, kan nøyaktig prediksjon av selvmordsrisiko betraktes som en umulig oppgave (20). En av sykepleierne i vår studie ga uttrykk for at hun opplever at selvmord til en viss grad er uunngåelig, og at de ikke alltid klarer å se det på pasienten før det skjer. Litteraturen underbygger at ikke alle selvmord kan unngås (19). Det er mulig at dette kan føre til at sykepleiere blir ekstra vår i spesifikke situasjoner med den selvmordsnære pasienten. Forskning har indikert at sykepleiers årvåkenhet i observasjoner ofte er trigget av situasjoner hvor pasienter har forsøkt eller begått selvmord hvor de ikke på forhånd hadde observert faresignaler (12).

Hvordan anvender da sykepleierne observasjoner på en hensiktsmessig måte? I denne studien uttrykker informantene at de i observasjon av pasientene i stor grad benytter seg av det kliniske blikket. Å observere pasienten betegnes gjerne som å bruke det kliniske blikket. Det innebærer det å registrere ved hjelp av sansene og forstå det registrerte i sammenheng med teoretisk kunnskap og bearbeidet erfaring (13). Informantene i vår studie trakk sammenhenger mellom det kliniske blikket, helhetlig pasienttilnærming, erfaring og intuisjon.

Intuisjon

Sykepleiers bruk av intuisjon og magefølelse i klinikken er vidt omtalt og etablert som et genuint fenomen (10,14,21–23). Studier har funnet at sykepleiere kan føle gryende håpløshet og suicidale tanker i pasienter uten å observere konkrete faresignaler (12). Dette samsvarer med egne resultater, hvor to informanter brukte begrepet magefølelse for å beskrive det å sanse pasientens sinnstilstand og situasjonen. De uttrykte at de slik kunne fange opp risiko selv når spesifikke observerbare tegn ikke var tilstedeværende.

En sykepleier ser en noe annet en det legen ser, selv om situasjonen objektivt sett er den samme. Legens og sykepleiers ulike perspektiv er farget av deres ulike ståsted, kunnskapsgrunnlag og erfaring. Sykepleiere som ser med det kliniske blikket, ser med utgangspunkt i sentrale begreper i sykepleieteori som menneske, helse og miljø (13). Et velutviklet klinisk blikk muliggjør videre at sykepleier ikke bare sanser og forstår det en forventer og det en har blitt bedt om å observere, men det nye og det ukjente. Dette kan resultere i at man, parallelt med tilegnelse av erfaring, i større grad kan anvende seg av intuitive metoder på en hensiktsmessig måte. Studier har indikert at den intuitive sansen underbygges av å bli kjent med og i stand til å relatere til pasientene, samt erfaring i jobben (12,22,24). I en studie blant psykiatriske sykepleiere i USA (21) uttalte noen av informantene at de brukte intuisjon og magefølelse for å avklare hva pasientens situasjon innebærer like gjerne som at de stolte på diagnoser og beslutninger tatt av annet personell. Studien fant at disse sykepleierne var de mest erfarne av utvalget.

I følge Patricia Benners sykepleieteori er det først når man når ekspertnivå i sykepleiefaget at man kan bruke intuisjon uten nødvendigvis å måtte analysere (13). Begrepet intuisjon kan henspille til at man stoler på 'magefølelsen' (21). Informantene i vår studie har alle bred erfaring innen psykisk helsevern og snakket åpent om bruken av magefølelse. Andre studier har påpekt at både sykepleierstudenter og nyutdannede sykepleiere kjenner på magefølelsen, men at de da gjerne blir kritisert for å videreformidle sine intuitive bekymringer (22). Det vekker spørsmålet om den nyutdannede sykepleierens intuitive oppfatninger er gyldige i praksis. Det finnes eksempler på at uerfarne bruker intuisjon men det er usikkert om dette har resultert i riktige beslutninger (14). Det har vist seg at ansatte som mangler kompetanse og, eller, klinisk erfaring ikke nødvendigvis innehar ferdigheter for å oppdage tegn på forverring i pasientens tilstand (10). Enkelte hevder derimot at også den uerfarne sykepleieren, med tilstrekkelig opplæring og støtte, kan utvikle den nødvendige kompetansen for å gjennomføre gode selvmordsvurderinger (25).

Intuisjonens rolle i sykepleieutøvelsen har vært tema for omfattende debatt. Det nåværende fokuset på kunnskapsbasert praksis (7) krever empirisk forankring, og det er mulig at dette undervurderer bruken av følelser og erfaring (10). Intuitive metoder blir gjerne sett som mindre målbare og upresise sammenlignet med mer konvensjonelle og

kunnskapsbaserte metoder (22). Samtidig som sykepleiere i forskning innrømmer bruk av intuitive metoder, anerkjenner de at de kan ta feil. Likevel virker det som de i stor grad stoler på intuitiv kunnskap og at flere opplever at de ved dette har reddet pasienter (10). Å begå feil i helsesektoren, der det kan stå om liv og død, kan være katastrofalt. Likevel vet vi at feilvurderinger skjer, også ved bruk av ikke-intuitive metoder. Det er sjelden at dette gir grunnlag for å hevde at den anvendte metoden skal avskaffes, mens det ved intuisjon gjerne er potensialet for feilvurderinger som brukes som argument for at metoden er lite presis (23).

Enkelte fagpersoner har påstått at man enten bør være svært skeptisk til eller til og med avvise konseptet intuisjon i sykepleie, mens Benner med flere har gjort mye for å overbevise fagfeltet om verdien av intuisjon (14). Det synes på bakgrunn av egen og andre studier berettiget at sykepleiers anvendelse av intuitiv kompetanse bør ansees som gyldig praksis. Våre resultater viste imidlertid at det kan oppleves som problematisk å oversette det intuitive i formidling og dokumentering av sykepleieprosessen. Det er ofte vanskelig å konkretisere hva som bidro til den intuitive forståelsen. Hvis erfaring er en forutsetning for å kunne gjøre intuitive vurderinger, må vi sette ord på vår erfaringsbaserte kunnskap. Dette kan være problematisk selv for erfarne sykepleiere. Målet bør imidlertid være å lære seg å uttrykke den innforståtte kunnskapen for å systematisere og tydeliggjøre kunnskapen (13).

Relasjonskompetanse

Funn i denne studien kan indikere at selve forutsetningen for å kunne bidra i det forebyggende arbeidet rundt den suicidale pasienten, er sykepleier/pasient-relasjonen. Selv om observasjoner, klinisk blikk og intuisjon nevnes som sentrale verktøy, må disse faktorene forstås i kontekst av den individuelle pasienten. Som Benner (24) understreker så trenger sykepleieren inngående kjennskap til pasienten for å kunne praktisere årvåkent og intuitivt. En tillitsfull relasjon synes å være en betingelse for å gjøre innsiktsfulle observasjoner, anvende intuitive metoder mer presist og avhjelpe med lidelsen som gir grobunn til selvmordstankene. Hvis denne kjennskapen ikke er der vil det betraktelig redusere muligheten til å observere subtile endringer. Flere studier har påpekt at ivaretagelse av den selvmordsnære pasienten må være en mellommenneskelig prosess som kjennetegnes av dialog og lytting (6,10,12).

Lytting, i psykiatrisk sykepleie, er avgjørende i dannelsen av en terapeutisk relasjon (21). Spesielt én av informantene i vår studie understreket betydningen av måten sykepleier tilnærmer seg pasientrelasjonen på, og brukte begreper som lytting, engasjement og interesse. Aktiv lytting har blitt omtalt som den viktigste og mest komplekse ferdigheten i profesjonell, personorientert, motiverende og helsefremmende kommunikasjon (26), og er en av ferdighetene som introduseres allerede på sykepleierstudiet. Det å lytte aktivt, og skape rom for åpen og genuin kommunikasjon rundt selvmordstanker, med et fokus på å forme et riktig og meningsfullt bilde av pasienten, er kjerneelementer som belyser sykepleierrollen som avgjørende og egnet i tverrfaglig selvmordsforebygging (12).

Noen sykepleiere er mer engasjert i å skape måter å komme gjennom til pasienten på som anerkjenner denne som person. Disse sykepleierne fremhevet verdien av å vise åpenhet og å lytte aktivt (12). Informanten som vektla relasjonskompetansen mest i vår

studie, var også den som uttalte mest skepsis til de mer skjematiske og instrumentelle kartleggings- og vurderingsverktøyene. Studier har vist at forskjellige sykepleiere har ulikt fokus i pasientkontakten avhengig av om deres tilnærming er basert mer på kartlegging og kontroll av selvmordsrisiko, eller mer på anerkjennelse av og relasjonsbygging med pasienten (12).

Forskjell i tilnærming til pasienten kan også bidra til å belyse en av sårbarhetene som kan ligge i det relasjonelle. Denne forskjellen kan være en av flere faktorer som gjør at pasienten i større eller mindre grad opplever det terapeutiske i relasjonen til miljøterapeuten. Informanten som fortalte om pasienten som valgte å ikke gjennomføre et selvmordsforsøk når hun kom på jobb, antydte at den vellykkede forebyggingen her var personavhengig. Forskning på pasientperspektivet (15) har vist at selvmordsnære pasienter selv erkjenner ulike grader av allianse med ulike sykepleiere. Dette mener de både kan dreie seg om personlighet, og sykepleiers grad av engasjement, interesse og tilgjengelighet. Dette bidrar til å støtte at sykepleiers tilnærming til vurdering av selvmordsrisiko bør være tuftet på empatisk og hensynsfull kommunikasjon heller enn at man legger for stor lit til skjematiske kartleggingsverktøy (12).

Resultatene fra vår studie peker på at faktorer som tidspress og ressursfordeling kan oppleves som negativ påvirkning til sykepleieres evne til å skape og følge opp gode relasjoner med pasientene. Dette gir gjenklang i andre studier som viser til begrensninger for den meningsfulle kontakten og dermed relasjonens terapeutiske potensial. Forskning indikerer at sykepleiere i psykiatriske avdelinger bruker kun en liten del av arbeidsdagen på å lytte til og snakke med pasienter. Dette blant annet fordi de i økende grad er involvert i prosedyrebasert praksis som ikke tilstrekkelig legger til rette for sykepleiers relasjonelle omsorg (12). Forskning som inkluderer pasientperspektivet har vist at både sykepleiere og pasienter synes det blir for lite tid til sykepleier/pasientrelasjonen(15). Dette på tross av at kommunikasjon med pasienten i denne forskningen anses av sykepleierne som det viktigste elementet av sykepleiers kompetanse.

Annen litteratur på emnet viser til at en meningsfull terapeutisk relasjon med suicidale pasienter kan være den sterkeste forutsetningen for å forebygge selvmord, men at det ikke nødvendigvis er slik at denne relasjonen er direkte knyttet til tiden sykepleier bruker med pasienten. Det kan argumenteres at enhver interaksjon med pasienten er en mulighet for å skape en positiv relasjon, gitt at vi har fokus på å relatere til pasienten og å oppnå felles sykepleier-pasient mål (19). Ethvert møte mellom to mennesker er enestående og kan bli stående som noe helt spesielt (27), og den relasjonskompetente sykepleieren har gode forutsetninger for å sikre at dette blir betydningsfullt for pasienten.

Metodediskusjon

Det styrket studien at alle informantene var engasjerte fagpersoner med mange års erfaring og innen psykisk helsevern. De hadde spesifikt god kjennskap til, og kunnskap om, suicidforebyggende arbeid med inneliggende pasienter. Alle informantene tok seg tid til å sende avklarende svar på oppfølgingsspørsmål i etterkant, som kan ha tilrettelagt for mer korrekt tolkning av utsagn.

De opprinnelige intervjuene ble gjennomført digitalt grunnet Covid-19. Mangelen på direkte kontakt kan ha påvirket forholdet mellom informant og intervjuer. Det at

informantene svarte på oppfølgingsspørsmålene på email og ikke svarte spontant kan utgjøre en svakhet. Alle informantene hadde bred erfaring, og vi fikk dermed ikke den mer uerfarne sykepleiers perspektiv som kunne ha nyansert bildet. Covid-19 situasjonen begrenset tilgjengeligheten til sykepleiere som informanter. Utvalget besto dermed av tre informanter, to sykepleiere og én vernepleier. Disse arbeidet på tre ulike institusjoner, i to ulike kommuner. Størrelsen på utvalget medfører begrenset nyansering og gir ikke grunnlag for generelle konklusjoner. Selv om vernepleier oppfattet sin rolle i avdelingen som nærmere sidestilt med sykepleier, avviker grunnutdanningen for de to yrkesretningene. Det å vektlegge vernepleiers perspektiv på lik linje som sykepleier her, kan utgjøre en svakhet. Videre kan informantenes utspill ha blitt formet av deres ulike arbeidshverdager med ulike institusjonelle særegenheter.

Intervjuguiden ble utformet, og intervjuet gjennomført, av to sykepleierstudenter uten arbeidserfaring fra psykisk helsevern. Dette kan ha påvirket prosessen. De samme to studentene tolket informantenes utsagn, og bidro dermed til å gi retning til temaene. Videre kan det som ble fremhevet i diskusjonen ha blitt farget av undertegnede holdninger. Dette på tross av en kontinuerlig bevissthet rundt objektivitet.

Artikkelen tar utgangspunkt i en studie gjort med sykepleiere i psykisk helsevern i Norge. Imidlertid er kun to av de anvendte forskningsartiklene norske. Studier fra andre land kan ha mindre relevans som sammenlignbart grunnlag. Både forskning og fag brukt i diskusjon er av varierende årgang. Det er sannsynlig at eldre studier og fagstoff bærer preg av å mangle oppdatering i tråd med dagens helsevern og informantenes arbeidshverdag. Samtidig refererer flere av disse til aspekter av sykepleierteori som fortsatt preger dagens helsevesen, og perspektiver som kan bidra til å belyse menneskelige elementer av en mer universell natur.

KONKLUSJON

Selv mord er en hyppig årsak til tap av menneskeliv globalt. På tross av betydelig forebyggende innsats rammes også pasienter som er under aktiv behandling i psykisk helsevern. Sykepleiere innehar klinisk kompetanse som muliggjør en holistisk tilnærming til den suicidale pasienten. Deres kliniske blikk og intuisjon gir sammenheng til observasjoner, og kan redde liv selv der hvor tydelige observerbare tegn ikke er tilstedeværende. En forutsetning for å kunne anvende disse verktøyene synes imidlertid å være klinisk erfaring. Det er mulig at dagens sterke fokus på kunnskapsbasert praksis kan undervurdere gyldigheten av erfaring og intuitive metoder. I så fall tydeliggjør dette et behov for ytterligere kartleggingsarbeid rundt hvordan man best kan tydeliggjøre erfaringskunnskap. Dette kan også bidra til å muliggjøre at den mer uerfarne sykepleieren på best mulig måte kan anvende sin kompetanse i arbeidet med suicidale pasienter.

Hvis sykepleier/pasient-relasjonen er nøkkelen til sykepleiers formålstjenlige suicidforebygging, kan det argumenteres for at organisatoriske endringer behøves. Dette for å tilrettelegge for at vektskålen i sykepleiers arbeidshverdag tipper mer i retning pasientnært arbeid og mindre mot instrumentelle og rutinemessige oppgaver.

Det er delte meninger om hvorvidt en nullvisjon for selvmord i Norge er realistisk. Det helsepolitiske målet om reduksjon i selvmordsraten er imidlertid utenfor debatt. Hvis dette målet skal møtes kreves økt innsikt og innsats på området. Grunnet denne studiens

smale utvalg av informanter, er det uvisst hvor representative funnene er for fagfeltet generelt. På bakgrunn av gjennomgått forskning og fag virker det imidlertid som om det er valide faktorer for vurdering.

REFERANSER

1. WHO | Suicide data [Internett]. WHO. World Health Organization; [sitert 14. mai 2020]. Tilgjengelig på: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
2. Ekeberg Ø, Hem E. Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 3. juli 2019 [sitert 14. mai 2020]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2019/07/kronikk/hvorfor-gar-ikke-selvmordsraten-ned-i-norge>
3. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Statistikk [Internett]. [sitert 14. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/statistikk-selvmord/index.html>
4. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Selvmord under og etter k-ontakt med tverrfaglig s-pesialisert rusbehandling 2009 til 2017. :66.
5. 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. mai 2019;37(3):223–39.
6. Cutcliffe JR, Stevenson C. Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people—A literature review. Int J Nurs Stud. 1. juni 2008;45(6):942–53.
7. Walbye FA. (PDF) Faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern [Internett]. ResearchGate. [sitert 14. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://www.researchgate.net/publication/281367817_Faglige_retningslinjer_for_forebygging_av_selvmord_i_psykisk_helsevern
8. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten? Sykepleien. mars 2019;(74841):e-74841.
9. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern [Internett]. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Report No.: IS-1511. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern>
10. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. Arch Psychiatr Nurs. 1. februar 2017;31(1):31–7.
11. Vråle GB, Steen E. The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. J Psychiatr Ment Health Nurs. oktober 2005;12(5):513–8.
12. 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.
13. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie 1. 1. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
14. Gobet F, Chassy P. Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: A discussion paper. Int J Nurs Stud. 1. januar 2008;45(1):129–39.
15. McLaughlin C. An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patients. J Adv Nurs. mai 1999;29(5):1042–51.
16. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
17. NTNU. Koronavirus (COVID-19): Retningslinjer og råd [Internett]. 2020. Tilgjengelig på: <https://www.ntnu.no/korona>
18. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
19. Billings C. Psychiatric inpatient suicide assessment strategies. J Am Psychiatr Nurses Assoc. oktober 2003;9(5):176–8.
20. Bjarke J, Gjestad R, Mellesdal L, Oedegaard K, Graverholt B, Snibsøer A. Den sårbare tiden etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus – selvmordsrisiko og dokumentasjonspraksis. Suicidologi. 4. januar 2017;21.
21. Aflague JM, Ferszt GG. Suicide Assessment by Psychiatric Nurses: A Phenomenographic Study. Issues Ment Health Nurs. mars 2010;31(4):248–56.

22. Hams SP. A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive Crit Care Nurs.* oktober 2000;16(5):310–8.
23. Lyneham J, Parkinson C, Denholm C. Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *Int J Nurs Pract.* 2008;14(2):101–8.
24. Benner P, Tanner C. Clinical judgment: how expert nurses use intuition. *Am J Nurs.* januar 1987;87(1):23–31.
25. Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004;11(4):393–400.
26. Eide H, Eide T. *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
27. Hummelvoll JK, Dahl TE. *Helt - ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.

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, tilstander og lignende er det viktig å kartlegge?
- Hvilke faresignaler ser dere etter når dere vurderer selvmordsfare?

- 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?
- Opplever du merkelappen "kronisk suicidal" som stigmatiserende?
 - Hvordan går en pasient f.eks. fra å være kronisk til å være akutt?
- 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?
- Hvilke utfordringer og eventuelt svakheter er det med vurderingene dere gjør?

Sykepleiers rolle:

- Hvordan oppfatter du sykepleiers spesifikke rolle i observasjon og vurdering av selvmordsrisiko?
 - Hvor viktig vurderer du sykepleierens rolle i denne prosessen?
 - 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 hvilken grad påvirker klinisk erfaring det som observeres og vurderes?
 - Observerer og vurderer ansatte med ulik bakgrunn forskjellige faresignaler? i så fall hvorfor?
- 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?

- Hvordan tror du at pasientene ser på en vurdering fra sykepleier kontra lege/psykolog?
- I hvor stor grad mener du at sykepleiers perspektiv blir vektlagt i tverrfaglige vurderinger av selvmordsrisiko?
- 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?