

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning  
(Bacheloroppgave).

Vurderingsform: Hjemmeeksamen.

Kandidatnr: 33

Leveringsfrist: 23.02.12.

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen.

Fagansvarlig (Veileder dersom veiledet oppgave): Frode Skorpen



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# **SELMORD: FENOMEN OG SAMFUNNSPROBLEM**

## **ET LITTERATURSTUDIE**

Bacheloroppgave i sjukepleie, Stord, 2012 og kull 2009

Antall ord: 8959

Nøkkelord: Selvmord, forebygging, psykiatri

## **Sammendrag**

Tittel: Selvmord: fenomen og samfunnsproblem

Bakgrunn for valg av tema: Selvmord er et fenomen og samfunnsproblem som sykepleiere kan komme i kontakt med i mange sammenhenger. Det er da viktig å ha kjennskap til risikovurdering og behandlings alternativer for å kunne bistå pasienter som har tanker om selvmord.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere forebygge selvmord hos pasienter som er underlagt psykisk helsevern?

Oppgavens hensikt: Oppgaven prøver å belyse faktorer som kan bidra til å forhindre selvmord hos pasienter som er underlagt psykisk helsevern. Oppgaven ser også på tiltak og intervensjoner som er i bruk i dag og retter et kritisk blikk på områder innenfor selvmordsforebygging som ikke har empirisk støtte.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det er gjort søk i CINAHL, Pubmed, Ovid og Google med hovedfokus på ord som suicide, acute, threat, psychiatric, og risk. Studiene som er valgt er gjennomført etter 2001. 5 artikler er studier som er publisert og 1 artikkel er for en fagartikkel å regne. Alle inkluderte artikler er på engelsk.

Resultater: Mye av tiltakene som brukes i forbindelse med forebygging av selvmord har lite til intet fundament i empirisk forskning. Hvordan pasienter møtes av sykepleiere er av avgjørende betydning for om pasienten kan hjelpes med å mestre sitt liv på en måte som gjør at selvmord ikke betraktes som eneste løsning.

Oppsummering: Det viktigste verktøyet vi har i selvmordsforebyggende arbeid er oss selv som sykepleiere og hvordan vi møter den enkelte pasient og lar denne komme til orde med sine bekymringer og lidelser.

## Summary

Title: Suicide: phenomenon and challenge in society

Background: Suicide is a phenomenon and a problem for society with nurses will most likely have to interact with at some point in their career. It is important for nurses to have knowledge about risk assessment and treatment options so we as nurses are better equipped to help patients that have suicidal ideations.

Problem: How can nurses prevent suicide among patients in psychiatric care?

Aim: This paper attempts to highlight factors that can help prevent suicide among patients that is receiving psychiatric care. It also looks critical on certain interventions that are in use today that does not have much or any empirical support.

Method: This paper is a literature review. Searches have been done in CINAHL, Pubmed, Ovid and Google with a focus on search terms like: suicide, threat, psychiatric and risk. The included articles are done after 2001. 5 articles are studies that is published and 1 academic article. All articles included is in English.

Result: Some of the interventions that are in use while attempting to prevent suicide today has little to no empirical support. How nurses interact with patients with suicidal ideations is a critical factor in helping a patient with controlling their own life so suicide is no longer the only means of escape.

Summary: The most important tool a nurse have at their disposal is the way they interact with patients that are suicidal. To let the patient describe feelings and problems and then work toward goals that will help the patient away from suicidal ideations.

## Innhold

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling .....	1
1.2	Problemstilling .....	1
1.3	Mål med oppgaven .....	1
2	TEORI .....	3
2.1	Begrepsavklaring .....	3
2.2	Forebygging er et samarbeidsprosjekt. ....	4
2.3	Risikofaktorer som kan gi selvmordstanker .....	5
2.4	Hva motiverer mennesker til å ville ta sitt eget liv? .....	5
2.5	Selvmondsprosessen .....	6
2.6	Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern .....	7
2.7	Etiske utfordringer .....	7
2.8	Privatetikk .....	8
2.9	Yrkesetikk .....	8
2.10	Samfunnsetikk .....	9
2.11	Selvmondsforebyggingens tre steg .....	9
2.12	Myter til besvær .....	10
3	METODE .....	12
3.1	Fremgangsmåte .....	12
3.2	Metodekritikk .....	14
3.3	Etikk i oppgaveskriving .....	14
4	RESULTAT/FUNN .....	15
4.1	Artikkel 1: .....	15
4.2	Artikkel 2: .....	16
4.3	Artikkel 3: .....	16
4.4	Artikkel 4 .....	17
4.5	Artikkel 5 .....	17
4.6	Artikkel 6 .....	18
5	DISKUSJON/DRØFTING .....	19
5.1	Bruk av kontrakter mellom pasient og behandler .....	19

5.2	Er innleggelse det beste for selvmordstruede pasienter? .....	21
5.3	Risikovurdering .....	22
5.4	Svakheter ved dagens behandling.....	23
5.5	Fravær av empirisk forskning.....	25
5.6	Pasienters opplevelse av behandling. ....	26
5.7	Avslutning.....	27
6	BIBLIOGRAFI .....	28
7	VEDLEGG.....	I
7.1	Vedlegg 1 – Resultattabell.....	I
7.2	Vedlegg 2- Søketabell.....	IV
7.3	Vedlegg 3: Drøftningstabell .....	V

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Jeg har både gjennom jobb og psykiatrisk praksis vært i kontakt med pasienter som har tanker og refleksjoner om å ta sitt eget liv. Dette er et kompetanseområde jeg føler jeg kan for lite om og ønsker å tilegne meg mer kunnskap om. Pasienter som har tanker om å avslutte livet sitt kan man møte i nesten alle typer avdelinger innenfor sykepleie. Men jeg har her valgt å fokusere på den delen av sykepleie som omhandler psykiatri og pasienter innlagt ved akutt psykiatrisk avdeling. Målet mitt med denne oppgaven er å sette meg mer inn i hvordan jeg som sykepleier kan forbygge at pasienter begår selvmord og bli bedre på å se hvilke faresignaler man kan se etter, samt hvilke tiltak man kan iverksette ovenfor pasienter som har et ønske om å avslutte livet. Jeg ønsker også å se på hva nyere forskning sier om temaet, da det tidligere har vært relativt lite fokus på selvmord. Mens det i dag har fått et betydelig større fokus både politisk og som helseproblem.

## 1.2 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt å arbeide ut fra er:

*«Hvordan kan sykepleiere forebygge selvmord hos pasienter som underlagt psykisk helsevern?»*

Denne problemstillingen har et sykepleiefaglig fokus og er avgrenset til pasientsituasjoner og studier som foregår innen for en psykiatrisk avdeling eller forholder seg til selvmord som fenomen. Når jeg bruker ordet "forebygge" i problemstillingen så ser jeg på hvilke tiltak som en sykepleier kan iverksette for å hjelpe en pasient som er selvmordstruet til å mestre situasjonen sin slik at selvmord ikke lenger blir betraktet som et gyldig alternativ av pasienten. Jeg kommer også til å se på noen tiltak som kan tas i bruk for å hindre en pasient fra å ta livet sitt i en akutfase om tiltak av mindre inngripende karakter ikke fungerer.

## 1.3 Mål med oppgaven

Min målsetning med oppgaven er å øke den faglige kompetansen og bevisstheten rundt selvmordsfare. Jeg føler at som sykepleier kan man til enhver tid komme i kontakt med pasienter

som kan være til fare for seg selv så jeg opplever at det å sette meg grundig inn i denne typen problemstilling vil være til hjelp for meg senere når jeg er i jobb og jeg kan på denne måten også være en ressurs for mine kolleger om diskusjoner oppstår der selvmordsfare er tema. Siden pasienter kan komme inn på mottak eller andre avdelinger av helt andre årsaker så er det viktig å være bevisst på at det kan foreligge tanker om selvmord. Ved å skrive en oppgave som dette så tilegner jeg meg kunnskap slik at jeg i større grad kan gi faglig begrunnede råd til leger, kolleger eller andre institusjoner hvis jeg mistenker eller får bekreftet at en pasient har tanker om å avslutte livet sitt.



## 2 TEORI

Jeg har for denne oppgaven valgt å ta utgangspunkt i Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie som:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene».*

Sykepleie vil alltid være en mellommenneskelig prosess fordi det enten direkte eller indirekte dreier seg om mennesker. En sykepleier vil stå ovenfor alt fra syke pasienter til andre utøvere av helsehjelp. Man betrakter sykepleie som en prosess der man identifiserer problemer eller utfordringer og frembringer forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkstom måte. Slik kan man betrakte en sykepleier som en endringsagent. Dette vil si at man ikke aksepterer en gitt tilstand dersom den består av sykdom, lidelse eller andre problemer som kan relateres til pasientens helsetilstand (Travelbee, 1999). Vidre fremhever Travelbee viktigheten av å se hver enkelt pasient som et unikt tilfelle da hver pasient opplever sin situasjon forskjellig. For at en sykepleier skal kunne vite hvordan en pasient opplever sin egen situasjon er sykepleieren nødt til å snakke med pasienten slik at pasientens meninger og synspunkter kommer fram. Lidelse er noe alle mennesker vil oppleve igjennom livet. Hvert enkelt menneske opplever lidelse forskjellig, den enkeltes forståelse av begrepet avhenger av hvilken betydning man legger i denne erfaringen. Lidelse oppfattes av allmenheten som et ord for å beskrive fysisk eller psykisk smerte. Lidelse er en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde, samt går fra enkel forbigående fysisk, psykisk eller åndelig ubehag til ekstrem angst og kval.

### 2.1 Begrepsavklaring

Med forebygging så menes det hvordan man med ulike teknikker kan bistå en pasient som er i fare for å ta sitt eget liv til å mestre situasjonen på en slik måte at selvmord ikke lenger ansees av pasienten for å være eneste alternativ for å få slutt på lidelsen. Mer alvorlige grep som kan brukes innebærer også tvang i varierende grad. Bruk av tvang krever hjemmel i lov og at det er godkjent av personell som innehar den nødvendige kompetansen til å fatte vedtak på bruk av tvang. Andre

grep som faller inn under forebygging vil være observasjon samt sørge for at tilgangen på ting som pasienten kan skade seg med er eliminert eller begrenset.

To vanlige selvmorddefinisjoner som blir gjengitt i litteraturen er:

*«Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål og fremkalle de av dem avdøde ønskede forandringer»*(Vråle, 2009. s. 31)

*”Selvmord er en bevisst villet handling som individet har foretatt seg for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden”*(Vråle, 2009. s. 31)

## **2.2 Forebygging er et samarbeidsprosjekt.**

Selvmord er et samfunnsproblem som har gått fra å ha relativt lite fokus til å ha fått et stort fokus i senere tid. I 2010 var det 384 menn og 164 kvinner som tok sitt eget liv (Statistisk sentralbyrå). Til disse tallene regner man med at det er ca. 25 % mørketall noe som vil si at man kan regne med at ca. 700 personer tok livet sitt i 2010. I tillegg regner man med at det er et sted mellom seks til ti ganger så mange forsøk (Vråle, 2009).

Forebygging av selvmord er et samarbeidsprosjekt mellom pleier og pasient. Man kan dele inn dette samarbeidsprosjektet i fire faser:

*Vurderingsfasen:* Dette er den diagnostiske fasen hvor man kartlegger pasientens situasjon. Videre analyserer man ved bruk av erfaringskunnskap og teori og finner da fram til viktige ressurser og problemstillinger som det skal arbeides videre med.

*Planleggingsfase:* Dette er målrettet arbeid hvor man jobber fram mot de målene man setter. Man planlegger hva som skal gjøres. Fokuset ligger på samtaler og praktiske gjøremål som kan lindre pasientens lidelse eller løse problemer som pasienten har. Man setter også opp kortsiktige mål og langsiktige mål som det skal jobbes fram mot.

*Gjennomføringsfasen:* Her fokuseres det på mestring og problemløsning i forhold til hvordan pasientens hverdagsliv og behandlingssituasjon fungerer. Man evaluerer prosessen kontinuerlig i samarbeid med pasienten. Om man anser at pasienten ikke er i stand til å ivareta omsorg for seg selv så kan man iverksette tiltak mot dette. Man deler da inn omsorgen i tre kategorier: Overtakende omsorg system, delvis overtakende omsorg system og støttende omsorg system.

*Evalueringsfasen:* Her vurderer man samarbeidet sammen med pasienten og gjør opp status for om målene er nådd.

### **2.3 Risikofaktorer som kan gi selvmordstanker**

Kan man beskrive et menneske som er selvmordstruet? Om man skal gjøre det så må man ta i bruk sterke uttrykk som livslidelse, håpløshet, meningsløshet, ensomhet og verdiløshet. Det er slike opplevelser som kjennetegner mennesker som er selvmordstruet på tvers av kjønn, alder, yrke, etc. (Vråle, 2009).

Det finnes flere måter å definere selvmord og selvmordsforsøk på. Nestor i amerikansk suicidologi Edwin Shneidmann(1993) beskriver selvmord som noe dynamisk og gir rom for å forstå og hjelpe på flere nivåer. Han sier at selvmord er en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som betraktes som en komplisert krisetilstand hos et individ med sentrale udekte psykologiske behov. Pasienten selv vil da definere krisetilstanden på en slik måte at selvmord blir betraktet som den beste løsningen. Man kan forstå de udekkede behovene ut fra:

- Avvist kjærlighet eller aksept – Dette er knyttet opp mot behovet for hjelp, støtte og tilhørighet i samfunnet.
- Tap av kontroll, sterk hjelpeløshet og frustrasjon – Dette er knyttet opp til behovet for prestasjon, autonomi, ukrenkelighet, orden og forståelse.
- Truet selvbilde, skam, nederlag, ydmykelse og vanære – Dette knyttes opp til behovet vi har for sosial aksept, for å unngå skam og for å oppnå støtte.
- Ødeleggelse av nære relasjoner med påfølgende sorg og følelse av å være forlatt – Dette er knyttet opp til behovet for å være i en nærende relasjon.

Når disse behovene ikke er dekket så oppstår det ofte en psykisk smerte (Vråle, 2009).

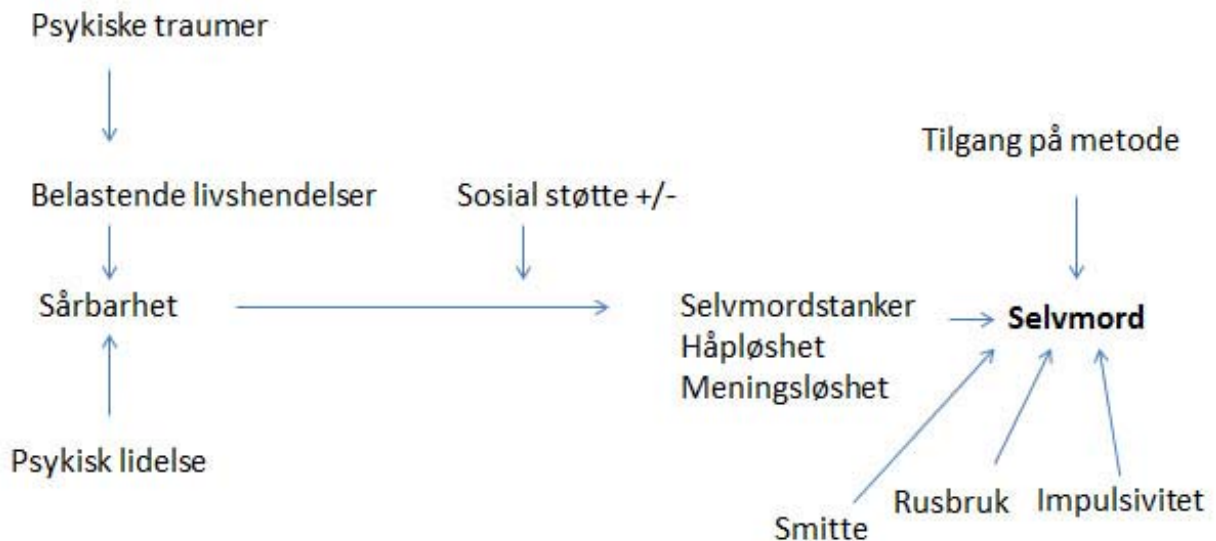
### **2.4 Hva motiverer mennesker til å ville ta sitt eget liv?**

Vråle(2009) sier det finnes forskjellige definisjoner på selvmord og selvmordsforsøk, men felles for alle er at selvmordsatferd blir betraktet som selvskading med dødelig utgang. Ved selvmordsforsøk er det viktig å forstå intensjonene som ligger bak handlingen. Foreligger det et virkelig ønske om å dø eller er det andre intensjoner som ligger bak? Det er her viktig å skille mellom pasienter som har et oppriktig ønske om å dø og de som hadde andre intensjoner. Man omtaler de som har andre intensjoner som parasuicid. Selvskading brukes ofte som en mestringsstrategi for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Overgangen fra å bedrive selvskading til selvmordsatferd kan være uklar. Det kan tidvis bare være tilfeldigheter som avgjør utfallet av et selvmordsforsøk. Andre faktorer som kan drive personer til å ville ta sitt eget liv er:

- Redusere indre spenning og få hvile fra psykisk smerte.
- Et ønske om at noen skal reagere
- Oppnå en forandring
- Oppnå omsorg og kontakt
- Et ønske om å hevne seg på noen
- Formidle fortvilelse

## 2.5 Selvmordsprosessen

«Selvmordsprosessen» ble introdusert som et begrep av den svenske psykologen og forfatteren Solveig Chronstrøm-Beskow(1988) og senere av Nils Retterstøl(1995) som er professor i psykiatri. Retterstøl definerer prosessen som en utvikling fra selvmordstanker og selvmordsforsøk til fullbyrdet selvmord. Lars Mehlum illustrerte også selvmordsfenomenet som en prosess. Figuren(Fig.1) viser en gjengivelse av hans illustrasjon av Selvmordsprosessen. Figuren viser hvordan psykiske traumer, belastende livshendelser, sårbarhet og/eller psykiske lidelser kan medvirke til utvikling av selvmordstanker.



Om det foreligger en mangel på sosial tilhørighet og støtte, eventuelt sosial smitte og bruk av rusmidler kan dette lede til en utvikling av håpløshet. Til slutt så påvirker tilgangen på metode og impulsivitet prosessen (Vråle, 2009).

## **2.6 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.**

Norge hadde en lav forekomst av selvmord fram til 1970-tallet sett opp mot andre land. De neste 20 årene så man derimot en økning av forekomsten av selvmord. Men fra 1990-tallet så man at det var en betydelig nedgang igjen. I dag ligger selvmordsraten på samme nivå som Sverige og Danmark, mens Finland er høyt representert. Av selvmord i Norge så er det ca. 25 % som har vært eller er innlagt i det psykiske helsevernet de siste tre årene.

I 1994 ble det vedtatt et «Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge» som var rettet mot helsetjenesten. Bakgrunnen for dette vedtaket var en sterk økning i antall selvmord fra 1950-tallet og fremover (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

## **2.7 Ethiske utfordringer**

Vråle(2009) sier at det i selvmordsforebyggende arbeid reises spørsmål og etiske dilemmaer om liv, død, ansvar og integritet. For å kunne utvikle en kvalitativt god handlings kompetanse innenfor selvmordsforebygging er det viktig å arbeide med etiske spørsmål som selvmordsproblemet reiser. For at man skal ha en trygg plattform å stå på er det nødvendig med en etisk bevisstgjøring. Dette vil være en forutsetning for å kunne hjelpe andre med å finne frem til egne holdbare livsverdier. Videre forutsettes det at hjelperen selv har et modent forhold til etiske spørsmål. Om man ikke er bevisst egne holdninger og verdier kan det i verste fall føre til at man ikke ser pasientens behov på dette området, eller «pålegger» pasienten ens egne holdninger. To grunnleggende spørsmål som dukker opp i møte med pasienter som har tanker om selvmord er:

- Har mennesket rett til å ta sitt eget liv?
- Har andre rett og plikt til å hindre at noen tar sitt liv?

Disse spørsmålene kommer ut fra en rettighetstanke og en pliktetisk tradisjon. Innenfor retten og plikten til å hjelpe andre kan det ligge en annen etikk, som omhandler et ansvar i møte med andre og som ikke kan velges bort. Når sykepleiere skal jobbe med pasienter hvor selvmord er et problem er vi nødt til å åpne for etiske spørsmål og dele refleksjonene med andre for at vi skal kunne møte pasienten med en bevisst og tydelig holdning. De overnevnte spørsmålene vekker tanker som både er utfordrende og filosofiske av karakter. Men samtidig er det viktig å stille praktiske spørsmål rundt behovet for beskyttelse:

- Hvilket ansvar har jeg?
- Hvilket ansvar har pasienten?
- Vil noe kunne lindre smerten?
- Skal vi beskytte?
- Skal vi ikke beskytte?

Andre spørsmål som bør stilles er:

- Hva er opphavet til smerten som truer livet?
- Hvordan kan vi forstå pasientens motløshet?
- Har pasienten behov for grunnleggende omsorg og behandling?
- Har pasienten noen i sin krets som han/hun har et forpliktende forhold til?
- Er det folk som bryr seg om pasienten og ser etter han eller henne?
- Hva kan gjøres for å gi mot og lyst til å leve?

For å kunne avklare spørsmål rundt selvmordsproblematikk ser vi på en tredeling mellom privat etikk, yrkesetikk og samfunnetikk (Vråle, 2009).

## **2.8 Privatetikk**

Alle har sin egne personlige oppfatning av hva som er rett og galt, godt og vondt. Også pasienter og sykepleiere som strever med selvmordsproblemer har dette. Den private etikken kan stamme fra religiøs tilhørighet, livs- eller verdssystem. Denne private etikken kan være mer eller mindre bevisst. Det er viktig å være bevisst privat etikk slik at ikke utydelige eller tilfeldige holdninger skal prege arbeidet. En måte man kan jobbe frem mot å bli mer bevisst egne holdninger er at man alene eller sammen med andre arbeider med å finne frem til sin egen holdning i forhold til selvmord. Dette kan i neste instans brukes for å ha bevisstgjørende samtaler med pasienten der pasientens egne holdninger og verdier blir betraktet. For en pasient kan det være viktig å få møte andre personer i sine egne refleksjoner over vanskelige spørsmål. Når en sykepleier selv har bearbeidet sine egne etiske standpunkter i forhold til selvmord kan kanskje pasienten møtes på en god måte i de spørsmålene som tanker om selvmord vil reise (Vråle, 2009).

## **2.9 Yrkesetikk**

Sykepleiere jobber ut fra sin yrkesetikk som har som overordnet mål å bevare liv og fremme helse. Vi har også et ansvar for å forholde oss til pasienten med respekt slik at pasientens integritet blir ivaretatt eller styrket. Pasienter har et behov for å ta ansvar for eget liv og

behandling. Dette er en veldig smal line å balansere på for sykepleiere da ønsket om å ivareta integriteten til en pasient må veies opp mot ansvaret for å gripe inn for å hindre pasienten i å begå selvmord. Om det må gripes inn mot pasientens vilje er det viktig at det skjer med respekt og dialog med pasienten, selv om det kan oppleves som utfordrende (Vråle, 2009).

## **2.10 Samfunnsetikk**

Når man skal reflektere over hvilke holdninger man har som sykepleier i forhold til selvmord vil også samfunnets etikk og holdninger være med på å farge refleksjonene. Man kan også si at samfunnets etikk er antakelig med på å forme de behandlingstilbud som legges opp for mennesker med selvmordsproblemer. Det kan stilles mange spørsmål om forskjellige faktorer i samfunnet påvirker antall selvmord. Et slikt spørsmål vil være om den økende åpenheten for selvmord som fenomen og problem har bidratt til å legalisere selvmord som en løsning. Det er likevel viktig at selvmordsfenomenet diskuteres i flere arenaer i samfunnet. Om man har kjennskap til hva som øker selvmordstallene i samfunnet og hva som gir bedre betingelser for å leve vil man bedre være i stand til å prioritere i forbindelse med forebygging av selvmord (Vråle, 2009).

## **2.11 Selvmordsforebyggingens tre steg.**

Vråle(2009) viser til at selvmordsforebyggende arbeid kan deles inn i tre kategorier:

- Primærforebygging
- Sekundærforebygging
- Tertiærforebygging

*Primærforebyggende* tiltak inneholder lavrisikotiltak som omfavner folk flest. Dette innebærer å forebygge et bredt spekter av psykologiske lidelser og samfunnsmessige problemer som kan disponere for selvmordsproblemer. Generelle helsefremmende tiltak og folkeopplysning kan inkluderes i det primærforebyggende arbeidet. Andre tiltak som omfattes kan være opplæring av:

- Nøkkelpersonell i primærhelsetjenesten.
- Bevisstgjøring og framheving av verdier som respekt for livet, sosial integrasjon og tilhørighet, mestring og selvfølelse
- Arbeide med holdninger, oppdragelse og utdanning på arbeidsplasser
- Samarbeid med ulike sektorer i lokalmiljøet.

*Sekundærforebyggende* tiltak går ut på å drive behandling eller tiltak i forhold til personer eller grupper som kan være utsatt når det gjelder å utvikle selvmordsproblemer. Dette kan da omfatte tidlig behandling av psykiske lidelser som kan utvikle selvmordstanker. Tilstrekkelig behandling av depresjoner vil være et annet eksempel på sekundærforebyggende tiltak. I motsetning til hva mange tror så er ikke en selvmordstrussel ensbetydende med å måtte legges inn på psykiatrisk avdeling. Ofte kan tiltak rettet mot lokalmiljøet være tilstrekkelig, men om selvmordstrusselen skulle bli veldig alvorlig så kan det være nødvendig i perioder. Innleggelse vil også ha negative virkninger som må vurderes. Grupper som kan være utsatt for selvmord kan være ungdomsmiljøer der en person begår selvmord. Det er da viktig hvordan vi som sykepleiere omtaler det som har skjedd. En gruppe mennesker vil da være sårbare og man kan omtale dette som en ”smitte”.

Tertierforebyggende tiltak omfatter den hjelp som gis til en pasient som har en aktuell selvmordsproblematikk. Denne type tiltak innebærer ulike grader av oppfølging og omsorg. Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern beskriver hvordan dette kan følges opp av psykisk helsevern.

## **2.12 Myter til besvær**

Valentine(2010) påpeker i sin artikkel noen myter som kan hindre en nøyaktig vurdering av risiko for selvmord:

- *Selv mord skjer uten forvarsel:* Mer enn 80 % av pasienter med selvmordstanker forteller dette til helsepersonell. Selv om en pasient nekter for å ha selvmordstanker så betyr ikke dette at han ikke er i faresonen for å begå selvmord. Observasjon av kroppsspråk og ordbruk som tilsier at pasienten føler seg håpløs og verdiløs er viktige stikkord.
- *Mennesker som snakker om selvmord begår ikke selvmord:* Om en pasient snakker om selvmord så er dette et faresignal som må tas på alvor.
- *Etter et selvmordsforsøk så er risikoen for et nytt forsøk senket:* Tidligere forsøk på selvmord øker risikoen for et nytt forsøk. Mellom 25 % og 50 % av alle selvmord har tidligere forsøkt å avslutte livet.
- *Å rette sinnet sitt mot andre reduserer eller fjerner ønsket om å begå selvmord:* Mennesker kan være både selvmordstruet og morderisk på samme tid.
- *En kontrakt eller avtale om ikke å skade seg er pålitelig:* Det er bevist at slike kontrakter ikke har den ønskede virkningen og kan i verste fall være villedende.



- *Noen truer med selvmord bare for å få oppmerksomhet selv om de ikke har tenkt å ta livet sitt:*  
Aldri ignorerer en trussel om selvmord selv om det kan se ut som pasienten har en agenda hvor han ønsker innleggelse. Alle tanker om selvmord må tas på alvor å bli evaluert.

### 3 METODE

Det finnes ulike typer litteraturstudier og både systematisk og almen litteraturstudie beskrives av Forsberg & Wengström (2008). Det er en forutsetning for å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie at det er et tilfredsstillende antall studier allerede gjennomført og at disse er av god kvalitet slik at de kan nyttes som grunnlag for drøfting og konklusjon. Et krav til systematiske litteraturstudier er at alle relevante studier er inkludert. Allmen litteraturstudie kan betraktes som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Videre tar allmen litteraturstudie for seg et utvalg av studier innenfor et tema og gjennomgår disse systematisk.

Jeg vil da argumentere for at min oppgave faller innunder kategorien allmen litteraturstudie da jeg ikke inkluderer alle artikler, men har valgt ut artikler som er relevante for min problemstilling.

Når man sier at et behandlingsopplegg er basert på erfaring så mener man at erfaringen er basert på forskning. Det betyr igjen at data er hentet inn på en måte som er allment godkjent. Men det er ikke nok at innsamlingen av informasjon er gjort på en godkjent måte. Selve fremgangsmåten skal være beskrevet på en slik måte at andre blir gjort i stand til å følge prosessen punktvis og på denne måten forstå hva som har foregått (Dalland, 2007).

#### 3.1 Fremgangsmåte

Søketabell er lagt til som vedlegg. På søk 6 fant jeg artikkelen "*A theory for the nursing care of patients at risk of suicide*". Denne valgte jeg å inkludere i oppgaven min da den ble ansett for å være relevant for min problemstilling. På det samme søket fant jeg også artikkelen "*Treating suicidal patients in an acute psychiatric day hospital: a challenge to assumptions about risk and overnight care.*" Denne artikkelen ble tatt med da den utforsker hvorvidt selvmordstruede pasienter har mest utbytte av å bli behandlet ved en dagavdeling eller en døgnavdeling. Noe som vil være av betydning når man skal se på hvordan man best kan hjelpe pasienter som er selvmordstruet. I søk 7 fant jeg artikkelen «*Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients: a clinical judgment analysis of staff predictions of imminent suicide risk.*» Artikkelen påpeker svakheter i hvordan man bedømmer risiko for selvmord og stiller seg kritisk til de

modellene som er i bruk for å bedømme risiko, På grunnlag av dette ble denne artikkelen inkludert.

Søk i databaser er gjort i Cinahl, Ovid og Pubmed. Søkene ble gjennomført 5. januar 2012. Artiklene som jeg har valgt er alle hentet fra Cinahl. Søkene som ble gjort i andre databaser ga ikke tilfredsstillende artikler i forhold til kriteriene jeg stilte. Det jeg har hatt som kriterier for å inkludere artikler så langt i oppgaven er at det må omhandle temaet selvmordsfare, vurdering av risiko for selvmord og behandling psykisk helsevern eller psykisk sykehus. Artikler som omhandlet selvmordsrisiko og som i utpreget grad gikk spesifikt på at faren for selvmord oppstår som en respons på en annen alvorlig medisinsk diagnose (kreft, slag, ms) er ikke tatt med i oppgaven da de ikke er fullt så relevante for det psykiske fokuset jeg ønsker å ha på oppgaven. Det ble også gjennomført søk på Google med ”assessing patients for suicide risk” som søkestreng. Det første resultatet som dukket opp var en sykepleiefaglig artikkel som het ”*Assessing patients for suicide risk*”. Etter å ha lest artikkelen valgte jeg å inkludere den i studien da den var relevant for problemstillingen og rettet et kritisk blikk på elementer ved behandling av pasienter med selvmordsproblemer. Denne artikkelen oppga kildene for hvor det som var skrevet i artikkelen var hentet fra. Jeg gikk da inn i referanselisten og hentet ut artikler som kunne være relevante for oppgaven min. Jeg valgte da å inkludere ”*The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative*” som påpeker fraværet av empirisk forskning når det kommer til hvor effektive kontrakter er i møte med pasienter som har tanker om selvmord.

Målet for søket var å prøve å finne empiriske studier av nyere dato som omhandlet sykepleie til pasienter med selvmordstanker. Resultatet av søket ga en artikkel som heter ”*Feeling our way in the dark: The Psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review*”. Artikkelen blir inkludert da den påpeker at det er et fravær av empiriske studier rundt pleie til selvmordstruede personer.

For å finne sykepleiefaglig teori rundt temaet ble jeg anbefalt å se etter Vråle (2009) for å se om denne boken kunne brukes som teoretisk grunnlag for oppgaven. Denne boken kom i revidert utgave i 2009 og den ble da inkludert i studien. Vidre fikk jeg også anbefaling om å se på hva Sosial- og helsedirektoratet (2008) sier i sin veileder for å forhindre selvmord i psykisk helsevern.

### **3.2 Metodekritikk**

Almen litteraturstudie kan ha svakheter da det er tilgang på bare en begrenset mengde relevant forskning. Utvalget av forskning som nyttes velges av den som forfatter studien og da kan utvalget av forskningen være valgt fordi den støtter standpunktene til forfatteren. Ulike forskere kan da komme fram til helt forskjellige konklusjoner innenfor samme fagområde. Og om man ikke kvalitets sikrer forskningen som er inkludert er det en fare for at feilaktige konklusjoner treffes (Forsberg & Wengström, 2008).

### **3.3 Etikk i oppgaveskriving**

To av de valgte artiklene spesifiserer at de har fått etiske godkjenninger. Mens de resterende artiklene er hentet fra akademiske databaser som skolen selv har anbefalt. Disse artiklene er også publisert i helsefaglige tidsskrifter så det er sannsynlig at de har fått de nødvendige godkjennelsene i forkant av publisering. Fagartikkelen som jeg har tatt med fremstår som en oversiktsstudie og kilder er referert til på en slik måte at det er lett å sjekke kildene. Etikk i forbindelse med skriving av litteraturstudie går ut på at man henviser til kilder og ikke er plagiat (Forsberg & Wengström, 2008). Der det har blitt tatt direkte sitat så er dette opplyst i teksten.

## 4 RESULTAT/FUNN

Det er en generell oppfatning om at pasienter som har tanker om å avslutte sitt eget liv må legges inn og behandles på en døgnpost. Et av mine funn prøver å bestride denne påstanden ved å se på hvordan symptomene til pasienter ble dempet når de ble behandlet på en dagavdeling fremfor en døgnavdeling. Et annet funn er en artikkel som presenterer en teori for hva pasienter opplever som det viktigste for deres egen bedring. Hovedpunktene her er helhetlig pleie, der grunnleggende behov blir ivaretatt samtidig som det gis beskyttelse, helhetlige vurderinger og man fremmer bedring gjennom pleie. I selvmordsforebyggende arbeid så er det viktig å kunne analysere hvor stor risikoen er for at en pasient kommer til å forsøke å avslutte livet er. Et funn i denne sammenhengen er at behandlere bruker signaler som assosieres med selvmordstanker i tradisjonelle prediktive modeller og resultatene kan fra studien kan tolkes slik at det sår tvil om hvorvidt slike modeller er gyldige. I et forsøk på å finne empirisk forskning har jeg funnet ut at når det kommer til selvmordsfare så er det et stort fravær av denne type forskning rundt emnet. Dette er noe som er blitt påpekt i flere artikler jeg har lest, men jeg har valgt å inkludere en artikkel som påpeker svakheter ved litteraturen rundt selvmordsforebygging. Et tiltak som er i bruk og som ofte sees på som gyldig for å forebygge selvmord er «no-suicide contracts», jeg har funnet en artikkel som påpeker en del problematiske sider ved å bruke denne typen «kontrakter».

### 4.1 Artikkel 1:

*Treating suicidal patients is an acute psychiatric day hospital: A challenge to assumptions about risk and overnight care.*

Artikkelen tar for seg forestillingene om at pasienter som er selvmordstruet trenger å bli behandlet i en døgnavdeling. Målet for artikkelen er å prøve denne påstanden ved å bruke både kvalitative og kvantitative funn fra en studie av suicidpasienter som ble behandlet ved en dag avdeling sett opp mot behandling i en døgnavdeling. Totalt 206 pasienter ble vilkårlig plassert på en dagavdeling (141 pasienter) og døgnavdeling (65). Man analyserte hvorvidt pasienter med høy risiko for selvmord, spesielt de som bodde alene, ville ha en mindre reduksjon av symptomer ved slutten av en behandlingsperiode og etter at de ble skrevet ut, samt hvorvidt de trengte ny behandling, når de ble behandlet ved en dagavdeling sammenlignet med pasienter som ble innlagt

på en døgnavdeling. Resultatene av denne studien viser at pasientene som ble behandlet ved døgnavdelingen hadde større reduksjon av symptomer, men at effekten bare varte i 3 – 12 måneder. Studien konkluderer med at døgnbehandling av suicidale pasienter ikke nødvendigvis er den beste behandlingen av akutt suicidale pasienter (Jones, Gavrilovic, McCabe, Bectas, & Priebe, 2008).

#### **4.2 Artikkel 2:**

*A Theory for the nursing care of patients at risk of suicide.*

Målet for denne artikkelen er å presentere en teori for hvordan sykepleie kan gis til pasienter med intensjoner om å ta livet sitt eller til pasienter som allerede har forsøkt å ta livet sitt. Psykiatriske sykepleiere spiller en vital rolle med å redusere antall selvmord verden over. Dette gjøres gjennom forhindring, opplæring og ved å gi pleie som fremmer helsen til pasienter som prøver å begå selvmord. Metoden som er brukt er Grounded Theory. 15 pasienter som enten hadde tanker om å ta livet sitt eller hadde forsøkt å begå selvmord og 15 psykiatriske sykepleiere som jobbet i akutt avdelinger ble intervjuet og observert. Kjerne kategorien som kom fram var «trygg og medfølelse pleie gjennom et terapeutisk forhold.» Andre nøkkelkategorier som linket til og omfavnet denne kjerne kategorien var: å tilby helhetlige vurderinger, gi beskyttelse, gi grunnleggende sykepleie og å fremme bedring gjennom pleie. Konklusjonen er at funnene og teorien som presenteres kan brukes av sykepleiere som en veileder når de starter og vedlikeholder terapeutiske forhold til pasienter som er utsatt for selvmordsrisiko. Denne teorien kan også bidra til å bedre pleien som utøves av sykepleiere, samt at den har som mål å gi pasienter som har mistet evnen til å håndtere livet sitt håp (Sun, Long, Boore, & Tsao, 2006).

#### **4.3 Artikkel 3:**

*Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients: a clinical judgment analysis of staff predictions of imminent suicide risk.*

Å bedømme risiko for selvmord hos innlagte på psykiatrisk avdeling for å kunne informere andre ansatte er bygd opp av dårlig prediktiv gyldighet i de modeller som foreligger. Studien utforsker faktorer som påvirker bedømmelsen hos psykiatere og sykepleiere med henblikk på risiko for selvmord blant pasienter innlagt ved akutt psykiatrisk avdelinger. Det deltok 12 psykiatere og 52

sykepleiere som fikk 130 hypotetiske tilfeller å forholde seg til. Metoden som ble brukt til å analysere resultatene er «Clinical judgment model». Det viste seg at det var lite samsvar mellom besvarelsene, spesielt blant sykepleierne. Alle som deltok anslo at de som hadde hatt tidligere selvmordsforsøk bak seg, menn, kortere opphold i avdeling, de som ikke innrettet seg etter reglene i avdelingen og som ikke viste bedring som sterkere kandidater for selvmord enn andre pasienter. Konklusjonen er at alle brukte signaler som har blitt assosiert med selvmord i tradisjonelle prediktive modeller basert på epidemiologiske studier og kortsiktige faktorer som kan være særskilt relevant sett i sammenheng med arbeidet som utføres i en akutt psykiatrisk avdeling. Forskjellene som vises i denne studien kan tolkes slik at det kaster tvil rundt hvorvidt de modellene som eksisterer er gyldige med tanke på bedømming av selvmordsrisiko (Paterson et al, 2008).

#### **4.4 Artikkel 4**

*Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review*  
Psykiatriske sykepleiere har en lang historie med å være i fremste linje når man skal gi pleie til pasienter som har selvmordstanker. Og den internasjonale epidemiologiske litteraturen, om man ser bort fra metodiske utfordringer, har stort rom for forbedring. Som et svar på dette så setter denne artikkelen fokus på flere områder av hvordan pleie til selvmords truede pasienter gis og hvordan disse kan forbedres. Ved å gjøre dette så rettes også et kritisk blikk mot litteraturen slik den står i dag. Kritikken innebærer at det er et urovekkende fravær av empirisk støttet teori som kan veilede pleien og enda mindre empiriske beviser for å støtte enkelte intervensjoner som er i bruk. Artikkelen konkluderer med at selvmord, som et sammensatt og komplekst problem, er et menneskelig drama som utspiller seg i det daglige liv og som er avhengig av at de som skal yte omsorg og pleie til selvmords truede pasienter må gjøre dette på en mellommenneskelig måte hvor nøkkelordene er samtale og lytting (Cutcliffe & Stevenson, 2008).

#### **4.5 Artikkel 5**

*The case against No-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative.*

Artikkelen er en studie av litteraturen rundt bruken av «No-suicide contracts» i klinisk praksis. Dette inkluderer diskusjoner rundt konseptet, pasient og behandler undersøkelser og noen få empiriske studier. Hovedkonklusjonen er at «no-suicide contracts» lider av en lang rekke problemer og utfordringer både når det gjelder konsept, praktisk gjennomføring og empirisk dokumentasjon. Det viktigste funnet er at det ikke finnes tilstrekkelig empirisk støtte for at slike kontrakter har noen virkning på forebyggingen av selvmord. Artikkelen presenterer et alternativ til denne typen kontrakter (Rudd, Mandrusiak, & Joiner Jr., 2006).

#### **4.6 Artikkel 6**

*Assessing patients for suicide risk.*

Artikkelen gir råd og veiledning i korte trekk for hvordan man kan tilnærme seg personer som man mistenker har risiko for å begå selvmord. Den setter også fokus på hvilke risikofaktorer man bør se etter og litt om hvordan man kan ta det man ser opp med pasienten. Artikkelen kommer også med veiledning for hvordan intervensjon og behandling kan brukes for å hjelpe en pasient og hvordan man bør jobbe med andre for å løse selvmordsproblemet. Den tar også for seg noen myter som hindrer risiko vurdering av pasienter som er selvmords truet (Valentine, 2010).



## 5 DISKUSJON/DRØFTING

### 5.1 Bruk av kontrakter mellom pasient og behandler.

Bruken av «No-suicide contracts» i klinisk praksis ble første gang diskutert i 1973 av Drye, Goulding og Goulding. Begrepet «No-suicide contract» er ikke direkte oversettbart til norsk, så heretter vil det bare bli referert til som kontrakt. Denne type kontrakter har mange forskjellige navn, men felles for alle er at kjernen i kontrakten sier at en pasient ikke skal prøve å begå selvmord eller skade seg selv mens de er i behandling. Vråle (2009) viser til bruken av kontrakter som noe som kan være konstruktivt, men det må utvises forsiktighet. Det som er interessant er å se at det finnes lite til ingenting av empirisk eller teoretisk bevis for at denne type kontrakter faktisk virker. Det er uklart hvorvidt kontrakter er ment å skulle fungere som en administrativ prosedyre eller som en intervensjon fra det tidligste teoretiske arbeidet. (Rudd, Mandrusiak, & Joiner Jr., 2006)

Selv om kontrakter blir diskutert på mange forskjellige måter i litteraturen er det overraskende å se at det ikke finnes en universal mal for hvordan slike kontrakter skal se ut. Det ser heller ikke ut som det er en enighet om kontrakter skal være muntlige eller skriftlige. Men det er noen fellestrekk:

- Et oppriktig løfte om ikke å skade seg eller prøve å ta livet av seg.
- Detaljer for hvor lenge denne avtalen skal vare.
- En plan for hvordan og hva en pasient skal gjøre om pasienten opplever en krise som setter en i fare for og ikke kunne holde avtalen.
- Spesifikk ansvarsfordeling mellom pasient og behandler.

Et problem med å bruke begrepet «kontrakt» på slike avtaler er at man underbevisst kan gi inntrykk av at man er mer bekymret for de juridiske aspektene av behandlingen snarere enn den kliniske behandlingsprosessen. Dette kan medvirke til å hindre åpen og ærlig kommunikasjon mellom behandler og pasient da pasienten ikke har noe å «tjene» på å signere denne kontrakten. Videre kan det fremstå som at man prøver å frigjøre behandler for ansvar om behandlingen ikke går som planlagt. Om man slår opp i en ordbok så kommer ordet kontrakt opp som «rettslig bindende avtale». Kontrakter som blir brukt på denne måten har uansett ikke noen juridisk kraft. Siden denne type kontrakter ikke har noen juridisk bindende virkning, men gir inntrykk av å binde og forplikte en pasient sin oppførsel og tankegang kan det i enkelte tilfeller være

katastrofalt og bruke ovenfor en pasient som allerede strever etter å ha kontroll på tilværelsen. Et av de største problemene med denne type kontrakter er at det ikke finnes noen standard definisjon på hvordan de skal se ut. Et annet stort problem er at det ikke foreligger noe klart teoretisk standpunkt for hvorvidt dette er en intervensjon eller en administrativ prosedyre (Rudd, Mandrusiak, & Joiner Jr., 2006).

Selv om det er gjennomført mange studier rundt bruken av kontrakter i klinisk praksis så er det få som har sett på hvor effektive slike kontrakter egentlig er og de som har prøvd lider under metodiske begrensninger. Mesteparten av studiene har bare sett på hvor ofte slike kontrakter brukes og har da gått på tvers av innlagte pasienter og de som er underlagt åpen omsorg. Funnene viser at de aller fleste som jobber med pasienter som har risiko for å begå selvmord nytter en eller annen form for kontrakt som sier at pasienten ikke skal prøve å ta sitt eget liv. Studier har vist at kontrakter, som er et verktøy som ikke har noe empirisk støtte, blir brukt på pasienter som er i høy grad utsatt for å ta sitt liv. I Canada ble 600 oppringninger til selvmordstelefonen sett på og det viste seg at bare 54 % av oppringningene overholdt muntlige avtaler. Et annet funn er at ved en retroaktiv undersøkelse av journaler viste det seg at pasienter som hadde signert en kontrakt hadde større risiko for å bedrive selvskading (Rudd, Mandrusiak, & Joiner Jr., 2006). Vråle(2009) sier at grensen mellom selvskading og selvmord ofte er veldig uklar. Og det kan ofte være tilfeldigheter som avgjør om utfallet av selvskadingen blir dødelig eller ikke. Selvskading kan også være en mestringsstrategi for å overvinne overveldende tanker og følelser. Videre sier Rudd, Mandrusiak, & Joiner Jr.(2006) at en studie viste at 41 % av behandlere som brukte kontrakter hadde pasienter som enten tok livet sitt eller hadde alvorlige forsøk på å ta livet sitt.

Min egen erfaring fra jobb og praksis er at pasienter responderer veldig forskjellig på slike kontrakter. Noen sier at det er en lettelse å vite at de har en kontrakt som forplikter, mens andre stiller spørsmålet:«*Hvordan skal dette forhindre meg om jeg virkelig føler meg langt nede?*» Siden det ikke er en universell utforming på denne type kontrakter så kan det se ut som det er veldig opp til den enkelte behandler hvordan man lager en slik kontrakt. Andre pasienter har uttrykt oppgitthet over at de blir forventet å skrive under på at de ikke skal skade seg da det har stått en klausul i kontrakten om at de ikke får videre behandling ved institusjonen eller avdelingen om de skader seg selv. Pasientene føler at dette er frustrerende da de opplever seg selv i en så håpløs situasjon at de ikke føler de er ansvarlige for sine egne handlinger.

Rudd, Mandrusiak, & Joiner Jr.(2006) legger frem et alternativ til dagens kontrakter og legger frem en del anbefalinger til både ordlyd og innhold som er verdt å merke seg. De velger å kalle dette «The Commitment to treatment statement» som kan oversettes til «Avtale i forbindelse med behandling». Dette er et alternativ som de mener må inneholde følgende punkter:

1. Identifisere rollene, forpliktelsene og forventningene til både pleier og pasient som er involvert i behandlingen.
2. Kommunisere åpent og ærlig om alle aspekter rundt behandlingen, inkludert selvmordstanker.
3. Tilgang på krisehjelp om det skulle oppstå situasjoner der pasienten ikke lenger er i stand til å opprettholde avtalen.

Denne type avtale er ikke ment å skulle begrense en pasients muligheter ved og eksplisitt forby uønsket oppførsel. Hensikten er at pasienten i stedet skal gjøre en innsats for å leve ved å engasjere seg i behandlingen.

## **5.2 Er innleggelse det beste for selvmordstruede pasienter?**

Jones et al (2008) stiller spørsmålsteget ved hvordan man skal behandle psykisk syke pasienter som har et ønske om å avslutte livet sitt. Selv om det finnes rapporter som kritiserer sikkerheten ved akutte psykiatriske avdelinger så er det likevel en generell oppfattning om at innleggelse ved en døgnpost er beste måten å overvåke og beskytte selvmordstruede pasienter. Tiltak som blir anbefalt for å forhindre at pasienter som er innlagt begår selvmord inbefatter å fjerne festepunkter på vegger, påse at det ikke er hull i en-til-en observasjon og en heller restriktiv holdning til å gi pasienter fri fra avdelingen. Tiltak som dette går inn for å heve den fysiske sikkerheten i avdelingen, men den stiller ikke spørsmål ved om en døgnpost er riktig behandlingsform. Hensikten med å legge en pasient inn på en døgnpost er å gi pasientene beskyttelse og skjerming. Det ligger to aspekter bak denne tankegangen, det ene er å gi fysisk trygghet for pasienten mens det andre er å gi støtte slik at pasienten kan prøve å få kontroll over følelsene sine igjen. Studien gjør funn som viser at pasienter med selvmordstanker ikke hadde noen dårligere virkning (reduksjon av symptomer og reinnleggelse) av å bli behandlet i en dagavdeling enn de som ble behandlet på en døgnpost. Dette sår noe tvil om oppfattelsen av at innleggelse ved døgnpost er eneste riktige behandlingen for pasienter som har tanker om selvmord. Vråle (2009) nevner også at innleggelse på avdeling kan virke mot sin hensikt og ikke alltid er det beste alternativet for pasienter som har selvmordstanker.

Gjennom praksis så har jeg opplevd at enkelte pasienter ønsker å legges inn ved døgnavdelinger, mens andre igjen har sagt at dagtilbud tilpasset deres behov har vært til god hjelp slik at de likevel kan fortsette med sitt daglige virke selv om de går gjennom tunge tider. I min erfaring er det pasienter som har et sosialt nettverk og som bor sammen med andre som selv ønsker et behandlingstilbud som ikke er tilknyttet en døgnpost, mens pasienter som bor alene og har lite eller et fraværende sosialt nettverk som ønsker innleggelse.

### **5.3 Risikovurdering**

Sosial- og helsedirektoratet (2008) anbefaler i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern at det forebyggende arbeidet hovedsakelig rettes mot to områder:

1. Risikogrupper bestående av mennesker med depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser.
2. Risikosituasjoner som kan utløse selvmordsatferd.

I en vurdering av risiko for selvmord så inngår det en vurdering både av situasjon og av person. Denne typen vurdering forutsetter at behandleren har kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og intervjuferdigheter. Dette er også noe Sun et al (2006) fremhever som viktige ferdigheter for å kunne vurdere risiko for selvmord. Tanker og planer om å ta sitt eget liv er ikke uvanlig, men selvmord og forsøk på å begå selvmord er mer sjeldent. Når man skal vurdere risiko for selvmord hos en pasient så er man nødt til å spørre en pasient om de har hatt tanker eller planer om å begå selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Signaler som pasienter gir kan være både skjulte og åpenbare (Vråle, 2009). Man kan se etter triste ansiktsuttrykk, treg oppførsel eller at pasienten kommer med kommentarer om at de ønsker de var døde eller ikke lenger har noen grunn for å leve (Valentine, 2010).

Selvmord kan betraktes som ytterpunktet for desperasjon hos en person (pasient) og som en svikt i samfunnet (som ikke var i stand til å forhindre det). Helsepersonell må da kunne gjenkjenne indikasjoner på selvmordsatferd slik at de kan fatte beslutninger om videre behandling. Det vil nødvendigvis ikke være mulig å oppdage alle årsaker til at et menneske ønsker å ta sitt eget liv, men mye kan likevel forhindres (Sun et al, 2006). For at den helsehjelpen som gis skal være i henhold til forsvarlighetskravet bør slike risikovurderinger gjøres av personell som har fått opplæring og vurderes som kvalifisert til denne type oppgave. Om man kommer fram til at det er risiko for selvmord og man fatter en beslutning for videre behandling omfatter dette både person, situasjon og tidsperiode. Det er også viktig å merke seg at helsepersonell har plikt til å innrette

seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente støtte eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Men man må også huske at det stiller seg litt annerledes i en øyeblikkelig hjelp situasjon. Da er helsepersonell forpliktet til å gi den helsehjelpen de evner for å endre situasjonen til det bedre. Ved vurdering av risiko for selvmord og påfølgende tiltak for å beskytte pasienten må dokumenteres i journalen til pasienten i henhold til journalforskriftens krav (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Pasienter innlagt på psykiatriske avdelinger har en betydelig økt risiko for å begå selvmord sammenlignet med resten av befolkningen. Derfor er det et viktig fokusområde å kunne vurdere risiko for selvmord i en avdeling. Helsepersonell som jobber i slike avdelinger må kunne vurdere hvorvidt pasienter kommer til å prøve å ta livet sitt de neste timene i stedet for et mer langsiktig perspektiv. Dessverre så er modellene som er i bruk i dag bygget på stor-skala samfunn og identifiserer faktorer som indikerer selvmordstanker over lengre tid og på gruppe nivå (Paterson et al, 2008).

Studien som Paterson et al (2008) gjennomførte viser at det var stor variasjon mellom de forskjellige behandlernes vurderinger av pasient eksemplene de ble presentert for. Dette viser viktigheten av kontinuerlig opplæring av helsepersonell som jobber med pasienter som er utsatt for selvmordsrisiko. Av egen erfaring gjennom praktis og jobb er dette noe som stemmer med mitt inntrykk da jeg har opplevd at helsepersonell ikke tar alle signaler om selvmord like alvorlig. Om dette kommer av for lite opplæring eller holdningsslitasje hos de ansatte vil jeg ikke spekulere i, men at det er et behov for kontinuerlig opplæring blant ansatte støttes av studien som er nevnt. Fig 1 gir en god indikasjon på hva man kan se etter som årsaker til selvmordstanker og hva man bør tenke på som potensielle komplikasjonsfaktorer i møte med selvmordstruede pasienter. Sosial- og helsedirektoratet (2008) anbefaler at helseforetak skal ha rutiner for opplæring og undervisning av behandlere som skal ha kontakt med pasienter, noe som kan tyde på at staten er klar over at opplæring av personell er et behov.

#### **5.4 Svakheter ved dagens behandling**

Dagens behandling har mye rom for forbedring mener Cutliffe & Stevenson (2008), en påstand som også underbygges av Sosial- og helsedirektoratet (2008) med Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Cutliffe & Stevenson (2008) påpeker at mye litteratur beskriver pleie synonymt med det de definerer som «defensiv praksis» hvor fokuset for

behandlingen er mer opptatt med å møte behovene til foretaket eller organisasjonen, forhindre at en person skader seg selv, unngår faktorer som kan føre til eventuelle rettsaker, bekymret for den fysiske tilstanden til personen og gjør lite for å løse opphavet til en persons tanker om selvmord, gjør lite eller ingenting for å lette på en persons psykiske smerte. Andre faktorer som blir beskrevet som svakheter er en overivrig bruk av overvåkning, kontrakter og medikamentell behandling. I Storbritannia ble det i 1999 utgitt en liste på tolv punkter som skulle være veiledende for hvordan overvåkning av pasienter skulle foregå, bare et av disse punktene tar for seg at man bør jobbe med en persons tanker om selvmord og selv denne er noe diffus:

«Every effort should be made to promote a therapeutic relationship with the patient; minimizing the distress caused by the process (of being observed).»

Dette punktet i veiledningen sier ingenting om å hjelpe en pasient med årsaken til deres tanker om selvmord. Bare at man skal gjøre overvåkingen så «behagelig» som mulig. Det er en klar trend for at det er en «sikkerhet først» mentalitet som råder innenfor mange områder av psykiatri der man fokuserer på å begrense de fysiske mulighetene en pasient har til å skade seg selv (Cutliffe & Stevenson, 2008). Sosial- og helsedirektoratet (2008) anbefaler i sin veileder bruken av tiltak som feller inn under kategorien defansive tiltak, på samme tid påpeker den også at det er et fravær av forskning på hvor effektive slike tiltak egentlig er. Men det påpekes at erfaring tilsier at fysiske sikringstiltak har stor betydning. Vidre vises det til at ved mange avdelinger mangler det rutiner for å bruke denne type tiltak og vedlikeholde disse. Behovet for å møte en pasient med omsorg og respekt påpekes også, men uttypes ikke. I denne sammenheng vil jeg argumentere for at Travelbee's sykepleieteori gir oss en god og relevant måte å møte pasienten på der fokuset legges på pasientens opplevelse av situasjonen. Pasientens opplevelse vil da ligge til grunn for videre behandling. Det ligger en forventning i de nasjonale retningslinjene om at personell som skal opprette og vedlikeholde eventuelle sikringstiltak har den nødvendige innsikt og kompetanse til å møte pasienten på en måte som gjør at tiltakene som iverksettes ikke oppleves som krenkende fra pasientens side.

Siden pasienter som er innlagt på døgnpost i psykisk helsevern har økt risiko for å begå selvmord er det viktig at det sikres en kontinuitet om en pasient skal flyttes fra et behandlingsnivå til et annet. Om det ikke tilrettelegges for overføring på en måte som sikrer pasienten oppfølging gjennom hele prosessen så er det en risiko for at pasienten faller ut av behandlingen. Her bør pasienten få informasjon om hvem som skal følge de opp og hvor de skal henvende seg om de får

et behov for det. Alternativer her er DPS eller kommunehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Kontrakter brukes ofte i sammenheng med pasienter som har tanker om å ta livet sitt og det virker naturlig at om man skal nytte slike kontrakter så ville det være en vital del av denne kontrakten at det står hvor og hvem en pasient kan henvende seg om de opplever en krise.

Statens Helsetilsyn påpeker at det mest sannsynlig foreligger en underrapportering av forsøk og gjennomføring av selvmord. Årsaken til dette ligger i for dårlige rutiner på rapportering. Dette er noe man kan tenke er med på å gjøre det vanskelig å få endret rutiner om man ikke har nøyaktig dokumentasjon og se på (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

## **5.5 Fravær av empirisk forskning**

Når det gjelder fysiske og bygningsmessige sikringstiltak så mangler det studier som kan dokumentere effekten av disse. Men basert på erfaring så mener man å kunne si at slike tiltak har en effekt på hvor mange som tar sitt liv (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Cutliffe & Stevenson (2008) påpeker at selv om man kan se kortsiktige reduksjoner i forekomst av selvmord om man sørger for fysiske intervensjoner så vil man kunne se et oppbluss igjen senere når «nye metoder oppdages». Bruk av observasjon kan virke som det er «standard prosedyre» når man skal gi pleie til pasienter som tenker på selvmord. Det finnes lite empirisk bevis på at bruken av observasjon har noen konkret virkning på en pasients intensjon om å begå selvmord. Litteratur som anbefaler bruk av observasjoner bør betraktes med forbehold og forsiktighet på grunn av metodiske begrensninger. Ingen studier har forsøkt å måle om det å være under observasjon faktisk gjør noe for å redusere antall selvmordsforsøk. Men det finnes stadig data som viser at pasienter klarer å gjennomføre selvmord selv når de er under observasjon. Det å gi pleie til pasienter med tanker om selvmord er ikke et fagfelt som kan påberope seg å være grundig fundamentert i empirisk forskning. Forskning innenfor behandling og effekt til selvmords truede pasienter er både vanskelig og sjelden (Cutliffe & Stevenson, 2008). Rudd, Mandrusiak, & Joiner Jr., (2006) påpeker også fraværet av empirisk forskning i sin artikkel. Sun, et al, (2006) beskriver i sin artikkel kriteriene som har blitt brukt i forhold til utvelgelse av pasienter til sin studie. Strenge krav til både seleksjon og eksklusjon basert på hvorvidt en pasient er sikker til å delta. Intervjuene ble bare gjennomført når pasientene følte at de var i stand til å delta. Dette er bare noen av punktene, men de viser noen av utfordringene som foreligger om man skal studere pasienter som

har tanker om selvmord. Vråle (2009) påpeker at det er utfordringer med å øke kunnskapen rundt selvmord, men at dette er et veldig viktig satsningsområde fremover. Som sykepleiere så har vi et kontinuerlig ansvar for å øke kunnskapen rundt temaet selvmord. Nøyaktig og kontinuerlig dokumentasjon vil være et viktig skritt i riktig retning for at man skal kunne se trender retroaktivt.

## **5.6 Pasienters opplevelse av behandling.**

Sosial- og helsedirektoratet (2008) går i liten grad inn på pasientbehandling spesifikt, men påpeker at fokuset for behandling av pasienter skal fokusere på mestring og ressurser. Viktigheten av å ha en god relasjon mellom pasient og behandler undergjennomføringen av behandlingen fremheves. Sun et al, (2006) viser i sin studie viktigheten av å kunne tilby pasientene et trygt miljø som ivaretar sikkerheten til alle. Men enkelte pasienter følte at deres autonomi og privatliv ble krenket. Det er viktig at alle typer aktiviteter knyttet til pleie blir gjennomført med medfølelse og innsikt. Om man ikke får til dette så opplever pasientene seg fort krenket og pasientene fikk en innstilling om at sykepleierne var der mest for å kontrollere fremfor å beskytte og pleie. Sykepleiere som jobber med selvmordstruede pasienter må et grundig etisk fundament å stå på og ha en voksen holdning til en del eksistensielle spørsmål (Vråle, 2009). Sun, et al (2006) påpeker også at det er viktig at sykepleiere får kurs som er laget for å øke ens selvbevissthet. Videre viser de til hvor viktig grunnleggende pleie er for pasienter som har tanker om selvmord. Funnene viste også at pasientene mente at kvaliteten på pleien kunne heves ved at sykepleiere brukte mer tid på å lytte til pasientene og hjelpe dem med deres problemer. Dette er også i tråd med hva Travelbee (1999) sier om at hvert menneske opplever sin situasjon unikt og at sykepleiere må ta seg tid til å finne ut hvordan den enkelte opplever sin egen situasjon før man kan bestemme hvordan man skal kunne hjelpe en pasient med å finne fram til strategier for mestring og mening. Påstanden om hva pasienter føler de har behov for støttes også i Valentine (2010) sin artikkel hvor pasienter utaler at det å snakke med en pleier som ga dem støtte, håp og eventuelt henviste til andre deler av hjelpeapparatet reddet livet deres. Vråle (2009) sier at mange pasienter opplever det som en lettelse at noen tør å spørre om selvmordstanker og planer. Viktigheten av å bygge en god relasjon til pasienten fremheves ytterligere i Cutliffe & Stevenson (2008) sin artikkel som ser på hvordan pasienter opplever det å være under observasjon. Sykepleiere som etablerte et godt terapeutisk forhold til pasienten fikk observasjon til å fremstå



som noe positivt i stedet for noe negativt. Aspekter som blir sett på som positive inkluderer optimisme, anerkjennelse, distraksjon, følelsesmessig støtte og beskyttelse. Dette fordrer at sykepleieren går aktivt inn i rollen sin når observasjon skal gjennomføres og ikke bare følger etter som en skygge som bare skal følge med på alt pasienten foretar seg. Når pasienter opplever observasjon som noe negativt så var et av de mer urovekkende funnene til Cutliffe & Stevenson (2008) at pasienter så på det som legitimt å lyve til sykepleiere om hvordan de egentlig hadde det bare for å unngå observasjon. Funnet viser igjen viktigheten av at man følger Travelbee (1999) sin tilnærming og at man sørger for å få fram pasientens opplevelse for å finne en løsning som er til fordel for alle parter. Også Jones et al (2008) har i sin studie funn som peker på at pasienter opplever det som viktig å bli sett og hørt.

## **5.7 Avslutning**

Å arbeide med pasienter som har tanker om selvmord er utfordrende arbeid og det er begrenset med empirisk forskning på området. De studiene som har tatt sikte på kvalitative aspekter rundt selvmordsforebygging fremhever viktigheten av at den enkelte sykepleier klarer å etablere og vedlikeholde et godt forhold til pasientene. Når sykepleiere møter pasienter med respekt og anerkjennelse så har dette blitt fremhevet som det som er det beste verktøyet vi har for å forhindre selvmord. Pasienter kan ofte peke på en enkelt sykepleiers oppførsel som kritisk for at de ikke begikk selvmord. Men erfaring tilsier også at fysiske detaljer rundt forhindring av selvmord i psykisk helsevern også har betydning. Hvor krenkende fysiske tiltak oppleves av pasienten avhenger i stor grad av hvordan sykepleiere implementerer tiltakene og hvordan pasienten blir møtt i forhold til tiltakene. Arbeidet med forhindring av selvmord både i psykisk helsevern og ellers pågår helt opp til det punktet at det allerede har gått galt, noe som krever kompetanse og handlingskraft fra alle sykepleiere som er involvert i selvmordsforebyggende arbeid.

## 6 BIBLIOGRAFI

- Cutcliffe, J. R., & Stevenson, C. (2008). Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people - A literature review. *International Journal of nursing studies*, ss. 942-953.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Jones, G., Jelena Jankovic Gavrilovic, R. M., Bectas, C., & Priebe, S. (2008). Treating suicidal patients in an acute psychiatric day hospital: A challenge to assumptions about risk and overnight care. *Journal of mental health*, 375-387.
- Kirkevold, M. (2008). *Sykepleieteorier - Analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Paterson, B., Dowding, D., Harries, C., Cassells, C., Morrison, R., & Niven, C. (2008). Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients: A clinical judgement analysis of staff predictions of imminent suicide risk. *Journal of Mental Health*, 410-423.
- Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Jr., T. E. (2006). The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of clinical psychology: In session*, ss. 243-251.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statistisk sentralbyrå. (u.d.). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet Februar 15, 2012 fra Statistisk sentralbyrå:  
[http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=08877](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=08877)
- Sun, F.-K., Long, A., Boore, J., & Tsao, L.-I. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced nursing*, 680-690.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Valentine, S. M. (2010). Assessing patients for suicide risk. *Nursin2010*, 36-40.
- Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## 7 VEDLEGG

### 7.1 Vedlegg 1 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<b>A Theory for the nursing care of patients at risk of suicide (Sun, Long, Boore, &amp; Tsao, 2006)</b>	Studien presenterer en sykepleieteori utviklet for å veilede pleien som gis til pasienter med et ønske om å ta sitt eget liv eller som har forsøkt å begå selvmord.	Studien som ble gjennomført som intervjuer spilt inn på bånd, samt notater tatt i avdelingen. «Grounded theory» ble brukt som metode.	30 deltagere. 15 pasienter (som enten hadde selvmordstanker eller hadde forsøkt å begå selvmord) og 15 sykepleiere (som jobbet i akutt psykiatrisk avdelinger)	Hovedfunnet er at trygg og helhetlig pleie gjennom et terapeutisk forhold var det som ble verdsatt. Begreper som helhetlig vurdering, gi beskyttelse, ivareta grunnleggende behov og å fremheve god helse gjennom pleie er beskrivende for hvordan man bør nærme seg pasienter som har tanker om selvmord.
<b>Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients: a clinical judgment analysis of staff predictions of imminent suicide risk (Paterson, Dowding, Harries, Cassells, Morrison, &amp; Niven, 2008)</b>	Studien ser på hvilke faktorer som påvirker personell som jobber innenfor psykiatri når de skal vurdere hvor stor risikoen er for at en pasient vil prøve å ta sitt eget liv.	«Clinical judgment analysis» ble brukt for å vurdere besvarelsene til de spurte yrkesutøverne.	12 psykiatere og 52 sykepleiere. Disse ble presentert for 130 hypotetiske pasientcaser.	Det var enighet mellom de spurte om den relative risikoen for selvmord, men ingen absolutt vurdering av selvmordsrisiko. Det var uregelmessigheter i vurderingene som ble gjort, noe som kan så tvil om de modellene som er i bruk i dag egentlig er egnet til å bedømme risiko for selvmord.
<b>Treating suicidal patients is an acute</b>	Studien tester om oppfatningen om at innleggelse på døgnpast er den beste	Studien bruker både kvantitative og kvalitative funn fra en	Frivillig innlagte pasienter ved tre psykiatriske avdelinger i	Pasienter som ble behandlet ved en dagavdeling viste større reduksjon i

<p><b>psychiatric day hospital: A challenge to assumptions about risk and overnight care (Jones, Gavrilovic, Mccabe, Bectas, &amp; Priebe, 2008)</b></p>	<p>måten å behandle pasienter med selvmordsproblemer på.</p>	<p>studie som omfatter selvmordstruede pasienter som er blitt behandlet i dagavdeling sett opp mot pasienter behandlet ved en døgnpost.</p>	<p>London ble vilkårlig plassert i enten en døgnpost eller dagavdeling.</p>	<p>symptomer enn de som ble behandlet på døgnpost. Men effekten varte ikke mer enn 3 til 12 måneder etter utskrivelse. Men det var ingen merkbar forskjell i forhold til om pasienter ble lagt inn på nytt. Dette er med på å utfordre tanken om at døgnpost er det beste alternativet for pasienter med selvmordsproblemer.</p>
<p><b>The case against No-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative (Rudd, Mandrusiak, &amp; Joiner Jr., 2006)</b></p>	<p>Studien ser på litteraturen om bruken av kontrakter i forbindelse med behandling av selvmordstanker.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Artikkelen inneholder diskusjoner rundt konseptet, pasient og behandler undersøkelser og noen empiriske studier på kontraktens kliniske effektivitet.</p>	<p>Hovedfunnene viser at kontrakter lider av et bredt spekter av konseptproblemer, praktiske utfordringer og empiriske problemer. Mest oppsiktsvekkende er at bruken av kontrakter ikke har noen empirisk støtte for hvor effektive de egentlig er.</p>
<p><b>Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review (Cutliffe &amp; Stevenson, 2008)</b></p>	<p>Studien fokuserer på en del områder innenfor pleie til pasienter med selvmordsproblematikk hvor det er potensiale for forbedring. Den stiller seg kritisk til en del av litteraturen som eksisterer i dag og påpeker hvor lite empirisk støtte mye av behandlingen til selvmords truede pasienter egentlig har.</p>	<p>Litteraturstudie</p>		<p>Studien konkluderer med at det ikke er en overflod av empirisk litteratur å basere pleie til pasienter med selvmords problemer på. Effektstudier av behandling for denne gruppen pasienter er både sjeldent og vanskelig å få til. Pasienter opplever ofte pleien de får som lite effektiv og upersonlig.</p>

<p><b>Assessing patients for suicide risk (Valentine, 2010)</b></p>	<p>Artikkelen tar for seg hovedpunkter i forhold til å bedømme om det er risiko for at en pasient har tanker om selvmord.</p>	<p>Litteraturstudie</p>		<p>Artikkelen viser til svakheter ved behandlingen som ofte er i bruk i dag og fremhever noen myter som vil være med på å hindre en oppriktig vurdering av risiko for selvmord.</p>
---	---	-------------------------	--	---

## 7.2 Vedlegg 2- Søketabell

Søk i CINAHL 05.01.2012

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Resultat(antall)
S1	Suicide		11741
S2	Acute		74577
S3	Psychiatric		37543
S4	Threat		5337
S5	S1 AND S2		222
S6	S1 AND S2 AND S3	2001-2012	66
S7	S1 AND Risk AND Assessment	2001-2012	763

Det er også gjort søk den 06.02.12 i CINAHL:

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Resultat
S1	Nurse		127579
S2	Suicide		11919
S3	S1 & S2		590
S4	S1 & S2 & empirical		10
S5	S1 & S2 & empiric	2001-2012	7

### 7.3 Vedlegg 3: Drøftningstabell

	(Cutliffe & Stevenson, 2008)	(Jones, Gavrilovic, McCabe, Bectas, & Priebe, 2008)	(Paterson, Dowdington, Harries, Cassells, Morrison, & Niven, 2008)	(Rudd, Mandrusiak, & Joiner Jr., 2006)	(Sosial- og helsedirektoratet, 2008)	(Sun, Long, Boore, & Tsao, 2006)	(Travelbee, 1999)	(Valentine, 2010)	(Vråle, 2009)
<b>No-suicide contracts</b>	Vanlig med kontrakter. Ikke juridisk bindende. Ikke en erstatning for grundig utredelse. Fravær av empirisk forskning. Moderne myte. (Negativ til kontrakter)			Første gang nevnt i 1973. Kjent under mange navn. Mangel på teoretisk og empirisk fundament for å anbefale bruk. Brukes det som administr			Jobbe målrettet på en innsiktsfull og omtenkssom måte. S. 30	Negativ til kontrakter. Bruker Cutliffe som kilde.	Maner til forsiktighet ved bruk av kontrakter og påpeker at det er lite forskning, men sier at det kan være et godt verktøy om det brukes riktig

				<p>aktivt verktøy eller klinisk intervensjon? Skal de være skrevne eller muntlige? Fellestrekk. «Bindende avtale». Virker slike kontrakter? Forplikte seg til behandling.</p>					
<p><b>Innleggelse vs. Dagbehandling</b></p>		<p>Er egentlig innleggelse det riktige? To typer asyl: gi fysisk trygghet og følelsesmessig</p>							<p>Sier at innleggelse ikke nødvendigvis er det riktige for alle pasienter med selvmordstanker</p>



		mestring. To begrep som ofte forveksles .							
<b>Pas. Opplevelse av behandling</b>	Pasient beskriver opplevelsen av å være under observasjon . Faktorer som fremmer/hi ndrer helse. Pasienter lyver for å slippe obs.	Pasienter forteller viktighete n av å føle seg sett og hørt.			Viktig at pasienten får sosial støtte, gjennom god relasjon til behandlerne og til andre deler av det sosiale nettverket. Anbefaler bruk av observasjon.	Klarer ikke å mestre livet. Viktig med trygge omgivelser , men noen pasienter følte seg krenket. Pasienter følte at de fikk best hjelp når pleiere ikke hadde dømmend e holdninger . Grunnlegg ende sykepleie er viktig, ivareta grunnlegg ende	Hjelpe pasient med mestring. Mellommenne skelig prosess.	Pasienter nevner å snakke med en pleier som ga dem håp, støtte og referanser som reddet livet deres.	Pasienter opplever det som en lettelse at noen spør om selvmordsplan er. Økende åpenhet fører til «legalisering»?

						behov. Pasienter sier at om pleierne bruker mer tid på å snakke med dem og hjelpe de med deres vanskeligheter.			
<b>Risikovurdering</b>			Dårlige prediktive modeller . Psykiske pasienter har økt risiko for å gjennomføre selvmord . Modeller er ofte ikke tilpasset til å vurdere selvmord		Målrettet arbeid mot risikogrupper: psykisk syke og risikosituasjoner som kan utløse selvmordsatferd. Vurdering av både situasjon og person. Tanker og planer er ikke uvanlig hos psykisk syke, men forsøk og gjennomføring kommer sjeldnere.	Selv mord kan betraktes som en privat desperasjon og offentlig feil. Viktig å gjenkjenne risikofaktorer og signaler. Umulig å oppdage alle årsaker, men enkelte ting kan		Skjulte og åpenbare signaler. Samtale med pasient. Myter som hindrer risikovurdering.	Støtter at det er en myte at pasienter ikke varsler. Skjulte signaler. Forsvarlighetskravet. Hvem gjør denne vurderingen?

			på kort sikt. Behov for grundig trening. Sprikende resultater.		Kartlegging BØR gjøres av... Vurdering omfatter både person, situasjon og tidsperiode. Krav til forsvarlighet. ØH tilfeller stiller andre krav. Vurdering og tiltak må dokumenteres.	oppdages. Årvåken observasjon, intervju, gjenkjenne faresignaler.			
<b>Svakheter ved dagens behandling</b>	Overivrig bruk av observasjon . Defensiv praksis, bare 1 punkt som sikter mot «årsak», fysiske tiltak er ikke universal oppskriften. Pasienter lyver om opplevelsen				Beskriver også bruk av defensive tiltak. Men påpeker også at det er svakt med forskning og studier. Ikke entydige begreper. Overgang fra sykehus avdeling til dps/åpen omsorg. Melderutiner etter	Viktig med god opplæring innenfor etikk og selvbevissthet.			

	for at tiltak skal opphøre. Observasjon er blir betraktet som «lav-kompetanse» arbeid.				selvmord/forsøk er for dårlige.				
<b>Fravær av empirisk forskning</b>	Pasienter som gjennomfører selvmord sin opplevelse, vil ikke være tilgjengelig. Forskning er både vrient og sjelden.			Påpeker fravær av studier.	Forebyggende arbeid bør utføres i henhold til kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Retningslinjene er ikke bindende.	Påpeker kriterier for å inkludere og ekskludere pasienter.			Vråle påpeker at det er utfordringer rundt forskning og fagutvikling og kvalitetsforbedring.